



IBAC

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

“O meu objetivo de vida é agradar os outros”.
Um caso de baixa autoestima na perspectiva da
Análise Comportamental Clínica
Neusa Maria de Castro

Brasília
Junho de 2017



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

“O meu objetivo de vida é agradar os outros”.
Um caso de baixa autoestima na perspectiva da
Análise Comportamental Clínica

Neusa Maria de Castro

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Junho de 2017



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Neusa Maria de Castro

Título: “O meu objetivo de vida é agradar os outros”. Um caso de baixa autoestima na perspectiva da Análise Comportamental Clínica

Data da Avaliação:

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Ms. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: Prof. Esp. Frederico Santos Veloso

Membro: Prof.^a Ms. Flávia Nunes Fonseca

Brasília
Junho de 2017

Agradecimentos

Agradeço a DEUS, acima de tudo, que me acompanha, ilumina e conduz por esse caminho que sigo desde o início da minha existência.

Aos meus pais, em homenagem póstuma, porque me ensinaram a almejar sempre a chegada ao final da trilha.

Aos meus filhos, porque representam a minha maior fonte de energia para buscar sempre novos objetivos.

Aos colegas e funcionários do IBAC pela presteza no atendimento, sempre com boa vontade e um sorriso aberto.

A todos os professores que, generosamente, repartiram comigo o seu tempo e o seu saber, me concedendo a honra de uma convivência grandiosa.

À professora Ana Karina, em reverência especial, pela preciosa orientação nesse momento final e decisivo.

Aos meus familiares e amigos, que contribuíram grandemente para a realização de mais esse desejo.

Sou muito grata a todos!

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Lista de Figuras -----	v
Resumo -----	vi
Introdução -----	1
1. A Autoestima sob a Perspectiva da Análise Comportamental -----	2
2. O Comportamento Operante -----	5
2.1. O Comportamento Verbal -----	7
2.1.1. O Comportamento Controlado por Regras e Autorregras -----	9
3. A Análise Comportamental Clínica -----	11
4. A Relação Terapêutica -----	15
Caso Clínico -----	19
Cliente -----	19
Queixas e Demandas -----	19
Contexto Terapêutico -----	20
Procedimento -----	20
1. Dados Coletados -----	21
1.1. Contingências em Vigor durante o Processo Terapêutico -----	21
1.2. Histórico de Vida -----	21
1.2.1. Familiar -----	22
1.2.2. Social -----	23
1.2.3. Afetivo -----	24
1.2.4. Acadêmico-profissional -----	25
1.2.5. Médico-psicológico -----	25
1.3. Controle por Regras -----	26
2. Análise Molar do Padrão Comportamental de Baixa Autoestima -----	27
3. Relação Terapêutica -----	27
4. Objetivos Terapêuticos -----	29
5. Estratégias de Intervenção -----	29
5.1. Construção de Vínculo Terapêutico -----	29
5.2. Treino em Auto-observação -----	30
5.3. Estratégias Usadas para Abordar o Medo e a Necessidade de Agradar -----	31
5.4. Bloqueio de Esquiva -----	35
5.5 Modelagem e Modelação dos Comportamentos de Tato e Mando --	37
5.6 Treino em Habilidades Sociais -----	39
5.7. Outros Recursos -----	40
6. Resultados Alcançados -----	41
Considerações Finais -----	46
Referências -----	61
Anexos -----	66
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	67
Anexo 2 Poesia “Forjando a armadura” -----	68
Anexo 3. Poesia “Máscaras” -----	69
Anexo 4. Lista de Comportamentos -----	70
Anexo 5. Tabela de comportamentos assertivo, submisso e agressivo -----	71

Lista de Quadros

Quadro 1. Análise Molar de comportamentos relacionados ao Padrão Comportamental de baixa autoestima -----	28
---	----

Resumo

Este trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de baixa autoestima sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Comportamentos de baixa autoestima são operantes e podem ser instalados desde a infância, especialmente quando a criança vivencia situações de rejeição e desprezo. Diante de ameaças de não ser amado e aceito, esse indivíduo opera sobre o ambiente para eliminá-las, passando a ter seu comportamento controlado pelo contexto social, incluindo-se o controle verbal. Pode tornar-se inassertivo, inseguro e agradador, cabendo ao terapeuta considerar esses padrões no manejo da sua própria relação com o cliente. Focalizou-se na apresentação detalhada das estratégias mais marcantes utilizadas pela terapeuta, e que tornaram mais expressivos os resultados alcançados. Concluiu-se que a construção de uma relação terapêutica reforçadora, em que o cliente se sentia acolhido e não julgado, ampliou as possibilidades de utilização de estratégias para condução do caso.

Palavras-chave: baixa autoestima; Análise Comportamental Clínica; estratégias; análise funcional; relação terapêutica.

O termo autoestima é muito popular na nossa cultura, amplamente usado por pessoas de todas as classes sociais. No Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, Villar & Franco, 2001/2015) é definida como “qualidade de quem se valoriza, se contenta com seu modo de ser e demonstra confiança em seus atos e julgamentos” (p.106); no Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (Borba, 1997/2002), é definida como a “aceitação que o indivíduo tem de si mesmo” (p. 189); no Dicionário Global Escolar da Língua Portuguesa (Bueno, 2016) é definida como “sentimento ou avaliação sobre si mesmo, sentimento positivo sobre si mesmo, orgulho de si” (p. 76)

Conforme se poderá observar ao longo do presente trabalho, a linguagem usada para abordar o tema pelos teóricos da Psicologia mantém estreita afinidade com a forma como se define o conceito de autoestima no senso comum. Segundo Avanci, Assis, Santos e Oliveira (2007), a propagação desse conceito de forma superficial, por um lado, acarreta dificuldades conceituais e metodológicas, exigindo mais esforço na consolidação científica do termo; por outro, apresenta algumas vantagens, por se tratar de uma temática já inscrita no imaginário social. De todo modo, trata-se de um tema pouco abordado cientificamente.

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de baixa autoestima trazendo, primeiramente, os conceitos usados por analistas do comportamento sobre o tema; fazer uma breve revisão teórica sobre os temas afins ao comportamento de baixa autoestima apresentado pelo cliente, como por exemplo o comportamento operante, o comportamento verbal, o comportamento governado por regras; e apresentar de forma detalhada as estratégias utilizadas para a condução do caso.

1. A Autoestima sob a Perspectiva da Análise Comportamental

É comum se ouvir dizer que as pessoas que não têm boa autoestima não conseguem expressar suas vontades, realizar seus desejos, confiar nos seus planos e construir bons relacionamentos. Contrariamente, uma pessoa que demonstra altas habilidades para se realizar e relacionar-se com o seu ambiente pode ser considerada como alguém com alta autoestima (Avanci e cols., 2007).

Coopersmith (1967, citado por Avanci e cols., 2007) entende por autoestima o juízo de valor que o indivíduo faz de si próprio. Evidencia uma conduta de aprovação ou de desaprovação de si e engloba autojulgamento relativamente à competência e valor. É uma experiência subjetiva acessível às outras pessoas por meio de relatos verbais e comportamentos publicamente observáveis, em especial por meio das atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo.

Sob a perspectiva da Análise do Comportamento, segundo Guilhardi (2013), a autoestima é um sentimento, produto de contingências de reforçamento positivo de origem social. Ao serem emitidos, comportamentos de autoestima produzem reforços positivos sociais generalizados ou minimizam, retardam ou eliminam reforços negativos sociais generalizados para quem os emite. Uma pessoa com boa autoestima aprende a discriminar a sua capacidade de emitir comportamentos que produzam consequências reforçadoras para ela. Ainda de acordo com o autor mencionado, déficit de comportamentos públicos e privados de autoestima (sentimentos) resulta das interações entre a história de contingências de reforçamento e as contingências de reforçamento em vigor.

Trata-se de um sentimento que pode ser desenvolvido durante toda a vida do indivíduo e tem início na infância, devido às condições fornecidas pelos pais ou por

quem os represente. Quando uma criança se comporta de uma determinada forma e os pais retribuem com atenção, carinho, afago físico, sorrisos e outras manifestações de aprovação, estariam gratificando o filho, ou seja, dispensando reforços sociais positivos generalizados ao seu comportamento, o que tende a aumentar a sua autoestima. Ao contrário, quando a criança se comporta e os pais a repreendem, criticam, afastam-se dela ou a ignoram, estão provavelmente punindo seu comportamento, o que diminui a probabilidade de emissão do mesmo, assim como a autoestima do filho (Guilhardi, 2002).

De acordo com Silva e Marinho (2008), a autoestima é desenvolvida a partir de elementos presentes nas relações familiares e sociais e relaciona-se à noção de valor que o indivíduo tem de si. Esse indivíduo constrói a sua referência sobre si na medida em que interage com o ambiente, e aprende a se descrever com as pessoas que o rodeiam e o descrevem desde a infância. A partir daí, a noção de EU é construída. Ao ser muito criticada, censurada ou rejeitada, essa pessoa passa a se ver de maneira inadequada. Essas contingências hostis contribuem não só para inibir comportamentos públicos, como também produzem eventos privados, que levam o indivíduo a se responsabilizar pelo próprio fracasso sem discriminar a influência do ambiente na sua forma de sentir. Para se analisar um sentimento, torna-se fundamental considerar os antecedentes e consequentes do comportamento de sentir. Relatos do que é sentido dão dicas de contingências ambientais importantes como: a) comportamento passado e condições que o afetaram; b) comportamento atual e condições que o afetam; e c) condições de se prever comportamentos futuros (Skinner, 1953/2000; Tourinho, 1995, citado por Silva & Marinho, 2008).

De acordo com Marçal (2005a), “a pessoa com baixa autoestima teme não ser amada, não ser aceita, não ser acolhida e comporta-se para agradar ao outro. A única

maneira que conhece para obter e manter atenção é se comportando de forma conveniente ao determinado contexto social” (p. 269). Ainda segundo o autor, uma pessoa que vivenciou situações de rejeição e desprezo desde a infância tende a desenvolver baixa autoestima, podendo apresentar comportamentos de inassertividade, insegurança afetiva e prestatividade constante. Em situações de conflito, tem o reforço social como ponto de referência para decidir se agrada a si ou aos outros.

Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005) mencionam estudos realizados por Riggio e cols. (1990), relacionando autoestima e desempenho social. Concluiu-se que ambos se relacionam porque a autoestima pode influenciar a expectativa que uma pessoa tem acerca do seu próprio desempenho. Essa expectativa é considerada uma variável relevante para que o indivíduo se comporte assertivamente. Nos estudos realizados, observou-se também uma correlação positiva significativa entre as habilidades sociais e o grau de autoestima. A assertividade é considerada uma subárea das habilidades sociais e “envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas” (Lange & Jakubowski, 1978, citado por Bandeira e cols., 2005, p. 4).

O Behaviorismo Radical, filosofia adotada na presente monografia, dá ênfase à descrição de comportamentos e sua relação com o contexto, utilizando princípios da Análise do Comportamento. Explica-se um comportamento pela descrição das relações de controle entre ele e as variáveis ambientais, buscando identificar as condições em que o comportamento ocorre e não as suas causas (Skinner, 1974/2000).

2. O Comportamento Operante

Nas palavras de Skinner (1989/1995), o ambiente não só impulsiona o comportamento, como também o seleciona pelas suas consequências. Ao comportamento determinado pelas consequências, Skinner (1953/2000) deu o nome de operante, no sentido de que “o comportamento *opera* sobre o ambiente para gerar consequências” (p. 71).

Para Skinner (1969/1980), contingência é qualquer relação de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais. Chamamos de contingência de reforço à relação entre o comportamento e uma consequência que aumente a probabilidade desse comportamento voltar a ocorrer (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1974/2000). O reforço pode ser classificado como positivo ou negativo. É positivo quando o fortalecimento ocorre ao se adicionar um estímulo no ambiente, e negativo quando se subtrai um estímulo do ambiente de quem se comporta. Necessariamente, há que se considerar a relação entre o comportamento e a sua consequência, sendo o aumento da frequência do comportamento o indicativo de que o estímulo é reforçador para o indivíduo.

Há dois tipos de comportamentos operantes relacionados ao reforçamento negativo: o de fuga e o de esquiva. O de fuga ocorre quando o estímulo aversivo já está presente e o organismo se comporta para removê-lo; o de esquiva busca impedir a apresentação de um estímulo aversivo. O reforço negativo é considerado como controle aversivo, pois o indivíduo se comporta para que algo não aconteça (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1974/2000).

Contrariamente às contingências de reforço, encontra-se a punição, também considerada controle aversivo do comportamento. A punição reduz a frequência ou a probabilidade de um comportamento ocorrer, devido às suas consequências. Assim

como no reforço, a punição também é dividida em positiva, com apresentação de estímulo aversivo, ou negativa, em que há retirada de reforçadores positivos. (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1974/2000).

Compreender o tipo de consequência que mantém o comportamento é importante para que se possa identificar os reforços naturais e arbitrários. Considera-se que uma consequência reforça naturalmente o comportamento quando é produto direto do comportamento emitido. Os reforçadores naturais são consequências que seguem, naturalmente, a emissão de uma resposta. Em outras palavras, não precisam ser programados por outrem. São eficazes no ambiente natural do indivíduo por se partir de um repertório comportamental que esse indivíduo já possui (Catania, 1998/1999; Moreira & Medeiros, 2007). Por exemplo, o comportamento de obter aulas de violão é reforçado por aprender a tocar a música preferida.

No reforçamento arbitrário, as consequências são arbitrariamente, socialmente programadas para que as respostas desejadas ocorram. O reforço arbitrário pode ser importante num primeiro momento, para que o comportamento seja instalado, mas o ideal é que ele passe a ser controlado por reforços naturais. Oferecer presentes para que a criança estude, por exemplo, é um reforço arbitrário. Kohlenberg e Tsai (1999/2001) acentuam que, no reforçamento arbitrário, o beneficiário do comportamento é a pessoa que reforça. Isso porque, quanto se reforça arbitrariamente, essa pessoa reforça o comportamento que gostaria que o outro organismo emitisse, mas tal comportamento não necessariamente produziria reforços naturais para viabilizar sua generalização para fora do ambiente de intervenção. Já o reforçamento natural, além de ter mais probabilidade de ser encontrado no ambiente natural, produz reforço para a própria pessoa que se comporta.

Um tipo especial de comportamento operante, de fundamental importância para a prática clínica, quando cliente e terapeuta estão face a face, é o verbal. É uma ferramenta particularmente importante para a psicoterapia, eis que viabiliza a coleta de informações sobre a forma como uma pessoa se sente, o que pensa e o que faz. Segundo Skinner (1974/2000), torna-se mais fácil compreender o que uma pessoa sente quando ela tenta comunicar-se ou transmitir verbalmente seus sentimentos, ainda que os termos usados não sejam exatos.

2.1. O Comportamento Verbal

O comportamento verbal é um tipo de comportamento operante, visto que modifica e é modificado pelo ambiente. Trata-se de emissão de respostas verbais, vocais ou motoras, mantidas por consequências mediadas por um ouvinte, que foi especificamente treinado pela comunidade verbal para operar como tal. É definido basicamente pelo seu caráter relacional, ou seja, pelo efeito que produz sobre o comportamento de outro indivíduo. Skinner (1957/1978) e Barros (2003) entendem que a comunidade verbal assume o controle sobre o comportamento do falante, modelando o comportamento verbal por meio de reforço diferencial¹.

A classificação dos operantes verbais, realizada por Skinner (1957/1978, 1989/1995), teve por finalidade indicar o tipo de história de reforçamento responsável pela ocorrência do comportamento. Para os objetivos do presente trabalho, dois operantes verbais serão definidos. Define-se como mando uma resposta verbal que está sob controle de condições motivacionais, como privação ou estimulação aversiva. Desse modo, um mando está sob controle de seu reforço específico, em detrimento do contexto, beneficiando o falante (Skinner, 1957/1978).

¹ O reforçamento diferencial consiste em reforçar algumas respostas e não outras (Leonardi & Borges, 2012).

Podem-se citar como exemplos de mando: formular perguntas, dar ordens, fazer pedidos, etc.

O tato é definido por Skinner (1957/1978) como um operante verbal cuja resposta é evocada por um estímulo antecedente específico e não verbal, que pode ser um objeto particular, uma propriedade de objeto ou um acontecimento público ou privado. Tem como consequência um reforço condicionado generalizado ou um conjunto de estímulos reforçadores distintos. Pode-se citar como exemplo de tato o comportamento de nomear (objetos, pessoas, animais, sentimentos, etc.).

Sob o ponto de vista de Matos (1991), o comportamento de tato é muito importante por representar uma potencial via de acesso a estados internos do emitente, o que reforça a importância, para a Psicologia, de se estudar os procedimentos de aquisição desses comportamentos, especialmente o de tatear eventos privados.

Medeiros (2002) menciona três tipos de manipulação verbal: mandos disfarçados, mandos distorcidos e tatos distorcidos. Os mandos disfarçados são respostas verbais que possuem topografia de tato, mas estão sob controle de reforços específicos a serem providos pelo ouvinte. Nos mandos distorcidos, há emissão de resposta verbal com formato de mando, mas está sob controle de operação motivadora² diferente da especificada pela topografia da resposta verbal. Em outras palavras, é um mando disfarçado de outro mando e ocorre quando uma pessoa pergunta uma coisa, querendo perguntar outra. Como exemplo de mando disfarçado, pode-se citar o caso de um rapaz que gostaria de convidar uma garota para sair e, ao invés de fazer isso diretamente, pergunta: “o que você costuma fazer nas noites de sábado?” E, por fim, o tato distorcido, o qual Ferster (1972, citado por Medeiros, 2002) define como uma

² São eventos ambientais que, momentaneamente, alteram a efetividade das consequências e, com isso, a probabilidade de ocorrência das respostas que as produzem (Aureliano & Borges, 2012).

forma de contracontrole verbal ao controle aversivo e ao uso de reforçadores arbitrários. Isso ocorre, por exemplo, quando, diante do uso de controle aversivo pelo terapeuta, o cliente começa a distorcer seus fatos, falando mentiras. Um exemplo concreto seria: o terapeuta recomenda um exercício de automonitoramento para o cliente, este não faz e afirma ao terapeuta que fez, inventando um resultado que agrade o terapeuta.

Matos (1991) salienta que, no comportamento de mando, os antecedentes controladores são eventos privados ligados a estados motivacionais ou afetivos e a consequência é social, apenas no sentido estrito, pois deve imediatamente ser seguida de mudanças no ambiente relacionadas aos estados privados. No entendimento da autora, o estudo dos mandos tem conexão direta com o estudo dos comportamentos controlados por regras.

2.1.1. O Comportamento Controlado por Regras e as Autorregras

Comportamentos novos podem ser estabelecidos tanto por regras quanto por exposição direta às contingências. O comportamento governado por regras é controlado por contingências sociais que incluem respostas verbais especificadoras de contingências (leis, instruções, avisos, etc.), definidas pelo outro (Albuquerque, de Souza, Matos & Paracampo, 2003; Skinner, 1989/1995).

Segundo Skinner (1989/1995), as regras definem o que devemos fazer, indicando qual é a nossa obrigação para com o grupo. O comportamento baseado em tais regras pode ser bem diferente daquilo que devemos fazer para agradar a nós mesmos. No entanto, pode ser eficaz, especialmente quando as contingências modelariam um comportamento tido como indesejável.

Na mesma linha de raciocínio dos comportamentos em geral, o comportamento de seguir regras tende a ser mantido quando produz consequências reforçadoras, e também quando essas regras correspondem às contingências naturais de reforço (Albuquerque, 1998; Baron & Galizio, 1983, Galizio, 1979, Joyce & Chase, 1990, citados por Albuquerque & Ferreira, 2001).

No entendimento de Skinner (1989/1995), o comportamento dos indivíduos que se expõem diretamente às contingências é mais sutil e efetivo do que o daquelas pessoas que seguem regras ou foram instruídas ou aconselhadas a se comportar de determinada maneira. Uma das justificativas para a diferença apontada é que as regras não descrevem completamente as contingências que pretendem substituir.

De acordo com Skinner (1969/1980), as contingências antecedem as regras e lucrámos ao construir regras a partir de contingências de reforço já experimentadas porque podemos segui-las, ao invés de nos submetermos a um longo processo de modelagem de comportamento pelas contingências.

Conforme mencionam Skinner (1969/1980), Catania (1998/1999) e Albuquerque e Ferreira (2001), as regras podem facilitar a aquisição do comportamento e possibilitar que comportamentos complexos sejam instalados, especialmente nos casos em que contingências naturais sejam pouco claras, ineficazes, atuem em longo prazo, ou não possam ser contatadas naturalmente. Nesse ponto, Skinner (1969/1980) aponta um problema, acentuando que o comportamento estabelecido pela regra pode se tornar insensível à mudança na contingência de reforço e tende a permanecer mesmo que a contingência tenha mudado. Nesse caso, as regras mais atrapalham do que ajudam.

Após um histórico de exposição a regras, o indivíduo pode passar a formular autorregras, que consistem em descrever contingências a serem cumpridas por ele

próprio (Zettle, 1990, citado por Castanheira, 2001). Quanto à utilização de regras na prática clínica, pode-se afirmar que a emissão de regras pelo terapeuta é bastante questionada por implicar em sérios riscos para o vínculo terapêutico e para a relação de confiança entre cliente e terapeuta. Por exemplo, o cliente pode se comportar conforme uma instrução fornecida pelo terapeuta e não obter o reforço esperado (podendo até ter seu comportamento punido). Por outro lado, esse comportamento do terapeuta pode reduzir as possibilidades de o cliente desenvolver habilidades para lidar com as situações, por si próprio, o que comumente denominamos como autonomia ou independência (Medeiros, 2010).

O próximo tópico apresenta, brevemente, o trabalho de um analista comportamental clínico. Conforme de-Farias (2010), a Análise Comportamental Clínica atribui muita relevância à história de vida do cliente, buscando as causas dos comportamentos nas suas interações passadas e atuais com o ambiente. Utiliza diversos procedimentos terapêuticos e tem como foco principal a relação estabelecida entre terapeuta e cliente, conferindo a este, um papel ativo na terapia.

3. A Análise Comportamental Clínica

A Análise Comportamental Clínica, também denominada Terapia Analítico-Comportamental, tem suas estratégias de intervenção baseadas na relação terapeuta-cliente, na análise operante do comportamento verbal e na análise de eventos privados, mantendo o cunho externalista de causalidade, característico do Behaviorismo Radical (de-Farias, 2010; Marçal, 2005a, 2010).

Promover o autoconhecimento do cliente é o objetivo final da terapia e favorece a independência do cliente em relação ao terapeuta (de-Farias, 2010; Skinner, 1989/1995). O autoconhecimento é um comportamento verbal discriminativo, que

expressa um conhecimento sobre o próprio comportamento e, como todo comportamento verbal, é resultado de um processo de modelagem³ (Skinner, 1953/2000, 1974/2000). Esse caminho inicia-se com o desenvolvimento do repertório de auto-observação que, no *setting* terapêutico, pode ser desenvolvido por meio de perguntas do terapeuta sobre o que o cliente fez ou está fazendo, os motivos que o levaram a se comportar assim, o contexto em que se comportou daquela maneira, etc. Uma pessoa que se torna mais consciente de si e dos motivos (antecedentes) que a levam a se comportar como se comporta, terá mais possibilidades de prever, descrever e controlar o próprio comportamento.

Cirino (2000) acentua que o comportamento de um indivíduo é definido por dois conjuntos de variáveis: variáveis atuais (contingências presentes no aqui e agora) e variáveis históricas (contingências/experiências passadas). Conforme Perkins, Hackbert e Dougher (2000, citado por Marçal, 2005a) e Marçal (2010), o modelo causal de variação e seleção (filogenético, ontogenético e cultural), adotado pelo Behaviorismo Radical, tem foco no efeito da experiência passada sobre o comportamento atual. O clínico investigará as variáveis de controle atuais, as contingências de reforçamento e punição, estímulos aversivos condicionados, etc., com a finalidade de identificar a função do comportamento, cuja compreensão pode reduzir a culpa ou a vergonha do indivíduo pela forma como se comporta. Além disso, quanto mais o cliente entender a função dos ambientes históricos na sua forma de se comportar, maiores as possibilidades de raciocinar em termos de contingências.

Embora cada sujeito seja único, a identificação de padrões comportamentais favorece a investigação da história de aprendizagem, contribui para um conhecimento mais amplo sobre o cliente e proporciona mais segurança na definição

³ Reforço diferencial de respostas, por aproximações sucessivas a um objetivo final (Skinner, 1953/2000).

dos objetivos terapêuticos. Entende-se por padrões comportamentais os comportamentos que se repetem em mais de um contexto e apresentam a mesma função. Inclui-se na investigação dos padrões, além dos sentimentos, os processos emocionais, regras e reforçadores característicos. A identificação do padrão é feita em conjunto entre cliente e terapeuta e, a partir da compreensão da sua forma de se comportar, o próximo passo será levar o cliente a entender como e porque se comporta de determinada maneira. Possibilita uma visão molar dos comportamentos, favorecendo que a mudança em um comportamento reflita em outros similares (Marçal, 2005b).

Entre os principais objetivos dos psicoterapeutas analítico-comportamentais estão: compreender as dificuldades dos clientes; propor estratégias de intervenção; realizar intervenções baseadas na análise funcional do comportamento; e ampliar o repertório de auto-observação e autoconhecimento do cliente (Castanheira, 2002, citado por Alves & Isidro-Marinho, 2010). A relação terapêutica é a contingência mais favorável para que o terapeuta faça uma análise funcional com maior probabilidade de acerto, já que o comportamento pode ser observado diretamente em sua topografia, intensidade e frequência (Dellitti, 2001).

A análise funcional é um instrumento fundamental para a prática clínica comportamental e tem como objetivo identificar as relações funcionais que controlam o comportamento (variável dependente) e seus determinantes ambientais (variável independente), atuais e históricos. Por meio da análise funcional, constroem-se hipóteses sobre a aquisição e manutenção dos repertórios comportamentais problemáticos, facilitando o planejamento das estratégias de intervenção para aquisição de novos padrões comportamentais pelo cliente. O primeiro passo do terapeuta para realizar uma análise funcional é compreender que o

comportamento tem uma função e que cabe a ele descobrir em que contingência o comportamento se instalou e como se mantém. Essa análise envolve três momentos da vida do cliente: sua história passada; seu comportamento atual e contingências que o mantêm; e sua relação com o terapeuta (Dellitti, 2001).

De um modo geral, quanto aos eventos passados, o terapeuta tem acesso à história de vida do cliente pelo seu relato verbal. Contudo, havendo dificuldade do cliente, ou por não se lembrar ou por se esquivar de falar sobre situações aversivas, caberá ao terapeuta criar estratégias para evocar essas memórias. Pode usar, por exemplo, músicas, poesias, relato de sonhos, fantasias, etc. (Delitti, 2001). Além disso, utiliza-se de audiência não punitiva (validação e acolhimento), bloqueio de esquiva, reforçamento diferencial e modelação.

Segundo Skinner (1953/2000), a audiência não punitiva é um dos pilares da Análise Clínica do Comportamento e, além de fortalecer o vínculo entre terapeuta e cliente, promove o alívio do cliente na medida em que se sente acolhido. É um tipo de escuta diferente, que envolve observação atenta, bem como expressão de respeito e compreensão ao que é dito pelo cliente. O clínico precisa adotar uma postura diferenciada no sentido de acolher e de não julgar as atitudes do cliente, evitando o uso da punição, sobretudo para evitar que o cliente fuja ou se esquive de falar sobre coisas que podem ser consideradas como erradas ou inadequadas.

O bloqueio de esquiva é outra estratégia de intervenção importante. Segundo Hayes (2000, citado por Dutra, 2012), a esquiva experiencial acontece quando experiências privadas (emoções, sentimentos, lembranças, etc.) que geraram eventos traumáticos (aversivos) passam a ser evitadas para se evitar contato com o trauma. No entendimento de Kohlenberg e Tsai (1999/2001), esquivas emocionais acontecem quando histórias de punição tornaram essas respostas emocionais aversivas.

Segundo Dutra (2010), evitar entrar em contato com suas emoções, tendo em vista seu papel na sinalização de contingências em vigor, afeta a aquisição de autoconhecimento. Cabe ao terapeuta bloquear a esquiva do cliente, o que não é uma tarefa fácil porquanto tende a gerar sofrimento. Embora o procedimento seja claramente aversivo, sua implementação se justifica por promover no cliente a aceitação de comportamentos e emoções aversivas, bem como o aumento da tolerância às próprias reações emocionais.

Por sua vez, o reforçamento diferencial consiste em reforçar tão-somente os comportamentos que devem ter a sua frequência aumentada, o que, conseqüentemente, reduzirá a frequência dos comportamentos indesejáveis. Quanto mais próximo o reforçamento de suas conseqüências, no tempo e no espaço, maiores as possibilidades de sua eficácia (Skinner, 1953/2000), o que torna a relação terapêutica o contexto de maior atuação do analista clínico.

Delitti (2001) esclarece sobre a necessidade de o terapeuta estar consciente de que faz parte das contingências, ora como estímulo discriminativo⁴, ora como estímulo reforçador, e precisa estar atento para observar se o comportamento do cliente faz parte do seu repertório geral ou se está restrito aos estímulos presentes na relação terapêutica.

4. A Relação Terapêutica

Ferster (1972, citado por Alves & Isidro-Marinho, 2010) foi o primeiro autor da abordagem comportamental a mencionar a importância da relação terapêutica como instrumento de mudanças no processo terapêutico. Defendeu uma possível

⁴ Estímulos discriminativos são estímulos que sinalizam que determinada resposta será reforçada (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/2000).

generalização dos comportamentos⁵ do cliente para o *setting* terapêutico e a utilização das reações do próprio terapeuta, mediante uso de reforçadores naturais, para modelar o comportamento do cliente. Essa nova forma de entender a análise do comportamento trouxe o foco da terapia para a interação terapeuta-cliente e não apenas para o comportamento do cliente, como antes.

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), abordagem proposta por Kohlenberg e Tsai, em 1991, defende as ideias de Ferster. No entanto, assume uma posição mais extremista, passando a defender que a intervenção no comportamento do cliente se dará exclusivamente pela relação terapêutica (Alves & Isidro-Marinho, 2010). Kohlenberg e Tsai (1991/2001), partindo da experiência clínica de ambos, passaram a acreditar que o desenvolvimento de relações terapêuticas profundas, genuínas, intensas, significativas e envolventes seriam importantes para o processo terapêutico.

A FAP tem como foco principal a observação dos comportamentos que ocorrem durante a sessão, entre cliente e terapeuta, e introduziu o conceito de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), que são problemas, progressos e interpretações do cliente, definidos como comportamentos-alvo que ocorrem durante a sessão. A observação, o acolhimento, a validação, a autorrevelação, o reforçamento diferencial, a modelagem, a modelação, a audiência não punitiva, e a generalização dos CRBs são estratégias dessa abordagem (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Os CRBs subdividem-se em três classes: a) CRBs 1 são os comportamentos que ocorrem na sessão entre o cliente e o terapeuta, e devem ter sua frequência reduzida (esquivas, por exemplo); b) CRB 2 são os progressos que ocorrem durante a sessão, na relação cliente-terapeuta, que devem ter a sua frequência aumentada com a terapia. As melhoras do comportamento que ocorrem no consultório (CRB 2) devem

⁵ Generalização é o processo que ocorre quando um organismo emite respostas de uma mesma classe na presença de estímulos semelhantes (física e/ou funcionalmente) àqueles frente aos quais uma resposta foi reforçada no passado (Catania, 1998/1999; Moreira & Medeiros, 2007).

ser reforçadas imediatamente e da forma mais semelhante possível à que ocorreria no ambiente natural; e c) CRB 3 são explicações e análises funcionais do comportamento feitas pelo cliente, quando ele fala sobre o próprio comportamento e o que parece causá-lo. Essas repostas são consideradas como indicativo de que o cliente está ampliando o seu repertório de autoconhecimento (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

A definição dos CRBs necessariamente será feita mediante análise funcional. Além da observação direta, pode-se utilizar perguntas como: o que você sente agora? Como se sente contando isso para mim? Como você acha que me sinto quando ouço essa história? São fundamentais para a emissão desses comportamentos: a audiência não punitiva e o reforço natural do comportamento de ouvinte (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Assim, por meio do reforçamento diferencial o terapeuta pode fortalecer repertórios desejados (CRB 2 e CRB 3) e enfraquecer a emissão de CRB 1, por meio de reforço natural, sem uso de punição.

De todo modo, considera-se a terapia eficaz se os progressos adquiridos no consultório forem generalizados para a vida cotidiana. Kohlenberg e Tsai partem da premissa de que o ambiente do consultório deve se assemelhar funcionalmente o máximo possível ao ambiente natural, ou seja, os ambientes são comparados com base no comportamento que evocam. A similaridade funcional estará demonstrada se os CRB ocorrerem em ambos os ambientes.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) traçaram cinco regras, compreendidas como sugestões para o terapeuta, que podem auxiliar na condução do processo aproveitando as oportunidades que surgirem na relação terapêutica:

- ✓ Regra 1 – Prestar atenção aos CRBs – quanto mais hábil o terapeuta em identificar os CRBs, mais provável que naturalmente reforce, puna ou promova a extinção⁶ de comportamentos para manter repertório mais favorável ao progresso do cliente;
- ✓ Regra 2 – Evocar CRBs – o terapeuta traz, para o contexto clínico, situações que evoquem o problema que precisa ser trabalhado na vida do cliente. É necessário muito cuidado para que esse manejo não ocorra de forma artificial, o que acarretaria efeito contrário;
- ✓ Regra 3 – sugere-se ao terapeuta reforçar CRBs 2 do cliente. Esse reforçamento pode ser feito de forma direta ou indireta. A abordagem direta propicia o reforçamento natural do comportamento apresentado pelo cliente na sessão. As abordagens indiretas referem-se aos cuidados pessoais do terapeuta que o tornem mais preparado para reforçar naturalmente os progressos do cliente;
- ✓ Regra 4 – Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente; e
- ✓ Regra 5 – Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente, reportando-se à história de reforçamento e às variáveis de controle atuais.

A seguir, será retratado o caso clínico de um cliente que apresentou padrão comportamental de baixa autoestima, com o objetivo de demonstrar a forma como os conceitos e estratégias de intervenção da Análise do Comportamento podem ser utilizadas no manejo de casos dessa natureza.

⁶ É a suspensão da liberação do reforço, contingente à emissão da resposta, o que enfraquecerá a relação entre resposta e consequência (Catania, 1998/1999; Moreira & Medeiros, 2007).

Caso Clínico

Cliente

Romeu, 29 anos, sexo masculino, solteiro, agnóstico. Tinha um curso superior completo e outro iniciado, mas não concluído. Trabalhava em instituição de atendimento ao público, realizando atividades burocráticas, incompatíveis com a sua formação acadêmica e com suas preferências pessoais.

Queixas e Demandas

O cliente relatou que entrou em processo de depressão⁷ cerca de 2 anos antes do início da terapia, em decorrência do término de um namoro. Passou a ficar muito em casa, deixou de ter contato com amigos, mas continuou trabalhando, mesmo que muito desanimado. Passou a ficar mais desanimado quando mudou de emprego, deixando de fazer o que gostava para se dedicar a uma atividade burocrática. Também teve crises de ansiedade⁸ (não citou quantas) e foi levado ao hospital pela mãe. Sentia falta de ar, aceleração do coração, náuseas, tonturas, medo de morrer.

Já nas primeiras sessões, foi possível perceber que os comportamentos relatados pelo cliente se relacionavam a um padrão de baixa autoestima, uma vez que: a) o cliente demonstrava incapacidade de tomar iniciativas por si próprio, na medida em que permanecia no trabalho para evitar desagradar, sobretudo os familiares; b) tinha o reforço social como ponto de referência para seus comportamentos, na medida em que sondava o ambiente para se comportar de maneira a agradar os outros; c) apresentava dificuldade para negar pedidos e defender seus desejos, caracterizando a

⁷ A característica comum desse transtorno é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM-V, Associação Psiquiátrica Americana, APA, 2013).

⁸ Caracteriza-se, entre outros comportamentos, pela antecipação de ameaça futura (DSM-V, Associação Psiquiátrica Americana, APA, 2013).

sua inassertividade nas relações de um modo geral; d) excessivo medo de errar e de ser criticado; e) dificuldade para desenvolver relações afetivas, em razão do seu sentimento de inferioridade.

A partir dessa primeira avaliação, verificou-se a necessidade de ajudar o cliente a desenvolver repertórios de: auto-observação, autoconhecimento, autoaceitação, autoconfiança e autoestima; mando e tato de sentimentos; aprender a dizer não; redução da rigidez comportamental e da autoexigência em face ao excesso de regras; ampliação da sua rede social; desenvolvimento de habilidades sociais; e envolver-se em novos contextos de relações, com o intuito de construir laços de intimidade e confiança.

Contexto Terapêutico

As primeiras 35 sessões foram realizadas em um consultório de atendimento do Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC), onde havia duas poltronas posicionadas uma de frente para a outra. Em razão do término do período de supervisão, o cliente foi convidado a continuar os atendimentos no consultório particular da terapeuta, onde foram realizadas mais 47 sessões. O consultório era decorado com cores neutras e composto por três poltronas, um armário, uma mesa, tapete e alguns quadros nas paredes.

Procedimento

Como dito anteriormente, foram realizadas 82 sessões individuais com duração de 50 minutos cada. No início do atendimento, o cliente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo é apresentado no Anexo 1.

Foram utilizadas estratégias terapêuticas como: acolhimento, validação, audiência não punitiva, coleta de dados mediante perguntas abertas, treino em auto-

observação e tato de sentimentos, bloqueio da esquiva, treino em habilidade sociais, etc. As demais estratégias terapêuticas serão descritas com maiores detalhes no tópico “Intervenções Realizadas”.

1. Dados Coletados

1.1. Contingências em Vigor durante o Processo Terapêutico

Relatou que detestava o trabalho, não conseguia dormir bem e sentia-se mal todos os dias quando estava a caminho: começava a ter enjoos e dores no estômago no domingo à noite e a situação se repetia todas as manhãs até sexta-feira. Durante o dia, no trabalho, sentia-se sobressaltado e sofria quando não conseguia resolver os problemas que apareciam. Mantinha alguns trabalhos eventuais na profissão que exercia antes e da qual gostava, o que aumentava o seu cansaço e tensão, em razão de prazos e excesso de trabalho.

Um dos aspectos da sua vida que merecia atenção especial era o seu relacionamento com a mãe, a quem dizia detestar. Sempre que falava sobre a mãe, dava sinais de que o assunto o irritava muito: falava rápido, mostrava-se impaciente, mudava de assunto (esquiva), emitia tique nervoso (balançava rapidamente os pés), falava palavrões e xingamentos a ela. Relatava que, com ela, era agressivo, raivoso e revoltado. Um dos seus sonhos era morar longe dela, o que ainda não havia conseguido por questões financeiras.

Quanto às relações afetivas e sociais dizia-se desestimulado e cansado. Seus relacionamentos começavam bem e, com o passar do tempo, as namoradas ficavam muito dependentes dele e exigentes quanto à presença e cuidados. Tinha baixo repertório de habilidades sociais. Não gostava de sair para se divertir. Vivenciava poucas situações reforçadoras: algumas visitas à avó em finais de semana, jogo de

basquete uma vez por semana, saídas esporádicas com amigos e encontros sexuais com meninas que encontrava nas redes sociais.

A partir das primeiras sessões, foi possível inferir algumas características que poderiam contribuir para o seu padrão de comportamento de baixa autoestima como, por exemplo, necessidade excessiva de agradar os outros, dificuldade para tomar decisões, insegurança, e medo de se expor a novas contingências e falhar.

1.2. Histórico de Vida

1.2.1. Familiar

Romeu nasceu em outro Estado e veio para Brasília depois da separação dos seus pais, quando tinha cerca de 4 anos. Viu o pai pela última vez quando tinha entre 8 e 9 anos e, depois disso, não teve mais notícias. Não sabia sequer se estava vivo. Dizia que não sentiu falta do pai porque teve um substituto especial, o seu tio, a quem chamava de pai. Esse tio faleceu quando ele tinha cerca de 20 anos.

A partir da separação dos pais, a mãe se dedicou à vida profissional e à tentativa de encontrar um novo marido, bem-sucedido financeiramente. Passou a deixar o filho na casa das tias dele (suas irmãs) e, mesmo quando morava na mesma cidade, não o levava para viver junto com ela.

Na infância e adolescência, morou na casa de vários tios e, embora se sentisse bem nas casas, procurava não causar problemas, especialmente com os primos, para não ser mandado para outra casa. Recebia a seguinte orientação da mãe: “Não peça nada, não pergunte nada. Você não pode incomodar os outros”. Desde aquela época, gostava muito de desenhar e fazia dessa atividade uma forma de se distrair e de extravasar seus sentimentos. Segundo o cliente, sua mãe sempre foi egoísta, negligente, fútil e nunca cuidou dele. Relatou que passou a sua adolescência inteira

sentindo muita raiva de tudo e todos, especialmente da mãe e de um primo que ficou com a sua namorada, quando tinha 16 anos. Desde muito criança, nunca pode expressar a raiva na hora em que as coisas aconteciam. Esse repertório de “engolir” a raiva perdurou durante muito tempo e foi um dos focos da terapia.

Sua família materna era numerosa e sempre o acolheu. Especialmente as tias demonstravam muito carinho por ele desde criança, dando-lhe sensação de pertencimento, o que tem um grande valor para ele. De todo modo, apresentava muito medo de tomar decisões não aprovadas pela família para não os decepcionar e não ser abandonado. Classificava-se como muito medroso e dizia que, na família, todos eram medrosos e indecisos. Citou exemplos dos tios e primos, que permaneceram longos anos fazendo o que não gostavam por receio de tentar novas oportunidades.

1.2.2. Social

Sempre foi muito tímido e se sentia excluído nos ambientes sociais. Tem lembranças de ter sido um adolescente muito magro, feio e sofria “bullying” na escola. Sentia-se como se estivesse sempre fora do lugar e tentava ser legal com todos, na tentativa de ser incluído nos grupos. Na vida adulta, manteve suas dificuldades para se incluir e sempre tinha a sensação de estar desagradando. Nas poucas interações sociais, tentava se incluir nos grupos sendo agradável, e visava descobrir o que deveria falar e fazer para ser admirado pelos colegas, sondando os critérios que deveria seguir para ser “um cara legal”.

Colegas costumavam lhe pedir favores e, embora o cliente estivesse muito atarefado, sabendo que não conseguiria atender, concordava com o pedido, acreditando que não conseguiria negar. A consequência era ser cobrado

constantemente por promessas não cumpridas, o que lhe provocava irritação, sentimento de estar sendo explorado e raiva de si e dos colegas.

Paradoxalmente, era muito crítico com pessoas com quem tinha mais liberdade (namorada e alguns amigos). Vários amigos o classificavam como muito chato e pessimista, visto que sempre pensava no que poderia acontecer se as coisas dessem errado. Ele reconhecia que era muito crítico, que sempre via o pior lado das situações e tentava corrigir as pessoas, pois “não suportava suas falhas”.

1.2.3. Afetivo

A timidez também dificultou bastante a sua vida afetiva na adolescência. Teve algumas paixões não correspondidas e muitas frustrações amorosas. Teve algumas namoradas sem muito envolvimento até que, aos 21 anos, encontrou uma grande paixão. A menina era muito exigente, ciumenta e, embora ele fizesse tudo para agradá-la, normalmente não conseguia. Essa namorada reclamava por ele ser muito sério e por gostar de ficar em casa. Disse que ele era um namorado “peito de frango”. O cliente entendeu que ela estava lhe dizendo que era um cara sem graça e que ela não havia se apaixonado por esse motivo. A expressão usada por ela (namorado peito de frango) não lhe saiu da memória e, sempre que tentava se aproximar de alguém, sentia esse rótulo como um bloqueio e um prenúncio de que iria se dar mal na tentativa de conquista. Essa era uma das suas regras.

Quando começou a terapia, estava se relacionando com uma namorada muito “complicada e depressiva” e se sentia obrigado a cuidar dela e protegê-la, especialmente porque ela dependia dele para comportamentos básicos como controlar contas bancárias, colocar gasolina no carro, marcar consultas médicas, etc. Essa namorada praticava rituais de automutilação quando estava triste, angustiada e

quando era contrariada por ele. Todo esforço dele para agradá-la estava relacionado ao medo de ela se machucar ou se matar. Essa namorada também era muito tímida, tinha fobia social e, durante o tempo de namoro, eles praticamente não saíam de casa. Após decidir terminar o namoro, o cliente levou cerca de 6 meses para fazê-lo.

Após esse término, Romeu voltou a acessar *sites* de relacionamento e encontrou uma nova namorada, por quem se apaixonou na primeira semana de namoro. De modo geral, sentia-se muito desinteressante nas relações afetivas com as namoradas. O seu sonho era ser mais comunicativo, sedutor e “apaixonável”.

1.2.4. Acadêmico-Profissional

Formou-se em curso superior e iniciou outro, relacionado aos seus interesses profissionais. Foi jubilado da universidade (nessa segunda graduação) e alegou que o fato de trabalhar muito impediu que se dedicasse. Desde criança, gostava de desenhar e dedicou-se a essa atividade profissionalmente até que assumiu trabalho fixo, numa atividade da qual não gostava. Seu maior receio era deixar o trabalho e depois precisar de ajuda da família, a quem teria muita dificuldade de pedir. Reconhecia que o fato de ter que fazer “o que mais odiava” todos os dias contribuía para seus problemas de saúde (náuseas, dor de cabeça, ansiedade). Ainda assim, afirmava que não tinha coragem de sair por medo de decepcionar sua família.

1.2.5. Médico e Psicológico

Relatou que desde a infância era muito ansioso e tinha insônia frequente, mas não sabia relacionar esses problemas com contextos de vida específicos. Depois de adulto, percebeu aumento da ansiedade, aliado ao receio de falhar e ser criticado.

Seus problemas se agravaram após assumir o emprego burocrático, quando sentia insônia, crises de gastrite e de ansiedade, com palpitações no coração e falta de ar.

Suas crises de ansiedade ocorriam em noites de domingo e o cliente tinha consciência da relação entre as crises e o seu mal-estar no trabalho, que recomeçava nas segundas-feiras. Além das crises mais pontuais, continuava vomitando todas as manhãs antes de sair para o trabalho. Quando o presente trabalho foi redigido, estava em sua primeira terapia há 3 anos e 6 meses, sendo 2 e 6 meses sob a condução dessa última terapeuta.

1.3. Controle por Regras e Autorregras

Já nas primeiras sessões, foi possível perceber que Romeu apresentava alta frequência de comportamento controlado por regras e autorregras aprendidas ao longo da sua história de aprendizagem, especialmente no âmbito familiar. Dentre as regras citadas por ele nas sessões, destacaram-se:

- “Não peça nada, não pergunte nada. Você não pode incomodar os outros”;
“Pense bem antes de tomar uma decisão, pois vai aguentar as consequências sozinho”; “Se eu errar, terei que pagar sozinho pelo meu erro”.
- “Eu vivo para que as pessoas gostem de mim”; “Preciso agradar para ser querido pelas pessoas”; “Acho que nasci para ser otário. Me preocupo demais com os outros e não sei dizer não”; “Se for preciso, mudo minha opinião 20 vezes só para não brigar. Sou da paz”;
- “Sou um azarado. A lei de Murphy é a minha lei. Se tiver que acontecer algo errado com alguém, esse alguém serei eu”; “Minha vida é chata. Nem crio expectativas para não me decepcionar”; “Gosto de colocar as expectativas lá

em baixo para não sofrer decepção. Já sofri muito e nunca espero moleza.

Desde criança, me blindei para não sofrer”;

- “Sou um namorado peito de frango”; “Sou muito monótono. Acho que é por isso que tenho dificuldade para arrumar namorada”; “Pareço velho. Não gosto de sair de casa”; “Sempre tive cara de lerdo e sou assim até hoje”;
- “Não gosto de fazer nada sem planejar antes. Traço roteiro pra tudo”.

2. Análise Molar do Padrão Comportamental de Baixa Autoestima

O Quadro 1 apresenta uma análise molar, ou macroanálise, dos comportamentos emitidos pelo cliente.

3. Relação Terapêutica

Desde o início, o cliente buscava ser sempre agradável, o que era uma característica do seu padrão de comportamento e um dos seus “comportamentos-problema”. Demonstrava dificuldade para construir vínculos afetivos: percebia-se nele excessivo formalismo (forma de cumprimentar, de entrar na sala, de falar), o que o levava a ficar mais distante da terapeuta.

No entanto, com o passar do tempo, a relação terapêutica foi se consolidando e mudanças substanciais de comportamento puderam ser percebidas tanto no cliente quanto na terapeuta. A terapeuta, que no início do processo, apresentava relativa ansiedade e cuidado excessivo com o cliente, por exemplo, pensando muito antes de falar e se esquivando de indagar sobre assuntos que pudessem afastá-lo da terapia, passou a atendê-lo de forma mais descontraída (perguntando mais, deixando de selecionar assuntos aparentemente mais fáceis para ele). O cliente passou a se comportar de forma mais descontraída; mais falante; expondo-se mais, especialmente

no tocante aos seus sentimentos. Esse tema será comentado mais detalhadamente no item referente aos resultados alcançados (item 6) e nas Considerações Finais.

Comportamentos específicos	Histórico de aquisição	Consequências que mantêm	Consequências aversivas
Atender a pedidos de amigos e familiares para evitar desagradar.	Necessidade de ser bonzinho desde a infância por morar “de favor” nas casas dos outros.	É admirado por ser um “cara legal”.	Excesso de tarefas; Falta tempo para atividades básicas; Ter que fazer sempre mais.
Permanecer em relações com pessoas de quem não gosta.	Era maltratado pelos primos, mas estava na casa deles e preferia não fazer nada a ter que mudar de casa.	Aumenta as possibilidades de receber convites para eventos, mesmo que não vá.	Sai com pessoas que não gosta e se arrepende.
Oferece-se para prestar favores, mesmo que prejudique sua rotina, apenas para ser admirado e querido.	Recebia reforçadores positivos na infância apenas quando atendia aos pedidos e necessidades dos outros.	Recebe elogios pela sua constante disponibilidade .	Sobrecarga de atividades.
Refere-se a si próprio como azarado, sem graça, otário, monótono, lerdo, etc.	Desde criança, falava pouco e não se defendia para se esquivar de brigas com os primos.	É elogiado pelos amigos por ser humilde e modesto.	Alguns primos e amigos concordam com ele, deixando-o irritado.
Mudar de opinião para acompanhar a opinião dos outros.	Desde a infância acredita que outras pessoas são mais inteligentes e, por isso, têm mais possibilidades de estarem certas.	Amplia o seu círculo de “amigos”; é querido e admirado.	Não consegue defender seus pontos de vista.
Insistir em relacionamentos com meninas que não queriam compromisso com ele.	Insucesso nas relações afetivas desde a adolescência e necessidade de convencer meninas a ficarem com ele, desde então.	Por vezes, consegue a companhia dessas meninas e aparece em público com elas.	Fica sozinho a maior parte do tempo.

Quadro 1. Análise Molar de comportamentos relacionados ao Padrão Comportamental de baixa autoestima.

4. Objetivos Terapêuticos

Diante da dificuldade do cliente para estabelecer vínculos afetivos, o primeiro objetivo foi criar uma relação terapêutica de confiança. Foram definidos como outros objetivos: a) ampliação do repertório de auto-observação e autoconhecimento; b) aumento da rede social; c) experimentar novos contextos de relações em que pudesse construir laços de intimidade e confiança; d) enfrentar situações em que pudesse fracassar e errar, com possibilidade de punição leve ou moderada; e) reduzir o controle das regras sobre os seus comportamentos; f) ampliação dos comportamentos de tato, incluindo de sentimentos, e mandos diretos; g) ampliar seus cuidados pessoais com a saúde, incluindo atividades de lazer na sua rotina; h) ajudar o cliente a encontrar uma forma mais viável de conviver com a mãe; i) sensibilizar o cliente para as alternativas que ele tinha para promover e enfrentar as mudanças, especialmente no aspecto profissional; e j) sensibilizar o cliente para as regras que governam seus comportamentos e limitam suas ações.

5. Estratégias de Intervenção

Serão mencionadas algumas estratégias usadas para intervenção, especialmente as relacionadas à queixa e à demanda.

5.1. Construção de Vínculo Terapêutico

A primeira estratégia foi a construção de um bom vínculo terapêutico, que implicou em criar no consultório um ambiente confortável e acolhedor, com o objetivo de levar o cliente a se sentir seguro, confiar e expor sua intimidade. Nesse início, o processo baseou-se em escuta atenta e não punitiva, acolhimento e validação dos comportamentos e sentimentos do cliente. A construção de uma relação

terapêutica de confiança pode ser considerada como a intervenção mais relevante de todo o processo, visto que possibilitou a inclusão das demais estratégias e ampliou as possibilidades de progresso do cliente.

5.2. Treino em Auto-observação

O treino em auto-observação foi utilizado em todo o processo, mas serão destacadas algumas questões pontuais. Na 4ª sessão, sugeriu-se ao cliente observar a sua rotina e possíveis reflexos do excesso de tarefas no seu cansaço, ansiedade e isolamento social. Na análise funcional do conteúdo trazido, o cliente percebeu que o fato de se comprometer indiscriminadamente com os pedidos de familiares e amigos deixavam-no com a sensação de estar sufocado pela sua rotina e impossibilitado de dar conta de todos os seus compromissos. Concluiu que, em razão disso, ele passou a participar menos de atividades sociais, inclusive familiares, para se esquivar de novos pedidos e fugir das cobranças daqueles que esperavam o que ele havia prometido. Dessa análise, surgiram alguns objetivos: a) fazer lista de pendências e avaliar os pedidos que poderia deixar de atender, os que deveriam ser atendidos prioritariamente e os que poderiam esperar; e b) parar de se comprometer com novos pedidos.

A partir dessa reorganização, sentiu-se mais liberado para descansar. Esse tema retornou para a sessão algumas vezes, revelando a dificuldade do cliente em manter suas decisões e se negar a atender pedidos.

Para reduzir a sua ansiedade e o estresse, foi sugerida observação diária dos contextos em que se sentia ansioso: os eventos antecedentes, comportamentos respondentes⁹, sentimentos e pensamentos, operantes públicos e consequências. Foram feitas perguntas abertas com o objetivo de sensibilizar o cliente para a experiência em si,

⁹ É a relação organismo-ambiente em que a resposta é eliciada por um estímulo antecedente. As relações respondentes podem ser inatas/incondicionadas ou aprendidas/condicionadas (Moreira & Medeiros, 2007)

em detrimento das suas impressões e antecipações. O planejamento da sua rotina, com inclusão de atividades de lazer, também foi realizado. Esses temas foram abordados diretamente nas primeiras sessões, de acordo com a demanda do cliente. A partir daí, o tema foi tratado de forma indireta, dentro de suas outras demandas, no decorrer do processo.

5.3. Estratégias Utilizadas para Abordar o Medo e a necessidade de agradar

O medo era um sentimento muito presente na rotina do cliente e recebeu muita atenção na sua terapia. A frase mencionada por ele na 13ª sessão deu uma dimensão da importância desse sentimento: “acho que o medo controla toda a minha vida”.

Na 12ª sessão, o cliente relatou que tinha medo de tudo e que, desde criança, percebia que seus familiares tinham “medo até de viver”. Relembrou algumas situações em que sentiu medo e, a partir de perguntas feitas pela terapeuta, destacou uma experiência de superação quando viajou sozinho para outro Estado do país, aos 23 anos. Teve medo de ir e acabou gostando da viagem. Conheceu pessoas e lugares novos e se sentiu muito corajoso. O fato lembrado foi reforçado positivamente com a atenção e o interesse da terapeuta para detalhes da experiência vivida na viagem. Ao final da sessão, foi sugerido que durante a semana tentasse identificar seus medos e lembrar a primeira vez que os sentiu e os contextos em costumava senti-los.

Esse tema retornou na 14ª sessão, quando foi sugerido que identificasse seus medos reais e os imaginários. Foi utilizada uma folha de papel, na qual o cliente anotou os medos e as situações que realmente tinham possibilidade de acontecer. Foram identificados por ele os seguintes medos: a) não ter como se sustentar; b) não ter onde morar; c) errar e ser rejeitado pela família; d) ficar sozinho pelo resto da vida; e) ser ignorado pelos amigos; f) não encontrar a mulher perfeita para ele; g) não conseguir constituir família; h) não ser querido pelos colegas de trabalho; e i) ser

criticado e julgado. A partir dessa identificação, cada medo foi analisado com o cliente e avaliadas as possibilidades reais de acontecer o que ele temia. Falou-se sobre o seu contexto de vida, suas relações significativas, sua forma de se relacionar e sobre as pessoas que gostavam dele, independentemente de estar certo ou errado. Ao final da análise, concluiu-se que: a) algumas situações que lhe provocavam medo faziam parte de interações necessárias com o ambiente; e b) a grande maioria dos seus medos tinha possibilidade remota de se concretizar e que, além disso, essas possibilidades estariam fora do seu controle. Foi uma estratégia bastante produtiva pois, segundo o cliente, reduziu a sua ansiedade e revelou a sua necessidade de controlar o ambiente. Na análise funcional, concluiu-se que a função do comportamento (quase impulsivo) de agradar os outros estava diretamente ligada aos seus medos (medo de rejeição e abandono, por exemplo). Importante salientar que o medo de se expor nas relações perdurou durante todo o processo terapêutico, sendo possível observar avanços paulatinos na medida em que o processo foi avançando.

Outra estratégia utilizada para abordar o medo foi a poesia “Forjando a Armadura”, de Rudolf Steiner¹⁰ (ver Anexo 2). As 52ª e 53ª sessões foram dedicadas à reflexão sobre a poesia. A estratégia consistiu na leitura pausada da poesia no consultório, pelo cliente, e na elaboração de perguntas pela terapeuta a respeito das lembranças evocadas pelo texto, o contexto de vida naquela época, pessoas envolvidas, sentimentos experimentados na ocasião e no momento do relato no consultório. Houve bastante envolvimento do cliente, o que tornou o recurso muito eficaz para ajudá-lo a reviver, contar e compreender a sua história de vida.

O medo de mudanças, de um modo geral, foi assunto muito presente nas sessões, sobretudo quando o cliente falava sobre sua angústia em permanecer num trabalho

¹⁰ Poesia extraída da internet em setembro de 2014, pelo site ww.recantodasletras.com.br.

que odiava. Esse medo foi bastante discutido, especialmente pela história de sua infância e adolescência, quando estava constantemente sujeito à possibilidade de se mudar de casa e, por consequência, de hábitos da família que o hospedaria, de escola e de grupo de amigos.

Na 54ª sessão, o cliente foi indagado sobre os medos que essas situações de mudanças de casa e família lhe provocavam e sobre a primeira vez que essas mudanças lhe causaram medo. Sua resposta foi surpreendente, deixando a terapeuta muito emocionada pela sua sinceridade e envolvimento no processo terapêutico, ao expor a sua dor sem tentar se esquivar, como fazia nas suas demais interações.

“Eu não sentia medo de ter que mudar de casa. De alguma forma, eu me sentia em casa nas casas dos meus tios, porque sabia que a minha mãe pagava alguma coisa para eles tomarem conta de mim. Eu pensava que se alguma coisa me acontecesse ela (a mãe) iria me defender. Eu me lembro de ter sentido medo pela primeira vez quando precisei morar com ela (a mãe) e percebi que ela não gostava de mim e não me queria. Eu tinha 12 anos e ela me disse que eu teria que trabalhar para me sustentar porque, com 16, eu teria que me virar. Não me lembro de ter sentido medo maior do que aquele até hoje”.

O sentimento de raiva da mãe esteve presente no discurso do cliente desde o início do processo, mas nas sessões seguintes à lembrança acima transcrita esse sentimento foi bastante acentuado em sua fala e acolhido pela terapeuta.

Ainda quanto ao medo, na 38ª sessão, foi utilizado o vídeo *Fears*¹¹, apresentado ao cliente no final da 38ª sessão. Nesta sessão, sugeriu-se que durante a semana refletisse sobre “quando o medo era seu aliado e quando era seu inimigo”.

¹¹ CGI 2D Animated Short HD: “Fears”. Vídeo publicado por Nata Metlukh, em 17 de novembro de 2015, em https://www.youtube.com/watch?v=8Ile_BfRriQ. Acessado em 29 de fevereiro de 2016.

A 48ª sessão foi dedicada à análise dos motivos que o levavam a permanecer na instituição onde trabalhava e também os motivos que tinha para sair de lá. O cliente identificou os reforçadores positivos: estabilidade, assistência médica, auxílio-alimentação, salário fixo. Pensar em pedir demissão eliciava medo do julgamento da família; de se arrepender; de errar e ser rejeitado pela família; de não conseguir se colocar no mercado de trabalho com a sua outra atividade; da instabilidade salarial (ainda que pudesse ganhar mais na sua profissão autônoma). Dessa maneira, havia também um processo de reforçamento negativo, pois entendeu que o emprego era mantido basicamente pela esquiva de sair da “zona de conforto”. Por outro lado, a estratégia também lhe possibilitou identificar os efeitos de permanecer diariamente num ambiente completamente aversivo para ele: reflexos na sua saúde (cansaço crônico, náuseas diárias, insônia, apatia, embotamento afetivo), e efeitos emocionais (sentimento de frustração, incapacidade, insegurança e de impotência para decidir).

Objetivamente, concluiu-se pela grande possibilidade de encontrar trabalhos suficientes para a sua sobrevivência, com possibilidades de ganhos superiores ao da instituição. O tema “odeio meu trabalho” foi abordado pelo cliente desde a primeira sessão e esteve presente várias vezes, especialmente quando era indagado sobre os sentimentos da semana. Por algumas vezes, o cliente decidiu deixar o emprego e mudou de ideia, até que, na 56ª sessão, noticiou haver entregue a sua carta de demissão. Relatou o seu alívio por ter conseguido decidir, sem se importar com as eventuais opiniões que poderiam lhe dar. A partir da sua decisão de assumir a nova profissão, o cliente refez sua parceria com uma colega de profissão. Receberam propostas de trabalho (*free lancer*), que já lhe daria ganhos financeiros, reforçando positivamente a sua decisão.

O desconforto do cliente pela sua acentuada necessidade de agradar e de estar sempre focado na potencial aprovação das pessoas também foi objeto de várias sessões.

Nas análises funcionais feitas conjuntamente pelo cliente e a terapeuta, concluiu-se que a necessidade de agradar e os medos estavam relacionados e foram abordados conjuntamente. Para abordar o medo de forma mais específica, também foram usados exercícios de auto-observação. Por exemplo, sugeriu-se que, nos momentos de interação, se questionasse: como eu faria isso se não precisasse agradar? Eu preciso agradar agora? Um momento de destaque na abordagem do medo foi a utilização da poesia “Máscaras”, de Gilbert Brenson Lazan¹² (Anexo 3), recurso muito bem aceito pelo cliente, que se emocionou bastante na sessão pela sua identificação com o texto da poesia. Relatou algumas lembranças de sua infância e demonstrou compreender o quanto a sua história de aprendizagem influenciava seus comportamentos atuais e seu sentimento de inadequação. O cliente disse haver percebido que não sabia quando estava tentando agradar os outros ou quando era agradável porque queria e gostava daquelas pessoas: “perdi o referencial disso, de tanto agradar”. O tema “agradar para ser aceito” foi retomado em várias outras sessões, uma vez que era bem presente na vida do cliente.

5.4. Bloqueio de Esquiva

Quando surgiam assuntos que traziam lembranças difíceis, predominantemente da infância e adolescência relacionadas à sua mãe, o cliente se esquivava dizendo que não se lembrava do que acontecera. Em regra, esse assunto lhe deixava com olhos vermelhos e marejados, sendo possível perceber seu esforço (bem-sucedido)

¹² Disponível na internet, no site <https://pensador.uol.com.br>. Acesso em 22 de maio de 2017.

para não chorar na terapia. Nas primeiras sessões, as esquivas não foram bloqueadas, mas com o decorrer do tempo passaram a ser, levando-o a rememorar fatos importantes e muito aversivos para ele. Considerando a sua dificuldade para responder às perguntas da terapeuta, que tinham como objetivo resgatar lembranças e tatear sentimentos passados e atuais, sugeriu-se que trouxesse alguns desenhos que lhe evocassem memórias de acontecimentos da sua vida. O cliente, que desde muito criança se expressava por meio de desenhos, aceitou a proposta, demonstrando sentir-se valorizado quanto à sua habilidade com desenhos.

Foram dedicadas três sessões para análise dos desenhos (19^a, 20^a, e 21^a). A estratégia inicial consistiu em sondar a idade que tinha quando fez o desenho, o que significava o desenho na época em que foi feito, o que estava acontecendo na sua vida naquele momento, quem estava presente na sua lembrança, como ele se sentia à época e no agora, falando sobre aqueles fatos. Foi possível colher dados importantes. Quanto à infância, especificamente, o cliente tinha muito poucos desenhos e foi levado a se lembrar que a mãe não se envolvia com as coisas que eram importantes para ele, nunca elogiou seus desenhos e sequer prestava a mínima atenção ao seu talento, além de ter jogado praticamente todos os desenhos fora. Emocionou-se muito ao relembrar a negligência da mãe. Falou sobre a raiva que sempre sentiu dela e a vontade de abandoná-la quando ela envelhecer e precisar dele.

Na sessão seguinte, retomou-se o trabalho com os desenhos. O desenho escolhido aleatoriamente pela terapeuta foi elaborado quando ele tinha cerca de 18 anos e trouxe dados relevantes para a coleta de dados e compreensão do caso. Tratava-se de um desenho de uma criatura assemelhada a um monstro com alguns traços humanos, aparentemente femininos. Ao longo da sessão, solicitou-se que ele descrevesse a criatura, o contexto em que foi desenhada, os sentimentos que ele tinha quando a

desenhou, suas lembranças sobre acontecimentos antecedentes e consequentes. Esse desenho foi assim definido por ele: “monstro carniceiro, meio zumbi. Coisa bem medonha e assassina, que inspira medo, mas não necessariamente vai fazer mal. Tem sangue na boca, pode ter acabado de comer a carniça”. O contexto de vida: fez o desenho após uma briga com a mãe em que ela o ofendeu e disse que a pior coisa que aconteceu na vida dela foi tê-lo como filho. Relembrar esses fatos novamente lhe trouxe muitas emoções e outras lembranças sobre seu sofrimento, sua raiva e sentimento de ter sido rejeitado pela mãe. Foi possível perceber comportamentos respondentes como rubor facial, tique nervoso na perna, fala embargada e olhos lacrimejantes.

Nas duas sessões seguintes, o cliente relatou sobre suas frustrações, tristezas, decepções; seus problemas com a mãe, as brigas que andavam tendo nos últimos tempos e a agressividade recíproca entre ambos. Foi possível observar que o uso dos seus desenhos contribuiu para intensificar o vínculo terapêutico e acarretou um aumento considerável no seu comportamento de tatear sentimentos e lembranças.

5.5. Modelagem e Modelação dos Comportamentos de Tato e Mando

Desde as primeiras sessões, o cliente demonstrou dificuldade para discriminar e relatar seus sentimentos. Os relatos sobre acontecimentos da semana eram seguidos por perguntas da terapeuta, como, por exemplo, “Como você se sentiu com aquele acontecimento?”, “quais lembranças lhe trouxeram?”, “Qual foi o sentimento mais presente durante essa semana?”, “Como era se sentir assim?”, “Que reações aqueles sentimentos provocavam no seu corpo?”, “Em que outras situações você se sentia da mesma maneira?” O objetivo das perguntas era aumentar o repertório de autoconhecimento, auto-observação e relato de sentimentos, além de ajudar o cliente

a entender o seu papel ativo nos acontecimentos da sua vida, compreendendo a relação entre seus comportamentos respondentes e operantes e o contexto. Quanto à expressão de sentimentos, após análise funcional, concluiu-se que o cliente se esquivava ou fugia de situações em que pudesse sentir tristeza, frustração, decepção e correlatos para evitar se sentir sozinho e desamparado. Relembrou fatos ocorridos na infância e expressou duas regras que considerava importantes: “gosto de colocar as expectativas lá embaixo para não sofrer decepção. Já sofri muito e nunca espero moleza. Desde criança me blindei para não sofrer”

Na 24ª sessão, foi-lhe recomendado o filme “O Doador de Memórias”¹³, que retrata uma população obrigada a se automedicar para ficar protegida de sofrimento, vivendo num mundo preto e branco, onde não se entrava em contato com emoções. Na 30ª sessão, foi sugerido o filme “Divertidamente”¹⁴, que aborda a dinâmica das emoções e a importância de se vivenciar os sentimentos. A estratégia com relação a ambos os filmes consistiu em fazer analogias entre os temas dos filmes e a forma como o cliente lidava com suas emoções, a partir de perguntas abertas derivadas dos seus relatos.

Também foram usadas estratégias para ampliar comportamentos de expressar suas vontades, falar sobre o que gosta e não gosta, sobre o que pode e o que não pode fazer. Foi utilizada uma lista de comportamentos (Anexo 4), elaborada pela terapeuta, com base no livro “Comunicação não Violenta”, de Marshall Rosenberg (2003/2006). Sugeriu-se ao cliente que escolhesse um comportamento da lista (a cada sessão, em que se abordava o tema), observasse a forma como se comportava quanto

¹³ Filme dirigido por Phillip Noyce e produzido pela Walden Media. Estreou no Brasil em setembro de 2014 e foi baseado no livro “O Doador”, de Lois Lowry. Trata-se de um filme de ficção científica e drama.

¹⁴ Filme dirigido e co-escrito por Pete Docter, produzido pela Pixar Animation Studios e lançado pela Walt Disney Pictures. É um filme de animação, comédia-drama americano, e estreou em junho de 2015.

ao item escolhido e, na medida do possível, se comportasse de acordo com a regra descrita na lista. Esse instrumento foi usado em sessões alternadas, no decorrer do processo terapêutico, a partir da 32ª sessão, e se mostrou bastante eficaz, havendo o cliente se envolvido o suficiente para experimentar contingências diferentes das habituais: negou-se a aceitar alguns pedidos que realmente não poderia atender. Refez alguns acordos quanto a prazos de entrega de trabalhos; devolveu alguns trabalhos que não daria conta de concluir; cobrou algumas contas atrasadas referentes a trabalhos que entregou e não recebeu; conseguiu fazer pequenos pedidos a amigos e familiares. O cliente relatou eventos ocorridos durante a semana em que conseguiu fazer pedidos.

5.6. Treino em Habilidades Sociais

Nas suas relações, em geral, o cliente se comportava de forma ora agressiva, ora submissa. Na maioria das vezes, de forma inassertiva. Nas relações mais formais, com pessoas que tinham autoridade sobre ele, em regra, comportava-se de forma submissa. Em relações mais íntimas, com os primos e a mãe, por exemplo, era comum se comportar com agressões verbais.

Na 16ª sessão, foi realizada uma abordagem pedagógica do tema, quando o cliente recebeu orientações verbais da terapeuta sobre as diferenças entre comportamentos agressivos, submissos e assertivos. Em seguida, foi usada uma lista, adaptada, pela terapeuta, do livro “Psicologia das Habilidades sociais, Teoria, Educação e Trabalho”, de Del Prette e Del Prette (1999/2001) (ver a lista no Anexo 5), com as diferenças entre comportamentos agressivos, submissos e assertivos, para que o cliente identificasse, em cada item da lista, seus comportamentos mais usuais. No final da sessão, foi recomendado que, durante a semana seguinte, observasse seus

comportamentos e selecionasse pelo menos um de cada classe para ser analisado na sessão seguinte. O cliente acolheu a sugestão e, na sessão seguinte, levou para análise um comportamento agressivo, um submisso e um que ele supunha ter sido assertivo, mas, pelas análises, concluiu-se que foi agressivo. A sessão foi finalizada com um vídeo extraído do *youtube*, produzido por “Minutos Psíquicos”, intitulado: “Agressivo, passivo ou assertivo?”¹⁵, que explica de forma clara e lúdica as diferenças entre comportamentos agressivos, passivos e assertivos.

O assunto retornou em outras sessões, tendo foco especial nas 52ª e 60ª sessões, diante do relato do cliente sobre eventos em que sentiu muita raiva por ter sido explorado pelos amigos que, após consumirem no bar, avisaram-lhe que não tinham como dividir a conta. No final da 60ª sessão, o cliente assistiu a um vídeo, disponível no aplicativo *Youtube*, produzido por + 1! Filmes, denominado “Pizza (comédia da Bahia)”¹⁶, que retratava situação semelhante à que vivenciava com certa regularidade. Esse recurso trouxe reflexões e bastante angústia para o cliente, que, mais uma vez, entrou em contato com a sua dificuldade para dizer “não” e para modificar o seu comportamento. Considerou-se positivo o uso do recurso, pela sua eficácia para colocá-lo em contato com os custos de querer ser “bonzinho” para todos.

5.7. Outros Recursos

Além dos recursos acima mencionados, foram usados: a) ensaio comportamental, para modelar um diálogo necessário com a ex-namorada; b) linha da vida, para analisar a história de aprendizagem quanto à construção de relações afetivas; c)

¹⁵ “Agressivo, passivo ou assertivo?” Filme publicado, por “Minutos Psíquicos”, em 25 de junho de 2014, em www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE. Acessado em 20 de junho de 2016.

¹⁶ “Pizza (Comédia da Bahia)”. Vídeo publicado em 02 de outubro de 2013, por +1! Filmes, em <https://www.youtube.com/watch?v=bzLsDSYKIK8>. Acessado em 20 de junho de 2016.

quadrante gosto/faço, gosto/não faço, não gosto/faço, não gosto/não faço; e d) metáforas, criadas de acordo com o tema discutido na sessão, principalmente com o objetivo de aumentar a discriminação dos seus comportamentos de permanecer em situações aversivas.

6. Resultados Alcançados

Em primeiro lugar, destaca-se o resultado alcançado quanto ao vínculo formado entre cliente e terapeuta, que aponta para a possibilidade de ampliação da sua capacidade de constituir e manter vínculos afetivos fora da sessão (generalização). Ao longo do processo, foi possível observar o aumento gradativo da confiança na terapeuta, e consequente emissão de comportamentos clinicamente relevantes (CRB3), por meio da exposição dos seus medos, raiva, outras fragilidades e sentimentos que eram considerados por ele como negativos e capazes de impactar negativamente na sua imagem de “cara legal”.

Essa mudança refletiu em outros comportamentos incluídos entre os objetivos da terapia (generalização), contribuindo, por exemplo, para ampliação do seu repertório de tatear sentimentos, lembranças e desejos. Além da melhora desses comportamentos, observada nas sessões, o cliente relatou sobre conversas com uma das suas tias, com quem vinha buscando mais contato, quando falou sobre si, seus pensamentos, apreensões e desejos; colheu informações sobre o passado da sua família, especialmente da sua mãe; desabafou sua angústia pela relação difícil com a mãe. Esse novo comportamento estava sendo reforçado positivamente pela tia, que demonstrava interesse e prazer em conversar com ele. Considera-se um progresso decorrente da terapia, relacionado a alguns dos objetivos propostos, pois o cliente: passou a experimentar novos contextos de relações em que pudesse construir laços

de intimidade e confiança; ampliou seu repertório de tato de sentimentos; estava desenvolvendo melhor suas habilidades de criar e manter vínculos afetivos.

A ampliação do seu repertório de auto-observação e, conseqüentemente, de autoconhecimento foi outro ponto positivo e refletiu diretamente no seu comportamento social. Comparando o início da terapia com o momento atual, verificou-se que o cliente passou a observar e relatar sobre seus comportamentos, contextos onde ocorriam e, por vezes, conseguia discriminar e relatar as conseqüências (CRB 3).

Pode-se considerar como ganho substancial da terapia o fato de ter se desligado do emprego que “detestava”. Essa decisão teve impacto direto na sua autoestima e na qualidade de vida, uma vez que: reduziu substancialmente suas queixas quanto a problemas de saúde; possibilitou-lhe cuidar melhor da própria alimentação; vinha conseguindo organizar a sua rotina de trabalho e produzir de acordo com o seu ritmo, sentindo-se satisfeito com sua produção; passou a cobrar por trabalhos que, antes da terapia, realizava gratuitamente e a recusar-se a atender pedidos de pessoas que pretendiam ganhar a sua mão de obra; e assumiu como profissão o trabalho que antes fazia por prazer.

Destaca-se também como um grande ganho para o processo terapêutico o fato de o cliente haver compreendido que seus medos (especialmente o medo de rejeição, de falhar, de correr, riscos, de pedir) estavam relacionados à sua história de vida e impactavam na sua baixa autoestima e necessidade quase compulsiva de agradar os outros. Embora ainda fosse difícil enfrentar situações que eliciem esse sentimento, vinha se comportando nessa direção, ora conseguindo, ora não conseguindo. Também aqui o fortalecimento do vínculo entre terapeuta e cliente mostrou-se ampliado, quando ele relatava sobre sua frustração quando fazia o que não queria por

medo do julgamento e da rejeição. No item 7.3 do presente trabalho, encontram-se explicadas detalhadamente não só as estratégias utilizadas para abordar o tema, como também alguns resultados alcançados.

Na família, passou a observar melhor suas tentativas de agradar e conseguiu negar-se a atender pedidos em algumas oportunidades. Por exemplo, teve coragem de negar um empréstimo em dinheiro ao tio, de quem gostava muito. Conseguiu explicar o motivo e foi compreendido, experimentando a aceitação do tio, o que foi de encontro com o seu medo de ser rejeitado. Nesse ponto, o próprio cliente reconheceu verbalmente que sua forma de resolver a questão lhe fez muito bem e que, antes da terapia, jamais se comportaria dessa forma. Ainda no que se refere às suas relações familiares, vinha conseguindo ampliar o contato com seus primos, o que implicava enfrentar algumas situações que lhe foram aversivas. Nessas relações, estava conseguindo avançar na exposição de seus pontos de vista, negando-se a atender a alguns pedidos dos primos, quando se sentia abusado por eles e sentindo-se menos acuado pelo primo, de quem foi vítima de *bullying* na infância e adolescência.

A relação com a mãe apresentou alguns avanços, mas ainda se configurava como um grande desafio, tanto para o cliente quanto para a terapeuta, na condução do processo. O avanço podia ser observado pelos relatos do cliente, que sugeriam a redução de interações agressivas e, ultimamente, uma possibilidade de pensar em perdoar a mãe pelas negligências cometidas no passado.

Nos relacionamentos com meninas, houve progressos consideráveis: a) passou a prestar mais atenção na forma como elas se comportavam no início do relacionamento e na maneira como ele consequenciava tais comportamentos. Emitiu CRB 3 ao concluir que reforçava comportamentos de dependência na medida em que, no início da relação, se oferecia para ajudá-las a resolver situações como: lavar

o carro delas, levar para oficina, buscá-las e levá-las para compromissos, etc.; b) outro indicativo de melhora era o fato de ter parado de apresentar as meninas para a família nos primeiros encontros e de fazer planos com elas, no início dos relacionamentos, o que sugere a redução da sua ansiedade nesses relacionamentos; c) ao longo do processo terapêutico observou que se relacionava com meninas muito parecidas. Ou depressivas, que demandam seus cuidados, ou extremamente liberais que o procuram apenas quando queriam sexo ou se sentiam sozinhas. Concluiu pela possibilidade de a sua carência afetiva o levar a alimentar relacionamentos com pessoas parecidas com ele (solitárias e tristes); e d) vinha concluindo que sua demanda sexual era muito acentuada e que isso o tornava mais vulnerável às relações com meninas que o procuram apenas porque estavam sozinhas e não por gostarem da sua companhia.

Nos relacionamentos com amigos, também apresentou alguns progressos, especialmente o de conseguir se expressar de forma mais assertiva, com alguns deles. Cita-se como exemplos: deixar claro que pagaria apenas o seu consumo quando saíssem juntos (e realmente não pagar, ainda que pedissem) e negar pedidos para buscar amigos em casa quando morassem muito longe. De um modo geral, o cliente estava saindo mais de casa e tentando participar de atividades tidas como adequadas para a sua idade (no sentido de serem comuns em pessoas da mesma idade), reduzindo, portanto, o seu isolamento social.

Para finalizar, mencionam-se alguns outros CRBs. Como CRBs 1 apresentados no início do processo: a) sempre concordava com a terapeuta; b) mostrava-se sorridente e tentando aparentar alegria, mesmo relatando sobre eventos tristes e estressantes; c) especialmente quando falava sobre a mãe, apresentava

comportamentos respondentes, como tique nervoso (perna) e muitos gestos com as mãos; e d) apresentava muita formalidade quanto às roupas e postura corporal.

À medida em que o tempo foi passando, o cliente evoluiu em alguns aspectos na relação com a terapeuta, o que se pode considerar como CRBs 2: a) apresentou mais descontração na linguagem, roupas e postura corporal; b) passou a demonstrar se sentir mais à vontade pelo modo de sentar e falar; c) passou a se comunicar com a terapeuta fora do horário da sessão por meio virtual, enviando “banners”, que se relacionavam com o processo terapêutico, por exemplo; d) passou a trazer temas para a sessão, relacionados à suas interações durante a semana; e) intensificou a comunicação visual e verbal com a terapeuta; e f) devolveu para a terapeuta um livro (cuja leitura foi sugerida por ela) sem que tivesse lido, sob o argumento de que não se identificou com o assunto e, por isso, não leria. Esse comportamento teve grande relevância clínica porquanto sinalizou a sua despreocupação em agradá-la ou desagradá-la.

Além dos CRBs 3 já mencionados, observou-se também que o cliente passou a relatar sobre os contextos que o deixavam ansioso e os motivos que o levavam a se sentir dessa forma. Em algumas situações, adotou novos comportamentos com o objetivo de reduzir a própria ansiedade como, por exemplo, sair para caminhar ouvindo música. Também com relação ao medo, o cliente trouxe alguns relatos que evidenciaram aumento no seu repertório de auto-observação e interpretação dos próprios comportamentos. O seu medo de ser rejeitado pela família, caso pedisse demissão do emprego foi interpretado por ele como decorrente de situações que viveu na infância e que não mais persistiam na sua vida adulta, mas ainda o controlavam (medo de errar e ser transferido de casa).

Considerações Finais

Embora não haja consenso sobre o conceito de autoestima, trata-se de um termo muito presente nos consultórios de Psicologia e na cultura de um modo geral. De acordo com Coopersmith (1967, citado por Avanci e cols., 2007), a autoestima retrata o juízo de valor que fazemos de nós mesmos, apontando para atitude de aprovação ou desaprovação de si, relativamente à competência e valor.

No caso apresentado, o cliente, já nas primeiras sessões, sinalizou a sua baixa autoestima quando trouxe entre suas queixas iniciais a sensação de estar sempre fazendo menos do que precisava no trabalho; o seu excessivo medo de errar; seu medo de receber críticas; sua necessidade de agradar as pessoas por medo de ser rejeitado; suas dificuldade para desenvolver relações afetivas, etc. Seu comportamento refletia em todos os aspectos da sua vida, visto que os repetia nos âmbitos profissional, familiar, afetivo e social. Pode-se dizer, assim, tratar-se de um padrão comportamental de baixa autoestima.

Embora o cliente apresentasse mais de um padrão comportamental optou-se, em razão da necessidade de limitar o tema da presente monografia, por abordar o de baixa autoestima, ao se entender que os comportamentos relacionados a esse padrão, de certo modo, afetavam e influenciavam os demais (padrão de insegurança e inassertividade, por exemplo). Como dito anteriormente, a identificação de padrões comportamentais é feita conjuntamente entre cliente e terapeuta, visando contribuir para o cliente entender os motivos que o levam a se comportar de determinada maneira (Marçal, 2005a, 2005b). Nesse ponto, o cliente relatou seu sentimento de baixa autoestima (de acordo com a definição do tema) em todos os aspectos da sua

vida, percebendo que a origem desse padrão se encontrava na sua infância e adolescência.

No caso, percebe-se que, ao longo da vida, os comportamentos do cliente visavam evitar situações aversivas para ele (concordava sem concordar, agradava devido à diminuição ou retirada de críticas e rejeição, etc.), configurando esquema de reforçamento negativo, visto que seus comportamentos de fuga e esQUIVA tinham sua probabilidade de ocorrer aumentada na medida em que atingia seu objetivo.

Considerando o padrão de baixa autoestima do cliente, foram traçados vários objetivos para a condução do caso (estando estes de acordo com os apontados por Castanheira, 2002, citado por Alves & Isidro-Marinho, 2010). Um dos comportamentos mais abordados no processo terapêutico do cliente foi a sua dificuldade para se relacionar, especialmente porque não conseguia comunicar com clareza seus desejos e necessidades. No decorrer do processo, Romeu concluiu que sua dificuldade para fazer pedidos, sobretudo nas relações familiares, aumentava o medo de se inserir em novas contingências, especialmente na sonhada mudança de profissão. Nesse ponto, constatou-se a dificuldade do cliente para emitir comportamentos de mando.

Ainda abordando a inabilidade do cliente para fazer pedidos e a influência deste comportamento na sua vida profissional, observou-se emissão de mandos disfarçados, na medida em que expressava sua aversão pelo local de trabalho, relatando seus comportamentos respondentes (náuseas, enjoos, insônia) e esperava por apoio familiar para que deixasse o emprego. Cita-se um exemplo: após análise funcional do comportamento de passar mal no domingo e nos dias úteis e reclamar do trabalho com a família, concluiu-se que o cliente gostaria (função do comportamento) que a família compreendesse aqueles sinais de mal-estar e sugerisse

sua demissão. Assim, ele se esquivaria das posteriores cobranças, caso surgissem necessidades decorrentes de sua decisão, especialmente de ajuda financeira. Entre as estratégias terapêuticas adotadas para intervir no comportamento, foram incluídas a modelagem e a modelação do comportamento de discriminar e tatear eventos privados (sentimentos, pensamentos, desejos). O item 5 traz maiores explicações sobre a intervenção.

Outro comportamento que causava muitos problemas para o cliente consistia na sua necessidade de agradar, dizendo sim para pedidos e sugestões de amigos e familiares nas diversas circunstâncias em que era solicitado a fazer coisas que não podia ou não queria. Esse comportamento também era mantido por esquema de reforçamento negativo (fuga/esquiva) e, de acordo com a análise funcional, agravava a sua ansiedade, seu medo de ser rejeitado e, em certos casos, seus compromissos financeiros e profissionais.

Quanto ao comportamento de tatear sentimentos, observaram-se alguns progressos substanciais nas suas relações significativas. A título de exemplo citam-se duas situações mais expressivas: a) Romeu conseguiu expressar o seu desagrado com brincadeiras de mau gosto feitas publicamente pelo primo, a quem temia contrariar desde sua infância. Falou sobre seus sentimentos (desagrado e decepção) com o primo e deixou claro os comportamentos aos quais se referia; e b) passou a buscar mais contato com uma de suas tias, com quem conversava sobre si e seus sentimentos, especialmente seus medos. Este era um grande progresso, visto que no início do processo terapêutico o cliente não sabia discriminar nem os sentimentos mais básicos (alegria, tristeza, raiva, medo). Segundo Matos (1991), o comportamento de tato é muito relevante para a clínica por representar uma potencial via de acesso a estados internos do falante. No item 5.5, encontram-se explicações

detalhadas sobre estratégias usadas para ampliar o comportamento de tato, especialmente o tato de sentimentos.

O baixo repertório de emissão de comportamento de mandos diretos e tatos puros, de acordo com a análise da terapeuta, estaria relacionado ao grande controle do comportamento por regras e autorregras. Numa análise molar do comportamento, constatou-se que, desde sua infância, Romeu precisou viver situações muito aversivas, relacionadas especialmente às suas várias mudanças de casa e de família e consequente necessidade de se adaptar a novos contextos, para não ser “transferido” novamente. Algumas das regras estabelecidas no passado prevaleceram e fez parte dos objetivos da terapia analisar, juntamente com o cliente, o tipo de reforçadores que as mantinham em vigor. Como os demais comportamentos operantes, o de seguir regras também tende a ser mantido quando produz consequências reforçadoras (Albuquerque, 1998; Baron & Galizio, 1983, Galizio, 1979, e Joyce & Chase, 1990, citados por Albuquerque & Ferreira, 2001).

No decorrer do processo, foram identificadas várias regras (item 3) que controlavam seus comportamentos nos aspectos familiares, profissionais, afetivos e sociais. Segundo ele, todos seus familiares tinham medo de situações novas, não se envolviam em situações de risco, criticavam e não ajudavam pessoas que se arriscavam. No seu caso, a hipótese de que seu contexto familiar contribuiu muito para a sua rigidez comportamental corrobora com o posicionamento de Albuquerque (2001), que destaca que o comportamento de seguir regras tende a ser mantido nas situações em que o comportamento de segui-la é monitorado por pessoas identificadas como autoridades.

De todo modo, um dos grandes progressos do processo terapêutico foi o desligamento do cliente do emprego e a sua dedicação a uma profissão autônoma

(sempre desejada), desafiando suas autorregras e regras familiares. Reconhecer os potenciais reforçadores de fazer o que gostaria deu início ao seu processo de mudança.

Quanto aos familiares, a sua decisão de desligar-se do emprego fixo não teve o impacto negativo esperado, o que, segundo o cliente, ocorreu principalmente por dois motivos: a) pelo fato de ele ter deixado claro que havia guardado dinheiro suficiente para sobreviver até se firmar na nova profissão; e b) em razão dos reflexos que aquele emprego vinha tendo na sua saúde. Relatou, inclusive, que alguns familiares elogiaram a sua coragem e determinação, sendo que a mãe não se manifestou sobre a decisão. A partir daí, Romeu começou a entrar em contato com os reforçadores positivos da nova profissão quando fez parceria com um colega e recebeu propostas de trabalho. Relatou sentir-se muito bem com a nova situação e feliz pela perspectiva de ganhar a vida fazendo o que gostava. Essas mudanças tiveram reflexos também nos seus comportamentos respondentes. De acordo com o seu relato verbal, parou de sentir enjoos e dores no estômago, estava dormindo melhor, sua sensação de cansaço foi reduzida e não teve mais crises de ansiedade. Pela análise da terapeuta, esse momento do processo terapêutico sinalizou aumento da autoestima do cliente, ou seja, de sentimentos positivos em relação a si mesmo e que tendem a predispor o indivíduo a tomar iniciativas e de apresentar variabilidade comportamental para produzir reforços para si próprio (Guilhardi, 2002).

Após análise do seu comportamento de agradar a todos, concluiu-se que a função era evitar rejeição e críticas. O cliente iniciou o seu processo de mudança e passou a avaliar as possibilidades de fazer o que pediam, antes de se comprometer. Acompanhando o entendimento de Kohlenberg e Tsai (1991/2001), pode-se afirmar que o cliente emitiu um CRB 3, que consiste em elaborar explicações e análises

funcionais sobre o próprio comportamento e o que parece causá-lo. Embora em algumas situações ele ainda não conseguisse se comportar da forma como gostaria, pode-se considerar como bastante positivos os resultados do seu processo nesse aspecto. Compreender a função do seu comportamento foi importante para que o cliente entendesse a necessidade de mudar. Como apontado por Skinner (1989/1995), um indivíduo que tem consciência de si (autoconhecimento) tem maiores condições para prever, descrever e controlar o próprio comportamento.

Também foram usadas estratégias para aumento das habilidades sociais do cliente, especialmente dos seus comportamentos assertivos (item 5.6). Ao longo do processo, o cliente relatou sobre várias situações em que se comportou de forma inassertiva, mais uma vez, pela sua dificuldade em correr o risco de desagradar colegas e familiares. Entre as estratégias utilizadas para abordar o tema, constaram vídeos, deveres de casa, auto-observação e, especialmente, uma tabela de comportamentos elaborada com base nos pensamentos de Del Prette e Del Prette (1999/2001), que se mostrou bastante eficaz para ajudar o cliente a compreender as diferenças entre comportamentos submissos, agressivos e assertivos (Anexo 5). Segundo os autores, o indivíduo assertivo consegue dizer não quando necessário e expressar seus sentimentos, opiniões, necessidade e interesses. Esses comportamentos eram almejados tanto pelo cliente quanto pela terapeuta, e pode-se considerar que houve bons resultados. Embora o cliente ainda apresentasse algumas dificuldades em expressar suas vontades, os recursos utilizados aumentaram o seu autoconhecimento e deram início a mudanças importantes na sua forma de se relacionar. Aumentaram as situações em que conseguiu discordar das pessoas, dizer não e escolher por si mesmo, sem levar em conta a opinião dos outros. As consequências dos seus comportamentos produziram reforços positivos e lhe

trouxeram sentimentos de alívio e bem-estar. Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005) mencionam estudos realizados por Riggio e cols. (1990), nos quais se verificou uma correlação positiva significativa entre as habilidades sociais e o grau de autoestima. Observa-se, portanto, que o cliente conseguiu dar mais alguns passos em direção do aumento da sua autoestima.

Outros comportamentos também frequentemente emitidos por Romeu relacionavam-se aos vários medos discriminados por ele, entre os quais destacam-se o medo de abandono, de rejeição e de mudanças. A auto-observação também foi recomendada para o cliente quanto à identificação das situações em que sentia medo (antecedentes), a forma como se comportava (resposta) e as consequências produzidas no ambiente. Também foram coletados dados sobre a sua história de vida e situações em que sentia medo na infância e adolescência. Constatou-se que esse sentimento esteve presente desde a mais tenra idade, especialmente quando se via ameaçado de ter que se mudar de casa e de família, por alguma falha que pensava haver cometido. Especificamente quanto ao medo, foram usadas várias estratégias, explicadas com detalhes no item 5.3. Focalizando a vida do cliente sob o aspecto das suas necessidades infantis que não foram atendidas, sobretudo pela mãe, compreende-se com mais facilidade o seu déficit de repertório de autoestima.

No decorrer do processo terapêutico, observou-se também a dificuldade do cliente para falar sobre alguns aspectos da sua história de vida, especialmente nas questões que envolviam sua relação com a mãe. Esse foi um dos momentos em que se fez necessário o bloqueio da esquiva do comportamento de falar sobre aquela relação. Como se tratavam de lembranças de difícil acesso de forma natural (por meio de perguntas), a terapeuta sugeriu que ele trouxesse alguns dos seus desenhos. Suas lembranças foram evocadas pela análise conjunta de desenhos feitos em

momentos diversificados da sua vida (infância, adolescência e vida adulta). Foram evocadas muitas lembranças de eventos aversivos para ele, como a raiva da mãe, seu sentimento de ter sido rejeitado e abandonado por ela desde os 4 anos de idade e sua vontade de abandoná-la quando ela envelhecesse. Trouxe também memórias do seu sofrimento por haver passado a maior parte da sua vida “morando de favor” nas casas de parentes e a sua certeza de que jamais perdoaria a mãe. As estratégias usadas encontram-se detalhadas no item 5.4.

No que se refere ao bloqueio de esquiva, pode-se dizer que possibilitou ao cliente entrar em contato com suas emoções, compreender que embora lhe parecessem negativas, eram coerentes com sua história de vida (autoconhecimento). No entendimento da terapeuta, a audiência não punitiva foi fundamental para preparar o bloqueio da esquiva do cliente, deixando-o confiante de que poderia expor sentimentos tão profundos sem ser julgado ou avaliado pela terapeuta. Além disso, foi necessário que a terapeuta criasse estratégias para evocar essas memórias, além de perguntas diretas (Dellitti, 2001).

Embora a construção do vínculo terapêutico com o cliente tenha sido a primeira estratégia de intervenção utilizada no processo, optou-se por lhe dar um lugar especial no fechamento deste trabalho uma vez que foi determinante para a inclusão das demais estratégias adotadas. No início do processo, via-se um cliente arreado, sofrido e cansado, com discurso passivo diante da própria vida, sinalizando a sua esperança de que a terapeuta resolvesse seus problemas ou lhe desse sua receita para fazê-lo. Por meio dos seus mandos disfarçados e tatos distorcidos, o cliente se comportava como se a resposta para o seu sofrimento estivesse nas mãos da terapeuta e como se ele fosse incapaz de compreender e mudar a própria vida. Dizia se sentir inferior às pessoas que o cercavam e tinha vontade de se afastar de tudo e todos, na

tentativa de fugir do seu sentimento de fracasso. Esses comportamentos sinalizaram o seu padrão comportamental de baixa autoestima.

Ao ter consciência de seu papel nas contingências (seja como estímulo discriminativo, reforçador ou motivacional), a terapeuta construiu o vínculo terapêutico com o cliente, como já dito, por meio de audiência não punitiva, acolhendo e validando seus relatos e demais comportamentos apresentados na sessão (Delitti, 2001; Skinner, 1953/2000). Na medida em que o cliente tinha suas falas acolhidas pela terapeuta, passou a se comportar de forma mais descontraída, sorrindo mais, demonstrando menos preocupação com o uso de linguagem formal, aumentou paulatinamente seus relatos sobre situações familiares e eventos privados não aceitos socialmente, como por exemplo a raiva da mãe e vontade de abandoná-la.

Fazendo uma retrospectiva do processo terapêutico, verifica-se que, embora ainda haja desafios pela frente, resultados importantes foram alcançados, conforme se verifica no item 6 do presente trabalho, o que refletiu sobretudo na ampliação do seu autoconhecimento, na melhora da sua qualidade de vida e da sua autoestima. Evidentemente, o uso das técnicas e estratégias foram fundamentais, mas não se pode deixar de destacar a importância da relação entre a terapeuta e o cliente como estruturante do processo e como um dos fatores relevantes para as mudanças. Observar as cinco regras da FAP auxiliou a terapeuta a construir uma relação genuína e de confiança com seu cliente.

Prestar atenção aos CRBs do cliente (Regra 1 da FAP) foi essencial durante todo o processo e possibilitou à terapeuta discriminar os comportamentos que deveriam ser reforçados, punidos ou extintos, conforme a necessidade do cliente em favor do seu processo de mudança. Diante da abrangência da regra, tentar descrever as situações em que foi aplicada pode deixar a desejar e até minimizar o recurso. De

todo modo, a título de exemplo, cita-se que entre os “comportamentos-problema” observados destacou-se a sua dificuldade em falar sobre seus sentimentos e suas esquivas quando a terapeuta tentava investigá-los. O cliente mudava de assunto, dizia que não se lembrava e apresentava respondentes como balançar as pernas com tique nervoso. Na medida em que o processo avançou, o cliente passou a demonstrar se sentir mais à vontade com a terapeuta, o que se poderia concluir pela forma como a olhava; pelo aumento do contato visual, especialmente nos assuntos mais aversivos para ele; pela forma de cumprimentá-la na entrada e na saída da sessão. Esse movimento da relação terapêutica refletiu na ampliação do seu comportamento de tatear seus sentimentos, e foi possível a partir de uma observação atenta da terapeuta aos comportamentos do cliente.

O mesmo comportamento acima descrito (dificuldade de falar sobre sentimentos) também pode ser usado como exemplo para a Regra 2 (evocar CRBs), de Kohlenberg e Tsai (1991/2001). O cliente tinha dificuldade para tatear sentimentos de um modo geral, mas quando se tratava da sua relação com a mãe dizia não se lembrar de quase nada a respeito dela, o que, embora tivesse topografia de tato, foi interpretado pela terapeuta como uma esquiva (CRB 1). Na medida em que o processo foi avançando, sempre que surgia oportunidade, a terapeuta abordava o tema e o cliente se esquivava, mudando de assunto e dizendo não se lembrar. A terapeuta insistia (evocando o CRB 1), ele continuava se esquivando e, passadas algumas sessões, o cliente, por iniciativa própria, relatou, com muita tristeza, sobre a raiva que estava sentindo da mãe naquele dia e sobre uma situação difícil vivenciada com ela na infância. Esse comportamento foi interpretado como CRB 2 porque sinalizou a confiança do cliente para compartilhar sua dor e demonstrar o seu sentimento para a terapeuta. Após ouvi-lo, a terapeuta compartilhou que o

compreendia e que se sentiu confiável diante do seu comportamento de expressar sentimentos tão doloridos para ele.

A Regra 3 consiste em reforçar CRB 2. Ainda utilizando o exemplo anterior, a terapeuta entendeu que o CRB 2 do cliente (expor sentimentos de raiva da mãe) foi reforçado pela sua atenção, pela demonstração de interesse quanto à sua história e por ter expressado ao cliente haver compreendido o seu sentimento, diante daquele evento relatado. Ao final da sessão, foi possível perceber que o cliente estava bem mais tranquilo do que no início, agindo como se tivesse sentido alívio depois de falar sobre o problema (fala mais suave, menos agitação com as mãos, pernas paradas), o que foi interpretado, pela terapeuta, como um reforço natural ao seu comportamento de falar sobre si e sobre os sentimentos que o angustiavam. Inclusive, nesse dia, o abraço que o cliente deu na terapeuta foi diferente dos anteriores (mais apertado e mais demorado).

Os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente (Regra 4) também foram observados. Aproveitando mais uma vez o exemplo dado, observou-se que o comportamento de falar sobre a mãe e sobre seus sentimentos com relação a ela aumentou de frequência, o que levou a terapeuta a inferir que reforçou adequadamente o comportamento cliente. Com o avanço do processo, o cliente também teve o seu interesse e envolvimento com a terapia ampliados, o que se pode perceber, por exemplo, pelo seu comportamento de trazer assuntos novos sobre os quais gostaria de conversar (e.g., sua forma de se relacionar afetivamente com garotas).

Com relação à Regra 5, citar-se-á como exemplo um evento ocorrido no consultório. A terapeuta sugeriu a leitura de um livro para o cliente, emprestando-lhe o livro. Na sessão seguinte, o cliente devolveu o livro, dizendo que optou por não ler,

porque ao folheá-lo percebeu que não “tinha nada a ver com ele”. Considerando esse comportamento como um CRB 2, visto que raramente ele discordava de algo, a terapeuta analisou com o cliente o seu comportamento (devolver o livro sem ler e dizer claramente sobre a decisão tomada por ele). Primeiramente, a terapeuta perguntou sobre a forma como ele se sentiu ao perceber que não queria ler o livro e como se sentia naquele momento em que estava devolvendo e falando sobre o assunto. O cliente explicou que o primeiro impulso foi seguir a sugestão da terapeuta, independente de gostar ou não. Repensou e concluiu que, além de ser um sacrifício para ele, achava que a terapeuta compreenderia aquela decisão. Quanto àquele momento específico (aqui e agora) vivenciado na sessão, estava se sentindo muito bem e tranquilo. A interpretação fornecida para o cliente consistiu, primeiramente, em ajudá-lo a discriminar as situações em que se comportava para agradar os outros, em detrimento das suas vontades para evitar punição, bem como as perdas e ganhos desses comportamentos no contexto de vida atual. Depois, foi abordado o progresso apresentado por ele, ao expor sua vontade e sentimentos para a terapeuta, o que poderia ser experimentado em outras relações.

Acompanhar a trajetória do cliente nas 82 sessões até então realizadas representou um grande desafio para a terapeuta. Houve alguns momentos de frustração e dúvida sobre as possibilidades de mudança do cliente que, por várias sessões, falou sobre a sua descrença em mudanças que o levassem a viver melhor consigo mesmo e com os outros. Um exemplo de comportamento que deixava a terapeuta frustrada era o grande sofrimento percebido no cliente por detestar o trabalho e a sua aparente inércia para mudar, mostrando suas dificuldades para se desfazer de situações aversivas. Embora esse tema fosse corrente na terapia, ele conseguiu decidir pela mudança apenas após 56 sessões realizadas. Essa decisão do

cliente pode ser considerada como um marco no processo terapêutico visto que, a partir daí ele passou a apresentar mais disposição para experimentar novas contingências, se propondo também a superar suas inseguranças em outros aspectos da sua vida (exemplos: passou a interagir mais com amigos e parentes; conseguia expor insatisfação com pessoas que colocam defeitos nele, especialmente os primos; negava alguns favores que antes atenderia só para agradar, etc.).

Para a terapeuta, vivenciar com ele esse processo aparentemente lento configurou-se como mais uma oportunidade de aprender que o ritmo de mudança do cliente precisava ser respeitado. Por algumas vezes, a terapeuta precisou refletir sobre os sentimentos evocados nela pelo cliente e aceitar que não conseguiria livrá-lo do sofrimento até que ele estivesse preparado para isso. Essa contingência do processo terapêutico no remete ao entendimento de Kohlenberg e Tsai (1991/2001) que, ao abordarem a Regra 3 (reforçar CRBs), discorrem sobre a necessidade de o terapeuta compatibilizar suas expectativas com os repertórios do cliente, evitando, assim, estabelecer expectativas muito elevadas.

Todavia, especialmente ao reunir os dados para elaborar o presente trabalho, surgiu a oportunidade de lançar um olhar detalhado para todo o processo o que, comparando o cliente com ele mesmo do início até o momento atual, evocou na terapeuta um sentimento de satisfação pela forma como o cliente vinha alcançando progressos. Ainda há muitos desafios a serem vencidos, tanto para o cliente quanto para a terapeuta, mas pelo caminho trilhado pode-se esperar que esse cliente consiga melhorar sua qualidade de vida e ampliar os resultados para outros contextos de sua vida. Conforme diz Guilhardi (2002), autoestima é um sentimento que pode ser desenvolvido durante toda a vida do indivíduo, e isso depende de exposição a

contingências de reforçamento positivo, como as que estavam em vigor no processo terapêutico.

Para finalizar, vale a pena destacar as dificuldades para se encontrar definições e conceitos adequados aos princípios da Análise do Comportamento, no que se refere ao tema estudado na presente monografia, qual seja: “autoestima”. No entender da presente autora, a preocupação excessiva da maior parte dos analistas do comportamento com a utilização de termos mentalistas e de expressões muito populares na nossa cultura acaba por reduzir as possibilidades de abordarmos temas cuja definição operacional se mostre mais complexa. Esse pode ser considerado um dos grandes desafios para os profissionais da Análise do Comportamento.

Referências

- Albuquerque, L. C. (2001). Definições de regras. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Volume 7. Expondo a variabilidade* (pp. 132-140). Santo André: ESETec.
- Albuquerque, L. C., de Souza, D. G., Matos, M. A., & Paracampo, C. C. P. (2003). Análise dos efeitos de histórias experimentais sobre o seguimento subsequente de regras. *Acta Comportamentalia*, *11*, 87-126.
- Albuquerque, L. C. & Ferreira, K. V. D. (2001). Efeitos de regras com diferentes extensões sobre o comportamento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *14*, 127-139.
- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinheiro, G. (2010). Relação Terapêutica sob a Perspectiva Analítico-Comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed
- Aureliano, L. F. G. & Borges, N. B. (2012). Operações motivadoras. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica Analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 32-39). Porto Alegre: Artmed.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. (2007). Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Retirado do site www.scielo.br em 25/01/2017.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, *22*(2), 111-121. Retirado do site www.scielo.br em 02/05/17.

- Barros, R. S. (2003). Uma introdução ao comportamento verbal. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 73-82. Retirado do site pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script em 14/02/17.
- BORBA, Francisco S. Dicionário de usos do Português do Brasil. São Paulo: Ática ... de S. Paulo, 1997. Michaelis Moderno dicionário da língua portuguesa.
- Bueno, S. (2016). *Dicionário Global Escolar da Língua Portuguesa*. São Paulo. Editora Global
- Castanheira S. S. (2001). Regras e Aprendizagem por Contingência: Sempre e em todo lugar. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. F. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Volume 7. Expondo a variabilidade* (pp. 36-46). Santo André: ESETec.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (A. Schmidt, D. das G. de Souza, F. C. Capovilla, J. C. C. de Rose, M. de J. D. dos Reis, A. A. da Costa, L. M. de C. M. Machado, & A. Gadotti, trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Cirino, S. (2000). O que é história comportamental. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. F. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Volume 7. Expondo a variabilidade* (pp. 132-136). Santo André: ESETec.
- 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.
- Delitti, M. (2001). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Volume 2. A prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-comportamental* (pp. 35-42). Santo André: ESETec.

- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999/2001). *Psicologia das Habilidades Sociais. Terapia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Dutra, A. (2010). Esquiva Experiencial na Relação Terapêutica. Em A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em M. Z. 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. 63-98). Santo André: ESETec.
- Guilhardi, H. J. (2013). Um pouco mais sobre Autoestima. Instituto de Terapia por Contingência de Reforçamento. Retirado do site www.itcrcampinas.com.br em 28/12/16
- Houais, A.; Villar, M. S & Franco, F. M. S (2001/2015). *Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. São Paulo. Editora Moderna.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (F. Conte, M., Delitti, M. Z. S, Brandão, P. R. Derdyc, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, & R. Starling, trads.). Santo André: ESETec.
- Leonardi, J. L. & Borges, N. B. (2012). A modelagem como ferramenta de intervenção. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica Analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 166-170). Porto Alegre: Artmed.
- Marçal, J. V. S. (2005a). Refazendo a história de vida: quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N.

- C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Volume 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. S. (2005b). Estabelecendo objetivos na prática clínica. Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (2). Retirado do site www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php, em 10/04/2017.
- 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.
- Matos, M. A. (1991). As Categorias Formais de Comportamento Verbal de Skinner. *Anais da XXI Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto – 1991*, pp. 333-341. Retirado do site www.itrcampinas.com.br, em 07/01/2017.
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento Verbal na Clínica Analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2). Retirado do site pepsic.bvsalud.org/scielo.php em 20/01/2017.
- Medeiros, C. A. (2010). Comportamento Governado por Regras na Clínica Comportamental: Algumas Considerações. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 95-111). Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos da Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Paracampo, C. C. P. & Albuquerque, L. C. de (2005). Comportamento controlado por regras: Revisão crítica de proposições conceituais e resultados experimentais. *Interação em Psicologia*, 9(2), 227-237. Retirado do site <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4798/3681> em 21/02/17.

- Rosemberg, M. B. (2003/2006). *Comunicação não violenta – Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora.
- Silva, A. I. & Marinho, G. I. (2008). Autoestima e Relações Afetivas. *Universitas Ciências da Saúde*, 1(2), 229-237. Retirado do site <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude>, em 11/02/17.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/1978). *Comportamento Verbal* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1969/1980). *Contingências do Reforço: Uma análise teórica* (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural. Retirado do site www.scribd.com, em 11/02/17.
- Skinner, B. F. (1974/2000). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1989/1995). *Questões recentes na Análise Comportamental* (A. L. Neri, trad.). Campinas: Editora Papyrus

Anexos

Anexo 1. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC – Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento.

**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____,
portador(a) da identidade nº _____ autorizo a publicação
escrita de estudo de caso e a comunicação oral, em Encontros de Psicologia, do
conteúdo das sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a)
terapeuta _____, com registro no
CRP nº: _____, com a finalidade de promover o conhecimento e o
desenvolvimento de tecnologias no campo da Psicologia. Foi-me assegurado que, em
todos os casos acima citados, minha identidade será mantida em sigilo, bem como
quaisquer dados que possam identificar a mim ou quaisquer pessoas citadas nas
sessões.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

Aluno(a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica

Anexo 2. Poesia “Forjando a Armadura”, de autoria de Rudolf Steiner extraída do site ww.recantodasletras.com.br.

FORJANDO A ARMADURA

Nego-me a me submeter ao medo, que me tira a alegria de minha liberdade,
que não me deixa arriscar nada, que me torna pequeno e mesquinho,
que me amarra, que não me deixa ser direto e franco,
que me persegue, que ocupa negativamente minha imaginação,
que sempre pinta visões sombrias.

No entanto não quero levantar barricadas por medo do medo.
Eu quero viver, e não quero encerrar-me.
Não quero ser amigável por ter medo de ser sincero.
Quero pisar firme porque estou seguro e não para encobrir meu medo.
E, quando me calo, quero fazê-lo por amor e não por temer as consequências das
minhas palavras.

Não quero acreditar em algo só pelo medo de não acreditar.
Não quero filosofar por medo que algo possa atingir-me de perto.
Não quero dobrar-me só porque tenho medo de não ser amável.
Não quero impor algo aos outros pelo medo de que possam impor algo a mim.
Por medo de errar, não quero tomar-me inativo.
Não quero fugir de volta para o velho, o inaceitável, por medo de não me sentir
seguro no novo.
Não quero fazer-me de importante porque tenho medo de que senão poderia ser
ignorado.
Por convicção e amor, quero fazer o que faço e deixar de fazer o que deixo de fazer.
Do medo quero arrancar o domínio e dá-lo ao amor.
E quero crer no reino que existe em mim.

Anexo 3. Poesia “Máscaras”, de autoria de Gilbert Brenson Lazan, extraída do site <https://pensador.uol.com.br>.

MÁSCARAS

Cada vez que ponho uma máscara para esconder minha realidade,

fingindo ser o que não sou,

faço-o para atrair o outro

e logo descubro que só atraio a outros mascarados,

distanciando-me dos outros devido a um estorvo: a máscara

Faço-o para evitar que os outros vejam minhas debilidades

e logo descubro que, ao não verem minha humanidade,

os outros não podem me querer pelo que sou,

senão pela máscara.

Faço-o para preservar minhas amizades e logo descubro que,

quando perco um amigo, por ter sido autêntico,

realmente não era meu amigo, e, sim, da máscara.

Faço-o para evitar ofender alguém e ser diplomático

e logo descubro que aquilo que mais ofende as pessoas,

das quais quero ser mais íntimo, é a máscara.

Faço-o convencido de que é o melhor que posso fazer para ser amado

e logo descubro o triste paradoxo:

o que mais desejo obter com minhas máscaras

é precisamente o que não consigo com elas.

Anexo 4. Lista de Comportamentos elaborada pela terapeuta, com base no livro “Comunicação não Violenta”, de Marshall Rosenberg (2003/2006).

COMPORTAMENTOS QUE PODEM TE AJUDAR A VIVER MELHOR

- Pedir exatamente o que você deseja;
- Falar sobre o que você não gosta que façam com você;
- Falar educadamente quando se sentir incomodado com alguma coisa que te fizerem;
- Deixar claro para as pessoas com quem você convive sobre o que espera e/ou precisa delas;
- Pedir esclarecimentos para saber exatamente o que esperam de você;
- Falar claramente a verdade sobre a possibilidade de fazer o que os outros esperam de você;
- Renegociar acordos que você tenha feito, quando achar que não tem condições de mantê-los;
- Respeitar os seus sentimentos e limites e também respeitar os sentimentos e limites dos outros;
- Ouvir educadamente as pessoas, sabendo que você não tem obrigação de resolver os problemas delas;
- Deixar de tentar agradar os outros fazendo coisas que você não quer ou não gosta.

Anexo 5. Diferenças Entre Comportamentos Assertivos, Submissos e Agressivos.

Lista adaptada do livro “Psicologia das Habilidades sociais, Teoria, Educação e Trabalho”, de Del Prette e Del Prette (1999/2001).

COMPORTAMENTO ASSERTIVO	COMPORTAMENTO SUBMISSO	COMPORTAMENTO AGRESSIVO
Emocionalmente honesto na expressão de sentimentos negativos.	Emocionalmente inibido na expressão de sentimentos negativos.	Emocionalmente honesto na expressão de sentimentos negativos.
Expressa sentimentos negativos controlando a forma de expressão.	Quando expressa sentimentos negativos, a forma é inapropriada.	Expressa sentimentos negativos de forma inapropriada.
Procura atingir os objetivos, preservando tanto quanto possível a relação.	Muito raramente atinge os objetivos e usualmente os sacrifica para manter a relação.	Atinge os objetivos, na maioria das vezes prejudicando a relação.
Persevera nos objetivos e avalia o próprio comportamento.	Não persevera, recriminando-se a si e aos outros.	Persevera sem avaliar as consequências.
Consegue discordar do grupo.	Quase sempre concorda com o grupo.	Consegue discordar do grupo.
Defende os próprios direitos, respeitando os direitos alheios.	Não defende os próprios direitos, mas respeita os direitos alheios.	Defende os próprios direitos, geralmente desrespeitando os direitos alheios.
Valoriza-se sem ferir o outro.	Desvaloriza-se.	Valoriza-se ferindo o outro.
Faz as próprias escolhas, considerando opiniões alheias quando necessário.	Indeciso nas escolhas, submetendo-se a opiniões alheias.	Faz escolhas para si e para os outros.
Gera, em relação a si sentimento de respeito.	Gera, em relação a si, sentimentos de pena, irritação ou desprezo.	Gera, em relação a si, sentimentos de raiva e vingança.
Sente-se satisfeito consigo mesmo.	Sente-se mal consigo mesmo.	Pode sentir-se bem ou mal consigo mesmo.
Produz uma imagem positiva de si mesmo.	Produz uma imagem negativa de si mesmo.	Produz uma imagem negativa de si mesmo.
Usa geralmente expressões afirmativas (sim, não, quero, vamos resolver) incluindo o pronome EU e NÓS.	Usa expressões dúbias (talvez, acho que, quem sabe), raramente incluindo o pronome EU.	Usa expressões imperativas (faça assim, você não deve, eu quero assim), incluindo o pronome EU.
Mantém contato visual com o interlocutor, fala fluentemente, em tom audível, com gestos firmes e postura apropriada.	Evita contato visual, com perturbações na fala e tom “de queixa”, gestos vacilantes ou “nervosos” e postura submissa.	Mantém contato visual intimidador com fala fluente, em tom acima do necessário, gestos ameaçadores e postura autoritária.