



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Ansiedade Social Enquanto um Fenômeno Clínico:  
Um enfoque Analítico-Comportamental**

Pedro José dos Santos Carvalho de Gouvêa

Brasília  
Julho de 2015



**IBAC**

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Ansiedade Social Enquanto um Fenômeno Clínico:  
Um enfoque Analítico-Comportamental**

Pedro José dos Santos Carvalho de Gouvêa

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Carvalho Natalino

Brasília  
Julho de 2015



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

### **Folha de Avaliação**

**Autor:** Pedro José dos Santos Carvalho de Gouvêa

**Título:** Ansiedade Social enquanto um fenômeno clínico: Um enfoque Analítico-Comportamental

**Data da Avaliação:** 7 de Agosto de 2015

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Carvalho Natalino

---

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

---

Membro: Psic. Esp. Frederico Santos Veloso

Brasília  
Julho de 2015

À Luís Moacir Nascimento Pereira, modelo principal de comportamento que me inspiro para enfrentar os desafios pessoais e profissionais que se apresentam diariamente.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por me acompanhar, através das minhas crenças pessoais, desde o início da minha existência enquanto pessoa.

Aos meus pais, por proporcionarem as condições básicas de vida, educação e incentivo ao crescimento pessoal e profissional, sem as quais nada poderia ser realizado.

À minha namorada, por me acompanhar, compreender e incentivar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, além de ser uma fonte natural de motivação para a realização dos meus objetivos sem a qual nada disso faria sentido.

Aos amigos e colegas pessoais e profissionais que, inevitavelmente foram inspiradores para que eu me mantivesse firme nos momentos difíceis e não abandonasse a “luta”.

Aos professores e supervisores do IBAC por serem a ponte decisiva entre mim e a escolha pela Análise do Comportamento como referencial teórico e aplicado e por suas contribuições indiscutíveis para a minha formação acadêmica e profissional.

À minha orientadora, por me guiar e incentivar no processo de construção deste trabalho, mesmo diante das dificuldades aparentemente insolúveis.

## Sumário

|  |     |
|--|-----|
| Folha de Avaliação -----   | i   |
| Dedicatória -----  | ii  |
| Agradecimentos -----   | iii |
| Sumário -----  | iv  |
| Lista de Quadros e Tabelas -----   | v   |
| Resumo -----   | vi  |
| Introdução -----   | 1   |
| Capítulo 1. Análise do Comportamento e Prática Clínica -----                                       | 5   |
| 1.1. Breve histórico e Caracterização da Análise do Comportamento -----                            | 5   |
| 1.2. Análise Comportamental Clínica -----  | 12  |
| Capítulo 2. Considerações sobre Ansiedade e a Abordagem Analítico-Comportamental do Fenômeno ----- | 19  |
| 2.1. Algumas Concepções Tradicionais da Ansiedade -----  | 19  |
| 2.2. A Ansiedade de uma Perspectiva Analítico-Comportamental -----                                 | 23  |
| Capítulo 3. Ansiedade Social e Análise Comportamental Clínica -----                                | 34  |
| 3.1. Caracterização Geral da Ansiedade Social -----  | 34  |
| 3.2. Ansiedade Social e Psicopatologia -----   | 38  |
| 3.3. Considerações Analítico-Comportamentais sobre a Ansiedade Social                              | 48  |
| 3.4. Estratégias Analítico-Comportamentais para o Manejo Clínico da                                |     |
| Ansiedade Social -----   | 57  |
| Considerações Finais -----   | 66  |
| Referências Bibliográficas -----   | 70  |

## Lista de Quadros e Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1. Paradigma da ansiedade experimental -----   | 30 |
| Quadro 2. Comportamentos públicos e privados típicos de indivíduos com TPE -                                      | 47 |
| Quadro 3. Hipótese funcional de uma contingência de “temor à<br>avaliação negativa” -----                         | 55 |
| Quadro 4. Hipótese funcional de uma contingência de “preocupação exagerada<br>em ser criticado e rejeitado” ----- | 56 |
| Tabela 1. Avaliação funcional da ansiedade -----  | 59 |

## Resumo

Este trabalho teve como objetivo investigar o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e o Transtorno de Personalidade Esquiva (TPE) a partir de uma perspectiva analítico-comportamental, assim como propor algumas estratégias de intervenção clínica com base neste referencial teórico. Iniciou-se apresentando um breve histórico e a caracterização da Análise do Comportamento e da prática clínica comportamental, assumindo o termo Análise Comportamental Clínica como o mais apropriado para descrever esta prática atualmente. Em seguida, foram destacadas algumas concepções ditas tradicionais da ansiedade para, então, abordá-la do ponto de vista analítico-comportamental. A ansiedade social em particular e os fenômenos clínicos relacionados a ela – TAS e TPE – são caracterizados de forma geral e discutidos a partir do referencial teórico adotado, chegando-se à conclusão de que, apesar da escassa literatura na área, é possível formular um modelo interpretativo destes fenômenos consistente com o Behaviorismo Radical e com a Análise do Comportamento.

Palavras-chave: ansiedade social; transtorno de personalidade esquiva; Análise Comportamental Clínica.



Dentre os diversos fenômenos psicopatológicos existentes na literatura médica e psicológica, encontram-se fenômenos relacionados a uma experiência comum, cotidiana e tida como universal, mas que, ao transpor a fronteira do que é considerado “normal” e esperado dentro de uma cultura, recebe o nome de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), Fobia Social ou, ainda, Transtorno de Personalidade Esquiva (TPE). Este trabalho se ocupa de discutir esses fenômenos a partir de uma perspectiva analítico-comportamental.

Grande parte da nossa comunidade verbal, sobretudo os agentes que legitimam determinados padrões de comportamento como “normais” ou “patológicos”, opera com uma lógica de categorização destes padrões com implicações quase sempre prejudiciais para os sujeitos categorizados. Neste sentido, a divisão imposta pela comunidade psiquiátrica, em especial, termina produzindo aquilo que, a princípio, se propõe a “curar”. Com a ansiedade social não é diferente. Desta forma, como operar com uma lógica diferente? Como interpretar o fenômeno da ansiedade social de uma forma alternativa? Quais as implicações desta interpretação alternativa e que benefícios ou vantagens ela traria?

Para responder a estas questões, utilizou-se como referencial teórico a Análise do Comportamento, com especial ênfase à sua aplicação clínica para lidar com os fenômenos analisados. Este trabalho se propõe, antes de tudo, a empreender uma análise conceitual do tema com base no sistema analítico-comportamental. Esse sistema, por sua vez, define-se pela integração de três subsistemas: (1) um conjunto de reflexões e proposições filosóficas acerca do objeto de estudo da Psicologia e as possibilidades de investigá-lo; (2) um método de investigação experimental deste

objeto visando identificar e especificar regularidades nas relações comportamentais; e (3) o desenvolvimento de tecnologias de intervenção para problemas considerados psicológicos (Tourinho, 2006).

Estes três subsistemas são denominados Behaviorismo Radical, Análise Experimental do Comportamento e Análise Aplicada do Comportamento, respectivamente (Tourinho, 2006). Partindo-se da premissa de que a compreensão de qualquer fenômeno comportamental – no caso aqui tratado, a ansiedade social – só pode ser adequadamente alcançada por meio de uma análise histórica dos elementos discutidos neste trabalho, iniciou-se o percurso abordando brevemente a história da Análise do Comportamento e da Terapia Comportamental enquanto prática derivada desta ciência (Andery & Sampaio, 2012; Baum, 1994/2006; Skinner, 1974/2006, 1953/2003, 1981; Martin & Pear, 2009; Marçal, 2010; Micheletto, 2001; Moreira & Medeiros, 2007; Sérgio & Tourinho, 2010; Souza, 2000; Tourinho, 2006; Vandenberghe, 2001).

Após esta abordagem histórica e conceitual da Análise do Comportamento e da sua aplicação ao contexto clínico, a discussão volta-se para o conceito de ansiedade. Inicialmente, a proposta é trazer as contribuições de Pessotti (1978) acerca do tema. Esse autor remete o conceito às suas raízes filosóficas que caracterizavam o fenômeno de maneiras particulares, como o estoicismo e a filosofia existencialista (Kierkegaard, 1884). Autores como Freud (1920) e Spielberger (1966) e suas respectivas definições de ansiedade também são abordadas por Pessotti. A visão psiquiátrica da ansiedade (Dalgalarrodo, 2000) e a visão cognitivista (Greenberger & Padesky, 1999), em grande parte semelhantes à visão do senso comum, também são discutidas.

Neste ponto, a ênfase recai sobre algumas concepções de ansiedade que, por reunirem determinadas características que marcam o pensamento ocidental sobre os fenômenos emocionais, são designadas como concepções tradicionais. Em um segundo momento, a ansiedade é abordada a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. Nesta abordagem, são discutidos os principais processos comportamentais relacionados a ela, como a punição e o reforçamento negativo, o padrão de comportamento decorrente (fuga/esquiva), os efeitos sobre o responder operante, o papel central do estímulo pré-aversivo e os processos verbais envolvidos na contingência de ansiedade. Diversos autores são abordados para a investigação do assunto tais como Banaco e Zamignani (2004), Catania (1999), Moreira e Medeiros (2007), Coelho e Tourinho (2008), Lundin (1977), Millenson (1967), Sidman (1989/2009) e Skinner (1941,1953/2003,1973).

Na abordagem da ansiedade social – assunto principal deste trabalho – optou-se por iniciar pela sua definição e caracterização geral enquanto um fenômeno natural da espécie humana para, em seguida, discuti-la enquanto fenômeno clínico, ou seja, enquanto queixa que chega ao consultório do terapeuta e é, tradicionalmente, categorizado como psicopatologia. As duas principais psicopatologias do espectro da ansiedade social são discutidas – o TAS e o TPE – inicialmente de uma perspectiva cognitivista.

Para dar sustentação a uma proposta de interpretação analítico-comportamental do assunto, foi apresentada uma noção básica de como esse sistema teórico compreende a psicopatologia, com diferenças significativas em relação ao modelo médico (Banaco, Boas & Borges, 2012). A Análise do Comportamento propõe, de forma geral, que os comportamentos tidos como “psicopatológicos” são resultantes de contingências de seleção filogenéticas, ontogenéticas e culturais e são regidos

pelos mesmos princípios comportamentais que regem qualquer outro comportamento, não considerando, portanto, a existência de comportamentos “anormais” ou “doentios”.

Partindo deste modelo de interpretação, buscou-se formular uma compreensão dos transtornos de ansiedade social com base no sistema analítico-comportamental. Certamente, a tarefa é árdua e complexa em função da escassez da literatura na área sobre estes fenômenos. Frente a esta dificuldade, a possibilidade mais viável foi buscar uma articulação entre os conceitos analítico-comportamentais que se aproximam do fenômeno de interesse e as proposições já existentes sobre ele advindas, em sua grande maioria, de perspectivas teóricas divergentes e, frequentemente, incompatíveis.

Ao final, são propostas algumas estratégias clínicas de base analítico-comportamental para o manejo destes transtornos. Embora as dificuldades de análise do assunto tenham exigido um esforço extra para compensar a falta de literatura e de referências sobre o mesmo nesta abordagem, certamente o desafio inerente a esta contingência, de certa forma aversiva, e a motivação para investigar e prover contribuições para a área foram mais positivamente reforçadores.

## **Capítulo 1. Análise do Comportamento e Prática Clínica**

Neste capítulo inicial será apresentado um breve histórico da Análise do Comportamento e suas condições de surgimento, assim como os seus princípios teóricos, filosóficos, experimentais e metodológicos. Em seguida, será feito um recorte na análise com a finalidade de focar as propostas de aplicação desta ciência ao contexto clínico. Esforços para estabelecer uma relação consistente entre a Filosofia Behaviorista Radical, a ciência Análise do Comportamento e a prática clínica serão empregados para ampliar a compreensão deste problema ainda sem bases sólidas de entendimento.

### **1.1. Breve Histórico e Caracterização da Análise do Comportamento**

Para abordar a história da Análise do Comportamento, não se pode ignorar a filosofia que a sustenta: o Behaviorismo Radical. Seu “pai fundador”, B. F. Skinner (1904-1990) salienta que tal sistema filosófico não deve ser confundido com a ciência comportamental e que, tanto a filosofia quanto a ciência do comportamento, guardam particularidades próprias (Skinner, 1974/2006). Desta forma, faz-se necessário enfatizar esta diferenciação assinalando que o Behaviorismo Radical, enquanto sistema filosófico, apenas fornece embasamento para a ciência denominada Análise do Comportamento (Moreira & Medeiros, 2007).

Há uma tendência, presente ainda de forma significativa, de confundir e até mesmo tratar como sinônimos “Análise do Comportamento” e “Behaviorismo Radical”, este último amplamente alvo de críticas e distorções envolvendo outros sistemas behavioristas.

Baum (1994/2006) afirma que o Behaviorismo Radical surgiu especialmente em função de algumas questões acerca da possibilidade de uma ciência do comportamento que, por sua vez, implicam em reflexões como “por que fazemos o que fazemos? ”, e “o que devemos e não devemos fazer? ” O próprio Skinner (1974/2006) levanta questionamentos sobre a possibilidade de uma ciência do comportamento, tais como: “É possível tal ciência? ”, “Pode ela explicar cada

aspecto do comportamento humano? ”, “São suas leis tão válidas quanto às da física e da biologia? ”, dentre outras.

Historicamente, é possível remeter o surgimento do termo Behaviorismo a John B. Watson, que, em 1913, lançou uma espécie de manifesto intitulado “A Psicologia tal Como a Vê um Behaviorista”. A proposta de Watson não era construir uma nova ciência, mas sim redirecionar o objeto de estudo da Psicologia que, neste caso, deveria ser o comportamento (Skinner, 1974/2006).

Entretanto, o Behaviorismo de Watson – mais conhecido como Behaviorismo Metodológico – guarda importantes diferenças com o Behaviorismo Radical de Skinner. Uma delas – e talvez a principal – é o fato de que, para Watson, o único tipo de comportamento que deveria ser tomado como objeto de estudo é o comportamento passível de observação pública, consensual e mensurável.

Embora o desenvolvimento do Behaviorismo Radical tenha se iniciado especialmente sob a influência das ideias de Watson e também do fisiólogo Pavlov, Skinner discordava criticamente de grande parte destas ideias que, para ele, eram simplificações ingênuas do comportamento. Curiosamente, boa parte das críticas dirigidas ao Behaviorismo Radical é proferida por Skinner ao Behaviorismo de Watson (Moreira & Medeiros, 2007).

No Behaviorismo Metodológico, havia uma total rejeição ao método introspectivo por não ser um método confiável para os objetivos da ciência e, conseqüentemente, uma rejeição ao estudo de processos que, supostamente, ocorreriam dentro do sujeito, aquilo que conhecemos hoje como processos mentais ou cognitivos.

Pode-se perceber, a partir desta proposição que Watson acreditava na existência de um mundo interno/mental, mas o ignorava completamente enquanto objeto de análise científica. Para Skinner (1974/2006), as proposições de Watson padecem de equívocos relevantes na análise científica do comportamento, porém são justificáveis em função da escassez de dados disponíveis à época e são, hoje, apenas de interesse histórico.

As diferenças entre os sistemas de Watson e de Skinner começavam a se tornar mais explícitas na medida em que este último desenvolvia um modelo conceitual mais refinado, tanto do ponto de vista teórico-filosófico, quanto do ponto de vista metodológico. Este refinamento conceitual e as diferenças decorrentes, entretanto, não foram suficientes para uma compreensão apropriada de ambos os sistemas.

Como mencionado acima, grande parte das críticas e incompreensões dirigidas ao Behaviorismo Radical são, basicamente, as mesmas apontadas por Skinner ao sistema de Watson. Estas críticas, segundo Skinner (1974/2006), são consistentemente esclarecidas e corrigidas por um sistema denominado Análise Experimental do Comportamento. O autor afirma que:

“o comportamento de organismos individuais é estudado em ambientes cuidadosamente controlados, sendo a relação entre comportamento e ambiente então formuladas. Infelizmente, fora do grupo dos especialistas, muito pouco se conhece acerca dessa análise.” (Skinner, 1974/2006, p. 10).

Salientando seu posicionamento particular frente aos sistemas psicológicos até então desenvolvidos, Skinner relata que “as concepções tradicionais têm estado em cena há séculos e creio ser justo dizer que se revelaram inadequadas. São, em grande parte, responsáveis pela situação em que nos encontramos hoje.” (Skinner, 1974/2006, p. 11).

Analisando a construção dos sistemas científicos, Baum (1994/2006) afirma que estes se originaram e se originam a partir da Filosofia. O autor cita como exemplos a Astronomia, a Química, a Física e a Biologia que, inicialmente, desenvolveram-se a partir de reflexões filosóficas do homem sobre aspectos do mundo e da sua relação com ele e que, posteriormente, se separaram da Filosofia.

Ao olhar especificamente para a Psicologia, Baum (1994/2006) relata que a ruptura desta com a Filosofia é relativamente recente. Até a década de 1940, era raro encontrar uma universidade que tivesse um departamento de Psicologia e os professores de Psicologia, em geral, se encontravam em departamentos de Filosofia.

Os eventos históricos relacionados à construção da Psicologia como ciência foram ganhando um contorno mais visível e específico na segunda metade do século XIX. Neste período, começou-se a buscar um objeto de estudo que melhor se adequasse aos métodos rigorosos da ciência.

Desta forma, convencionou-se a enunciar a Psicologia como a “ciência da mente”. O conceito de mente, embora pouco preciso e ainda nebuloso, era menos especulativo e mais acessível ao estudo científico do que o conceito de “espírito”, até então predominante na explicação da conduta (Baum, 1994/2006).

Na contramão dos sistemas psicológicos tradicionais, Skinner desenvolveu sua filosofia e sua ciência orientado pela busca de variáveis ambientais e externas ao

organismo que, então, seriam responsáveis por sua conduta. Seu foco primário estava na busca sistemática de uniformidades e relações ordenadas entre organismo e ambiente que, claramente, não é uma tarefa simples de se empreender (Skinner, 1953/2003).

As limitações impostas pela complexidade do objeto de estudo são um desafio ao cientista que, como observa Skinner (1953/2003), não está lidando com uma “coisa”, mas sim com um processo que não pode ser facilmente “imobilizado” para observação. O autor confere características ao comportamento difíceis de manejar, como o fato de ser mutável, fluído, evanescente, exigindo técnicas científicas elaboradas e empenho especial do cientista (Skinner, 1953/2003).

Mesmo contendo características complexas, Skinner (1953/2003) afirma que um vago senso de ordem pode ser identificado a partir de qualquer observação mais demorada do comportamento. Assim, os métodos científicos poderiam ser aplicados com êxito para esclarecer e tornar explícitas as relações ordenadas e uniformidades encontradas no comportamento.

Desta forma, o Behaviorismo de Skinner foi sendo concebido e marcado por algumas proposições, sobretudo derivadas de outras tradições filosóficas que o definem. Algumas destas proposições incluem (Marçal, 2010; Moreira & Medeiros, 2007): o rompimento com uma visão dualista e adoção de uma visão monista e materialista de homem; negação radical da mente ou termos associados como causa ou explicação do comportamento; adoção do determinismo como fenômeno básico para o entendimento do comportamento; interpretação do comportamento como interação organismo-ambiente; adoção do contextualismo de Pepper; adoção de uma visão externalista em oposição a uma visão “mentalista”; e adoção de um modelo de causalidade selecionista em oposição ao modelo mecanicista.

Diante desta síntese dos principais pressupostos definidores do Behaviorismo Radical, pode-se tentar estabelecer brevemente como tais pressupostos deram origem ao que denominamos Análise do Comportamento e buscar compreender melhor o modelo de causalidade proposto por Skinner.

Sério e Tourinho (2010) assinalam que a expressão “Análise do Comportamento” é frequentemente referida como uma orientação teórico-metodológica em Psicologia. O próprio uso da expressão sugere seu objeto de estudo: o comportamento. Este compreendido aqui não como ações isoladas do



indivíduo, mas como relações indivíduo-ambiente em que participam contingências complexas que envolvem estímulos e respostas variadas.

O termo “contingência”, embora assuma frequentemente significados diversos dentro do campo, constitui o instrumento de análise nuclear para os analistas do comportamento. Souza (2000) define o conceito de contingência genericamente como uma relação de dependência entre eventos ambientais e comportamentais. Catania (1998/1999), citado por Souza, (2000) descreve que o termo contingência é utilizado para enfatizar como a probabilidade de um evento pode ser afetada por outros eventos.

Ao enfatizar relações indivíduo-ambiente na análise e intervenção sobre o comportamento humano, os fenômenos tradicionalmente abordados pela Psicologia, tais como emoções, cognições, motivações, etc., passam a ser interpretados a partir de um enfoque relacional consistente com todos os princípios até aqui discutidos (Sério & Tourinho, 2010).

Ainda sobre a definição da Análise do Comportamento, Tourinho (2006) afirma que esta pode ser considerada um sistema psicológico na medida em que busca prover respostas para demandas sociais dirigidas historicamente à Psicologia. Para o autor, o objeto da Psicologia não consiste no comportamento, mas sim em relações comportamentais (Tourinho, 2006).

Em consonância com os pressupostos teóricos e filosóficos desenvolvidos na história da Análise do Comportamento, o campo foi e ainda é marcado por uma metodologia de produção de conhecimento que consiste no estudo experimental, daí a denominação “Análise Experimental do Comportamento” citada anteriormente (Sério & Tourinho, 2010).

Os desdobramentos ocorridos em função desta demarcação de uma identidade metodológica do campo são inúmeros. Embora não seja objetivo deste trabalho aprofundar esta questão, cabe assinalar que, tanto a Análise do Comportamento quanto o Behaviorismo Radical, foram alvo de críticas, modificações, discussões e desenvolvimentos ao longo da história que deram contornos diferentes ao que originalmente se sustentava.

Ao abordar este ponto, Sério e Tourinho (2010) observam que:

“Análises e discussões, tais como essas, só reafirmam que, entre as diversas atividades possíveis de um analista do comportamento, esta é a própria reflexão filosófica, ou, mais especificamente, a reflexão

relacionada a questões sobre a produção de conhecimento. Ao assumir esta atividade como constituinte da análise do comportamento, entretanto, cria-se um problema no mínimo interessante: a análise do comportamento deveria ser definida e caracterizada a partir de concepções filosóficas mais amplas de tal forma que comportasse a divergência...” (p. 4).

Face a esta multiplicidade de variáveis históricas e atuais que definem a Análise do Comportamento, é conveniente abordar uma proposição que servirá de base para o entendimento das questões que serão abordadas posteriormente. Esta proposição se refere ao modelo de causalidade assumido pela Análise do Comportamento: o de seleção pelas consequências.

Na definição de Skinner (1953/2003), “causa vem a ser uma mudança em uma variável independente e um efeito, uma mudança em uma variável dependente” (p. 25). Quando conseguimos descobrir algum efeito demonstrável de uma variável independente sobre uma variável dependente estaremos, de acordo com Skinner (1953/2003), em condições de prever e controlar o comportamento humano, objetivo último de sua ciência.

Andery e Sampaio (2012) pontuam que o modelo selecionista de Skinner fundamentou-se nas proposições de Charles Darwin (1809-1882) sobre a evolução das espécies e sua teoria da seleção natural. Ao se apropriar do modelo darwiniano da seleção natural para formular as bases do seu sistema explicativo, Skinner inaugura um novo paradigma dentro da Psicologia.

Embora este modelo tenha sido reconhecido inicialmente apenas na seleção natural, ele também se aplica e é responsável pela formação e manutenção dos comportamentos individuais e pela evolução das culturas. Desta maneira, encontramos três níveis de variação e seleção responsáveis pela produção do comportamento: filogenético, ontogenético e cultural (Skinner, 1981).

O nível filogenético corresponde aos processos de variação e seleção natural das espécies. Neste nível, ocorrem variações genéticas entre organismos individuais de uma espécie, de modo que tais variações constituem características que podem ser anatômicas, fisiológicas ou comportamentais. Variações que conduzem a uma maior probabilidade de adaptação, sobrevivência e reprodução são “selecionadas” pelo ambiente, proporcionando a continuidade dos membros que apresentam tais variações (Andery & Sampaio, 2012).

O segundo nível de seleção corresponde ao condicionamento operante. Skinner (1981) declara que este nível deve ter evoluído paralelamente à seleção natural, de modo que o organismo se tornou suscetível ao reforço por determinados tipos de consequência. Pessôa e Velasco (2012) definem o comportamento operante como uma relação entre uma classe de resposta e uma classe de estímulos subseqüentes, de modo que essa classe de estímulos, quando fortalece a classe de resposta, recebe o nome de função reforçadora.

Quando as consequências de seleção são as mesmas, condicionamento operante e seleção natural trabalham, redundantemente da mesma forma. Por exemplo, o comportamento de um patinho em seguir sua mãe é, aparentemente, produto da seleção natural (patinhos tendem a se mover naturalmente na direção de grandes objetos em movimento). Entretanto, a suscetibilidade ao reforço de “estar próximo ao objeto” também exerce controle. A consequência comum é que o patinho fica perto de sua mãe (Skinner, 1981).

Nota-se que, no modelo de causalidade proposto por Skinner, afastam-se noções que apelam para a existência de agentes iniciadores autônomos que supostamente causariam o comportamento e também noções de causalidade encontradas na Física clássica. Silveira (2007) assinala que “a perspectiva proposta por Skinner aproxima-se, portanto, da biologia evolucionária enquanto se distancia do associacionismo (S-R) e do mecanicismo” (p.111).

O terceiro nível de seleção é resultado do desenvolvimento do comportamento verbal e a conseqüente evolução dos ambientes sociais e da cultura. Skinner (1981) afirma que o processo começa no nível do indivíduo. Conforme o autor, uma melhor maneira de fazer uma ferramenta, cultivar alimentos ou ensinar uma criança é reforçada por suas consequências – a ferramenta, a comida ou um auxiliar útil, respectivamente (Skinner, 1981).

Desta forma, a cultura ou as práticas culturais evoluem quando as ações grupais contribuem para o sucesso deste grupo na solução de seus problemas. Neste nível de seleção, é o efeito sobre o grupo que determina a sobrevivência e a evolução da cultura e não consequências reforçadoras para membros individuais (Skinner, 1981).

Em síntese, a proposta de uma ciência do comportamento incorpora em sua matriz os seguintes componentes: (1) o Behaviorismo Radical, enquanto filosofia, (2) a Análise Experimental do Comportamento, enquanto uma estratégia de investigação, (3) a Análise do Comportamento propriamente dita, enquanto corpo de

conhecimentos conceituais derivados desta última e (4) a Análise do Comportamento Aplicada, enquanto conjuntos tecnológicos aplicados derivados dos outros campos, destinados à intervenção nos problemas práticos de comportamento (Starling, 2006). Na seção seguinte, será discutido mais detidamente este componente aplicado ao contexto clínico.

## **1.2. Análise Comportamental Clínica**

A Análise do Comportamento constituiu-se enquanto corpo de conhecimentos científicos predominantemente em contextos controlados de laboratório, como visto anteriormente. Por outro lado, clínicos de orientação analítico-comportamental e pesquisadores engajados na investigação da clínica comportamental esforçaram-se na direção de transpor os conhecimentos produzidos em laboratório para o consultório. Essa transposição não se deu com facilidade e de forma totalmente harmônica, muito pelo contrário.

Na história de desenvolvimento dos modelos comportamentais aplicados à clínica, uma diversidade significativa de termos, orientações teóricas, metodológicas e tecnologias foram, de certa forma, incorporadas ao que genericamente chamamos de “Terapia Comportamental”.

Na busca de uma compreensão acerca das variáveis que influenciaram o surgimento de práticas clínicas de orientação comportamental, a primeira constatação é que, longe de representar uma corrente unificada, a Terapia Comportamental – termo genérico que será utilizado neste momento – pode ser considerada como um campo aplicado que carrega, desde seus primórdios, diferentes escolas fundadoras contendo, inclusive, pressupostos filosóficos e princípios de tratamentos divergentes, por vezes incompatíveis (Vandenberghe, 2001).

A entrada dos princípios comportamentais descobertos em laboratório no consultório teve início na década de 20, por meio de Mary Cover Jones, que buscou aplicar princípios do condicionamento clássico – inspirada nas ideias de Watson e Rayner (1920) – no tratamento de crianças com distúrbios de ansiedade. Nas décadas de 30 e 40, outros terapeutas de orientação comportamental seguiram caminhos similares utilizando princípios pavlovianos no tratamento de “distúrbios neuróticos” (Vandenberghe, 2001).

As técnicas de tratamento utilizadas neste período eram, dentre outras, a exposição gradual, inversão de hábito e inundação, todas aplicadas com base no paradigma respondente. A predominância de princípios respondentes – tanto teóricos quanto práticos – para lidar com problemas clínicos neste contexto deu nome ao que chamamos hoje de “Terapia Comportamental Clássica”. Vandenberghe (2001) pontua que, neste modelo, o objetivo era modificar processos internos específicos como, por exemplo, respostas encobertas condicionadas. Nota-se aqui claramente a presença de uma concepção dualista de homem característica do Behaviorismo Metodológico.

Com a retomada, na década de 50, dos estudos sobre o comportamento operante, sobretudo em função da ineficácia de procedimentos respondentes frente à complexificação das demandas clínicas, a atuação do terapeuta comportamental, segundo Vandenberghe (2001), transformou-se de forma significativa.

Na década de 50, um conjunto de pesquisas com base em princípios operantes foi desenvolvido com pacientes psiquiátricos, delineando um caminho de extensão inicial dos achados de laboratório. Micheletto (2001) relata que “Skinner, Lindsley e Solomon (1953) realizam um experimento em hospital psiquiátrico, investigando o comportamento de pressionar uma alavanca por psicóticos, reforçando com diversos objetos” (Kazdin, 1978; Krasner, 1990; Martin & Pear, 1999, citados por Micheletto, 2001, p. 179).

Uma série de outros estudos objetivando examinar as possibilidades de extensão dos princípios do condicionamento operante do laboratório para seres humanos foram feitos nesta década. Estes estudos, como destaca Micheletto (2001), eram realizados basicamente com crianças e adultos “retardados”, autistas, psicóticos e esquizofrênicos, sendo as instituições psiquiátricas ou equivalentes os locais privilegiados para este fim.

Finalmente, os estudos sobre o comportamento verbal, também na década de 50, foram decisivos para que a transposição dos achados de laboratório para a clínica ganhasse força (Kazdin, 1978, e Krasner, 1990, citados por Micheletto, 2001). Começaram-se, a partir desse ponto, aplicações do condicionamento operante a comportamentos verbais supostamente relacionados a alguma patologia objetivando, por exemplo, aumentar a frequência de verbalizações por meio do reforçamento (Micheletto, 2001).

Em meio a este cenário de crescente expansão de aplicações comportamentais a problemas clínicos com base em princípios operantes, vemos surgir o termo “Modificação de Comportamento” para demarcar um posicionamento, mas também uma identidade. Isto significa que, diversamente da Terapia Comportamental Clássica que buscava modificar estados internos, a Modificação de Comportamento tinha como objetivo básico modificar comportamentos-problema específicos.

Martin e Pear (2009) enfatizam que a principal característica da Modificação de Comportamento é o seu foco na definição de problemas em termos de comportamentos mensuráveis de alguma forma e na consequente mudança destas instâncias mensuráveis do “comportamento-problema” para verificar objetivamente a extensão em que o mesmo foi alterado. Os autores complementam que “outra característica da modificação de comportamento é que suas técnicas e procedimentos de intervenção são formas de alterar o ambiente atual de um indivíduo, para ajudar tal indivíduo a atuar de maneira mais completa” (p. 9).

A década de 60 testemunhou o fortalecimento das aplicações comportamentais em instituições fechadas como hospitais, presídios, centros de crianças autistas, escolas, etc. Os alvos das intervenções constituíam basicamente as seguintes classes comportamentais (Micheletto, 2001):

- Comportamento adaptativo;
- Autocuidado;
- Tomar medicação;
- Fala bizarra e alucinações;
- Interação social;
- Autoagressão;
- Etc.

No final da década de 60 e início da década de 70, embora a Modificação de Comportamento tenha permanecido com força nos campos de aplicação mencionados, outros modelos de intervenção fundamentados por diferentes orientações teóricas se desenvolveram e se proliferaram. Podemos destacar, neste contexto, o surgimento das terapias de orientação cognitiva inspiradas inicialmente pelo Behaviorismo Mediacional (ou cognitivo) de Tolman (Micheletto, 2001).

Os principais representantes da Terapia Cognitiva são Albert Ellis e Aaron Beck. Estes autores são considerados os pioneiros na construção e desenvolvimento

deste modelo de intervenção. Ellis (1962) desenvolveu um modelo denominado Terapia Racional Emotiva, cuja premissa central baseia-se na ideia de que “construções cognitivas” como pensamentos irracionais e negativos seriam a base dos transtornos psicológicos (Pereira & Rangé, 2011).

Contudo, o grande nome e talvez o mais influente autor da Terapia Cognitiva é Aaron Beck. A proposição básica do modelo cognitivo de Beck é inspirada no estoicismo e em algumas filosofias orientais, que afirmam que as emoções humanas têm como base o pensamento que, por sua vez, afeta o raciocínio e a conduta. Pereira e Rangé (2011) apontam que, neste modelo, “mais do que os fatos em si, a forma como o indivíduo os interpreta influencia a forma como ele se sente e se comporta em sua vida” (p.21).

Outro autor que merece destaque é Bandura (1969-1971), que formulou e desenvolveu a teoria da aprendizagem social. Esta teoria postula que os processos cognitivos seriam variáveis fundamentais na aquisição e regulação do comportamento (Pereira & Rangé, 2011). Novamente identificamos um modelo mediacional de explicação do comportamento, onde eventos mentais hipotetizados supostamente estariam operando “por trás” dos comportamentos públicos.

Algumas características básicas da Terapia Cognitiva no que se refere ao tratamento são relevantes, tais como: é uma psicoterapia focal; pressupõe que o elemento chave a ser trabalhado em indivíduos mentalmente transtornados é o pensamento disfuncional por meio de reestruturação cognitiva; pressupõe que a modificação de pensamentos disfuncionais leva à melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma melhora mais abrangente e duradoura (Pereira & Rangé, 2011).

Em meio a este cenário, se testemunhou movimentos relevantes no campo que, de certo modo, foram responsáveis por uma significativa confusão tanto em termos teóricos quanto práticos nas Terapias Comportamentais. Sem dúvida, o mais representativo destes movimentos – e, conseqüentemente, maior gerador de confusão – foi a apropriação de técnicas e mesmo de conceitos cognitivistas por parte de terapeutas comportamentais clássicos, resultando no que conhecemos hoje como “Terapia Cognitivo-Comportamental”. Termo genérico e amplamente difundido no campo, mas que guarda inconsistências de natureza teórica, filosófica, metodológica e prática.

Retomando as bases teóricas e filosóficas do Behaviorismo Radical e os pressupostos da Análise Experimental do Comportamento, Kohlenberg e Tsai (1991) desenvolveram um modelo de intervenção clínica denominado Psicoterapia Analítica Funcional ou FAP (*Funcional Analytic Psychotherapy*).

A FAP pode ser descrita genericamente como uma forma de intervenção clínica comportamental – pertencente ao que chamamos de “terceira onda” das Terapias Comportamentais – cujo foco de investigação e tratamento consiste na identificação de como o reforçamento, a especificação de comportamentos clinicamente relevantes e a generalização podem ser alcançados em um contexto clínico (Kohlenberg & Tsai (1991/2006).

A forma de atuação terapêutica na FAP difere substancialmente em alguns aspectos da maioria dos outros modelos de intervenção comportamental. Características diferenciais da FAP incluem:

- Foco nos comportamentos-problema que ocorrem em sessão;
- Reforçamento imediato de melhoras do cliente ocorridas em sessão;
- Ênfase no reforçamento natural ao invés de reforçamento arbitrário;
- Observação sistemática de comportamentos clinicamente relevantes do cliente em sessão;
- Dentre outras (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006).

Como mencionado acima, a FAP está fundamentalmente interessada nos comportamentos do cliente que ocorrem em sessão e, naturalmente, seu foco primário de avaliação e intervenção é sobre a relação terapêutica. Este foco foi fortemente influenciado pelas investigações e descobertas de Ferster (1972) que salientou que “o comportamento que ocorre na terapia é um dado objetivo no qual muitas atividades e seus reforçadores podem, pelo menos potencialmente, ser observados por ambas as partes” (Ferster, 1979/2007, p.138).

O conceito de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) é central neste modelo e subdivide-se em três tipos: CRB1, que consiste genericamente nos problemas do cliente que ocorrem em sessão; CRB2, que consiste genericamente nos progressos do cliente em sessão e; CRB3, que são as interpretações funcionais do cliente do seu próprio comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Kohlenberg, Tsai, Kanter, Follete & Callaghan, 2011).



O objetivo geral da FAP é fundamentalmente reduzir a frequência de CRBs1 e reforçar a ocorrência de CRBs2 e CRBs3. Objetivo este consistente com as cinco regras descritas pela abordagem: 1. Prestar atenção aos CRBs; 2. Evocar CRBs; 3. Reforçar CRBs 2; 4. Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente; e 5. Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006).

Como representante das Terapias Comportamentais da “terceira onda”, temos também a Terapia de Aceitação e Compromisso, ou, como é habitualmente referida: ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*). A ACT foi desenvolvida por Hayes e Wilson (1994) com a proposta de promover a aceitação de estados emocionais desagradáveis pelo cliente. Seu objetivo básico, conforme Blackledge e Hayes, 2001, e Hayes e Wilson, (1994 citados por Fukahori, Silveira e Costa, 2005) é “enfraquecer tentativas de controle imediato daqueles estados e emoções e levar o cliente a exercitar o controle em áreas nas quais elas são efetivas” (p. 68).

De acordo com Hayes, Pistorello e Biglan (2008), a ACT tem como principal suporte conceitual a Teoria do Quadro Relacional (RFT), que, genericamente, enfatiza o papel da linguagem e da cognição como elementos imprescindíveis na construção de redes de relações arbitrárias complexas, sobretudo verbais.

Há um suporte empírico significativo que aponta para a eficácia da ACT nos mais diversos transtornos psicológicos. Esta abordagem postula um modelo próprio de entendimento da psicopatologia e propõe estratégias de intervenção consistentes com esse modelo visando alcançar, em última instância, a flexibilidade psicológica do cliente (Hayes, *et al.*, 2008).

Brandão (1999) analisa que a ACT “é uma das pouquíssimas psicoterapias verbais compreensivas que têm sido conscientemente embasadas no pensamento da análise do comportamento e que apresentam descrição precisa de estratégias de intervenção” (p. 150). Embora não seja objetivo deste trabalho investigar a fundo os princípios que fundamentam a ACT e as outras propostas de intervenção comportamental mencionadas até aqui, o leitor irá encontrar mais elementos a respeito do tema no Capítulo 3. Para um maior aprofundamento, sugerimos ao leitor que consulte a bibliografia específica exposta no final do trabalho.

Face à pluralidade de modelos comportamentais aplicado à clínica vistos até aqui, podemos descrever, de forma ainda imprecisa e genérica, este conjunto de

práticas clínicas com base na Análise do Comportamento recorrendo ao termo “Terapia Analítico-Comportamental”, bastante difundido no campo. Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno e Tourinho (2010) definem Terapia Analítico-Comportamental como sendo uma modalidade de psicoterapia baseada no conhecimento produzido pela Análise do Comportamento.

Costa (2002) também compartilha e defende o uso desta terminologia que, segundo ela, traz um resgate dos pressupostos behavioristas radicais para o contexto clínico e afasta proposições divergentes ou incompatíveis que, embora se intitulem como “comportamentais”, carregam noções mentalistas/cognitivistas.

Por fim, o termo “Análise Comportamental Clínica” é utilizado por de-Farias (2010) para enfatizar a aplicação da ciência e da filosofia comportamental de Skinner à área clínica e chamar atenção para o enfoque funcional/relacional, a relação terapêutica e as análises molares realizadas com o cliente.

Diante das diferentes terminologias que buscam descrever práticas clínicas de orientação analítico-comportamental – em grande parte resultado das diferentes interpretações feitas por clínicos e pesquisadores desta abordagem – entendemos que este último se adequa com mais precisão e é mais consistente com as proposições básicas (teóricas, filosóficas, metodológicas e aplicadas) de Skinner.

Tal razão para a defesa do termo pode ser sintetizada – ainda que de forma simplista – através do argumento de que, além da proposta da Análise Comportamental Clínica não ser dirigida predominantemente ao tratamento/eliminação/modificação de comportamentos “desviantes”, “patológicos”, “disfuncionais”, etc., expressões que utilizam o termo “terapia” em sua denominação ainda são, em nossa cultura, vistas como se referindo ao tratamento destes comportamentos e carregam preconceitos diversos.

## **Capítulo 2. Considerações sobre Ansiedade e a Abordagem Analítico-Comportamental do Fenômeno**

A ansiedade constituiu-se em um assunto amplamente discutido e tradicional ao longo da história da Psicologia. Todas as abordagens teóricas em Psicologia Clínica – e outros campos da Psicologia – discutem, de certa forma, a ansiedade. Evidentemente, todas têm concepções próprias e diversas sobre o fenômeno. Se investigarmos mais profundamente, encontraremos reflexões e explicações sobre a ansiedade já na Filosofia antiga e também na Filosofia contemporânea. A ansiedade constitui assunto controverso, contendo múltiplas definições e modelos explicativos, refletindo a diversidade de sistemas de pensamento na Psicologia. Por esta razão, não é um fenômeno simples de abordar como possa parecer a princípio. A proposta deste capítulo é abordar brevemente noções tradicionais da ansiedade – mais familiares ou difundidas em nossa cultura – e, em seguida, destacar a concepção analítico-comportamental do fenômeno. Ressalta-se que a ênfase, neste momento, será sobre a investigação da ansiedade enquanto uma experiência humana “normal”, sem explicações mais profundas sobre seus aspectos “patológicos”, que serão melhor discutidos no Capítulo 3.

### **2.1. Algumas Concepções Tradicionais da Ansiedade**

O fenômeno da ansiedade começou a ser alvo de reflexões no campo da Filosofia já século XVII, onde se identificam suas raízes históricas. Os filósofos estoicos já tratavam deste assunto ou, pelo menos, de fenômenos que hoje poderíamos chamar de ansiedade. Evidentemente, o termo ansiedade ainda não havia sido instituído. Estas reflexões acerca do tema eram, naquele período, tentativas de explicar e compreender aspectos particulares da natureza humana que envolviam predominantemente a ética e problemas de responsabilidade moral e culpa (Pessotti, 1978).

Pessotti (1978) relata que no pensamento estoicista, como na obra de filósofos do século XVII, a ansiedade, enquanto questão ontológica, é tratada fundamentalmente como um problema que se relaciona à finitude humana e, enquanto problema ético, é estudada dentro da dicotomia razão-emoção. A história

das ideias sobre a ansiedade humana inscreve-se, assim, dentro das preocupações centrais da filosofia.

No âmbito da Filosofia Existencialista, Kierkegaard (1884), citado por Pessotti (1978), propõe que a ansiedade envolve uma “ambiguidade psicológica”. O termo descritivo para se referir ao fenômeno proposto pelo autor é angústia, foco central de sua obra “O Conceito de Angústia”. Kierkegaard compara a angústia à vertigem, exemplificando tal comparação através de uma circunstância na qual olhamos para um abismo que, ao mesmo tempo em que ocasionaria uma vertigem, não nos seria possível deixar de encará-lo.

Rollo May (1973), citado por Pessotti (1978), pertencente também à tradição da Filosofia Existencialista, traz uma definição da ansiedade enquanto uma apreensão frente a uma ameaça sobre algum valor que o indivíduo considera essencial à sua existência como um “eu”.

Nesta tradição filosófica, a terminologia “angústia” é mais frequente, embora pareça descrever fenômenos bastante próximos àquilo que chamamos de ansiedade. Dalgalarondo (2000), analisando a angústia do ponto de vista existencialista explica que:

“a angústia não seria apenas um sintoma patológico, mas, antes de tudo, um estado anímico básico, constituinte do ser humano. O homem se angustia perante algumas situações existenciais inescapáveis da vida; a situação de *estar-no-mundo*, de *estar-com-o-outro* por exemplo... a condição fundamental do homem para Heidegger é a de *ser-para-a-morte*, ser que anseia a imortalidade e encontrará, inevitavelmente, a finitude, a morte” (p. 107)

A ansiedade também é abordada por Freud (1920), citado por Pessotti (1978). A concepção psicanalítica do fenômeno implica em uma reação do ego ao perigo e o sinal preparatório para a fuga. O termo “ansiedade neurótica” é proposto para descrever uma fuga das exigências da libido, que trata os perigos internos como se fossem externos.

Freud, ao fazer uso do termo angústia – assim como Kierkegaard – para explicar determinadas experiências particulares do indivíduo, parece tratar ambos os termos – ansiedade e angústia – como sinônimos. O autor afirma que, em uma situação de perigo, ocorre o sinal de angústia. Posteriormente, define a ansiedade como uma “expectativa do trauma” e/ou a repetição atenuada deste (Pessotti, 1978).

Do ponto de vista psiquiátrico, Dalgarrondo (2000) assinala que existem diferenças sutis entre angústia e ansiedade. Para este autor,

“a ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável...inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispneia, taquicardia, tensão muscular, parestesias, tremores...) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental, etc.) ” (p. 107).

Por outro lado, angústia seria a sensação de “aperto” no peito e na garganta, de compressão, de sufocamento. Dalgarrondo (2000) afirma que a angústia “assemelha-se muito à ansiedade, mas tem uma conotação mais corporal e mais relacionada ao passado” (p. 106). O autor considera que, do ponto de vista existencial, a angústia adquire um significado mais expressivo, visto que representa um sentimento definidor da condição humana, uma vivência mais “pesada”, mais fundamental do que a ansiedade.

Conforme Dalgarrondo (2000), angústia e ansiedade diferem ainda do sentimento de medo. Este caracteriza-se por ser direcionado a um objeto mais preciso, menos ambíguo. Na experiência de medo, sabe-se, na maioria das vezes, do que se tem medo, enquanto que na ansiedade e na angústia não se tem uma noção clara das variáveis relacionadas ao seu aparecimento.

Spielberger (1966), também citado por Pessotti (1978), faz uma apreciação da ansiedade particularmente familiar em nossa cultura e convergente, de certa forma, com a proposição de Dalgarrondo (2000). O autor a descreve como certos estados caracterizados por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão e tensão, acompanhados ou associados à ativação do sistema nervoso autônomo. Além disso, a ansiedade é tida uma um traço da personalidade adquirido que predispõe o indivíduo a perceber uma ampla variedade de situações não perigosas como ameaçadoras.

Seguindo uma linha de pensamento relativamente semelhante, Lázarus (1966), citado por Pessotti (1978), define a ansiedade como uma resposta à ameaça, enfatizando que tal sentimento não motiva o comportamento (de fuga/esquiva, por exemplo), mas atua como um sinal. O que motivaria o comportamento para Lázarus seria a ameaça e não a ansiedade.

Gentil (1997) segue uma linha tradicional de definição do fenômeno ao descrevê-lo como um estado emocional desagradável, voltado para o futuro, que guarda relação estreita com o medo e é, às vezes, desproporcional a uma ameaça real, com desconforto somático. Tal desconforto costuma ser verbalizado por meio de expressões típicas pelo senso comum como “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta”, etc.

Já a Psicologia Cognitiva enfatiza o papel dos pensamentos (e outros processos cognitivos) no desenvolvimento e manutenção da ansiedade. Para o Cognitivismo, a ansiedade é desencadeada, basicamente, pela percepção ou interpretação de uma situação como ameaçadora somada à percepção de que não há respostas disponíveis no repertório individual para lidar com tais situações (Greenberger & Padesky, 1999).

Greenberger e Padesky (1999) afirmam que “os pensamentos ansiosos são voltados ao futuro e com frequência preveem catástrofes. Os pensamentos ansiosos, com frequência, iniciam por ‘e se...’ e terminam com um resultado desastroso” (p.152). Além disso, sintomas físicos como agitação, tensão, sudorese, rubor facial, etc., eventos ambientais “traumáticos” – por exemplo, sofrer abusos físicos ou sexuais – e alterações comportamentais observáveis – como lutar, fugir ou congelar – também são considerados neste modelo. Entretanto, o foco primário na explicação da ansiedade recai sobre os processos cognitivos/mentais.

É evidente que, ao analisarmos mais profundamente as conceituações de ansiedade propostas pelos diferentes autores vistos até aqui, encontraremos divergências relevantes relacionadas às inúmeras variáveis que definem este constructo. Por exemplo, divergências relacionadas à dimensão temporal, à natureza das condições determinantes e à dimensão valorativa são identificáveis em um exame mais detalhado (Pessotti, 1978).

Embora as definições e concepções de ansiedade apresentadas não representem um quadro uniforme, muito pelo contrário, é possível identificar em suas raízes históricas, filosóficas, epistemológicas e conceituais, elementos inconciliáveis com uma proposta analítico-comportamental. Um destes elementos diz respeito à ênfase ou, pelo menos, à referência a uma subjetividade metafísica portadora de um *status* especial em relação a fenômenos comportamentais observáveis. A ansiedade entendida como um fenômeno subjetivo especial é incompatível com a proposta de uma ciência do comportamento nos moldes de uma ciência natural.

A despeito disso, a ansiedade pode adquirir características que a definem enquanto fenômeno clínico ou psicopatológico. Estas características são assim definidas (1) quando implicam em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; (2) quando envolvem um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo; e (3) quando as respostas de evitação e eliminação ocuparem um tempo considerável do dia. Nestes casos, temos o que a literatura médica e psicológica chama de transtornos de ansiedade (Banaco & Zamignani, 2004). Na próxima seção, discutiremos a concepção analítico-comportamental da ansiedade.

## **2.2. A Ansiedade de uma Perspectiva Analítico-Comportamental**

A ansiedade, abordada do ponto de vista analítico-comportamental, encontra-se intimamente relacionada a um campo abrangente de estudos denominado de controle aversivo. Por controle aversivo, podemos entender, basicamente, um tipo de controle comportamental por meio de reforçamento negativo e punição (Moreira & Medeiros, 2007). Para melhor compreender a ansiedade ou, mais precisamente, o comportamento ansioso desta perspectiva, é necessário compreender também os processos comportamentais básicos relacionados a ela.

Inicialmente, identifica-se a existência de estímulos aos quais chamamos de aversivos que se definem não por determinadas propriedades físicas – como, por exemplo, intensidade ou potencial de causar dor – mas sim pelo fato de sua remoção ser reforçadora (Skinner, 1953/2003). Portanto, o conceito de estímulo aversivo deve ser entendido funcionalmente, no sentido de enfraquecer ou fortalecer uma classe de respostas.

Quando os estímulos aversivos fortalecem ou aumentam a probabilidade de ocorrência de uma resposta que os removeu, chamamos tais estímulos de reforçadores negativos e o processo comportamental de reforçamento negativo. O termo “negativo” não faz referência a juízos de valor do tipo “bom” ou “ruim”, mas sim à subtração ou remoção de um estímulo do ambiente (Moreira & Medeiros, 2007). Catania (1998/1999) exemplifica esta ideia: “um rato normalmente não se expõe ao choque, e se o choque vier a ocorrer, o rato fugirá dele na primeira

oportunidade. Se a apresentação de um estímulo aversivo pune uma resposta, remover ou prevenir tal estímulo deve reforçar a resposta” (p. 117).

Ao comportamento que remove um estímulo aversivo presente no ambiente dá-se o nome de fuga. Nas palavras de Skinner (1953/2003), “atenuamos um ruído aversivo colocando os dedos nos ouvidos, afastando-nos da fonte de emissão, cerrando portas ou janelas intervenientes, eliminando-o na fonte, e assim por diante” (p. 188). Estímulos aversivos também eliciam respostas e predisposições emocionais sentidas como desagradáveis e que interferem no reforço de operantes como será visto adiante.

Quando o organismo depara-se com um estímulo aversivo, o comportamento de fuga automaticamente aparece e é reforçado se o removeu eficazmente. Este processo – reforçamento negativo – como mencionado, torna a ação mais provável. Por exemplo, se um bebê para de chorar quando o pegamos no colo, responderemos aos seus choros posteriores pegando-o no colo de novo (Sidman, 1989/2009).

Neste contexto, é importante diferenciar o comportamento de fuga do comportamento de esquiva. Neste último, a resposta evita ou atrasa um estímulo aversivo. Por exemplo, em uma festa, o indivíduo pode ir embora para romper o contato com uma pessoa ali presente (fuga) ou para impedir o contato com esta pessoa que estaria para chegar mais tarde (esquiva) (Catania, 1998/1999). Assim, ao emitir um comportamento de esquiva, o mesmo não chega a entrar em contato com a estimulação aversiva.

Segundo Catania (1998/1999), a esquiva envolve duas variáveis principais: cancelamento e adiamento. O primeiro caso pode ser exemplificado com o comportamento de um indivíduo que mata um mosquito antes que este o pique. Aqui, o indivíduo evita permanentemente que aquele mosquito venha a picar alguém. O segundo caso pode ser exemplificado com o comportamento de um indivíduo ao colocar fichas em telefones públicos. Nesta situação, o indivíduo adia a interrupção da ligação enquanto continua a colocar fichas, mas quando para de colocá-las o tempo da última ligação se esgota e a ligação é interrompida.

A esquiva, de acordo com Skinner (1953/2003), embora possa gerar controvérsias teóricas ao sugerir que um comportamento pode ser afetado por um evento que não chega a ocorrer, pode ser melhor assimilada por meio do conceito de reforço negativo condicionado. Neste caso, estímulos aversivos condicionados e



incondicionados são separados por um intervalo de tempo relevante. Nas palavras do autor:

“um objeto que se aproxima rapidamente precede o contato doloroso. O chiado do foguete precede o estouro dos fogos de artifício. O som da broca do dentista precede a estimulação dolorosa no dente. Em qualquer caso, o indivíduo vem a executar o comportamento que previne a ocorrência ou reduz a magnitude do segundo estímulo. Desvia-se do objeto, coloca os dedos nos ouvidos para diminuir o som da explosão, e afasta a cabeça da broca” (p. 193).

Desta maneira, qualquer estímulo que preceda consistentemente a apresentação de um estímulo aversivo ou a retirada de um reforçador positivo pode adquirir a função de reforçador negativo condicionado. Catania (1998/1999) e Sidman (1989/2009) enfatizam ainda que a esquiva é um comportamento mais adaptativo ou vantajoso do que a fuga pelo fato de a resposta ocorrer na ausência do estímulo aversivo, impedindo que este afete diretamente o indivíduo.

O controle aversivo também envolve outro tipo de consequência denominada punição. Opostamente às consequências reforçadoras – que tornam mais prováveis os comportamentos que as produziram – a punição constitui uma consequência que diminui a frequência ou probabilidade de ocorrência do comportamento que a produziu (Moreira & Medeiros, 2007).

Quando o comportamento encerra ou termina um reforçador positivo, trata-se de punição negativa e quando produz um reforçador negativo ou uma consequência aversiva trata-se de punição positiva. Os termos “negativo” e “positivo” são aqui utilizados com o mesmo significado do reforçamento, ou seja, subtração ou adição de um estímulo respectivamente (Moreira & Medeiros, 2007; Sidman 1989/2009).

A punição, enquanto processo ou operação definida funcionalmente (assim como o reforço), só deve ser afirmada caso o responder produza uma consequência aversiva, remova um reforçador positivo e que haja, em decorrência disso, uma diminuição deste responder. Portanto, o olhar deve estar focado na direção de mudanças de probabilidades ou frequências de respostas e não em topografias de estímulos ou respostas (Catania, 1998/1999).

Sidman (1989/2009), ao comparar reforçamento e punição, explica que:

“como o reforçamento, a punição é uma contingência entre conduta e consequências. Da mesma forma que chamamos de ‘reforçadores’

consequências que reforçam, chamamos consequências que punem de ‘punidoras’. Como reforçadores, punidores vêm depois do comportamento. Comumente, alimento é um reforçador positivo, de modo que sua perda é um punidor; a dor é comumente um reforçador negativo, assim como é um punidor quando produzida” (p. 59).

A literatura analítico-comportamental sobre a punição traz alguns pontos divergentes e controversos no que tange aos seus aspectos teóricos e práticos. Em relação aos aspectos teóricos, Sidman (1989/2009), por exemplo, afirma que a punição não é definida a partir dos seus efeitos sobre a resposta, ou seja, não há diminuição de frequência ou probabilidade de ocorrência da resposta punida. Para o autor, basta que a resposta seja seguida pela perda de reforçadores positivos ou ganho de reforçadores negativos.

Skinner (1953/2003) segue um raciocínio similar afirmando que:

“devemos definir punição sem pressupor efeito algum... resolvendo o problema da punição simplesmente inquirimos: qual é o efeito da retirada de um reforçador positivo ou da apresentação de um negativo? Um exemplo do primeiro seria tirar o doce de uma criança; um exemplo do último, castigá-la”(pp. 201-202).

Em contrapartida, Catania (1998/1999) e Millenson (1967), por exemplo, parecem introduzir um efeito de diminuição de frequência ou enfraquecimento do responder na definição da punição, embora tais efeitos sejam salientados como uma “supressão temporária” da resposta punida. A despeito disso, há certo consenso na literatura no que diz respeito aos efeitos colaterais indesejáveis da punição como a produção de comportamentos agressivos, respondentes emocionais desagradáveis, comportamentos de contra controle, dentre outros. Sua utilização é, na maior parte das vezes, desaconselhável, salvo a inexistência de procedimentos alternativos (Catania, 1998/1999; Millenson, 1967; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/2003).

Tendo visto os principais processos comportamentais relacionados à ansiedade pertencentes àquilo que chamamos de controle aversivo, o que seria então, de fato, a ansiedade?

É interessante a constatação de que, mesmo adotando um referencial teórico específico – no caso a Análise do Comportamento – não é fácil responder a esta pergunta. Isto ocorre pelo fato de que, mesmo dentro deste referencial, encontramos

diferentes concepções do fenômeno, tornando difícil a tarefa de defini-lo de maneira precisa e uniforme. Apesar disso, podem-se identificar aspectos definidores fundamentais que constituem o que denominamos como ansiedade.

De acordo com Coelho e Tourinho (2008), o conceito de ansiedade tem sido elaborado dentro da Análise do Comportamento assumindo dois caminhos principais. O primeiro caminho enfatiza as relações operantes não verbais enquanto que o outro caminho destaca as relações verbais e possíveis relações indiretas entre estímulos.

A definição de Skinner (1953/2003) do fenômeno enfatiza o primeiro grupo de relações comportamentais. A ideia central consiste na apresentação de um estímulo que preceda sistematicamente uma consequência aversiva que, por sua vez, evoca um comportamento condicionado pela redução de ameaças semelhantes e também elicia fortes respostas emocionais. A este estímulo que precede a consequência aversiva dá-se o nome de estímulo “pré-aversivo”.

Outra característica importante desta relação comportamental envolvida na ansiedade é que o comportamento operante é, invariavelmente, afetado. Por exemplo, o indivíduo pode não ser capaz de se empenhar em uma conversação normal ou resolver problemas práticos simples. Quando os estímulos pré-aversivos são apresentados dentro de um intervalo de tempo suficientemente grande para que possamos observar mudanças comportamentais desta natureza, pode-se dizer que a condição resultante é o que comumente denominamos de ansiedade (Skinner, 1953/2003).

Dada a ocorrência sistemática de um determinado estímulo que antecede a apresentação de uma consequência aversiva, tal estímulo torna-se um aversivo condicionado (ou pré-aversivo) por meio do pareamento de estímulos. Este estímulo, por sua vez, modifica a probabilidade de muitas respostas, notadamente, uma redução na ocorrência de comportamento reforçado positivamente e um aumento na ocorrência de comportamento reforçado negativamente – fuga/esquiva (Holland & Skinner, 1973).

Estes e Skinner (1941) consideraram, em outro momento, a ansiedade como um estado emocional perturbador semelhante ao medo, no entanto associada não a um estímulo que a precede, mas sim a um estímulo que possa vir a ocorrer no futuro. Contudo, um estímulo que ainda não ocorreu não pode ser considerado como causa, exigindo a identificação de uma variável presente para a explicação do fenômeno.

O problema é sanado recorrendo-se novamente ao condicionamento respondente, onde tendo sido seguida no passado por um estímulo aversivo, uma resposta é produzida não pela antecipação de tal estímulo no futuro, mas sim pela sua ocorrência no presente. A ideia de antecipação é, portanto, definida como uma reação a um estímulo atual que, no passado, foi seguido por um estímulo aversivo que produz um responder não necessariamente igual ao responder produzido pelo estímulo original (Estes & Skinner, 1941). Isso significa que as respostas de ansiedade chamadas de antecipatórias são relacionadas não a ocorrências futuras mas a estímulos presentes que, no passado, adquiriram função aversiva.

Para Lundin (1977), o estado de ansiedade seria produzido por um dado estímulo aversivo incondicionado que seguiria um dado estímulo neutro. Quando esta operação é repetida de forma sistemática, o estímulo neutro adquire a função de estímulo aversivo condicionado, ou seja, adquire propriedades eliciadoras de respostas que preparam o organismo para o surgimento do estímulo aversivo eliciador incondicionado (Regis Neto, Banaco, Borges & Zamignani, 2011). As consequências comportamentais decorrentes seriam definidas como ansiedade. Esta explicação é também notadamente baseada no paradigma respondente de Pavlov.

Contudo, Lundin (1977) afirma que, para que a operação seja identificada propriamente como ansiedade, a separação temporal entre os dois estímulos deve ser suficiente para permitir a ocorrência de mudanças comportamentais. Além disso, há o fato da inevitabilidade do estímulo aversivo que segue o estímulo neutro. Para o autor “se o organismo pode fazer alguma coisa para terminá-lo, a condição se torna de esquiva e não de ansiedade” (p. 332).

Os exemplos de casos onde a ansiedade é identificada com base nesta proposição podem envolver a visão de uma criança do chicote na mão do pai que se aproxima ou o aluno que, no passado, entrou em contato com estimulação aversiva quando chamado à sala do diretor e é solicitado a comparecer ao mesmo local. Nestes casos, ver-se-á, notadamente, sinais característicos de ansiedade (Lundin, 1977).

Skinner (1953/2003) considera que “quase todos os estímulos aversivos fortes são precedidos por estímulos característicos que podem vir a gerar ansiedade” (p. 196). O autor oferece um exemplo bastante elucidativo deste processo, ao ilustrar a morte repentina de um amigo próximo. Tal fato é, quase que invariavelmente, seguido por um estado de depressão caracterizado por verbalizações temerárias do

tipo “alguma coisa ruim está para acontecer”. Esse tipo de verbalização, acompanhada de respondentes sentidos como desagradáveis e a impossibilidade de fuga do evento aversivo, combinam com fenômenos que são descritos sob o nome de ansiedade (Skinner, 1953/2003).

Os respondentes eliciados pelo estímulo pré-aversivo (ou aversivo condicionado) tornam-se, eles mesmos, aversivos e aumentam a probabilidade de respostas de fuga/esquiva destas condições. Desta forma, evita-se o consultório do dentista não apenas porque precede a estimulação dolorosa (aversiva), mas também porque esta estimulação eliciou, no passado, estados emocionais aversivos que compõe a ansiedade. Portanto, o “componente emocional” que diz respeito aos comportamentos respondentes da ansiedade também são amplamente evitados (Skinner, 1953/2003).

Enquanto componentes operantes da ansiedade, podem-se destacar as respostas de fuga/esquiva que, invariavelmente, fazem parte da sua definição. Tais respostas de fuga/esquiva, como foi visto, são emitidas para eliminar ou prevenir o contato com estímulos aversivos condicionados e/ou incondicionados. Estas podem ser mantidas, inclusive, por reforçamento positivo social como, por exemplo, atenção e cuidado (Banaco & Zamignani, 2004).

É importante ter em vista o fato de que a ansiedade não pode ser considerada como causa de um comportamento qualquer, mas que o termo simplesmente classifica ou descreve um conjunto particular de comportamentos. Conforme Skinner (1953/2003), a ansiedade “indica um conjunto de predisposições emocionais atribuídas a um tipo especial de circunstâncias. Qualquer tentativa terapêutica de reduzir os ‘efeitos da ansiedade’ deve operar sobre essas circunstâncias, não sobre o estado interveniente” (p. 198).

Retomando os operantes, sabe-se que estes também são afetados pelo surgimento da ansiedade. Diversos experimentos clássicos demonstraram que a aplicação do condicionamento respondente envolvendo emparelhamento entre estímulo neutro e estímulo aversivo incondicionado também enfraquece operantes com histórico de reforçamento positivo. Esse fenômeno é conhecido como “supressão condicionada” e se desenvolve durante o contato do organismo com o estímulo pré-aversivo (Millenson, 1967).

Além disso, estímulos semelhantes ao estímulo aversivo incondicionado ou ao estímulo pré-aversivo, após o condicionamento, também podem suprimir os

operantes mesmo que tais estímulos nunca tenham sido previamente pareados com o aversivo incondicionado. Esse fenômeno indica que a supressão condicionada pode ocorrer de forma generalizada (Millenson, 1967).

Millenson (1967, pp.415-416) descreve um procedimento que elucida algumas variáveis envolvidas naquilo que chama de “ansiedade experimental”, onde os processos envolvidos na supressão condicionada podem ser melhor visualizados. Este procedimento encontra-se resumido no Quadro 1.

| <b>Dados</b>  | <b>Procedimento</b>  | <b>Processo</b>  | <b>Resultado</b>   |
|---|--|--|--|
| Um operante, previamente fortalecido com reforçamento positivo, um eliciador aversivo incondicionado, um estímulo “neutro”. | (1) Um operante é mantido num esquema intermitente de reforçamento positivo;<br><br>(2) Enquanto contingências de reforçamento positivo permanecem em vigor, S1 é ocasionalmente emparelhado com S2. | Ocorre uma supressão gradual da taxa de R sempre que S1 é apresentado. | R é suprimida em alguma extensão mensurável durante S1 e outros Ss relacionados. |

Quadro 1. Paradigma da ansiedade experimental. **S1 – estímulo neutro; S2 – estímulo aversivo incondicionado; R – operante.**

Embora esse esquema descreva a ansiedade investigada sob o rigor metodológico do laboratório operante e com animais não-humanos, ele traz informações úteis para o entendimento da ansiedade humana enquanto um fenômeno regido pelos mesmos princípios comportamentais. Presume-se que, desta forma, é possível lançar mão de ferramentas confiáveis para a compreensão e intervenção diante de eventos que atingem o ser humano descritos como ansiedade.

Lundin (1977) considera que, havendo um comportamento expresso em uma circunstância onde um estímulo neutro é inevitavelmente seguido por um estímulo aversivo, podemos definir esta condição como ansiedade tanto no laboratório quanto no contexto social mais complexo. Na vida cotidiana, por exemplo, condições onde há uma impossibilidade evidente de fuga, uma antecipação da punição e uma

separação de apoio, podem ser definidas como condições de ansiedade (Lundin, 1977).

Observa-se a existência de um conjunto variado de condições específicas, envolvendo processos comportamentais específicos que podem ser designados como ansiedade, indicando que não se trata de um fenômeno simples de ser analisado e compreendido. Portanto, o analista do comportamento deve estar atento a todas as relações comportamentais que constituem a resposta de ansiedade quando lida com ela em contextos aplicados, sobretudo na clínica.

Coelho e Tourinho (2008) sintetizam o modelo explicativo da ansiedade que enfatiza as relações operantes não verbais da seguinte forma:

“(a) um estímulo pré-aversivo elicia respostas fisiológicas emocionais; (b) essas respostas emocionais podem elas mesmas adquirir funções aversivas; (c) um outro efeito da exposição às contingências que produzem ansiedade (estimulação aversiva com pré-sinalização) consiste na redução da taxa de resposta antes mantida por reforço positivo (a supressão condicionada); e (d) um estímulo verbal pode vir a adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional), a partir de uma associação com o estímulo eliciador incondicionado” (p. 172).

Embora haja uma referência a estímulos verbais nesta síntese, a percepção de que alterações fisiológicas são enfatizadas em diversas concepções analítico-comportamentais da ansiedade é evidente nas definições até aqui discutidas. Estas alterações, no entanto, são enfatizadas de diferentes maneiras, como, por exemplo, resultantes da exposição do organismo a estímulos aversivos ou pré-aversivos controláveis ou incontroláveis, ou adquirindo funções específicas em uma relação comportamental (Coelho & Tourinho, 2008).

No que tange às relações comportamentais envolvidas na definição do fenômeno, Coelho e Tourinho (2008) identificam três enfoques: relações respondentes e operantes não verbais, relações respondentes e operantes verbais e relações respondentes e operantes verbais e não verbais. Nestes enfoques, relações operantes são enfatizadas.

O caminho traçado até aqui destacou o primeiro grupo de relações – relações respondentes e operantes não verbais. Em relação aos outros grupos de relações que envolvem componentes verbais, argumenta-se que há um “condicionamento

semântico” ou um processo de formação de classes de estímulos equivalentes através dos quais determinadas palavras adquirem uma função aversiva condicionada que participa de forma significativa no desenvolvimento e manutenção da ansiedade (Coelho & Tourinho, 2008). Estes componentes verbais – assim como os elementos anteriormente discutidos – assumem diferentes nuances e interpretações dentro do sistema analítico-comportamental para descrever a ansiedade.

O controle de estímulos relacionado à ansiedade amplia significativamente a compreensão do fenômeno, uma vez que elucida uma ampla classe de estímulos e respostas que podem adquirir diferentes funções nas relações comportamentais assumidas como ansiedade. Por exemplo, determinadas respostas podem adquirir função de estímulo eliciador ou discriminativo – por meio da associação com contingências aversivas – em uma contingência de ansiedade formando uma classe ampla de respostas de fuga/esquiva controladas não apenas pelos estímulos aversivos presentes ou por estas respostas com função aversiva, mas por toda uma classe de estímulos privados (verbais e não verbais). A extensão deste controle ocorre por meio de processos de generalização ou formação de classes equivalentes de estímulos (Banaco & Zamignani, 2004).

Banaco e Zamignani (2004) incluem também as operações estabelecedoras enquanto eventos antecedentes relacionados à ansiedade. Operações estabelecedoras consistem em operações ambientais que estabelecem e/ou alteram o valor reforçador de determinados estímulos. Duas destas operações – privação e estimulação aversiva – parecem estar mais intimamente associadas à ansiedade.

No caso da primeira, repertórios limitados – habitualmente encontrados em indivíduos ansiosos – que, por sua vez, produzem poucas consequências reforçadoras, podem ocasionar um estado de privação que aumenta a probabilidade de emissão de respostas ansiosas, mas que produzem reforçadores específicos (mesmo envolvendo estimulação aversiva) dos quais o indivíduo está privado (atenção, cuidado, afeto, etc.). No caso da estimulação aversiva como já mencionado, a presença de um estímulo pré-aversivo (com função discriminativa) que sinaliza a ocorrência de uma consequência aversiva, aumenta a probabilidade de emissão de respostas de fuga/esquiva que adiem ou eliminem tais estímulos, além de suprimir respostas mantidas por reforçamento positivo (supressão condicionada) tendo como consequência ainda a redução da variabilidade e aumento da estereotipia do responder (Banaco & Zamignani, 2004).



Para finalizar, parece evidente que os modelos analítico-comportamentais da ansiedade estão sob controle de diferentes contingências sob as quais os autores oferecem suas interpretações e descrições, constituindo um fenômeno comportamental com diferentes níveis de complexidade. Apesar dos diferentes enfoques que cada autor utiliza para a conceituação da ansiedade, Coelho e Tourinho (2008) afirmam que:

“a sinalização do estímulo aversivo pelo estímulo pré-aversivo é tida como uma contingência importante na conceituação da ansiedade... tanto quanto a sinalização, as respostas fisiológicas eliciadas pelo estímulo sinalizador constituem o núcleo das abordagens analisadas” (p.175).

Esta contingência destacada acima envolvendo um estímulo que sinaliza a ocorrência de uma consequência aversiva (estímulo pré-aversivo) com eliciação de respostas fisiológicas específicas sentidas como desagradáveis e diminuição ou supressão de operantes positivamente reforçados, parece constituir um modelo de interpretação analítico-comportamental da ansiedade que abrange a maioria dos autores.

É evidente que, a partir deste modelo compartilhado de forma significativa na área, novas relações comportamentais (verbais e não verbais) são incluídas na explicação do fenômeno que o tornam mais complexo, no sentido de um número cada vez maior de variáveis ser considerado para definir o que é ansiedade. No próximo capítulo, serão discutidos os fenômenos agrupados sob o nome de “ansiedade social” e as propostas de intervenção analítico-comportamentais para o manejo clínico desta condição quando suas características ganham contornos psicopatológicos.

### **Capítulo 3. Ansiedade Social e Análise Comportamental Clínica**

Com base no delineamento traçado nos capítulos anteriores, que buscou prover o leitor com as ferramentas teóricas e filosóficas da Análise Comportamental Clínica e sua proposta de interpretação para a ansiedade, discutiremos neste capítulo um assunto pouco tratado no campo: a ansiedade social. Neste sentido, os padrões comportamentais tidos como patológicos envolvendo predominantemente a ansiedade social serão analisados mais profundamente por constituírem demandas clínicas relevantes em vários aspectos. O objetivo principal deste capítulo é responder a algumas questões como: o que é ansiedade social e suas características básicas? Como o sistema analítico-comportamental interpreta o fenômeno? Quais os principais transtornos do espectro da ansiedade social e como podemos interpretá-los com base no sistema analítico-comportamental? Quais as propostas de intervenção clínica de base analítico-comportamental para lidar com o fenômeno? Não tendo evidentemente a pretensão de esgotar o assunto na busca de respostas a essas questões, objetivamos também formular e incentivar a formulação de novos questionamentos que poderão constituir problemas de pesquisa para trabalhos posteriores.

#### **3.1. Caracterização Geral da Ansiedade Social**

Ao apresentarmos um trabalho perante uma audiência, marcarmos um encontro romântico com uma pessoa atraente pela primeira vez, sermos entrevistados para uma entrevista de emprego, sermos o centro das atenções, dentre outras inúmeras situações sociais em que somos alvo da avaliação, crítica, julgamento ou observação alheia, é inevitável sentirmos – em maior ou menor grau – ansiedade. A esta ansiedade chamamos de ansiedade social.

Pincon e Penido (2011) definem a ansiedade social como aquela que surge quando o indivíduo está em contato com outras pessoas e aumenta com o grau de formalidade da situação social e o grau em que este se sente exposto ao escrutínio. É acompanhada por desejo de evitar ou fugir da situação.

A ansiedade social é tida como uma experiência universal da condição humana, de modo que todos têm, em maior ou menor grau, esse tipo de ansiedade quando em

contato com situações sociais novas ou formais. (Pincon & Penido, 2011; Valença, 2014). Caballo, Andrés e Bas (2003), considerando a universalidade desta experiência, levantam a hipótese de que o ser humano tenha sido preparado filogeneticamente no processo evolutivo para temer a avaliação e o escrutínio dos demais. Segundo estes autores, um aspecto comum que explica, em parte, a ansiedade social é justamente este temor à avaliação negativa por parte dos demais.

Nesta linha de pensamento, Falcone (2002) também afirma que a ansiedade ou desconforto sentido em situações sociais que envolvem desempenho ou interação social é muito comum na população mundial, reiterando seu caráter de universalidade. A autora ilustra este fato ao fazer alusão a uma festa onde o indivíduo não conhece ninguém ou, ainda, tem que apresentar um projeto para funcionários em uma empresa que, inevitavelmente, constituem ocasiões em que sentimentos de apreensão e ansiedade serão experienciados.

Caballo *et al.* (2003) observam que “embora sentir ansiedade em determinadas situações sociais seja algo relativamente frequente entre as pessoas, tal ansiedade não costuma atingir uma intensidade tão alta a ponto de interferir na capacidade de alguém para funcionar adequadamente nessas situações” (p. 26) Neste sentido, têm-se um fenômeno natural da espécie humana e que seria, inclusive, esperado que ocorresse em ocasiões sociais envolvendo escrutínio e desempenho.

Quando a ansiedade social atinge níveis um pouco mais elevados de intensidade, duração e frequência, não interferindo nas atividades diárias e nem causando sofrimento relevante ao indivíduo, costuma-se classificar o fenômeno como timidez. A timidez, enquanto uma classe de respostas caracterizada por uma ansiedade social elevada até certo ponto, é considerada “normal” em nossa cultura.

A expressão da ansiedade social pelo indivíduo no cotidiano é marcada por sensações emocionais e fisiológicas típicas que se manifestam frente à percepção de uma ameaça de caráter social, ou seja, críticas, rejeições, desaprovações, embaraços e assim por diante. Habitualmente, a experiência de ansiedade social é passageira, perdurando até que o indivíduo lance mão de recursos para se adaptar a situação social em que se encontra. Neste caso, não há prejuízo relevante no seu desenvolvimento ou bem-estar no contato interpessoal (Emanuel & Vagos, 2010).

De acordo com Emanuel e Vagos (2010), a ansiedade social pode ter um efeito positivo e motivador no sentido de sinalizar ao indivíduo a existência de ameaças sociais – reais ou percebidas – que, sendo identificadas, o protege contra rejeições,

críticas, etc., e favorece a inclusão social. Desta ótica, a ansiedade social é considerada adaptativa.

Sobre a timidez, Nardi (2000) aponta que o medo central dos tímidos é ser o foco das atenções, expor suas fraquezas e, conseqüentemente, ser avaliado negativamente e rejeitado. Não obstante, indivíduos tímidos costumam ter altos níveis de ansiedade ao “antecipar” a ocorrência de eventos sociais potencialmente aversivos, fenômeno designado como “ansiedade antecipatória”.

Nardi (2000) define a ansiedade social como:

“uma sensação difusa e desagradável de apreensão que precede qualquer compromisso social novo ou desconhecido, onde todos apresentam algum grau deste tipo de ansiedade. Essa ansiedade social pode ser dividida em dois componentes: 1 – a consciência dos sintomas físicos e 2 – a consciência de estar nervoso ou amedrontado na antecipação ou em uma situação social (p. 1).”

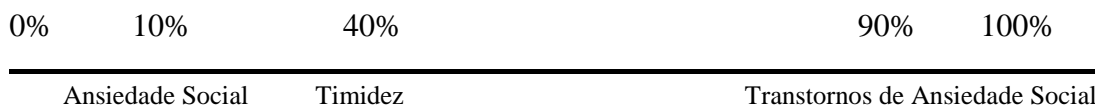
Por outro lado, Falcone (2002) argumenta que existem indivíduos que se sentem bastante satisfeitos e confortáveis quando expostos a determinadas situações sociais ou são o centro das atenções ficando, inclusive, frustrados ou irritados quando não conseguem se colocar nesta condição. Além disso, existem ainda aqueles que possuem uma habilidade especial para fazer uma plateia rir e se divertir de forma natural e espontânea, mas certamente, estes indivíduos representam mais exceção do que regra.

Ainda no âmbito das experiências “normais” do ser humano, Emanuel e Vagos (2010) apontam para a existência de uma expressão “subclínica” da ansiedade social. Neste caso, têm-se uma ansiedade social que interfere de forma mais significativa na vida do indivíduo, no entanto, ainda sem prejuízos marcantes nas áreas de funcionamento deste e comportamentos de esquiva pouco frequentes ou até mesmo inexistentes.

Pode-se supor que esta expressão subclínica da ansiedade social refere-se ao comportamento de timidez, uma vez que é caracterizada por níveis mais elevados de ansiedade diante de situações sociais, mas que não comprometem de forma significativa áreas importantes da vida do indivíduo. Um exemplo típico é o indivíduo que, frente a uma apresentação em público, apresenta níveis de ansiedade um pouco mais intensos do que o habitual, mas enfrenta a situação e faz sua apresentação de forma adequada, ou seja, sem prejuízo do seu desempenho.

Estima-se que entre 1,1% a 41% da população experimente algum grau de ansiedade frente a situações sociais que envolvem interação e/ou desempenho. Em uma amostra de adolescentes, por exemplo, cerca de 51,7 % dos sujeitos relataram sentir um nível de ansiedade elevado em pelo menos um tipo de situação social, mas sem interferir de forma significativa em suas vidas cotidianas (Emanuel & Vagos, 2010). Ou seja, a prevalência de padrões comportamentais que podem ser classificados como timidez na população geral e, especialmente em adolescentes, apresenta altos índices.

A ideia do aparecimento de respostas ansiosas em contextos sociais de interação e desempenho parece familiar tanto para o senso comum quanto para a comunidade científica em razão do contato interpessoal em diferentes níveis produzir este tipo de ansiedade. Entretanto, as respostas discutidas até aqui podem ser melhor compreendidas como fazendo parte de um *continuumm* hipotético de ansiedade social que se localizam mais proximamente do início deste. Podemos representar este *continuumm* composto pelo grau estimado de ansiedade sentido da seguinte maneira:



Analisando o fenômeno com base neste *continuumm* hipotético, observa-se que, diante de situações sociais, o ser humano invariavelmente apresenta algum grau de ansiedade.

Quando esta ansiedade se manifesta de forma mais intensa (sem interferência relevante no funcionamento diário e sem sofrimento significativo) podemos classificá-la como timidez. Contudo, é possível encontrar manifestações deste tipo de ansiedade em níveis de intensidade extremamente acentuados, interferindo de forma significativa na rotina do indivíduo e produzindo grande sofrimento. Neste caso, trata-se de um transtorno de ansiedade social, localizado no outro extremo do *continuumm* e que faz parte do âmbito das psicopatologias.

É importante enfatizar que este *continuumm* é frequentemente utilizado no campo da psiquiatria e da psicopatologia para demarcar até que ponto um fenômeno comportamental é considerado “normal” ou “patológico”, o que tem pouca relevância para analistas do comportamento, uma vez que tais noções não são

adequadas e nem compatíveis com os pressupostos teóricos e filosóficos da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical.

Entretanto, objetivou-se formular um *continuum* hipotético do fenômeno da ansiedade social para melhor visualizar uma das variáveis relevantes para sua definição: a intensidade. Além disso, é necessário deixar claro que os termos “ansiedade social” e “timidez”, embora comportem significados um pouco distintos, referem-se a experiências humanas naturais que variam em termos de intensidade.

Esta distinção é sutil, além de controversa e pouco compreendida, mas pressupõe-se que a timidez constitua um padrão de comportamento mais específico encontrado em um número menor de indivíduos, enquanto que a ansiedade social seria um padrão mais geral, com raízes filogenéticas mais evidentes e encontrado, em maior ou menor grau, em todos os indivíduos.

Por outro lado, o termo “transtorno de ansiedade social” é considerado um excesso desta classe de respostas tido como patológico pela comunidade psiquiátrica e também pela comunidade psicológica tradicional. Contudo, a complexidade do fenômeno “patológico” não se deixa apreender facilmente por conceituações e descrições topográficas ou critérios de normalidade como se verá a seguir.

### **3.2. Ansiedade Social e Psicopatologia**

A ansiedade social patológica, comumente chamada de fobia social ou transtorno de ansiedade social (TAS)<sup>1</sup> faz parte do âmbito das psicopatologias, mais especificamente dos transtornos de ansiedade. Contudo, a literatura psiquiátrica/psicológica descreve também como um dos transtornos do espectro da ansiedade social o transtorno de personalidade esquiva ou evitativa (TPE). Estes dois transtornos constituem fenômenos complexos que se caracterizam essencialmente por padrões excessivos de ansiedade social.

Inicialmente, é conveniente abordar como a Análise do Comportamento interpreta a psicopatologia de uma forma geral e os comportamentos a ela associados. Esta discussão faz-se importante em virtude da diferença substancial que existe entre a compreensão médica/psiquiátrica do fenômeno psicopatológico e a

---

<sup>1</sup> Optou-se por utilizar o termo “transtorno de ansiedade social” ao invés de “fobia social” em razão do primeiro representar, do ponto de vista do autor, um termo mais adequado para descrever o fenômeno.

compreensão analítico-comportamental (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). A primeira se coaduna bastante com a compreensão de outras abordagens psicológicas e com a compreensão do próprio senso comum.

Segundo Aldinucci (2011), a psicopatologia “é um campo de estudo da Medicina, mais especificamente da Psiquiatria. No entanto, os conceitos da psicopatologia vêm sendo amplamente utilizados por leigos e até mesmo por profissionais das áreas de saúde (psicólogos, enfermeiros, médicos, etc.) para explicar comportamentos desviantes” (p. 1). O termo refere-se, historicamente, ao estudo científico das doenças da alma ou da mente.

O modelo médico de psicopatologia pressupõe que o comportamento psicopatológico seria a manifestação de uma patologia ou um transtorno subjacente no interior do indivíduo. Este modelo se preocupa em descrever topografias comportamentais assumindo que tais comportamentos são causados por eventos internos (geralmente anormalidades do organismo) e ampara-se em sistemas classificatórios para fins de diagnóstico como o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID). Além disso, adota critérios estatísticos para a definição do comportamento patológico (Banaco, 2010, 2012; Bueno, Nobrega, Magri & Bueno, 2014; Meyer, 2010; Zamignani, Martone, Vermes & Kovac, 2012).

Na contramão do modelo médico, o sistema analítico-comportamental interpreta os fenômenos psicopatológicos com base nos três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural. Neste sentido, os comportamentos ditos “psicopatológicos” são resultado de processos seletivos nestes três níveis e possuem a mesma natureza que qualquer outro comportamento (Banaco, Boas & Borges, 2012).

Para a Análise do Comportamento, o que distingue o comportamento “normal” do “patológico” são dimensões específicas como frequência, intensidade, duração, etc. Assim, a psicopatologia é considerada um problema de déficit ou excesso comportamental. O foco principal de análise e intervenção é a função do comportamento e não sua topografia, assim como a identificação das condições sob as quais os comportamentos ocorrem e que condições os mantêm (Banaco, *et al.*, 2012).

Portanto, a psicopatologia vista desta forma, diverge consideravelmente da visão tradicional, de modo que expressões como “transtornos mentais” ou “doenças mentais” não são válidas com causas de comportamentos e, inclusive, tornam-se

expressões sem sentido para os analistas do comportamento. Em síntese, a proposta analítico-comportamental para a abordagem da psicopatologia consiste na investigação de contingências históricas e atuais envolvendo os três níveis de seleção que explicam os fenômenos comportamentais de interesse e critica conceitos culturalmente estabelecidos como os conceitos de “normal” e “patológico”.

Tendo em vista o raciocínio proposto pela Análise do Comportamento para explicar os transtornos mentais, serão apresentadas as descrições gerais dos padrões comportamentais designados como transtorno de ansiedade social (TAS) e transtorno de personalidade esquivada (TPE). Iniciaremos abordando o TAS.

Hope e Heimberg (1999) relatam que, em virtude do fato de muitas pessoas serem tímidas e um tanto inibidas, o TAS é frequentemente negligenciado e visto como um traço comum na população, não exigindo, portanto, intervenções terapêuticas formalizadas, tanto medicamentosas quanto psicoterápicas. Os autores defendem que este raciocínio está consideravelmente equivocado, uma vez que aproximadamente 2% da população sofrem com este transtorno de forma grave e que o processo aparentemente simples de interagir socialmente ou de estabelecer relacionamentos provoca um terror esmagador e é frequentemente evitado.

O TAS, enquanto categoria diagnóstica, só foi reconhecido oficialmente com a publicação do DSM-III em 1980, o que justifica em grande parte a escassez de pesquisas sobre o assunto. Além disso, outras variáveis como a resistência em interagir com estranhos, a frequente comorbidade com outros transtornos, certa universalidade do fenômeno, etc., também são relevantes para explicar esta escassez. Este panorama começou a mudar no final dos anos 80, quando o fenômeno começou a ser alvo de investigações mais sistemáticas (Caballo *et al.*, 2003).

O DSM-IV-TR (APA, 2000), uma versão recente do manual, assinala que o TAS se caracteriza fundamentalmente por um medo exacerbado e persistente de situações sociais que envolvem interação e/ou desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço. A resposta ansiosa frente às situações sociais pode atingir um nível de intensidade característico de um ataque de pânico. Respostas de fuga/esquiva destas situações são frequentes, embora o indivíduo possa, eventualmente, enfrentá-las com enorme ansiedade e sofrimento.

O indivíduo reconhece que seu temor é excessivo e “irracional”. No entanto, para que o diagnóstico seja feito, é preciso que os padrões respondentes e operantes da ansiedade social interfiram de forma significativa na vida diária do indivíduo e em



áreas importantes da sua vida como o trabalho e a vida social, provocando ainda um sofrimento acentuado (APA, 2000).

Ainda de acordo com o manual, “nas situações sociais ou de desempenho temidas, os indivíduos com Fobia Social experimentam preocupações acerca de embaraço e temem que outros os considerem ansiosos, débeis, ‘malucos’ ou estúpidos” (APA, 2000, p. 392). Eles costumam ser implacáveis no julgamento consigo mesmos no que tange ao seu valor e desempenho interpessoal. Características difusas e de cunho mentalista como hipersensibilidade a críticas, avaliações negativas e a rejeições, assim como baixa autoestima e sentimentos de inferioridade são consideradas essenciais para a definição do transtorno.

As descrições formais ou topográficas do fenômeno fundamentadas em concepções mentalistas constituem a maior parte do material disponível sobre o TAS. Caballo *et al.* (2003), por exemplo, analisam que o indivíduo com TAS tem que fazer algo enquanto tem consciência de que é observado e avaliado pelos outros, de modo que o temor ao exame minucioso é a variável crítica. Para este autor “os sujeitos com fobia social temem que esse escrutínio seja embaraçoso, humilhante, faça com que pareçam bobos ou sejam avaliados negativamente. Isto é claramente fobia ‘social’, porque tais sujeitos não têm dificuldades quando realizam as mesmas tarefas em particular” (pp. 26-27).

Inúmeras variáveis cognitivas, sistematizadas por modelos explicativos diversos, buscam explicar o fenômeno com base em constructos mediacionais hipotéticos fundamentados em uma tradição cognitivista. Estas variáveis incluem: “supervalorização dos aspectos negativos do próprio comportamento”; “excessiva consciência de si mesmo”; “temor à avaliação negativa”; “percepção da falta de controle sobre o próprio comportamento” (Caballo *et al.*, 2003); “auto apresentação” (Leary, 1982 citado por Hope & Heimberg, 1999); “esquemas cognitivos de vulnerabilidade e hipervigilância ante a ameaça social” (Beck & Emery, 1985 citados por Hope & Heimberg, 1999); “preocupação em causar uma impressão favorável nos outros acompanhada de insegurança relevante em relação à própria capacidade para alcançar este objetivo”; “atenção auto focada”; “processamentos antecipatórios e pós-eventos”; etc. (Clark & Wells, 1995, citados por Picon & Penido, 2011).

Estas variáveis cognitivas, por sua vez, não são tomadas como causa ou explicação para o TAS em uma proposta analítico-comportamental, embora apontem para algumas variáveis relevantes que podem ser reinterpretadas à luz do

Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento. Não se trata de ignorar ou rejeitar contribuições de outras concepções teóricas, mas sim de lançar luz a um conjunto complexo de relações comportamentais a que elas se referem. A próxima seção tratará disto.

Os padrões comportamentais acima descritos costumam aparecer em situações típicas como: falar em público, iniciar e/ou manter conversações, comer, beber ou escrever em público, ir a uma festa, devolver um produto a uma loja, fazer e receber elogios, utilizar banheiro público, dentre outras inúmeras situações sociais envolvendo desempenho e interação (Caballo *et al.*, 2003; Hope & Heimberg, 1999). Segundo Mululo, Menezes, Fontenelle e Versiani (2009), quanto maior o número de situações temidas, mais provável se torna a existência de comorbidades e menor é a qualidade de vida.

Em 1987, o TAS foi categorizado em dois subtipos (Picon & Penido, 2011):

1. Circunscrito – o padrão é observado somente em uma ou duas situações sociais específicas, como falar em público, por exemplo. Neste caso, as situações temidas envolvem predominantemente desempenho social.
2. Generalizado – o padrão é observado na maioria das situações sociais, tanto de desempenho quanto de interação. Neste caso, as situações temidas envolvem predominantemente interações sociais/verbais.

No que se refere à prevalência do quadro, os estudos variam consideravelmente conforme as amostras pesquisadas, a cultura em que é realizada a pesquisa e os próprios pesquisadores, embora haja em certo consenso em torno da ideia de que o TAS seja um dos transtornos mais frequentes (Caballo *et al.*, 2003).

A APA (2000) aponta para uma duração do transtorno na vida do indivíduo que varia entre 3 a 13%, atingindo ambos os sexos de forma basicamente igual em amostras clínicas. Na população geral, o quadro é mais comum em mulheres e associa-se fortemente a variáveis como baixo poder aquisitivo, menor nível educacional, dificuldades de desempenho escolar e problemas de conduta no ambiente acadêmico (Picon & Penido, 2011).

No nosso contexto, Picon e Penido (2011) relatam que “os estudos brasileiros reforçam a hipótese de que as taxas de prevalência do TAS são bastante distintas quando são utilizados critérios diagnósticos mais restritivos, como os da CID-10, e sugerem que o TAS é muito prevalente no Brasil e merece atenção clínica” (p. 272).

Um outro dado importante é que os indivíduos com TAS, sobretudo os com o subtipo generalizado, habitualmente passam despercebidos pelos clínicos em função da queixa trazida por eles ao consultório ser, na maior parte das vezes, relacionada a uma comorbidade ou em virtude da pouca frequência com que estes indivíduos buscam ajuda psicológica/psiquiátrica. Conforme Picon e Penido (2011) “os pacientes acreditam que a fobia social é apenas ‘seu jeito de ser’ e que não podem ser ajudados” (p. 270).

As taxas de comorbidade com outros transtornos mentais pode chegar a 80% no subtipo generalizado. Alguns dos transtornos comórbidos mais comuns são o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobias específicas, depressão, distímia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o abuso de álcool e outras drogas (Caballo *et al.*, 2003; Hope & Heimberg, 1999; Picon & Penido, 2011).

Habitualmente, o TAS tem início na adolescência (por volta dos 12 anos), embora alguns sinais possam ser identificados ainda na primeira infância. Seu curso é frequentemente crônico, entretanto, pode-se observar variações em relação à gravidade do quadro. “A Fobia Social pode diminuir, por exemplo, depois que uma pessoa com medo de ter encontros com o sexo oposto se casa, e ressurgir após a morte do cônjuge” (APA, 2000, p.395).

A etiologia ou fatores causais do TAS são múltiplos e ainda pouco claros no que diz respeito a relação de tais fatores com a origem do transtorno. Para Picon e Penido (2011) “o surgimento do quadro é resultado de um somatório diferenciado de fatores, desde os neurobiológicos até os fatores psicológicos e as experiências de vida” (p.273).

Caballo *et al.* (2003) cita o contato direto com situações sociais aversivas, aprendizagem por observação e informação como alguns fatores relevantes encontrados na origem do TAS. Não obstante, a existência de uma vulnerabilidade biológica parece exercer uma influência importante no desenvolvimento dos quadros de ansiedade social. No entanto, dependendo das experiências de vida do sujeito, essa vulnerabilidade pode se tornar mais ou menos provável de se manifestar. Ou seja, se o indivíduo vivencia uma experiência de humilhação social, por exemplo, a probabilidade de ativação de mecanismos biológicos relacionados ao aparecimento da ansiedade social excessiva é aumentada, favorecendo o desenvolvimento do quadro (Caballo *et al.*, 2003).

Alguns fatores causais associados a uma pré-disposição genética encontrados na literatura são citados por Picon e Penido (2011), tais como pais portadores de TAS e outros transtornos de ansiedade. Embora as autoras classifiquem determinados fatores como “predisponentes”, ou seja, relacionados a uma pré-disposição biológica para o desenvolvimento do transtorno, dentre eles pais superprotetores, abusivos, pouco calorosos e críticos, tais fatores parecem estar mais relacionados com processos de aprendizagem, sendo melhor classificados como fatores ambientais.

Picon e Penido (2011) também citam a autoestima como uma variável importante no desenvolvimento do TAS. Segundo as autoras, uma baixa autoestima seria resultado de experiências de exclusão social recorrentes desde a infância (por exemplo, pais críticos) e estaria correlacionada com níveis elevados de ansiedade social. Desta forma, indivíduos com TAS tendem a apresentar uma baixa autoestima, o que os leva a uma percepção de exclusão social e a uma maior dificuldade de adaptação e aceitação nos grupos.

A proposição descrita acima, embora faça sentido do ponto de vista cognitivista, apresenta problemas quando busca-se compreender o fenômeno de um ponto de vista externalista e funcional, característico da Análise do Comportamento. A suposição de que eventos sociais aversivos vivenciados desde a infância condicionam uma classe de comportamentos respondentes e operantes denominados de “baixa autoestima” certamente é válida. Contudo, essa classe comportamental não pode ser tomada como causa nessa perspectiva, uma vez que comportamento não causa comportamento. A Análise do Comportamento propõe que as variáveis causais de qualquer classe de comportamentos (por exemplo, a autoestima) devem ser buscadas no ambiente, ou melhor, nas relações organismo-ambiente.

Com um enfoque mais comportamental, Seligman (1970), citado por Picon e Penido (2011), enfatiza que as fobias humanas são mais resistentes à extinção do que os medos condicionados em animais. Segundo o autor, isso ocorre em função da natureza dos estímulos, ou seja, para o ser humano os estímulos são carregados de significado, enquanto que para os animais de laboratório os estímulos condicionados são arbitrários (luz, som, etc.), tornando-os mais propensos a extinção por não envolverem componentes verbais.

Barlow *et al.* (1999), partindo de uma concepção Pavloviana, propõe que o TAS seria resultado de uma ou mais experiências de “condicionamento traumático”. Para o autor, os sintomas do transtorno seriam respostas condicionadas a estímulos

aversivos condicionados – as situações sociais. Como consequência, respostas de esquiva são emitidas e reforçadas negativamente pela eliminação ou redução da ansiedade condicionada. Desta forma, o padrão de esquiva mantém a ansiedade não permitindo ao indivíduo discriminar que a situação temida não é tão ameaçadora quanto ele imagina.

Por fim, o condicionamento vicário (ou modelação) formulado por Bandura (1965) também é considerado um importante elemento na aquisição do TAS. Este tipo de condicionamento se dá pela observação de alguém manifestando medo em situações sociais. Presume-se que essa observação seria um poderoso elemento na aprendizagem de diversos padrões comportamentais rotulados como transtornos de ansiedade, uma vez que grande parte do nosso comportamento é aprendido por meio da observação do comportamento alheio.

Dentro do espectro da ansiedade social enquanto um fenômeno clínico, pode-se destacar ainda o transtorno de personalidade esquiva (TPE). Caballo *et al.* (2003) argumenta que este transtorno seria uma condição um pouco mais grave do que o TAS, entretanto defende que a distinção entre TPE e TAS generalizado não é identificável. “Não consideramos apropriado, nem útil, nem cientificamente correto considerá-los como sendo transtornos diferentes” (p. 28).

A despeito disso, o DSM-IV-TR (APA, 2000) define o TPE como sendo um padrão generalizado de inibição social, sentimentos de inferioridade e hipersensibilidade à avaliação negativa. Beck, Davis e Freeman (2005) consideram que o TPE consiste em uma evitação global nos níveis comportamental, emocional e cognitivo, mesmo quando tal evitação prejudica o alcance dos objetivos de vida do indivíduo.

De fato, o TPE possui características muito semelhantes ao TAS generalizado, de modo que se torna difícil uma distinção clínica. Por exemplo, os indivíduos com TPE, assim como os indivíduos com TAS generalizado, temem excessivamente a rejeição e a humilhação social, embora desejem estabelecer contatos sociais. Para Caballo (2008) “no fundo, são seres muito sociais, com grandes necessidades de afiliação” (p. 193). A presença do temor excessivo à rejeição, à avaliação negativa dos outros e à crítica, no entanto, promove um conflito relevante nestes indivíduos entre estabelecer contato social e evitá-lo.

Este conflito, por sua vez, acaba se tornando uma fonte adicional de ansiedade e sofrimento por se configurar como uma condição em que duas alternativas de

escolha (estabelecer contato social e evita-lo) são excludentes. Em geral, a consequência decorrente é a “paralização” do comportamento, de modo que o indivíduo não responde de forma a solucionar o problema e os comportamentos evitativos e ansiosos acabam sendo reforçados.

Caballo (2008) apresenta algumas características gerais do fenômeno:

“esses indivíduos costumam construir um estilo de vida solitário, dedicado ao trabalho, a suas afeições, a sua família, mas com pouco contato com pessoas. Costumam ter um contexto social com pouquíssimas pessoas que se relacionam, fundamentalmente a família, algum amigo íntimo e o parceiro (se tiver). Gostariam de ter mais amigos, mais contatos sociais, mas seu medo da rejeição e da humilhação os impede. Vivem em um pequeno espaço social rodeado de muros (mentais) que os impedem de se relacionar com os outros” (p. 194).

Analisando a descrição acima, observa-se novamente um raciocínio mentalista utilizado para explicar o fenômeno. Isso fica evidente na identificação da ideia de que a vida social restrita é causada ou explicada pelo medo da rejeição/humilhação dos outros e pela existência de “muros mentais” (possivelmente cognições). Do ponto de vista analítico-comportamental, temos um exemplo claro de comportamento causando ou explicando comportamento, o que deve ser evitado.

Seguindo o mesmo raciocínio mentalista, Beck *et al.* (2005) afirmam que “sua frequente solidão, tristeza e ansiedade nos relacionamentos interpessoais são mantidas pelo medo da rejeição, o que inibe a iniciação ou o aprofundamento das relações” (p. 247). Além disso, o autor relata que os indivíduos com TPE apresentam baixa tolerância a sentimentos aversivos, inclusive dentro da sessão terapêutica e frequentemente buscam a terapia por outras razões que não a dificuldade interpessoal, como depressão, abuso de substâncias, outros transtornos de ansiedade, etc., fato já citado anteriormente.

A pouca literatura existente sobre esse transtorno também é composta basicamente de descrições topográficas e enfatiza o papel das cognições como uma variável crítica no desenvolvimento e manutenção do mesmo. Tendo em vista que para o analista do comportamento a topografia do comportamento é secundária a sua função, mas indica respostas prováveis de ocorrer em determinados contextos (sugere as contingências em vigor), o Quadro 2 resume alguns comportamentos

típicos (focando apenas na descrição de respostas públicas e privadas) com base no DSM-IV-TR (APA, 2000), Beck *et al.* (2005) e Caballo (2008).

| <b>Comportamentos públicos</b>   | <b>Comportamentos privados</b>   |
|--|--|
| Evitação social marcada.   | Medo de rejeição e sentimentos de inadequação, inferioridade, solidão e tristeza.                            |
| São educados, discretos, inibidos e comedidos nas relações interpessoais.  | Preocupação excessiva em ser criticado, rejeitado, desaprovado, etc. (Hipersensibilidade a estes estímulos). |
| Evitação de situações novas que impliquem algum risco de embaraço para si. | Fantasiavam excessivamente.  |
| Evita expor eventos íntimos como sentimentos e pensamentos.                | Desejo por relacionamentos sociais.  |
| Comportamento “frio” e distante com pessoas pouco familiares.              | Baixa tolerância a sentimentos aversivos.  |
| Busca excessiva de privacidade.  | Visão negativa de si mesmo acompanhada de autocritica exagerada  |
| Hipervigilância diante de situações sociais.                               | Sentimentos de bem-estar e satisfação quando em contato com pessoas muito íntimas.                           |

Quadro 2. Comportamentos públicos e privados típicos de indivíduos com TPE.

Neste quadro, observa-se que não foram incluídos os contextos antecedente e consequente relacionados aos padrões comportamentais destacados, ou seja, não se pretendeu descrever as relações comportamentais que definem o transtorno de um ponto de vista funcional. Apesar disso, estas respostas podem constituir parâmetros úteis para o terapeuta analítico-comportamental formular hipóteses funcionais e estratégias de intervenção.

Em relação à epidemiologia do quadro, o DSM-IV-TR (APA, 2000) aponta uma prevalência entre 0,5 e 1% na população geral e de aproximadamente 10% em amostras clínicas, embora outros estudos apontem prevalências um pouco diversas. Ainda segundo o manual, a distribuição do transtorno entre os gêneros ainda é pouco clara, embora algumas evidências apontem para uma distribuição equivalente entre homens e mulheres.

Para finalizar, os fatores causais ou a etiologia do transtorno ainda são obscuros, embora haja consenso na literatura de que fatores biológicos/hereditários e fatores ambientais se inter-relacionem na sua origem e no seu desenvolvimento, assim como

em qualquer outro transtorno psicológico. Na próxima seção, será apresentada uma proposta de interpretação analítico-comportamental para os fenômenos clínicos descritos até aqui envolvendo a expressão “ansiedade social”.

### **3.3. Considerações Analítico-Comportamentais sobre a Ansiedade Social**

Face à escassez da literatura analítico-comportamental sobre a ansiedade social enquanto um fenômeno natural e enquanto um fenômeno clínico – TAS e/ou TPE – torna-se desafiador investigá-la desta perspectiva. Sendo assim, será proposto um modelo de interpretação analítico-comportamental aplicável a estes dois padrões comportamentais (TAS e TPE) considerando a semelhança significativa entre ambos e levando-se em conta o objetivo principal deste trabalho.

Tendo em vista que analisar um fenômeno clínico da perspectiva analítico-comportamental implica em assumir uma lógica de raciocínio divergente e, por vezes, incompatível com a lógica das Psicologias tradicionais, é conveniente enfatizar que, tanto o TAS quanto o TPE, não constituem patologias no sentido culturalmente atribuído a eles. Acrescenta-se a isso que a cultura de atribuir um *status* patológico a determinados padrões comportamentais é, em grande medida, resultado da tradição mentalista que marca a Ciência Psicológica.

Na seção anterior, pôde-se observar claramente esta lógica de interpretação aplicada ao TAS e ao TPE, ou seja, evidenciou-se a utilização quase que exclusiva de um raciocínio mentalista para explicar estes fenômenos. Diante disso, como utilizar os conceitos analítico-comportamentais para propor uma interpretação alternativa? Que benefícios pode-se obter desta interpretação alternativa? Qual a função ou quais as implicações de uma interpretação alternativa para a produção de conhecimento na área?

Buscando responder a primeira questão, a ideia inicial que deve ser considerada é a de que os comportamentos-problema de um indivíduo com TAS não são causados pelo transtorno como se este fosse uma entidade causal abstrata, mas são mantidos porque exercem uma função no ambiente e a identificação desta função é a tarefa básica do analista do comportamento. Mais especificamente, o esforço do analista do comportamento é identificar e descrever as relações funcionais e as contingências



ambientais que fazem parte do desenvolvimento e manutenção do TAS (Britto & Geraldini-Ferreira, 2013).

Lundin (1977) identifica alguns processos básicos relacionados ao desenvolvimento dos transtornos de ansiedade. Considerando a ansiedade patológica como um excesso do responder frente a condições específicas, o autor afirma que:

“uma vez que a ansiedade se desenvolveu através da técnica de condicionamento usual, ela se intensifica espontaneamente com o passar do tempo. Quando a resposta de ansiedade se desenvolve, tem a capacidade de se generalizar para outros estímulos além dos envolvidos no condicionamento inicial...A ansiedade patológica é identificada por três padrões comportamentais: ansiedade crônica, o ataque ou pânico de ansiedade e fobia” (p. 344).

Nos casos de fobia, as respostas típicas de ansiedade assumem uma intensidade excessiva frente a estímulos condicionados que até podem ser identificados. No entanto, os estímulos incondicionados originais que condicionaram tais respostas são difíceis de serem acessados. Uma parte do fenômeno pode ser explicada através do condicionamento respondente. Lundin (1977) fornece um exemplo:

“tomemos o caso do homem que tinha a fobia por céu vermelho, embora não pudesse explicar por quê. Depois da psicoterapia, que tentou extinguir a fobia, ele finalmente se lembrou que, quando criança, foi amedrontado pelas chamas vermelhas do incêndio de sua moradia, na qual ele e sua mãe ficaram presos e poderiam ter morrido queimados. O céu vermelho tornou-se um estímulo equivalente ao estímulo original de fogo. Através da generalização do fogo vermelho, a fobia foi mantida” (p. 346).

O condicionamento respondente é comumente utilizado na explicação de fobias específicas e, certamente, cumpre um papel importante no desenvolvimento e manutenção destes padrões. Esta explicação demonstra ser apropriada e consistente com a Análise do Comportamento uma vez que determinados eventos ambientais históricos (no caso acima, ter ficado preso dentro de uma casa pegando fogo) são funcionalmente relacionados com padrões comportamentais atuais (no caso, a fobia de céu vermelho). Cabe assinalar que estes princípios também são válidos na explicação do TAS, embora este transtorno seja consideravelmente mais complexo do que uma fobia específica.

O papel do condicionamento respondente no TAS é similar ao de qualquer outro padrão comportamental. Sturmei (2007) relata que o pareamento de estímulos neutros com estímulos sociais aversivos incondicionados (humilhação social, rejeição, críticas, etc.) produz respostas condicionadas de ansiedade e/ou vergonha diante de diversas situações sociais potencialmente aversivas ou mesmo sem propriedades aversivas. Portanto, a generalização de estímulos também cumpre um papel relevante na explicação do TAS, especialmente no subtipo generalizado.

Neste contexto, o condicionamento semântico está frequentemente relacionado ao aparecimento de respostas ansiosas em situações sociais. “Por exemplo, a palavra ‘vermelha’ pode ser aversiva para uma pessoa que no passado passou pela situação de ficar com o rosto ruborizado por causa de uma estimulação aversiva e foi envergonhada” (Britto & Geraldini-Ferreira, 2013, p. 154).

A resposta de ruborizar constitui um dos sintomas mais desagradáveis para os indivíduos socialmente ansiosos, uma vez que é passível de observação pelos demais (Valença, 2014). Entretanto, a emissão desta resposta em uma situação social não provém de uma entidade interna abstrata (como a percepção, por exemplo), mas sim de uma história de pareamentos entre tal resposta e estímulos aversivos (condicionados e incondicionados) diversos.

No campo das relações operantes não verbais, os comportamentos de fuga/esquiva estão, quase que invariavelmente, presentes nos quadros clínicos de ansiedade social. O indivíduo habitualmente evita situações sociais diversas obtendo com isso alívio de sua ansiedade, o que caracteriza um processo de reforçamento negativo. Conseqüentemente, o acesso a reforçadores positivos, o desenvolvimento de repertórios sociais adequados e a variabilidade comportamental ficam comprometidos, gerando prejuízo em diversas áreas importantes da vida do indivíduo, como o trabalho, a família e a vida social (Britto & Geraldini-Ferreira, 2013).

Estes prejuízos são decorrentes de padrões persistentes de fuga/esquiva que enfraquecem outros operantes relacionados à obtenção de reforçadores positivos. Por exemplo, se o indivíduo teme ser mal avaliado e rejeitado pelos outros, provavelmente irá evitar iniciar e/ou manter conversas com desconhecidos, ir a festas, interagir com o sexo oposto, dentre outras situações que sinalizem estimulação aversiva (críticas e rejeição), mas que poderiam prover reforçadores positivos (diversão e elogios) (Lundin, 1977).

Braga e Moreira (2014) reforçam a ideia de que a evitação das situações temidas não permite o contato do indivíduo com as contingências, produzindo déficits importantes nas habilidades sociais. Essa evitação sistemática de eventos sociais decorre, provavelmente, de uma história de reforçamento negativo deste comportamento e também de punição de outros comportamentos relacionados à exposição social em geral.

Diferentemente das fobias específicas, onde os estímulos aversivos evitados são bastante específicos e circunscritos, o TAS e o TPE incluem a evitação de uma ampla categoria de situações que, essencialmente, estão relacionadas ao convívio social, tornando a compreensão destes fenômenos mais complexa e sutil (Braga & Moreira, 2014). Dentro desta perspectiva, a suposição de que os padrões comportamentais classificados como TAS ou TPE constituem fenômenos mais resistentes à mudança clínica parece pertinente em virtude do controle de estímulos ser consideravelmente maior do que em outros transtornos.

Sidman (1989/2009) alerta para o fato de que as fobias (inclusive a fobia social) não são “coisas”, mas sim comportamentos verbais que descrevem observações sobre outros comportamentos verbais e também comportamentos não verbais. Aldinucci (2011) reforça e complementa esta noção ao afirmar que os termos psicopatológicos utilizados nos manuais diagnósticos resumem uma classe de comportamentos prováveis de ocorrer em determinados contextos.

Isso significa que determinadas topografias comportamentais como “evitar abordar desconhecidos para uma conversa”, “ficar a maior parte do tempo calado em uma interação verbal” ou “ruborizar diante de uma plateia” são apenas respostas que tendem a ocorrer na presença ou antecipação (no sentido já abordado) de estímulos de natureza social com potencial aversivo.

Para uma abordagem analítico-comportamental adequada do assunto, deve-se considerar duas variáveis principais: o déficit de certos comportamentos e o excesso de outros. Sidman (1989/2009), ao descrever um exemplo de “fobia de multidões” – também aplicável ao TAS e ao TPE – relata que, neste caso, o indivíduo não participa de organizações sociais, não vai a restaurantes ou festas, não frequenta shows, teatros e assim por diante. Por outro lado, comportamentos como virar-se e correr quando avistar um grupo na rua ou tomar caminhos alternativos ao se confrontar com uma multidão, contratar professores particulares ao invés de ir à escola, dentre outros, são observados com uma alta frequência.

Verifica-se neste exemplo um excesso de respostas evitativas de situações nas quais um grande número de pessoas está presente e um déficit de respostas de exposição a estas situações. O mesmo padrão de fuga/esquiva é encontrado em indivíduos com TAS e TPE em contextos similares, sugerindo que as contingências de reforço responsáveis pela manutenção do quadro são similares.

A hipótese a ser considerada na explicação da aquisição e desenvolvimento do transtorno deve ser formulada pelo analista do comportamento com base no histórico do indivíduo. Habitualmente, padrões comportamentais tidos como psicopatológicos possuem um histórico de punição, sobretudo punição social. Portanto, é provável que experiências dolorosas, perturbadoras, embaraçosas ou intensamente desconfortáveis sofridas no contato social sejam variáveis importantes na explicação de respostas de fuga/esquiva destes contextos (Sidman, 1989/2009).

Os indivíduos, assim como as Psicologias tradicionais, tendem a atribuir a eventos mentais ou emocionais um status causal para estes padrões como observa Sidman (1989/2009):

“o sofredor, sem conhecimento das experiências particulares que levaram às ações fóbicas, sente apenas o desconforto interno e perturbação que as multidões evocam. Diz-se que a fobia é causada pela ansiedade, que é, por sua vez, inferida do tremor incontrolável, transpiração, palpitações cardíacas, estômago embrulhado e respiração difícil que uma ameaça de envolvimento no grupo traz” (pp. 180-181).

Na medida em que se buscam na história ontogenética do indivíduo as variáveis ambientais funcionalmente relevantes, a tendência em atribuir causas mentais para o comportamento em questão diminui. Friman (2007) relata que o avanço nas pesquisas sobre relações derivadas, generalização de estímulos e esquiva experiencial fornece uma base empírica sólida para explicar como eventos perturbadores específicos podem conduzir a respostas públicas e privadas de ansiedade com características crônicas e generalizadas.

Por exemplo, eventos públicos e privados podem se tornar parte da mesma classe de equivalência e funções eliciadoras podem se transferir através de tais classes. Além disso, as funções não só podem ser transferidas como também alteradas quando a relação subjacente entre os estímulos não for de equivalência. Não obstante, o processo de generalização de estímulos pode favorecer e intensificar a associação formada pelas relações de equivalência (Friman, 2007).

Segundo Friman (2007), os efeitos combinados da generalização de estímulos, relações derivadas e equivalência de estímulos podem gerar uma resposta extraordinariamente complexa. A investigação destes três campos de estudo pode ajudar a explicar porque um único evento aversivo como, por exemplo, ter gaguejado em uma apresentação oral e provocado risadas com isso, pode levar a prejuízos amplos e crônicos no repertório comportamental do indivíduo, envolvendo estímulos que não faziam parte do episódio original e que nem sequer eram formalmente similares aos estímulos atuais com os quais o indivíduo interage.

Nos transtornos que envolvem a ansiedade social, a análise destes processos constitui uma ferramenta bastante útil para compreender determinados padrões comportamentais que, à primeira vista, parecem sem sentido e podem facilmente recair em explicações mentalistas. Os padrões persistentes de fuga/esquiva de eventos sociais potencialmente aversivos, tanto no TAS quanto no TPE, provavelmente resultam de redes complexas de relações comportamentais verbais e não verbais e não de agentes internos autônomos como pensamento, consciência, expectativas, etc.

Borba e Tourinho (2009), por exemplo, ao analisarem os eventos privados de uma perspectiva envolvendo relações comportamentais complexas e entrelaçadas ilustram uma contingência que poderia ser descrita como TAS ou TPE:

“Por exemplo, ao descrever-me como ansioso em situações sociais, posso estar sob controle de uma série de respostas como falar demais, esquivar-me de reuniões e eventos, suar bastante, e ainda falar que sou inadequado em situações como essa. Algumas dessas respostas são passíveis de observação pública, outras não (posso, por exemplo, apenas pensar que sou inadequado)” (p. 290).

Entretanto, a cultura de um modo geral recorre a explicações mentalistas para dar sentido ao comportamento desviante. Na busca de uma explicação alternativa, cientificamente respaldada e consistente com princípios analítico-comportamentais, autores da área introduziram componentes verbais para ampliar o alcance destes princípios na compreensão de fenômenos comportamentais tradicionalmente abordados de um ponto de vista cognitivista.

Serão abordados dois padrões comportamentais frequentemente relacionadas aos quadros clínicos de ansiedade social e bastante exploradas do ponto de vista cognitivista e, em seguida, serão propostas explicações alternativas com base na

Análise do Comportamento. Estas explicações, por sua vez, serão operacionalizadas com base no modelo de análise funcional proposto por Costa e Marinho (2002) e Del Prette (2011) enquanto método de interpretação. Os padrões abordados para análise são “temor à avaliação negativa” e “preocupação exagerada em ser criticado e rejeitado”.

O primeiro – “temor à avaliação negativa” – consiste em uma característica central tanto do TAS quanto do TPE. Entretanto, essa expressão descreve de forma genérica e inespecífica uma classe ampla de respostas que pode assumir diferentes funções para um indivíduo particular, além de não incluir todos os termos da tríplice contingência – antecedente, resposta e consequência (Del Prette, 2011).

Do ponto de vista analítico-comportamental, deve-se operacionalizar este padrão através da busca de condições antecedentes, classes de respostas públicas e privadas específicas resultantes das contingências de seleção que operam em seus três níveis, e consequências decorrentes com suas respectivas funções. Assim, pode-se considerar o “temor” como uma resposta que envolve operantes e respondentes (públicos e privados) que se manifestam em contextos que sinalizam “avaliação negativa”.

Ainda assim, não se tem uma descrição acurada e operacionalizada de uma contingência de “temor à avaliação negativa”. É preciso especificar as consequências que mantêm a resposta “temor” em termos funcionais, os contextos antecedentes de “avaliação negativa” e a própria resposta “temor”. Desta forma, podem-se esclarecer as relações funcionais entre todas as variáveis relevantes.

É conveniente enfatizar que este modo de interpretar uma determinada relação comportamental – “temor à avaliação negativa” – está amparada no operacionismo referido por Skinner (1945) enquanto prática verbal destinada a analisar fenômenos psicológicos de um ponto de vista operante/relacional.

Conforme Skinner (1945), a atitude operacional, apesar de suas limitações, é bem-vinda em qualquer ciência, sobretudo na Psicologia, por esta estar impregnada de um vasto vocabulário de origem antiga e não científica. Portanto, o analista do comportamento deve voltar-se para as contingências de reforçamento que explicam a relação funcional entre um termo, como uma resposta verbal e um determinado estímulo. O foco principal de análise, neste contexto, passa a ser o comportamento verbal do cientista que descreve objetivamente suas observações, seus procedimentos

de manipulação e de cálculo e os passos lógicos e matemáticos que interferem nestas instâncias.

Tendo por base esse modo de raciocinar, pode-se formular uma hipótese funcional da relação comportamental “temor à avaliação negativa” ilustrada no Quadro 3 (Costa & Marinho, 2002; Del Prette, 2011):

| <b>Antecedentes</b>  | <b>Respostas</b>   | <b>Consequências</b>   |
|--|--|--|
| Histórico de punição social;   | Ansiedade/Medo (resposta privada);   | Evita ser criticado, julgado, etc. (R-);                               |
| Em uma reunião de trabalho;  | Mantém-se calado e não mantém contato visual com os demais (resposta pública). | Passa despercebido na reunião (R-);                                    |
| Regra “não posso cometer erros”; “sou inadequado”; “vão me achar estranho”; etc. |  | Perde oportunidade de expor ideias pertinentes e úteis à reunião (P-). |

Quadro 3. Hipótese funcional de uma contingência de “temor à avaliação negativa”. **R-** (reforçamento negativo); **P-** (punição negativa).

O quadro acima operacionaliza funcionalmente uma contingência frequentemente designada como “temor à avaliação negativa” que caracteriza os transtornos de ansiedade social. Nesta contingência hipotética, especificou-se alguns antecedentes frequentemente relacionados com repostas da classe “ansiedade social”, assim como algumas prováveis consequências mantenedoras desta classe com suas respectivas funções.

O segundo padrão, “preocupação exagerada em ser criticado e rejeitado” também é central nos quadros de ansiedade social e pode ser analisado com base no mesmo raciocínio. É pertinente assinalar que o termo “preocupação” é habitualmente tratado como um processo cognitivo com status causal e que guarda relações com outros processos cognitivos mais elementares como “pensamento”, “percepção”, ou, mais genericamente, “representações mentais”.

Na Análise do Comportamento, entretanto, estes processos cognitivos são explicados por meio do conceito de eventos privados e não são governados por leis especiais ou diferentes das que governam os comportamentos públicos. Recomenda-se assim, converter substantivos psicológicos como “cognição” e “pensamento” em

verbos como “conhecer” e “pensar” e tratar-lhes como comportamentos a serem explicados e não como causas (Catania, 1998/1999).

A conceito de “pensamento”, por exemplo, central nas proposições cognitivistas, pode ser substituído pelo conceito de comportamento governado por regras, que envolve um controle especial do comportamento por meio de contingências mediadas pela comunidade verbal.

A regra, enquanto uma descrição verbal de contingências, pode ser formulada pelo próprio indivíduo, sendo considerada assim uma auto-regra. Ainda que formuladas pelo próprio indivíduo, as auto-regras se originam a partir da interação entre este e sua comunidade verbal. Conforme Jonas (1997):

“as auto-regras podem ser vistas como estímulos verbais especificadores de contingências que são produzidos pelo comportamento verbal do próprio indivíduo a quem estas contingências se aplicam. Neste sentido, auto-regras exemplificam o caso em que uma parte do meu repertório (no caso, verbal) comportamental afeta outra parte do meu repertório (verbal e não verbal). Auto-regras podem ser explícitas (públicas) ou encobertas (pensamentos)” (p. 145).

Feitas estas considerações, a relação comportamental “preocupação exagerada em ser criticado e rejeitado” pode ser operacionalizada da mesma forma que a anterior, como ilustrado no Quadro 4:

| Antecedentes   | Respostas  | Consequências   |
|--|--|---|
| Histórico de punição social;<br><br>Apresentação oral de um seminário;<br><br>Regra “sou inferior”; “não posso falhar”; “é terrível ser rejeitado/criticado”; etc. | Ansiedade/Medo (resposta privada);<br><br>Ruboriza e gagueja durante apresentação (resposta pública);<br><br>Não faz contato visual com a audiência e “corre” com a apresentação (resposta pública). | Alguns colegas de classe riem e cochicham durante apresentação do seminário (P+);<br><br>Alguns alunos e o professor prestam atenção (R+);<br><br>Evita supostas críticas, avaliações, etc. (R-). |

Quadro 4. Hipótese funcional de uma contingência de “preocupação exagerada em ser criticado e rejeitado”. **P+** (punição positiva); **R+** (reforçamento positivo); **R-** (reforçamento negativo).



Neste quadro, pode-se observar uma contingência hipotética de “preocupação exagerada em ser criticado e rejeitado” operacionalizada. Algumas variáveis independentes (antecedentes e consequentes) frequentemente associadas às classes de respostas rotuladas como “ansiedade social” foram utilizadas para demonstrar as relações funcionais entre elas. As respostas utilizadas também constituem exemplos comuns agrupados sob este rótulo.

Embora neste caso o indivíduo tenha enfrentado a situação temida apresentando o seminário<sup>2</sup>, repostas de fuga/esquiva mais sutis (não olhar para a audiência e “correr” com a apresentação) foram emitidas com a função de evitar uma exposição mais prolongada e, conseqüentemente, maior possibilidade de críticas, ridicularizações, julgamentos, rejeição, etc.

Para finalizar, as outras duas questões levantadas no início desta seção (quais os benefícios e implicações de uma interpretação alternativa para os fenômenos aqui analisados – TAS e TPE) podem ser respondidas, ainda que de forma incipiente e simplificada, destacando-se a possibilidade de identificação e manipulação das variáveis relevantes das quais o comportamento de ansiedade social é função. Além disso, este modelo de interpretação oferece ferramentas mais palpáveis para a formulação de estratégias clínicas para estes transtornos e promove instrumentos conceituais compatíveis com uma Ciência do Comportamento naturalística.

#### **3.4. Estratégias Analítico-Comportamentais para o Manejo Clínico da Ansiedade Social**

Os procedimentos de intervenção clínica fundamentados em princípios analítico-comportamentais são extensos e variados, além de produzirem resultados bastante significativos nos casos de TAS e/ou TPE. Alguns destes procedimentos foram sistematizados em modelos específicos de intervenção como a FAP e a ACT vistos no Capítulo 1. Contudo, o objetivo desta seção não é apresentar estratégias e recursos terapêuticos provenientes de um modelo de intervenção específico nem proceder a uma descrição exaustiva de todas as técnicas de tratamento disponíveis,

---

<sup>2</sup> Embora o comportamento mais comum seja a evitação da situação ansiogênica, o enfrentamento com manifestações respondentes excessivas (rubor facial, sudorese, tremor, etc.) e déficit nos operantes (gaguejar, por exemplo) pode ocorrer, ainda que menos frequentemente.

mas sim abordar alguns métodos de intervenção que integram o escopo mais amplo da Análise Comportamental Clínica.

Como em qualquer processo terapêutico analítico-comportamental, o terapeuta deve proceder inicialmente a uma avaliação comportamental do caso. Esta avaliação inicial consiste em uma coleta e análise de informações mais gerais sobre o cliente e suas queixas com vistas a identificar e descrever comportamentos-alvo, levantar hipóteses sobre possíveis causas destes comportamentos, assim como identificar estratégias de intervenção para modifica-los e avaliar os resultados (Martin & Pear, 2009).

O terapeuta deve avaliar com precisão dimensões comportamentais relevantes das queixas do cliente como topografia, frequência, intensidade, latência, além das condições sob as quais estes comportamentos ocorrem (Martin & Pear, 2009). Nesta fase, a atenção deve estar mais voltada para a busca de informações gerais e abrangentes sobre o cliente e suas queixas do que para a identificação das variáveis das quais estas queixas são função.

Em um momento seguinte, o terapeuta pode especificar esta avaliação geral e voltar-se para uma avaliação funcional. De acordo com Leonardi, Borges e Cassas (2012), a avaliação funcional “é a identificação das relações de dependência entre as respostas de um organismo, o contexto em que ocorrem (condições antecedentes), seus efeitos no mundo (eventos consequentes) e as operações motivadoras em vigor” (p. 105).

Segundo Follette, Naugle e Linnerooth, 1999 citados por Leonard *et al.* (2012), a avaliação funcional compreende cinco etapas:

1. Identificação das características do cliente em uma hierarquia de importância clínica;
2. Organização dessas características em princípios comportamentais;
3. Planejamento da intervenção;
4. Implementação da intervenção e;
5. Avaliação dos resultados.

É conveniente enfatizar que as etapas assim descritas cumprem uma função meramente didática, ou seja, no processo terapêutico elas podem ocorrer simultaneamente ou em ordem diferente. Por exemplo, é comum que na fase inicial de coleta de dados já ocorram algumas mudanças nos repertórios de auto-observação

e autodescrição do cliente. É provável que isso ocorra em razão das perguntas feitas pelo terapeuta evocarem respostas dessa classe no cliente.

Friman (2007) propõe algumas etapas para uma avaliação funcional específica da ansiedade resumidas na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação funcional da ansiedade.

- 
1. Avaliar eventos físicos/materiais associados com a condição (por exemplo, escola, voar, estar em local aberto).
  2. Avaliar eventos cognitivos associados com a condição (por exemplo, pensamentos de perigo, falta de preparação, resultados desastrosos).
  3. Avaliar eventos emocionais associados com a condição (por exemplo, sentimentos associados ou ocasionados pelos eventos físicos ou cognitivos).
  4. Avaliar os eventos fisiológicos associados com a condição (por exemplo, frequência cardíaca, respiração, tensão muscular).
  5. Avaliar todas as possibilidades de ganho secundário (por exemplo, isenção de responsabilidades, expressões de simpatia, expectativas reduzidas).
  6. Avaliar todos os domínios prejudicados resultante da condição (por exemplo, perda do emprego, perda de eventos sociais, dificuldades de relacionamento, interrupção do trabalho).
- 

Embora haja consenso na literatura de que a avaliação funcional é a principal ferramenta de análise e intervenção do terapeuta analítico-comportamental, há divergências significativas em relação às terminologias utilizadas para descrevê-la e até mesmo sobre o seu significado. Estas divergências resultam, em grande parte, das diferentes interpretações que autores analítico-comportamentais dão ao termo (Neno, 2003).

A expressão mais frequentemente utilizada na área é análise funcional que, a princípio, parece se referir a um processo mais específico do que a avaliação funcional. A análise funcional, enquanto um recurso explicativo, estratégia ou método utilizado pelo terapeuta no contexto clínico, promove a ênfase na identificação de relações funcionais entre eventos, marcando um afastamento de abordagens estruturalistas na Psicologia (Neno, 2003).

A despeito destas divergências conceituais, o fato é que a análise funcional constitui o principal recurso de investigação e intervenção sobre a problemática do cliente. Portanto, qualquer comportamento ou classe de comportamentos trazidos pelo cliente como queixa deve ser submetido a uma cuidadosa análise funcional. Neste ponto, não se busca informações gerais e abrangentes, mas sim a especificação das variáveis das quais os comportamentos-alvo são função.

A literatura clínica em Análise do Comportamento tem enfatizado bastante a análise da relação terapêutica nas últimas décadas. De fato, ela constitui uma variável fundamental e indispensável no processo terapêutico, sobretudo quando lidamos com clientes que apresentam problemas na esfera interpessoal, como é o caso de clientes com TAS e/ou TPE. Os resultados terapêuticos, inclusive, parecem depender em grande parte da relação estabelecida entre terapeuta e cliente (Wielenska, 2012).

A FAP é o modelo de intervenção que concentra basicamente todo o processo clínico na relação terapêutica. Sua premissa básica é a de que qualquer ajuda que o terapeuta pode oferecer só pode ser efetivada com os comportamentos do cliente que ocorrem em sessão. Em outras palavras, comportamentos-problema, progressos e interpretações emitidas pelo cliente em sessão constituem o foco de análise e intervenção clínica e correspondem aos CRBs1, CRBs2 e CRBs3 respectivamente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006).

Esta estratégia clínica pode ser bastante útil para clientes que apresentam quadros de ansiedade social, uma vez que o problema central destes indivíduos se encontra na dificuldade de interação social. Conforme Kohlenberg e Tsai (1991/2006), é provável que esta dificuldade também apareça na relação com o terapeuta. Comportamentos como esquiva de contato visual, falar pouco, postura corporal retraída e rubor facial, por exemplo, são comportamentos típicos de clientes com TAS e que, se emitidos em sessão, podem ser classificados como CRBs1.

A FAP incentiva o terapeuta a observar e evocar estes comportamentos em sessão para obter uma amostra de comportamentos do cliente que ocorrem em seu ambiente natural e favorecer o aumento da intimidade entre este e o terapeuta, assim como reduzir a esquiva emocional (Kohlenberg *et al.*, 2011). Algumas estratégias para alcançar estes objetivos como a associação livre, exercícios escritos e a técnica da cadeira vazia são descritas pelos autores. Algumas delas não fazem parte da Análise Comportamental Clínica originalmente, mas podem ser utilizadas para determinados fins e com foco na função que desempenham.

Outras estratégias propostas pela FAP consistem em reforçar os CRBs2 do cliente (seus progressos), preferencialmente utilizando reforçamento natural, observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta sobre o comportamento do cliente e fornecer interpretações funcionais sobre os comportamentos-alvo deste, além de promover a generalização dos ganhos para o ambiente natural (Kohlenberg *et al.*, 2011). Fica evidente que toda a proposta terapêutica da FAP e suas técnicas são fundamentalmente direcionadas ao que ocorre na sessão e na relação interpessoal entre cliente e terapeuta, o que pode trazer ganhos significativos para indivíduos ansiosos socialmente.

A ACT também propõe algumas estratégias especialmente úteis para clientes com transtornos de ansiedade social. Partindo da premissa de que a tentativa de controle de sentimentos e pensamentos aversivos é ineficaz e promove um efeito contrário, este modelo sugere que o principal objetivo terapêutico é a quebra da esquiva experiencial (de sentimentos e pensamentos aversivos) e o aumento da capacidade de se engajar em comportamentos mais construtivos (Brandão, 1999).

Para isso, técnicas como desamparo criativo (aceitação de eventos não modificáveis), conscientização de que o controle dos eventos privados constitui um problema, foco na modificação de ações e não de sentimentos, levar o cliente a entrar em contato com seus sentimentos e pensamentos aversivos (sem tentativas de controlar ou lutar contra eles) e aceita-los, além de comprometer-se com a mudança são utilizadas na terapia (Brandão, 1999).

Ao comentar sobre as atribuições causais equivocadas e tentativas de controle problemáticas por parte dos clientes, Brandão (1999) relata que é comum que os problemas sejam atribuídos a sentimentos ruins como em frases do tipo “se eu não fosse ansiosa, faria concurso para ser professora” ou “se eu fosse mais alegre, meu namorado não teria brigado comigo”. Estas atribuições internalistas, segundo a autora, não criam condições para que o indivíduo veja a ação como o caminho mais desejado para a mudança. Além disso, o contexto sócio verbal estabelece e reforça a ideia de que é desejável controlar eventos privados aversivos como o medo e a ansiedade, o que dificulta ainda mais a aceitação dos mesmos sem tentativas contraproducentes de controle.

No caso do TAS e, sobretudo do TPE, observa-se sistematicamente esse padrão de controle dos eventos privados, esquiva experiencial e atribuição dos problemas a sentimentos negativos. Deste modo, as estratégias propostas pela ACT mostram-se

bastante apropriadas para estes clientes. Por exemplo, o contato com a ansiedade frente a uma situação de falar em público e a sua aceitação enquanto uma experiência natural, além do engajamento em comportamentos incompatíveis com a esquiva, podem produzir mudanças importantes no repertório do cliente, favorecendo o desenvolvimento de ações mais construtivas, especialmente no âmbito das habilidades sociais.

As habilidades sociais são, via de regra, deficientes em indivíduos com TAS e TPE. Não é de se estranhar que o treinamento em habilidades sociais (THS) seja reconhecidamente um dos principais recursos terapêuticos, senão o principal, no tratamento destes indivíduos.

Objeto de investigação de diversas concepções teóricas, as habilidades sociais constituem um fenômeno complexo. Do ponto de vista analítico-comportamental, elas são inferidas das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, de modo que as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo (Del Prette & Del Prette, 2010).

Além disso, são produtos de processos seletivos filogenéticos, ontogenéticos e culturais como qualquer outro comportamento. O nível ontogenético, segundo Del Prette e Del Prette (2010), constitui o nível mais proeminente de desenvolvimento das habilidades sociais, sugerindo que elas são, em grande parte, aprendidas e alteradas em função da exposição do indivíduo às contingências sociais. Os autores afirmam que “dependendo das contingências a que está exposta, uma pessoa pode desenvolver tanto um repertório elaborado de comportamentos efetivos na produção de reforçadores ou um repertório deficitário” (p. 109).

O objetivo principal do THS consiste, genericamente, no desenvolvimento da variabilidade comportamental por meio da exposição do indivíduo a contingências (Del Prette & Del Prette, 2010). Essa exposição a contingências, por sua vez, pode ser trabalhada em sessão com o terapeuta e/ou no ambiente natural do cliente utilizando-se procedimentos diversos.

Um desses procedimentos consiste no ensaio comportamental ou *role-play*. A técnica visa o aperfeiçoamento de determinados comportamentos já existentes ou a instalação de novos comportamentos através de uma representação de papéis entre terapeuta e cliente. Ambos simulam durante a sessão uma determinada situação social na qual o cliente apresenta dificuldade – discordar do outro, por exemplo – de

modo que o terapeuta interpreta o papel do próprio cliente ou do interlocutor e depois invertem-se os papéis. Essa técnica envolve frequentemente outros princípios comportamentais que potencializam a sua eficácia como a modelação, a modelagem e o uso de instruções (Otero, 2004).

Uma classe de habilidades sociais frequentemente trabalhada em programas de THS consiste no que chamamos de assertividade. Foram desenvolvidos inclusive programas específicos com foco no desenvolvimento desta classe comportamental que receberam o nome de treino de assertividade. Entretanto, como aponta Guilhardi (2012), o termo assertividade remete a noções mentalistas que devem ser evitadas em um modelo de intervenção analítico-comportamental. Para o autor, não existem pessoas assertivas ou inassertivas, mas sim padrões comportamentais que recebem este rótulo por produzirem determinadas consequências em determinados contextos de interação social.

Neste sentido, Guilhardi (2012) considera que os comportamentos tidos como assertivos (públicos ou privados) são aqueles que produzem reforçadores positivos ou evitam consequências aversivas para o próprio indivíduo e para pessoas significativas do seu contexto social. O autor complementa que “os sentimentos produzidos pelas contingências de reforçamento que controlam comportamentos assertivos são de bem estar, autoestima, autoconfiança” (p.2).

Indivíduos com TAS ou TPE são, em sua maioria, tidos como inassertivos, ou seja, apresentam déficits relevantes no repertório de assertividade e excesso de comportamentos sob controle do que é reforçador ou aversivo para o outro, pondo em segundo plano suas próprias necessidades e interesses quando estes competem com a necessidade e interesse dos demais (Guilhardi, 2012).

Em um THS, especialmente quando o foco de intervenção é sobre a assertividade, determinadas classes comportamentais podem constituir objetivos terapêuticos, tais como (Guilhardi, 2012):

- Falar o que pensa;
- Dizer “não”;
- Expressar honestamente pensamentos e sentimentos;
- Elogiar e saber receber elogios;
- Abordar alguém para conversação;
- Pedir alguma coisa a alguém, inclusive ajuda;

- Fazer perguntas;
- Reconhecer os próprios erros sem se justificar excessivamente;
- Gesticular e fazer expressões faciais enquanto interage com o outro;
- Falar de si mesmo;
- Etc.

Estes padrões comportamentais são habitualmente pouco desenvolvidos ou mesmo inexistentes em indivíduos ansiosos socialmente. Eles podem constituir alvos de intervenção bastante promissores para que o terapeuta promova um repertório de habilidades sociais mais refinado no cliente utilizando o THS com seus diversos procedimentos e, especificamente, com o ensaio comportamental.

Algumas técnicas mais tradicionais que atuam predominantemente sobre o comportamento respondente também são úteis no manejo clínico dos transtornos de ansiedade social. A dessensibilização sistemática desenvolvida por Wolpe (1958) – atualmente pouco utilizada – e as técnicas de relaxamento costumam produzir bons resultados com estes clientes.

Estes dois procedimentos geralmente são utilizados concomitantemente visando à extinção das respostas excessivas de ansiedade por meio da exposição gradual aos estímulos temidos (na imaginação ou ao vivo) em uma ordem hierárquica de medo (Turner, 1996). Aliado a isso, ensina-se ao cliente uma resposta incompatível com a ansiedade – o relaxamento.

A técnica de relaxamento mais utilizada neste contexto é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1934), onde grupos musculares específicos são contraídos e relaxados voluntariamente, produzindo uma discriminação mais refinada das sensações de tensão e relaxamento por parte do cliente. Em conjunto com o relaxamento muscular, é conveniente também o uso do treino de respiração diafragmática, uma vez que este tipo de respiração auxilia na redução dos sintomas fisiológicos da ansiedade (Vera & Vila, 1996).

Para finalizar, é pertinente enfatizar que o uso de qualquer técnica, recurso ou estratégia de intervenção no contexto da clínica analítico-comportamental deve derivar de uma análise funcional precisa das queixas trazidas pelo cliente, assim como de uma avaliação contínua de todo processo terapêutico. É somente desta forma que a seleção de uma estratégia será adequada ao que se pretende modificar e



os resultados serão alcançados de forma exitosa (Almeida & Del Prette, 2012; Banaco, 1999).

Isso significa que o terapeuta analítico-comportamental não deve pautar suas intervenções em categorias diagnósticas como TAS ou TPE, sob o risco de utilizar uma técnica de forma equivocada e, conseqüentemente, obscurecer ou não atentar para as variáveis de controle do problema em questão. Ou seja, a aplicação equivocada de uma técnica pode, eventualmente, eliminar um determinado “sintoma”, mas a relação comportamental que o mantém permanece, podendo emergir novas respostas com topografias diferentes que tenham a mesma função do sintoma eliminado, fenômeno conhecido como “substituição de sintomas” (Banaco, 1999).

## Considerações Finais

Os transtornos de ansiedade encontram-se certamente entre os fenômenos mais abordados pela Psicologia Clínica e pela Psicopatologia. Mais do que isso, eles constituem objeto de investigação sistemática e são desenvolvidos diversos manuais ou protocolos de tratamento para determinados transtornos. Entretanto, ao analisar as produções específicas sobre o TAS e especialmente sobre o TPE, nos deparamos com uma incômoda ausência de estudos e pesquisas sobre o assunto, mesmo em abordagens que tradicionalmente o discutem como é o caso das terapias de base cognitivista.

Como bem destacaram Caballo *et al.* (2003), o TAS era tido recentemente como um transtorno de ansiedade esquecido, negligenciado e pouco pesquisado e, conseqüentemente, pouco compreendido. Isso pode ser explicado, em grande parte, pela sua inclusão tardia no DSM como uma categoria diagnóstica oficial, fato que só veio a ocorrer em 1980 com a publicação do DSM-III (APA, 1980).

No que diz respeito ao TPE, incluído na categoria dos transtornos de personalidade, essa realidade é ainda mais evidente, ou seja, pouca coisa é investigada e produzida sobre ele, mesmo pela Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 2005). Embora este panorama tenha se modificado bastante nos últimos anos, com o aumento gradativo do número de pesquisas e publicações sobre estes transtornos e, conseqüentemente, dispondo-se de um material significativamente maior atualmente (particularmente produzido pelas Terapias Cognitivas), é possível ainda encontrar um déficit em relação à produção sobre o assunto quando o comparamos com a produção sobre outros transtornos, como o transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de ansiedade generalizada (TAG),

depressão e outros transtornos do humor, e mesmo outros transtornos de personalidade.

O cenário é ainda mais crítico quando tomamos a Análise do Comportamento como referencial teórico. Ainda com um modelo de intervenção clínica em desenvolvimento (apesar das sistematizações já existentes), a Análise do Comportamento vem produzindo, de forma lenta e gradual, formulações teóricas e aplicadas sobre os transtornos psicológicos (Banaco *et al.*, 2012) que fornecem o suporte para a compreensão dos mesmos em consistência com os princípios do Behaviorismo Radical.

Ainda que pouco investigados pela área, o TAS e o TPE enquanto fenômenos comportamentais, podem e devem ser analisados partindo-se do modelo de seleção pelas consequências proposto por Skinner (1981) e, conseqüentemente, presumindo-se que são regidos pelos mesmos princípios comportamentais que regem qualquer outro comportamento. Isso implica em aceitar a ideia de que não estamos tratando de fenômenos especiais, metafísicos, internos, mentais ou coisas do gênero, mas sim de relações comportamentais complexas que só serão elucidadas a partir de uma análise funcional minuciosa e modificadas por meio da manipulação de variáveis que compõe as contingências de reforçamento relevantes para o caso (Costa & Marinho, 2002; Del Prette, 2011; Skinner, 1953/2003; Tourinho, 2006).

A noção tradicional sobre as psicopatologias que impera na nossa cultura implica, frequentemente, em formas inadequadas de lidar com tais fenômenos no contexto clínico tanto em nível de avaliação quanto em nível de intervenção. Essa inadequação e as conseqüências decorrentes podem interferir diretamente na vida dos sujeitos que buscam terapia para solucionar ou aliviar seus problemas comportamentais, no sentido de impedir que as variáveis ambientais relevantes das

quais estes comportamentos são função sejam elucidadas e reforçando a ideia de que o problema está no sujeito, em seu interior e é esse interior que deve ser modificado diretamente.

A Análise Comportamental Clínica propõe, de forma geral, que os padrões característicos dos transtornos de ansiedade social são selecionados ao longo da história de desenvolvimento do sujeito e são mantidos pelas consequências reforçadoras do seu ambiente atual. Portanto, o terapeuta que atua com este instrumental teórico deve reconstruir junto com o cliente (na medida do possível) sua história comportamental e focar a intervenção nas contingências relevantes que atuam na manutenção dos padrões atuais com este cliente particular. Em virtude dos pressupostos teóricos, filosóficos e metodológicos da Análise do Comportamento, a terapia deve ser “personalizada” para cada cliente independente do diagnóstico, evitando-se o uso de manuais ou protocolos de intervenção elaborados para determinados transtornos.

Para concluir, a realização deste trabalho tornou evidente as lacunas (de certa forma já esperadas) existentes sobre o TAS e o TPE sob a perspectiva analítico-comportamental. Embora essa constatação seja preocupante em função destes transtornos serem altamente prevalentes e estarem associados a altos níveis de sofrimento e prejuízo, espera-se que este trabalho sirva como um alerta (em uma linguagem comportamental como uma operação estabelecadora) para a emergência de produção de conhecimento na área, tanto na pesquisa básica quanto na pesquisa aplicada.

Ademais, consideramos essencial a promoção de um olhar mais atento de pesquisadores e terapeutas analítico-comportamentais para uma condição clínica que, aparentemente, constitui-se em uma das condições mais severas e incapacitantes,

com impactos devastadores na vida destes sujeitos, uma vez que o medo exacerbado do julgamento, da crítica, da desaprovação e da rejeição é presumivelmente o mais significativo para a nossa espécie. Acreditamos que a sensibilização da comunidade analítico-comportamental para este assunto se faz altamente necessária e importante pois, tendo um corpo de conhecimentos científicos e experimentais sobre o comportamento disponível, certamente temos muito a contribuir.

## Referências Bibliográficas

- Aldinucci, B. A. S. (2011, abril). *A psicopatologia sob a ótica da Análise do Comportamento: Aspectos teóricos e clínicos*. Trabalho apresentado no IV congresso de Psicologia da UNIFIL, Londrina, Paraná, PR.
- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1999). *Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional*. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wieslenka (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à prática clínica (pp. 75-82). Santo André: ESETec.
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (2004). *Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 7, pp. 77-92.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). *Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia*. Em E. M. Tourinho & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., Martone, R. C., Vermes, J. S., & Kovac, R. (2012). *Psicopatologia*. Em M. M. C. Hubner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos em Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bandura, A. (1965). *Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses*. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 1, pp. 589-595.

- Barlow, D. H. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (1994/2006). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & cols. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Boas, D. de L. O. V., Banaco, R. A., & Borges, N. B. (2012). Discussão da Análise do Comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 95-101). Porto Alegre: Artmed.
- Borba, A., & Tourinho, E. Z. (2009). *Instrumentalidade e coerência do conceito de eventos privados*. Acta Comportamentalia, vol. 18, pp. 279-296.
- Braga, A. L. S., & Moreira, L. L. (2014). *Fobia social e terapia analítico-comportamental: Contribuições do acompanhamento terapêutico*. Comportamento em foco, vol. 4, pp. 83-90.
- Brandão, M. Z. S. (1999). *Abordagem contextual na clínica psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento*. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação (pp. 149-156). Santo André: ARBytes.
- Bueno, G. N., Nobrega, L. G., Magri, M. R., & Bueno, L. N. (2014). *Psicopatologias de acordo com as abordagens tradicional e funcional*. Comportamento em foco, vol. 4, pp. 27-37.

- Caballo, V. E., Andrés, V., & Bas, F. (2003). Fobia social. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (pp. 26-87). São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E., Bautista, R., López-Gollonet, C., & Prieto, A. (2008). O transtorno da personalidade esquiva. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de transtornos da personalidade* (pp. 193-214). São Paulo: Santos.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). *O conceito de ansiedade na Análise do Comportamento*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 21(2), pp. 171-178.
- Costa, S. E. G. C., & Marinho, M. L. (2002). *Um modelo de apresentação de análise funcional do comportamento*. *Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, vol. 9, pp. 43-54.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: ESETec.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). *Habilidades sociais e Análise do Comportamento: Proximidades históricas e atualidades*. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, vol. 1, pp. 104-115.



- Del Prette, G. (2011). *Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder*. Revista perspectivas em Análise do Comportamento, vol. 2, pp. 53-71.
- Del Prette, G., & Almeida, T. A. C. (2012). O uso da técnica na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 147-159). Porto Alegre: Artmed.
- Emanuel, P., & Vagos, R. M. (2010). *Ansiedade social e assertividade na adolescência*. Tese de doutorado, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). *Some quantitative properties of anxiety*. Journal of Experimental Psychology, vol. 29, pp. 390-400.
- Falcone, E. (2002). Quando a timidez se torna um problema. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte & S. M. B. Mezzaroba (Orgs.), *Comportamento humano: Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor* (pp. 69-76). Santo André: ESETec.
- Ferster, C. B. (2007). *Psicoterapia do ponto de vista de um comportamentalista*. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, vol. 3, pp. 121-144. (Original publicado em 1979).
- Friman, P. C. (2007). The fear factor: a functional perspective on anxiety. Em P. Sturmey (Org.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 335-355). Burlington: Elsevier Inc.
- Fukahori, L., Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2005). *Exibicionismo e procedimentos baseados na terapia de aceitação e compromisso (ACT): Um relato de caso*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, vol. 7, pp. 67-76.

- Gentil, V. (1997). Ansiedade e transtornos ansiosos. Em V. Gentil, F. Lotufo-Neto & M. A. Bernik (Orgs.), *Pânico, fobias e obsessões* (pp.23-31). São Paulo: Edusp.
- Geraldini-Ferreira, M. C. C., & Britto, I. A. G. S. (2013). *Fobia social na perspectiva analítico-comportamental*. *Comportamento em foco*, vol. 2, pp. 151-156.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Guilhardi, H. J. (2012). *Assertividade-inassertividade em um referencial comportamental*. Retirado no dia 31/04/2015, do site <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/assertividade.pdf>
- Hanna, E. S. & Moreira, M. B. (2012). Bases filosóficas e noção de ciência em *Análise do Comportamento*. Em M. M. C. Hubner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos em Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hayes, S. C., Pisotello, J. & Biglan, A. (2008). *A terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção de suicídio*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. X, no. 01, pp. 81-104.
- Holland, J. G., & Skinner, B. F. (1973). *A Análise do Comportamento*. São Paulo: E.P.U.
- Hope, D. A., & Heimberg. (1999). Fobia social e ansiedade social. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Jonas, A. L. (1997). *O que é auto-regra?* Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 1, pp. 144-147. Santo André: ARBytes.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas

- (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Porto Alegre: Artmed.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: Uma Análise do Comportamento*. São Paulo: E.P.U.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2006). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo* (F. C. S. Conte & M. Z. S. Brandão, Orgs. Trads.). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento, o que é e como fazer* (N. C. de Aguirre, trad.). São Paulo: Roca.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental. Em E. M. Tourinho & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 154-174). São Paulo: Roca.
- Micheletto, N. (2001). *A história da prática do analista do comportamento: esboço de uma trajetória*. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 7, pp. 172-189. Santo André: ESETec.

- Millenson, J. R. (1967). *Princípios de Análise do Comportamento*. Brasília: Thesaurus.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). *Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 36(6), pp. 221-228.
- Nardi, A. E. (2000). *Transtorno de ansiedade social: Fobia social – timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Neno, S. (2003). *Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. 5, pp. 151-165.
- Neto, D. M. R., Banaco, R. A., Borges, N. B., & Zamignani, D. R. (2011). *Supressão condicionada: Um modelo experimental para o estudo da ansiedade*. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, vol. 2, pp. 5-20.
- Otero, V. R. L. (2004). Ensaio comportamental. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 205-214). São Paulo: Santos.
- Pereira, M., & Rangé, B. P. (2011). Terapia cognitiva. Em B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 20-32). Porto Alegre: Artmed.
- Pessotti, I. (1978). *Ansiedade*. São Paulo: E.P.U.
- Picon, P., & Penido, M. A. (2011). Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. Em B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 269-298). Porto Alegre: Artmed.

- Sampaio, A. A. S., & Andery, M. A. P. A. (2012). Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 77-86). Porto Alegre: Artmed.
- Sério, T. M. A. P., & Tourinho, E. Z. (2010). Definições contemporâneas da Análise do comportamento. Em E. M. Tourinho & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 1-13). São Paulo: Roca.
- Sidman, M. (1989/2009). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery & T. M. Sério, trads.). Campinas: Livro Pleno.
- Silveira, J. M. (2007). *Visão de homem na terapia analítico-comportamental*. Revista Terra e Cultura, n° 44, ano 23, pp.110-117.
- Skinner, B. F. (1945). *A análise operacional de termos psicológicos* (H. J. Guilhardi & P. P. Queiroz, trads.). Retirado no dia 31/03/2015, do site [http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/skinner/analise\\_operacional.pdf](http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/skinner/analise_operacional.pdf)
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1981). *Selection by consequences*. Science, New Series, vol. 213, pp. 501-504.
- Souza, D. G. (2000). *O conceito de contingência: Um enfoque histórico*. Temas em Psicologia da SBP, vol. 8, pp. 125-136.
- Starling, R. R. (2006). *O que é Psicologia Comportamental*. Retirado no dia 30/03/2015, do site <http://www.redepsi.com.br/2006/01/25/o-que-psicologia-comportamental-roosevelt-r-starling/>

- Sturmeijer, P. (2007). *Functional analysis in clinical treatment*. Burlington: Elsevier Inc.
- Tourinho, E. Z. (2006). *Relações comportamentais como objeto da Psicologia: Algumas implicações*. *Interação em Psicologia*, vol. 10(1), pp. 1-8.
- Turner, R. M. (1996). A dessensibilização sistemática. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 167-195). São Paulo: Santos.
- Valença, A. M. (2014). Psicopatologia e diagnóstico. Em A. E. Nardi, J. Quevedo & A. G. da Silva (Orgs.), *Transtorno de ansiedade social: Teoria e clínica* (pp. 49-55). Porto Alegre: Artmed.
- Vandenberghe, L. (2001). As principais correntes dentro da terapia comportamental: Uma taxonomia. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 7 (pp. 179-188). Santo André: ESETec.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 147-165). São Paulo: Santos.
- Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 160-165). Porto Alegre: Artmed.



