



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Enfrentamento da Esquiva Social por meio da Terapia de Aceitação e Compromisso

Mara Regina Andrade Prudêncio

Brasília
Agosto de 2015



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Enfrentamento da Esquiva Social por meio da Terapia de Aceitação e Compromisso

Mara Regina Andrade Prudêncio

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.

Orientador: André Lepequeur Cardoso

Brasília
Agosto de 2015



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Mara Regina Andrade Prudêncio

Título: Enfrentamento da Esquiva Social por meio da Terapia de Aceitação e Compromisso

Data da Avaliação: 25 de Agosto de 2015

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof. MsC André Lepesqueur Cardoso

Membro: Profa. Dra. Luciana Verneque

Membro: Prof. Esp. Flavia Nunes

Brasília
Agosto de 2015

Agradecimentos

Agradeço à minha família por sempre ter me dado condições para o meu aperfeiçoamento profissional!

Ao meu orientador, André Lepsqueur Cardoso, pela dedicação em apontar o que deveria ser melhorado e pela forma respeitosa e carinhosa para mostrar o que precisava ser corrigido!

Ao IBAC pelas oportunidades que foram me dadas!

Sumário

Folha de Avaliação	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iii
Resumo	iv
Introdução	1
Método	18
Resultados	20
Considerações Finais	39
Referências Bibliográficas	44
Anexos	47
Anexo A. Termo de Autorização para supervisão	48
Anexo B. Termo de Autorização para comunicação oral e estudo de caso	49
Anexo C. Transcrição de Sessões	50

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar intervenção em um caso clínico caracterizado por comportamentos de fuga e esquiva diante de eventos sociais e de desempenho, da perspectiva da Análise do Comportamento dos Transtornos de Ansiedade. O principal objetivo foi o desenvolvimento de estratégias que permitissem o cliente enfrentar situações de exposição social. As intervenções foram direcionadas pela Terapia de Aceitação e Compromisso, com o uso de metáforas, paradoxos e exercícios experienciais. Concluiu-se que o repertório do cliente foi alterado pelas estratégias utilizadas, principalmente no contexto profissional. Foram sugeridas novas pesquisas sobre Comportamento Verbal para melhor compreensão das variáveis de controle do relato verbal do cliente e da influência de eventos privados.

Palavras-chaves: estimulação aversiva; terapia de aceitação e compromisso; esquiva social;

Da perspectiva da Análise do Comportamento, os organismos podem se comportar para livrar-se de um estímulo ou uma classe de estímulos, os quais podem ser denominados de desagradáveis ou irritantes (Skinner 1953/2000). Há um conjunto de situações em que os indivíduos podem se deparar ao interagir com esses estímulos no ambiente social, como, violência e isolamento social ou quaisquer eventos que tenham alta probabilidade de prejuízo ou destruição (Sidman, 1994).

Desse ponto de vista, a aprendizagem pode ser resultado de reforçamento negativo, derivando em comportamentos de fuga e esquiva. Por exemplo, fugir de um assaltante armado, ou se esquivar de locais suspeitos. Esses comportamentos são controlados pela mudança das consequências e não pelas propriedades físicas de um estímulo. No caso do comportamento de fuga, está presente resposta de suspensão do estímulo aversivo, e no de esquiva, está presente o cancelamento ou o adiamento do estímulo aversivo. Um exemplo de fuga é passar pomada em uma queimadura resultante de manusear uma forma de bolo quente sem luvas. O comportamento de esquiva pode ser exemplificado quando se aprende que, ao usar luvas para manusear objetos no fogão, pode-se evitar queimaduras. (Catania, 1998/1999).

O aprendizado de respostas de fuga e esquiva pode envolver tanto o condicionamento respondente, quanto o operante. Na primeira categoria, o estímulo antes neutro, torna-se condicionado por meio do pareamento entre ele e o estímulo aversivo, eliciando agora respostas condicionadas aversivas. Assim, o estímulo agora condicionado passa a eliciar um conjunto de respostas condicionadas do organismo. O condicionamento operante de fuga e esquiva é resultante de uma história anterior de punição positiva ou negativa. Agora, o estímulo antes punidor torna-se ocasião para resposta de fuga e esquiva (Moreira & Medeiros, 2007).

Para Sidman (1994), o uso exclusivo de práticas coercitivas nas práticas sociais e culturais produz condições ambientais que apresentam efeitos deletérios para o repertório

comportamental dos indivíduos. Para o autor, essas condições podem propiciar comportamentos de fuga e esquiva que podem tomar forma de comportamentos pouco adaptativos no sentido de causar sofrimento para o indivíduo e para seus familiares e amigos, acrescido de um alto custo social. Anterior à visão comportamental, a Psicopatologia e a Psiquiatria já apresentavam as características que definem esses comportamentos pouco adaptativos, categorizando-os como quadros psicopatológicos, tais como fobias, personalidade múltipla, obsessões e desordem de conversão.

Esses quadros são categorizados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e podem servir de ponto de partida para descrição de um comportamento, como também para a comunicação com profissionais da comunidade de saúde mental (Ferreira-Geraldine & Brito, 2013). Inclusive, Araújo e Neto (2014) consideram haver similaridades entre a visão da psiquiatria e da Análise do Comportamento, pois a identificação de aspectos ou traços do comportamento humano (*i.e.*, topografia) pode ser útil e preditiva ainda que não se tenha plena compreensão das contingências envolvidas. Avançando-se para uma análise mais ampla, a visão Analítica Comportamental permite a compreensão dos comportamentos a partir da análise das contingências (*i.e.*, função).

Um dos quadros clínicos importantes resultantes de contingências aversivas são os Transtornos de Ansiedade e, que, podem ser analisados enquanto queixa clínica. O DSM V apresenta que os Transtornos de Ansiedade são caracterizados por medo e ansiedade excessivos, comportamentos de vigilância constantes, pensamentos de perigo iminentes, associados a respostas autonômicas de fuga e luta (APA, 2013). Do ponto de vista da Análise do Comportamento, Banaco e Zamignani (2005) propõem a explanação de variáveis além do comportamento de fuga e esquiva normalmente relacionado a esse transtorno. Ansiedade é apresentada como um construto em que se observam estados de excitação biológica, como taquicardia, dores, sudorese, sensação de sufocamento, respostas galvânicas da pele,

comprometimento de atividades comportamentais, redução de concentração, respostas de fuga e esquiva e relato verbal de estados internos desagradáveis, como angústia, medo e insegurança. Como fenômeno clínico é caracterizado pelo comprometimento das atividades laborais, sociais e acadêmica, presença de sofrimento relevante e respostas de fuga e esquiva que ocupam tempo considerável.

Dentre os quadros clínicos de ansiedade estão aqueles caracterizados por respostas de evitação diante de qualquer estímulo relacionado a um episódio social. Essas respostas de evitação podem ser caracterizadas tanto pela redução da frequência de determinados comportamentos, assim como pela elevação da frequência de outros comportamentos. Por exemplo, a pessoa pode emitir baixa frequência de alguns comportamentos como, por exemplo, participar de organizações sociais, comer em restaurantes, usar transportes públicos, ir a festas e eventos esportivos, bem como de evitar situações em que precise falar em público. Por outro lado, o indivíduo pode emitir comportamentos com alta frequência, tais como: desviar de grupos, usar táxi ao invés de transporte público e marcar viagens quando o aeroporto está vazio. Quando se descreve esse conjunto de comportamentos, pode-se considerar a presença de experiências com estímulos aversivos, experiências passadas perturbadoras, constrangedoras, ou possivelmente dolorosas que ocorreram diante de grupos sociais, tornando qualquer episódio social ocasião para fuga e esquiva (Sidman, 1994).

Para a compreensão dessas classes de respostas descritas, considera-se o tipo de controle de estímulos envolvido nas respostas de ansiedade. Como quaisquer outras respostas, ocorrem na presença de estímulos junto com o estímulo eliciador, o que auxilia a explicação da ocorrência de respostas de ansiedade. Adicionada a essa explicação, há que se levar em conta a inclusão da noção de estímulos contextuais, importantes para a análise de muitos condicionamentos. Por exemplo, em um primeiro ataque de pânico, a primeira resposta seria um reflexo condicionado. Essa resposta ocorreu em um contexto, na qual estavam presentes

diversos estímulos e diferentes respostas (públicas ou privadas). Esses estímulos e respostas podem, por pareamento com o estímulo aversivo incondicionado, adquirirem função de estímulos condicionados aversivos e estímulos discriminativos para emissão de resposta de esquiva (Banaco & Zamignani, 2005).

Corroborando com a importância de se considerar a noção de estímulos contextuais, Conte (2010) apresenta análise teórica e clínica do produto de contingências aversivas que geram sofrimento humano. A autora aponta que o sofrimento humano se inicia pela fuga e esquiva de estimulação aversiva incondicionada. Por meio do condicionamento respondente e operante outras respostas são desenvolvidas e ampliadas pelo controle verbal. A autora explica que isso ocorre em razão da formação de classes de equivalência, conceito originalmente estudado por Sidman (1971) e desenvolvido por Sidman e Tailby (1982).

Esse processo se caracteriza pelo comportamento de responder a estímulos arbitrariamente relacionados, pela emergência de relações não treinadas diretamente e pelo princípio da substitutibilidade entre os estímulos membros da mesma classe. Essas relações são resultantes de treinos indiretos, isto é, emergem da aprendizagem de relações entre estímulos e não do reforçamento diferencial direto (Catania, 1999; de Rose, 1993 em Todorov et al, 2006). As palavras escritas, sons, desenhos e seus referentes (sem similaridade física), dentre outros, podem ter suas funções transferidas de outros estímulos, arbitrariamente, e passam a exercer controle similar sobre comportamentos ou respostas da mesma classe e, mais, podem transferir sua função a outros estímulos continuamente (Conte, 2010).

A essa análise acrescenta-se a Teoria dos Quadros Relacionais (RFT) estruturada por Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001). Segundo Conte (2010) e Todorov et al (2006), partindo do conceito de Equivalência de Estímulos, a RFT propõe o conceito de transformação de estímulos, em que se diferencia da noção de transferência de estímulos. A noção de transferência de estímulo sinaliza que um estímulo específico adquire uma mesma função de

outro estímulo. Na RFT “um estímulo (A) pode mudar de função em relação à mudança de função de outro estímulo (B) ao qual está relacionado, e esta nova função (do estímulo A) pode não ser a mesma função adquirida pelo estímulo B.” (Hayes et al, 2001, p. 204). A ênfase da RFT está na linguagem e nos produtos verbais do comportamento humano. Resgatando, a análise de Conte (2006), o sofrimento é produto das contingências aversivas, bem como, desses processos, que envolvem estímulos verbais. Esses, então, podem “desenvolver funções aversivas, eliciar respondentes e evocar comportamentos de fuga e esquiva, que, por reforço negativo, fortalecem encadeamentos e/ou amplas redes comportamentais de sofrimento” (Conte, 2006, p. 388). A consideração desse tipo de processo de aprendizagem tem fundamental importância para a análise e intervenção no atendimento clínico, e caracterizam o que é denominado de Terceira Onda das Terapias Comportamentais. Dentre essas terapias da Terceira Onda se apresentam a Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

A FAP foi sistematizada entre os anos de 1980 e 1990, por Kohlenberg e Tsai em que o ponto central é a relação terapeuta-cliente sob a perspectiva do Behaviorismo Radical. O sofrimento teria como principal variável independente as relações interpessoais. O principal instrumento seria a Análise Funcional da relação terapeuta cliente. Por esse motivo o contexto terapêutico seria propício para a mudança comportamental. (Comte, 2006). A idéia central é que os comportamentos apresentados no contexto terapêutico seriam funcionalmente similares àqueles que apresentam no ambiente natural e, então, podem ser modelados nesse contexto (Kohlenberg & Tsai, 2001).

A ACT é uma abordagem estruturada no ano de 1987, desenvolvida por Hayes e Wilson (Hayes, 2003), estruturada com princípios filosóficos, teóricos e caracterizada pela produção de tecnologia. Um dos pilares dessa abordagem é a função dos eventos privados de uma perspectiva do Behaviorismo Radical e das habilidades verbais humanas.

Para o desenvolvimento das bases da ACT, inicialmente, Hayes (1987) se propõem a distinguir comportamentos, pensamentos, sentimentos, emoções e intenções. Essa distinção tem origem na distinção das perspectivas na história das Ciências do Comportamento (distinguindo a visão do Behaviorismo Metafísico Watsoniano, o Behaviorismo Metodológico Watsoniano, o Behaviorismo Metodológico contemporâneo e o Behaviorismo Radical.¹) e as implicações para a análise de comportamento e cognição. A discussão de Hayes parte dos fundamentos do Behaviorismo Radical de Skinner, isto é, contextualismo, funcionalismo, pragmatismo. A partir desses fundamentos, só é possível analisar o comportamento em um contexto. Definindo-se contexto como o conjunto das contingências de reforçamento.. Dessas considerações, Hayes questiona que contingências estariam atuando no comportamento de pensar, e qual seria a relação entre pensamento e outras ações humanas. Como pensar é um comportamento e, um comportamento não pode ser função do outro, Hayes, promove uma reflexão sobre que contingências suportariam a relação entre eles.

Para Hayes (1987), também, apresenta os motivos pelos quais pensamento, intenções, lembranças recebem atenção da ciência. O motivo para a atenção dada a esses eventos é que apresentam natureza privada e verbal. A natureza verbal desses eventos se dá em razão do tipo de controle. No entanto, Hayes aponta que o controle de estímulo e seus efeitos não podem ser explicados apenas pelo controle de estímulos verbais. Hayes indica que isso se dá porque os processos comportamentais em infra-humanos são diferentes dos processos comportamentais em humanos quando se trata do efeito dos estímulos verbais sobre ambos. Essas diferenças podem ser observadas, principalmente, ao se tratar de sensibilidade às contingência. Os comportamentos dos infra-humanos seriam mais sensíveis às contingências do que os humanos e, Hayes, apresenta que a possível explicação estaria no efeito das regras sobre o comportamento humano.

¹ Para maiores detalhes ver Hayes (1987).

Para o desenvolvimento dessa explicação considera-se que padrões de respostas no seguimento de regras geram insensibilidade às contingências, o que até certo ponto poderia ter um efeito pouco benéfico para o organismo. Junto a essa noção, Hayes amplia essa explicação por meio do arcabouço teórico e empírico de Equivalência de Estímulos, e, então para a Teoria dos Quadros Relacionais (Hayes, 1987).

Em resumo, ao examinar o efeito de regras e do responder relacional, Hayes (2007) defende que humanos podem responder a uma relação arbitrária entre estímulos. Assim diferentes estímulos, com funções diversas (eliciadora, reforçadora e outras) podem fazer parte de um quadro relacional. Assim, se desenvolvem relações como “maior que”, “menor que”, “acima de”, “abaixo de”, “mais” e “menos” entre estímulos. Essas relações podem ser aprendidas sem treino direto, o que as definem como relações arbitrárias. Essa aprendizagem ocorre durante a infância, por meio da comunidade verbal. A criança, então, aprende a relacionar um evento com outro, com base em convenções sociais. Um evento pode ser o contato com um objeto, com uma pessoa ou com uma emoção ou sentimento. A comunidade verbal promove treinamento e, como resultado, aprende-se a responder a um evento relacionando-se aos atributos de outro evento, e não nas propriedades físicas do evento. Por exemplo, uma criança mais nova pode preferir um *Nickel* (moeda americana de cinco centavos) a um *Dime* (moeda americana de dez centavos), por que uma moeda de *Nickel* é maior que a de *Dime*. Uma criança mais velha pode preferir um *Dime*, mesmo que não tenha comprado algo com essa moeda. Por meio das convenções sociais, ela aprendeu arbitrariamente que um *Nickel* é “menor que” um *Dime*. Outro exemplo é quando se compara a declaração “ser magro é ‘melhor do que’ ser gordo” com outra declaração “um elefante é ‘maior que’ a formiga”. A primeira declaração é resultado de relações arbitrárias, a segunda é resultado das propriedades físicas do evento.

Hayes (1987) expandiu a análise dessas relações e enfatiza que uma das condições importantes para análise de um comportamento é inseri-lo em um contexto. Definindo-se contexto como o conjunto das contingências de reforçamento nos níveis de seleção filogenético, ontogenético e cultural. No nível cultural podem ser selecionados comportamentos que produzem contextos verbais. Assim da perspectiva de Hayes (1987) podem ser categorizados três tipos de contextos: contexto de literalidade, dar razões e contexto do controle. No contexto de literalidade os eventos são categorizados de acordo com o as relações estabelecidas pela comunidade verbal. Por exemplo, a palavra ansiedade é usada frequentemente, e é estabelecida pelo contexto sociocultural, que a denomina como ruim. É um tipo de relação que está presente e controla o repertório comportamental como um todo. Por isso, as relações que controlam as respostas de ansiedade são difíceis de serem discriminadas. Como consequência desse contexto, origina-se o contexto de dar razões, por meio de relações estabelecidas na comunidade sócioverbal (um evento explicaria outro evento). Por exemplo, uma pessoa deprimida pode explicar que está se sentindo assim porque está sem energia. Dado esses dois contextos, se desenvolve o contexto de controle, em que se estabelece que para que um evento mude outro deve ser alterado. A forma como será alterado pode ser por eliminação ou redução. Assim, a pessoa pode estabelecer que só poderá ser feliz se deixar de ser deprimida ou que só se arriscará se deixar de ser ansiosa. Acrescenta-se que esses eventos podem ser públicos ou privados (Hayes & Sthrosal, 1999).

Quando esse controle é caracterizado pela tentativa de eliminação ou redução de eventos privados (e.g., sensações corporais, emoções, pensamentos e lembranças) é denominado de Esquiva Experiencial. Espera-se alterar a forma ou frequência desses eventos ou os contextos que ocasionam esses eventos. Essas tentativas de se evitar situações privadas desconfortáveis tendem a aumentar sua importância funcional (i.e., controle do comportamento por este estímulo) e, às vezes, magnitude e frequência desses eventos

privados. Essas situações se tornam mais salientes como objeto de controle, sendo verbalmente relacionados. Dessa forma, então, se as contingências são de natureza aversiva, os eventos aversivos que compõem essas contingências também serão verbalmente relacionados e a tentativa de controlá-los aumentará a importância funcional desses estímulos aversivos. A esquivia experiencial é baseada neste processo natural da linguagem, ou seja, em um modelo que é culturalmente ampliado para “sentir-se bem” e evitar a dor. O resultado desses processos verbais é o desenvolvimento de um repertório sensível às relações arbitrárias aprendidas por meio de treino social em uma comunidade verbal, o que reduz a possibilidade de responder às experiências diretas, denominado de inflexibilidade psicológica (Hayes & Strosahl, 1999).

Para o desenvolvimento de um repertório diferente e mais sensível às contingências, é indicada a busca da flexibilidade psicológica que é definida como a “habilidade de um ser humano consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos e, assim, persistir e alterar seu comportamento em prol de valores escolhidos.” (Hayes & Strosahl, 2004, p. 5). Para o alcance dessa meta, foi estruturado um modelo de intervenção compostos de seis processos: Aceitação, Estar Presente, Eu como Contexto, Desfusão Cognitiva, Clarificação de Valores e Ação de Compromisso.

O primeiro é a “Aceitação”. Esse pode ser definido como o processo de aceitar de modo consciente e ativo eventos privados sem tentar modificar sua frequência ou forma, especialmente quando isso poderia resultar em dano psicológico. Isso promoveria o contato do indivíduo com o custo das respostas de controle e, assim, promover comportamentos direcionados por valores e não por esquivia.

O segundo é o “Estar presente”. Trata-se da promoção do contato constante e não-valorativo com os eventos psicológicos e do meio na medida em que estes ocorrem. Esse processo de intervenção auxilia o cliente a discriminar o que está acontecendo no momento atual, com seus comportamentos sob menos controle de eventos passados e futuros

(i.e., conceitualizados). Auxilia, também, para que o cliente fique atento ao momento atual, mesmo vivenciando situações de sofrimento ou bem. O objetivo é que os clientes experienciem o mundo mais diretamente, para que o seu comportamento se torne mais flexível e suas ações mais consistentes com seus valores.

O terceiro processo denomina-se “Eu como contexto”. Esse processo auxilia o desenvolvimento do significado de si mesmo, como observador e com capacidade de experienciar o fluxo de eventos sem vincular-se a esses eventos. Por exemplo, um cliente que apresenta queixa de depressão e atribui suas sensações de angústia e tristeza a um eventos de perdas do passado, pode ser auxiliado a experienciar esses eventos privados a condições ambientais atuais e não apenas a esses eventos passados. A utilização de exercícios de conscientização, metáforas e processos experienciais pode ser útil para esse processo. (Hayes et al, 2008)

O quarto é a “Desfusão cognitiva”. É a promoção do contato constante e não-valorativo com os eventos psicológicos, do meio e na medida em que estes ocorrem. O objetivo é que os clientes discriminem que pensamentos, emoções e sentimentos são eventos resultantes da relação entre ele (o cliente) e o ambiente e que “ele (o cliente) não é o pensamento, a emoção ou sentimento”.

O quinto processo é a “Clarificação de valores”. Esse processo promove a escolha de direção em várias áreas da vida, como por exemplo, familiar, profissional, espiritualidade), reduzindo processos de verbalização que possam levar a escolhas baseadas na esquivia, na convivência social ou na fusão cognitiva (por exemplo, “devo valorizar X” ou “uma boa pessoa valorizaria Y” ou “minha mãe quer que eu valorize Z”).

Por fim, o sexto processo é a “Ação de Compromisso”. É o desenvolvimento de padrões mais abrangentes de ação efetiva ligada aos valores escolhidos. Ao contrário à clarificação de valores, que não envolve o alcance de uma meta, promove o desenvolvimento

de objetivos concretos, que, consistentes com valores, podem ser alcançados. Podem ser desenvolvidos trabalhos terapêuticos e lições de casa ligadas à mudança de comportamento de curto, médio e longo prazo. Em relação a esse processo, a ACT se assemelha à terapia comportamental tradicional e aos métodos de mudança de comportamento, incluindo a exposição, aquisição de habilidades, estabelecimento de metas e objetivos.

Em síntese, esses processos de intervenção da ACT tem como objetivos alterar a função, não a forma, das redes relacionais arbitrárias, sem necessariamente de remover essas respostas condicionadas. Ao invés de afetar seu conteúdo, pretende-se alterar a função arbitrária automática, rígida ou generalizada que os eventos privados assumem na determinação dos comportamentos e na organização das cadeias comportamentais. Como resultado, o cliente, paulatinamente, aprende a observar seus próprios comportamentos e tolerar experiências aversivas, o que significa a redução de respostas de esquivas (Hayes et al., 1999)

A fim de auxiliar o terapeuta a atingir essa meta, Hayes et al, (2007) desenvolveram um conjunto de ações terapêuticas, como: enfraquecer respostas de controle do cliente, entender o que o cliente está tentando controlar, examinar junto com o cliente a eficácia do controle e validar as experiências do cliente. O enfraquecimento do controle tem dois objetivos: auxiliar o cliente a conscientizar-se do modo como seu comportamento se direciona para esquiva e controla suas próprias experiências e examinar a funcionalidade dessas estratégias de esquiva e controle. Então é possível direcioná-lo para estratégias mais produtivas para lidar com suas experiências. Esse objetivo também pode ser descrito com o termo confronto do sistema de controle, o que direciona o terapeuta a confrontar o sistema sócio verbal e cultural em que o cliente está inserido (Hayes et al., 2007).

O enfraquecimento desse controle inicia-se com o entendimento de qual experiência interna o cliente está tentando controlar. Por exemplo, se um cliente ao descrever uma queixa e disser “eu me sinto ansioso” e “eu não gosto de me sentir dessa forma”. O terapeuta pode,

então, questionar: “Com o que você está lutando? O que traz à terapia?” (Hayes, 2007, p. 27). Normalmente, os clientes tendem a confrontar-se com emoções, memórias e sensações. Uma vez que o terapeuta identifica o que o cliente tenta controlar, é possível explicitar que estratégias de fuga esquiva o cliente utiliza para evitar essas emoções, memórias e sensações. Apesar do uso da palavra “estratégia”, usualmente o cliente não tem consciência que faz isso. Por exemplo, em um caso de um cliente com depressão pode-se investigar o que ele tem feito para lidar com a depressão. Todas as formas de solução de problemas devem ser exploradas, seja o uso de medicação ou psicoterapia (Hayes et al., 2007).

Ao mesmo tempo em que o terapeuta investiga as formas de tentativa de controle dos eventos públicos e privados que o cliente utiliza. O primeiro ponto é questionar junto ao cliente o que faz para se esquivar de eventos negativos, por exemplo, pode-se fazer perguntas como: “o que você tem feito para reduzir a ansiedade realmente reduz ou elimina a ansiedade?” ou “as estratégias para o manejo da depressão fazem você se sentir melhor?” (Hayes, 2007, p. 28). Normalmente, com esse tipo de intervenção, o cliente conclui que essas estratégias não reduzem a ansiedade ou a depressão, e podem inclusive aumentar a frequência dessas queixas. O segundo ponto é se o cliente tem limitado suas ações como efeito da tentativa do controle que tenta exercer sobre o que sente, pensa ou lembra. As questões se direcionam para investigar como o cliente direciona sua vida e como faz suas escolhas. Normalmente perguntas abertas sobre suas ações ao longo do tempo podem auxiliar o cliente a examinar a eficácia dessas estratégias: “Como foi sua vida até agora?”; “O que você tem feito mais, o que você tem feito menos?”; “o que você estaria fazendo nesse momento se não estivesse ocupado em controlar X (pode-se incluir pensamentos, sentimentos, memórias, acontecimentos passados e outros); “O que faria você para conseguir o que você deseja e sonha?” (Hayes, 2007, p. 28). O objetivo principal dessa intervenção é oferecer ao cliente a

capacidade de examinar a funcionalidade de seus comportamentos, para então propiciar capacidade de escolha de objetivos e metas.

Ao se esforçar em tentar controlar e esquivar-se de eventos privados, o cliente tem como consequência um significativo custo pessoal, e neste cenário o terapeuta também pode fomentar o que Hayes et al. (2007) denomina de Desesperança Criativa. Na medida em que, cliente e terapeuta, conjuntamente, concluem que esses esforços não são produtivos, ambos podem desenvolver um estado de desesperança, porém, com a abertura de novas possibilidades de ação. O uso de metáforas que mostrem situações em que grandes esforços são pouco recompensados, como, por exemplo, comparar a situação do cliente como a de um rato em uma roda que não o leva a lugar algum, ou, uma pessoa lutando em uma areia movediça, uma pessoa apostando em um jogo viciado ou fazendo investimentos com um consultor de finanças ruim. Essas metáforas podem ser usadas como referencial no momento em que o cliente estiver utilizando estratégias de controle e, então, o terapeuta poder perguntar: “Você está na roda do rato novamente? ”.

Como apresentado, a intervenção no contexto terapêutico deve se dá por meio da de interações verbais em que o terapeuta promova a fragmentação do controle verbal, permitindo que o cliente entre em contato direto com as suas experiências. Por esse motivo, o controle instrucional tem poder limitado de mudança e, assim, deve ser evitado. As estratégias devem ser usadas de maneira flexível e variada, considerando-se as necessidades do cliente (Hayes & Strosahl, 1999).

Assim, sugere-se como arcabouço de intervenção, o uso de paradoxos, metáforas e exercícios experienciais (Hayes et al., 2003). O uso de metáforas se justifica por que não há uma regra a seguir. A metáfora é apenas uma narração de uma estória, e a resposta do cliente, necessariamente, não está “certa” e nem “errada”. Isto reduz o poder de coerção da relação terapêutica e enfraquece o comportamento de respostas verbais de avaliação negativa sobre si

mesmo. Por ser uma figura de linguagem, a metáfora se assemelha a mais uma imagem, um filme, uma pintura, e não há uma moral ou uma conclusão, pelo contrário, uma metáfora apresenta um evento tal como é. Assim, um evento que pode ter uma característica aversiva pode ser “contado” como uma estória, uma imagem. Uma determinada metáfora pode se relacionar a uma condição específica do cliente de uma maneira que ele não racionalize os eventos, mas os experimente de modo direto. Como efeito o controle das relações verbais arbitrarias é fragmentado.

O uso de paradoxo nas intervenções na ACT é de significativa relevância. Hayes et al. (2003) explicam que as armadilhas verbais das relações arbitrarias são paradoxais. Como é apresentado em Hayes et al. (2007), ao tentar eliminar ou reduzir o efeito de um evento, eleva-se o poder de controle. Ou seja, as respostas que se imaginariam ser eliminadas tornam-se, pelo contrário, mais forte ou frequentes. Diante disso, o uso do paradoxo seria interessante para mostrar o próprio paradoxo dessas armadilhas. São descritos dois tipos de paradoxos: o paradoxo inerente e o paradoxo construído. O paradoxo inerente é normalmente originado no contexto social, e, usualmente usado no contexto terapêutico. Por exemplo, no caso de um adolescente rebelde, o terapeuta pode dizer ao cliente que desobedeça a uma regra dada pelo próprio terapeuta. O cliente pode desobedecer à regra do terapeuta e se tornar menos rebelde, porém, ele continua a desobedecer a uma regra. Dessa forma o comportamento de seguir regra não é fragmentado, ele pode ser, pelo contrário, fortalecido. Por esse motivo, não é o mais utilizado nas intervenções da ACT.

O paradoxo construído, pelo contrário, é o mais indicado para a quebra do comportamento de regras e assim a fragmentação das relações arbitrarias verbais. Por exemplo, se o terapeuta diz ao cliente “você está tentando ser obstinadamente espontâneo”, mostra ao cliente que “ser obstinado” e “ser espontâneo” é paradoxal. Um tipo de paradoxo que mostra que “ser espontâneo” está relacionado a um comportamento

modelado por contingências e não governado por regras. Dessa forma o terapeuta pode, por meio do relato verbal do cliente, mostrar ao cliente o paradoxo presente nas suas relações verbais do cliente (Hayes & Strosahl, 1999).

Adicionado ao uso de metáforas e paradoxos, pode-se utilizar exercícios experienciais. Esses tipos de exercícios são desenvolvidos para apoiar o cliente a pensar, sentir, lembrar e ter sensações físicas, ou experimentar de modo direto os seus próprios processos verbais, o que pode ter importantes funções. Em primeiro lugar, permite ao cliente lembrar, pensar e sentir estímulos aversivos, em um contexto diferente e seguro. Pequenos exercícios contribuem para diminuir o controle por regras. Segundo, permite ao cliente observar e estudar experimentalmente esses eventos, o que requer observar e estudar sem julgamento esses mesmos eventos. Esses exercícios podem desenvolver a capacidade de “atenção concentrada sem julgamento dos eventos privados”, o que pode ser reconhecido como o processo denominado de *mindfulness* (Hayes, et al, 2007; Vandeberghe, 2006).

Tsai et al. (2011) apresentam os processos envolvidos e os efeitos sobre o comportamento ao se aplicar estratégias de *mindfulness*. Assim, explicita-se esse processo, com o seguinte exemplo: pode-se olhar um objeto e dizer o nome desse objeto, o que é resultado de um processo de discriminação simples. Ao se olhar um objeto e se discriminar de que se olha esse objeto, é um tipo de processo mais complexo, pois envolve o “saber de que está olhando”, o que é denominado de auto-observação e autoconsciência. Assim, em uma ocasião de estimulação aversiva, a auto-observação é um comportamento diferente da resposta emocional condicionada aversiva. Ao se observar o cliente aprende discriminar respostas sensoriais (taquicardia e suor, por exemplo) e, posteriormente, tolerar essas sensações. Paulatinamente, a permanência do cliente diante desses estímulos pode reduzir o controle desses estímulos sobre essas respostas. O que possibilita que o cliente se aproxime de situações ambientais aversivas, como contato social, por exemplo. Ele será capaz de

interagir socialmente, posteriormente, novas possibilidades de modelagem de comportamentos podem ser estabelecidas.

Por meio desse conjunto de intervenções, Hayes et al. (2008) consideram que clientes com variado grupo de queixas podem ser beneficiados, como: depressão e síndrome de *Burnout*; psicose; abuso de substâncias; adaptação a epilepsia e casos de tentativa de suicídio. Hayes et al. (2008) apresentam evidências empíricas do uso e da efetividade dessas estratégias. Os resultados mostram que as intervenções fundamentadas na ACT desenvolvem terapeutas mais eficientes comparadas às terapias cognitivas e terapia comportamental convencional. Quanto ao uso específico dos componentes da ACT, a maior parte dos estudos examinou seu impacto sobre quadros caracterizados por estimulação aversiva, incluindo dor (Dahl, Wilson & Nilsson 2004), ansiedade (Twohig, Hayes & Masuda, 2006), abuso de substâncias (Hayes, Wilson e tal., 2004) e Síndrome de *Burnout* (Bond & Bunce, 2000)

A literatura brasileira, também, apresenta estudos que evidenciam a efetividade da ACT: na terapia infantil (Conte, 1999), em que, por meio da argila, foram modificadas respostas de medo de uma criança; no tratamento da fibromialgia (Vandenberghe & Martins, 2005); dor crônica (Souza, 2012); problemas sexuais (Costa et al., 2005) e a importância da relação terapêutica no tratamento de transtorno de pânico na terceira idade (Soares, 2013).

Para os casos clínicos em que se observam comportamentos de evitação de episódios sociais, a ACT apresenta um conjunto de estratégias de intervenção que tem por objetivo o desenvolvimento de repertório para o enfrentamento de comportamentos de esquiva, sejam relacionados a eventos públicos ou privados. Hayes e Strhosahl (2004) apontam que o tratamento típico seria a exposição gradual às situações fóbicas, reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais. Com exceção de reestruturação cognitiva, que enfatiza a modificação do conteúdo, a ACT incorpora essas práticas. Mas

diferente das intervenções cognitivas, a ACT não se direciona para a modificação do conteúdo, mas incentiva o cliente antes e depois dos exercícios a atentar para os sentimentos, pensamentos e sensações corporais, o efeito para o cliente é de que o cliente pode agir sem necessariamente modificar esses eventos. Dessa perspectiva a meta das estratégias não é necessariamente eliminar a esquiva social, mas de que ele explore seus valores e discutir como a esquiva social pode ser uma barreira para atingir a direção de vida escolhida. Isso pode aumentar a capacidade de enfrentamento das condições aversivas que geram esquivas e reduzir o comportamento de seguir regras no contexto social.

Quanto à existência de respostas de experiências internas, como por exemplo, sensações de ansiedade e avaliação negativa de si mesmo, Hayes e Strosahl (2004) mostram que esse conjunto de propriedades é congruente com a noção de Esquiva Experiencial, pois é estabelecida a relação entre ansiedade experiencial privada e pobre desempenho social. Observa-se, também, que o indivíduo se torna vigilante em relação aos estímulos privados (eliciadores de ansiedade) e desenvolve respostas de fuga, como distrair-se e evitar contato visual para controlar essas respostas. À medida que a pessoa adquire essa capacidade de controle desses eventos privados (i.e., modificando o ambiente), ela prejudica sua qualidade de vida, isso porque ela se relaciona de um modo superficial e pouco significativo. Assim, são frequentes as tentativas de agradar os outros, pedidos de desculpas e assentimento, isto é, comportamentos baseados no que é socialmente aceito (Hayes & Strosahl, 2004).

Tendo como fundamento a análise contextual, funcional e pragmática das contingências, o presente trabalho tem como objetivo apresentar intervenção em um caso clínico caracterizado, primordialmente, por comportamentos de esquiva diante de eventos sociais e de desempenho. As intervenções foram direcionadas pela Terapia de Aceitação e Compromisso, tendo como eixo: enfraquecer respostas de controle do cliente que o

impedem de se comportar de um modo produtiv, para então, possibilitar o desenvolvimento de um novo repertório que permita o alcance de suas metas e objetivos.

Método

Participante

Sexo masculino, 28 anos, solteiro, pós-graduado. O participante fazia parte do quadro de interessados no atendimento terapêutico comunitário do Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento - IBAC. Para a realização das sessões cliente autorizou efetuação de supervisão de acordo com documento de autorização, conforme modelo apresentado no Anexo A. O cliente, também, autorizou a realização e apresentação deste estudo de caso, conforme modelo disposto no Anexo B.

Ambiente

As sessões foram realizadas, no período noturno, em sala de atendimento do IBAC. A sala era composta de duas poltronas, uma mesa, uma cadeira e um circulador de ar. As condições de iluminação e ventilação eram adequadas ao atendimento.

Procedimento

Foi realizado atendimento clínico por meio de 79 sessões com duração média de cinquenta minutos cada, durante um ano e 10 meses, no período entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2014. O atendimento completo foi estruturado em três fases: Formação de vínculo terapêutico e coleta de dados, formulação comportamental e intervenção. Em todas as fases foi utilizada entrevista individual.

Formação de vínculo terapêutico e coleta de dados:

Para formação de vínculo terapêutico utilizou-se como estratégia o uso de perguntas abertas e audiência não punitiva. Audiência não punitiva constitui um conjunto de comportamentos do terapeuta, como: evitar o uso de punição, evitar respostas de contra controle e responder de modo incompatível a um comportamento punível (Skinner, 1953/2000)

A coleta de dados tinha como objetivo de coleta de informações do cliente e da queixa clínica. Os dados do cliente se relacionam a dados demográficos, condições de saúde física e psicológica; informações acerca do histórico familiar, acadêmico, profissional e financeiro; elementos relacionados ao desenvolvimento dos repertórios afetivo, social e sexual. Em relação à queixa clínica, pesquisou-se a demanda do cliente para procura de atendimento, o histórico da queixa, intervenções anteriores, a frequência e a intensidade, bem como, a emoções, sensações e pensamentos que acompanham a queixa.

Formulação Comportamental

Nessa fase foram avaliados os conteúdos das sessões na fase de coleta de dados: como o relato verbal, respostas corporais do cliente nas sessões, conteúdo dos registros e relatos desenvolvidos pelo cliente nas inter-sessões. Por meio dessas informações foram desenvolvidas Análises Funcionais das contingências contendo os antecedentes, respostas e consequentes.

Intervenção

Tendo como base a Formulação Comportamental, foram desenvolvidas hipóteses, objetivos terapêuticos e as estratégias para o alcance desses objetivos. Nessa fase foram desenvolvidas duas categorias de intervenção: nomeadas de Intervenção A e Intervenção

B. A Intervenção A foi composta de audiência não punitiva e reforçamento positivo de comportamentos relacionados aos objetivos terapêuticos. Essas estratégias foram desenvolvidas em 37 (trinta e sete) sessões. A Intervenção B foi composta de Metáforas, Exercícios de Auto-observação e Paradoxos. Essas estratégias foram desenvolvidas em 28 sessões.

Resultados

1. Queixas e Demandas

No período de coleta de dados o cliente se descrevia como fóbico social e que apresentava quadro de síndrome do pânico desde a adolescência. Esses episódios de fobia, de acordo com o cliente, ocorreriam especialmente em situações sociais. Descreveu-se como tendo intensa dificuldade em se aproximar de pessoas desconhecidas e em situações nas quais poderia ser o centro das atenções.

Outras queixas se referiam ao relacionamento amoroso e aos vínculos familiares. Relatava insatisfação com o relacionamento amoroso, porém, sem conseguir finalizar esta relação e iniciar uma nova com outra pessoa. Inicialmente, o cliente apresentava-se desempregado e dependente financeiramente do pai. Mostrava dificuldade em conviver com o pai e pouca aproximação com irmãs, especialmente em lidar com as cobranças dos membros familiares para com referência a seu desempenho profissional. Uma das verbalizações que demonstrava uma de suas queixas: “quero me sentir mais livre dos medos e melhorar minha vida social. Gostaria de ter mais amigos, ser uma pessoa mais aberta e saber receber críticas”

2. Condições de Saúde:

Diante da queixa de Transtorno de Ansiedade Social o cliente faz acompanhamento psicológico e psicoterápico há cerca de sete anos. Atualmente está sob acompanhamento

psiquiátrico, utilizando dose diária de 30 mg de Oxalato de Escitalopram, (antidepressivo inibidor da recaptação da serotonina) e clonazepam (ansiolítico) para controle respostas de ansiedade.

4. Dados históricos

4.1.Contexto Familiar

O cliente nasceu no Nordeste. Sua família era constituída de pai, mãe e três filhos. A mãe faleceu há 10 anos. Ele é o segundo filho e possui duas irmãs, atualmente com 30 e 32 anos. Sua irmã mais velha é casada e, também, reside em Brasília. Era raro contato com ambas. O relacionamento dos seus pais era pacífico durante a infância do cliente, durante a sua adolescência apresentavam conflitos. O cliente descreveu a mãe como superprotetora e excessivamente cuidadosa com o cliente, mostrando ao cliente “sobre os perigos da vida”. Considera que seu pai se caracteriza por “ser machista, crítico e autoritário”. O cliente era considerado uma criança que “dava muito trabalho” e “uma criança muito mimada”.

Quando o cliente tinha vinte anos, sua mãe faleceu em resultado de câncer. Esse evento foi de relevância para os vínculos familiares, pois, avaliou que seu pai não deu apoio à sua mãe no momento que essa adoeceu, casando-se logo após o falecimento. Isso favoreceu o distanciamento entre ele, suas irmãs e seu pai. Após o falecimento da mãe, o cliente decidiu sair da cidade natal e vir para Brasília fazer pós-graduação. Nesse período sobreviveu com pensão deixada pela mãe e ajuda financeira do pai. O contato com o pai se caracterizado por conflitos, pois este “sempre lhe dizia o que deveria fazer” e pouco expressava afetividade, elogios e cuidados.

4.2. Contexto Sócio afetivo e emocional

Quanto às relações afetivas e sociais, o cliente refere-se a si como uma “criança mimada” em que a “mãe fazia todas as vontades”, que se sentia com o “rei na barriga”. Na escola era sociável e fazia muitas brincadeiras. Aos 13 anos iniciaram-se os episódios de ansiedade, em que era levado ao hospital “passando mal”, após ter quebrado o nariz, tendo por isso que se submeter a várias cirurgias em um intervalo de um ano. Após esse evento, aconteceu algo que não sabe explicar, “me sentia perdendo o controle”. Nesse período, relatou que apresentava intensos momentos de choro.

A partir dos 15 anos, relatou que “aprontava muito”. Seus pais possuíam casa de veraneio no litoral onde passava feriados e férias escolares. Assim, tinha intensos contatos sociais, as principais atividades era acampar e surfar. Ingeria bebida alcoólica com frequência e pichava muros com seu grupo de amigos. Por isso, tinha muito medo de autoridades e que seu pai descobrisse.

No grupo de amigos de que fazia parte eram comuns brincadeiras e “zoações”. Um dos episódios que mais marcou foi quando em um momento de “brincadeiras”, um de seus colegas iria contar um evento em que ao ficarem bêbados foram levados por uma pessoa assumidamente homossexual até sua casa para fazerem sexo. E que por causa desse amigo isso não aconteceu. Quando esse amigo ameaçou contar esse episódio, o cliente relatou que ficou pálido, com sudorese e sensação de desmaio, assim, outro amigo pediu que parassem com a brincadeira, pois o cliente “estava passando mal”. Assim, considera que esse episódio foi um dos motivos para mudar-se para Brasília, pois sentia muito medo de passar por tal situação novamente. E acredita que isso gerou isolamento.

Em Brasília, fez amizades com um grupo de três pessoas. Com eles saía para festas e bares, mas quando estes se mudaram não conseguiu fazer outras amizades. Buscou fazer atividade de futebol. Uma atividade que sempre gerou ansiedade e raiva, pois se sente mal

quando é criticado. Nessa atividade não se interessou em fazer amizades, pois considera que são pessoas que bebem muito e não tem o mesmo nível social que o dele. Outras atividades de lazer se caracterizam em leitura, pintura e escrever textos. Por ter ciência de suas dificuldades sempre se sentiu “aterrorizado” com a possibilidade de desenvolver vínculos sociais e sempre apresentou “medo de passar vergonha”,

No que se refere às relações amorosas, o cliente relatou que começou a namorar aos 13 anos, esse namoro foi caracterizado por intenso envolvimento emocional e sofrimento. Aos 15 anos se envolveu com uma menina de outro Estado e nas férias se encontravam. Com ela teve a primeira relação sexual, descreveu esta como uma experiência muito boa. Em seguida, namorou uma pessoa 10 anos mais velha, o cliente relatou ser um namoro que, também, sofrera muito. O cliente a admirava por ser bem-sucedida e independente, e se sentia “um lixo perto dela”, acredita que por isso ingeria muita bebida alcóolica. O relacionamento chegou ao fim porque ela queria que ele trabalhasse e fosse mais responsável.

Após, esse relacionamento, o cliente iniciou namoro com a sua atual namorada (M.). Ela era uma amiga desde o final da infância. Nesse período, sentia-se muito sozinho nesse período devido ao falecimento de sua mãe e o afastamento com seus colegas devido a eventos de ansiedade e medo de “passar mal”. O namoro iniciou-se à distância, pois M morava em Brasília e o cliente no Nordeste. Para evitar conflitos com o pai e se afastar do seu grupo social, e incentivado pela namorada, o cliente decidiu fazer curso de pós-graduação em Brasília e se comprometer definitivamente com M. Descreveu esse relacionamento com muitas brigas e discussões, inclusive com a irmã de M. Após essas brigas saía com amigos e fazia muita “besteira”, como ingerir bebida alcóolica e “ficar com meninas”.

Esse relacionamento tem cerca de dez anos. No início sentia-se apaixonado por ela, pois a considerava muito bonita. Considera que ela seria uma pessoa para “vida toda”, porém, gostaria de experimentar um relacionamento que sentisse amor, mas que “nem eu e nem ela

conseguimos nos desvencilhar um do outro”. O cliente relatou que nos últimos cinco anos sentiu-se muito insatisfeito, principalmente por considerar a namorada “relaxada”, pouco “ vaidosa”, “desorganizada”, “sabe dos motivos para não ficar com ela, que ela precisaria mudar” e fico na “esperança de aparecer alguém melhor” e “ela acredita que mesmo sendo relaxada e não mudando, eu vou ficar com ela”.

4.3. Contexto Acadêmico-profissional e condições financeiras

O cliente relatou que sempre apresentou bom desempenho escolar. O seu pai premiava boas notas levando-o para tomar sorvete e ressaltava o seu bom desempenho diante de suas irmãs. Quanto ao seu comportamento, se considerava “muito danado” e “bagunceiro”. Após cursar o Ensino Médio, iniciou o curso de Direito. Três anos depois, por volta de 2009, decidiu cursar pós-graduação, e, assim, mudou-se para Brasília para fazer esse curso.

Descreveu-se como um dos melhores alunos da sala, mas que não interagiu socialmente, e acha que isso não favoreceu a área profissional, pois se tivesse tido mais interações, poderia ter conseguido um emprego. Quanto às questões financeiras, o cliente sempre apresentou organização e planejamento com seus gastos. Ao chegar a Brasília, o cliente dependia do pai para pagar o aluguel e gastos em geral.

4. Contexto Terapêutico:

O cliente compareceu a 79 sessões terapêuticas, tendo duas faltas. Apresentava motivação para comparecer as sessões terapêuticas, sendo assíduo e pontual. Nas primeiras sessões exibiu frequentemente comportamentos de comandos para a terapeuta, como, por exemplo, dizendo que objetivos deviam ser tratados, como na sessão número quatro: “Isso demonstra que a nossa terapia tem que ser focada nesse enfrentamento. Se por acaso eu for chamado para trabalhar, eu terei que reaprender a fazer amizades, a criar laços, a ser íntimo das pessoas, e mostrar quem eu sou de verdade, com defeitos e qualidades. Isso me assusta,

perdi todas essas características lá atrás e estou cru. O que gostaria era que nós focássemos em mim e não em situações pontuais. À medida que for falando sobre os meus medos e traumas, isso me ajudará bastante e mostrará o porquê de eu ter me tornado assim”.

O cliente apresentava resistência às perguntas, comentários e considerações da terapeuta. Respondia com frequência que “não sabia” responder às perguntas da terapeuta e quando as respondia suas respostas iniciavam-se com justificativas ou eram evasivas. Mostrava dificuldade de conexão e reflexão diante de comentários da terapeuta. Ao explicar eventos, utilizava-se de respostas internalistas como, por exemplo: “eu sou assim porque tenho autoestima baixa”. O que indicava um repertório verbal a explicar seu próprio comportamento por causas internas. Essas respostas eram acompanhadas de reações fisiológicas de ruborização, sudorese, assim como, desviar o olhar e abaixar a cabeça. Em razão desse conjunto de respostas, a terapeuta apresentava dificuldade em coletar detalhes dos eventos históricos e atuais, bem como de promover o contato do cliente com estímulos aversivos. Ao ser questionado acerca da função da terapia, relatava que “muitas vezes venho para desabafar” e “quem sabe se algumas coisas mudarem”. Os temas do cliente eram repetitivos, expressando um tipo de preocupação por várias sessões consecutivas.

O tema mais recorrente das sessões era o seu trabalho, desde o momento em que fez a seleção para a vaga, como ao ser empregado. O cliente descrevia preocupação como fato de não ser capaz de enfrentar as respostas de ansiedade no local de trabalho como ser apresentado a colega e gestores, bem como diante de críticas às suas tarefas.

1. Análise de contingências atuais:

A análise das contingências atuais serão realizadas por meio do modelo teórico da Análise do Comportamento, considerando as respostas emitidas e a relação funcional entre essas repostas, seus antecedentes e consequentes.

5.1. Análises Funcionais Moleculares e Molares

Tendo como base o conteúdo da queixa e dados históricos, desenvolveu-se a análise de contingências, fundamentada em Análises Funcionais Moleculares e Análises Funcionais Molares. As Análises Funcionais Moleculares foram fundamentadas na relação entre Antecedentes, Respostas e Consequentes e foram subdivididas em Análises Funcionais Moleculares do contexto natural do cliente e do contexto terapêutico. A diferença desse contextos parte da perspectiva da FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001), em que se distingue comportamentos que ocorrem fora das sessões terapêuticas daqueles que ocorrem dentro das sessões terapêuticas.

As Análises Funcionais Molares são compostas de descrições de padrões comportamentais, definidos a partir das Relações Funcionais Moleculares. Essas análises foram formadas pelas variáveis históricas que influenciaram esses padrões, pelos Comportamentos Específicos, Contextos onde ocorrem, e por fim pelas Consequências Fortalecedoras e Consequências Enfraquecedoras. As Consequências Fortalecedoras são resultantes de reforçamento positivo e negativo. As Consequências Enfraquecedoras são resultantes de punição positiva e negativa, assim como por extinção.

As Análises Moleculares, descritas no Quadro 01, mostram que o primeiro grupo de antecedentes se refere a eventos ocorridos durante o trabalho, especialmente em situações em que os colegas iniciavam brincadeiras ou piadas. Inicialmente o cliente participava rindo e intensificava as piadas, à medida que as piadas se referissem a ele ou que seus colegas direcionavam atenção a ele, o cliente apresentava intensa resposta de ansiedade, como taquicardia e sudorese bem como a tentativa de remover a atenção dos colegas, essas respostas variavam desde sorrir disfarçando, abaixar cabeça, desviar olhar e voltar a trabalhar. Conforme se elevavam a intensidade dessas respostas, o cliente ingeria ansiolítico e pensava constantemente na situação por horas e dias. O cliente também descrevia sentir

raiva intensa e sudorese. Quando os colegas brincavam com sua aparência e sotaque, essas respostas se intensificavam. A consequência era a remoção da estimulação aversiva quando os colegas paravam de fazer a piada ou cliente se retirava da situação. O cliente, também, ingeria ansiolítico e, assim, evitava a possibilidade de “passar mal”. Essa ingestão era acompanhada do receio dos colegas saberem disso. Essa ingestão evitava a acentuação respostas de sudorese ou tornar-se pálido.

O cliente evitava que seus colegas “percebessem que estava passando mal”. Apresentava forte ansiedade ao imaginar que os seus colegas fizessem piada ao vê-lo passando mal. Ao final do evento o cliente, descrevia intenso comportamento de remoer, o que significava pensar no evento e que “eles não deviam fazer aquilo”. Em determinadas situações telefonava para sua namorada, essa o ouvia e o aconselhava. Essa sequência de comportamentos também ocorria diante de qualquer assunto com seus colegas em que poderia ser o centro das atenções. O cliente também evitava ter contato com colegas de outros departamentos. Ao chegar ao trabalho se restringia a cumprimentar os colegas e sentar-se para executar suas tarefas. Quanto à execução de tarefas, quando a chefia perguntava quem gostaria de fazer uma determinada tarefa apresentava-se para executar, porém, logo após aceitar a tarefa, mostrava-se com respostas de ansiedade. Relatava que “queria ser o centro, porém, não suportava quando me tornava o centro”. Ao receber os trabalhos corrigidos pelos gestores, descrevia sentir-se injustiçado, com intensa raiva e, mesmo assim, acedia às correções que a chefia indicava. O cliente evitava tarefas como fazer apresentações e apresentava ansiedade quando tivesse que fazê-las e tivesse que participar de reuniões. Após esses eventos, também, ingeria ansiolítico.

O cliente tentava esquivar-se e fugir de qualquer convite de colegas para atividades de lazer, o cliente relatava que “sentia muito medo de desenvolver intimidade com as pessoas, pois posso passar por situações de vergonha”. Diante de pessoas desconhecidas,

também, evitava contato social, desviava olhar, baixava a cabeça, sorria “disfarçando”. Quando aceitava algum convite como ir a restaurantes ou bares, apresentava respostas de sudorese e taquicardia durante o percurso, se aproximar do local, verificava se o lugar era ventilado e se havia uma porta de fuga para sair caso “passasse mal”.

Existiam também outras situações em que apresentava respostas semelhantes, eram aquelas em que via pessoas “vítimas” de brincadeira, “se imaginava na situação” e respondia com acentuadas respostas de sudorese. Os contatos sociais que se permitia ter eram com pessoas que apresentavam problemas semelhantes ao seu. Com elas, não receava em se abrir. Ao participar de um grupo virtual formado por pessoas com fobia social considerava-se “em melhor situação” que os outros, pois “existem pessoas que nem saem de casa”.

Quadro 01 - Análises Funcionais Moleculares – Ambiente Natural		
Antecedentes	Respostas	Consequentes
Colegas fazem piadas e brincadeiras com situações diversas ou com sua aparência ou sotaque	Sorrir “disfarçando”, abaixar a cabeça, voltar a trabalhar, desviar olhar	Param de falar do assunto Reforçamento Negativo
Tarefa apresentada pela gestora	Fazer tarefa	Gestora corrige a tarefa Punição Positiva
		Gestora aprova. Reforçamento Positivo
Diante de convocação para reunião	Ingerir ansiolítico	Cancela desconforto físico Reforçamento Negativo
Tarefa de entrevista	Solicitar à chefia para não fazer a tarefa	Evita possibilidade de crítica Reforçamento Negativo
Tarefa de apresentação no trabalho	Solicitar à chefia para não fazer apresentação	
Convites de colegas para fazer atividades de lazer	Recusar convite	
Diante de lugares desconhecidos	Verificar existência de saída de fácil acesso	Aumenta possibilidade de fuga Reforçamento Negativo
	Verificar quantidade de pessoas	Evita possibilidade de exposição Reforçamento Negativo
	Temperatura do local	Evita sudorese Reforçamento Negativo
Diante de pessoas desconhecidas	Abaixa cabeça Desviar olhar	Evita aproximação. Reforçamento Negativo
Diante de interesse de pessoa do sexo oposto por ele	Desviar olhar. Abaixar a cabeça	
Diante da sensação de sudorese, taquicardia, rubor ou quando empalidece	Ingerir ansiolítico	Evita constrangimento Reforçamento Negativo
Diante de comportamentos “inadequados” dos colegas, amigos e colegas	Respostas privadas de crítica	Evita expor opinião Reforçamento Negativo
Diante de pessoas com problemas iguais ao dele	Conversar sobre suas dificuldades	Aprovação social Reforçamento positivo

As Análises Funcionais Moleculares do contexto terapêutico (Quadro 02) mostram que o cliente ao responder as perguntas da terapeuta, dizia não saber responder as perguntas, ou se justificava dizendo “que tinha problemas de autoestima baixa”, ou que

“agia assim por ser mimado”. Ao iniciar as sessões relatava eventos de ansiedade ocorridos. Ao descrever a semana dizia: “Estou triste, foi bom, mas (...)”. Quando a terapeuta lhe solicitava detalhes de qualquer evento mudava de assunto. Ao descrever comportamentos das pessoas de seu convívio criticava-as veementemente, como aparência e comportamentos, como por exemplo: “Ela é ‘farofeira’, chega com aquela bolsa, não paga a conta e fala alto”; “Fiquei com raiva dele, pois a chefe liberou todo mundo e ele não quis mais sair cedo, fica fazendo média”; “Não aceito ser criticado por ele (cunhado), pois não faz nada e depende do pai”; e “Minha namorada é desleixada”. Quando a terapeuta indicava ponto positivo acerca de um evento, o cliente ignorava o comentário e permanecia a descrição de eventos.

Quadro 02 - Análises Funcionais Moleculares – Contexto Terapêutico		
Antecedentes	Respostas	Consequentes
Perguntas e/ou comentários da terapeuta.	Fugir do conteúdo; Justificar-se; Sudorese e ficar pálido	Remover possibilidade de críticas Reforçamento Negativo
Terapeuta solicita detalhes de um evento ocorrido na semana.	Verbalizar repostas de queixa: “estou triste, está bom, mas...”	Remover possibilidade de cobranças Reforçamento Negativo
Diante da terapeuta	Criticar pessoas do seu convívio e se avaliar negativamente por isso	Terapeuta silencia-se Extinção
Terapeuta indica aspecto positivo de evento ou do seu comportamento.	Ignorar	Terapeuta silencia-se Extinção
Terapeuta propor exercícios de auto-observação.	Recusar-se a fazer.	Evitar respostas de sudorese e empalidecimento Reforçamento Negativo

Análises Funcionais Molares mostram a existência de três padrões comportamentais: Controle e Vigilância, Tentativa de fuga e esquiva diante de exposição e crítica.

O primeiro padrão, “Controle e vigilância de eventos aversivos”, se relaciona à tentativa de controle tanto de eventos público como privados. Possivelmente, esse foi resultado do histórico de recorrentes eventos que geravam respostas de ansiedade. Compõem esse padrão comportamentos específicos como vigiar suas respostas fisiológicas, verificar características físicas de lugares e se relacionar com pessoas que apresentam dificuldades semelhantes às suas. Essas respostas ocorriam em diferentes contextos sociais, restaurantes, atividades físicas, ambiente de trabalho. Há consequências fortalecedoras, como evitar situações que geram constrangimentos, bem como atenção social. O contexto terapêutico propiciou a modificação desse padrão, à medida que a terapeuta auxiliava o cliente a discriminar o custo dessas respostas, bem como a as interações que lhe exigiam o enfrentamento dessas situações.

No padrão de “Tentativa de fuga” qualquer situação que houvesse possibilidade de “passar mal”, ou seja, suar, apresentar taquicardia ou ficar pálido era evitada. A preocupação com respostas fisiológicas sempre o acompanhou, desde a adolescência. Além disso, o receio das pessoas notarem essas respostas era constante. Esse receio se apresentava em qualquer situação social, como restaurantes, *shoppings*, local de trabalho. O contexto terapêutico enfraquecia essas respostas por promover o contato do cliente com essas respostas fisiológicas (sudorese empalidecer, taquicardia e ruborização). Fuga e esquiva de situações sociais é um padrão constituído de comportamentos que pudessem eliminar ou adiar contatos sociais, tendo como histórico o comportamento de crítica do pai e superproteção da mãe. Esses comportamentos ocorriam em diferentes contextos sociais, ao se comportar dessa forma evitava possibilidade de crítica, porém, em longo prazo não

lhe permitia participar de atividades em grupo, inviabilizado o desenvolvimento de amizades e de conhecer pessoas do sexo oposto. Diante desse padrão o cliente descrevia que ficava “isolado do mundo”, “protegido de tudo”. Um dos motivos que o cliente apresentava para não ir a festas e bares era a sua dificuldade em controlar a ingestão de bebida alcoólica, o cliente relatava que no passado isso o fazia “fazer besteiras”, como brigar e desrespeitar as pessoas. “Fuga e esquivas em situações de exposição” é um padrão caracterizado por fuga e esquivas em situações que poderia se expor, seja em situações sociais de convívio ou em que deveria desempenhar tarefas no trabalho. O cliente recusava a tarefa quando o colega sugeria que ele apresentasse e solicitava à chefia para não apresentar e, em tarefas que precisava fazer entrevistas ou ter contato pessoal com colegas solicitava que fosse dispensado da execução. A aceitação da chefia à sua solicitação fortalecia esse comportamento. Por outro lado, a exigência de participar de cursos de capacitação, o comparecimento compulsório em reuniões, foram situações que possibilitaram a alteração desse padrão, bem como, a reestruturação da empresa ocorrida após um ano de trabalho gerou mudança da sua área e da estrutura física do seu local de trabalho. Nesse novo cenário multiplicou-se em três vezes o número de colegas e aumentou-se o espaço da sala, o que favorecia o contato com pessoas diferentes e com frequência mais elevada, além disso, a nova chefia era mais exigente, o que demandava o aprendizado de comportamentos assertivos, como expressar opiniões e defesa de direitos. O contexto terapêutico, também, proporcionava ao cliente oportunidade para enfrentar esses eventos aversivos.

O padrão “Crítica” pode ser representado por comportamentos de crítica de si mesmo, principalmente nas sessões terapêuticas, nas quais tentava justificar seus comportamentos quando a terapeuta fazia comentários ou perguntas. Além disso, ignorava elogios ou comentários positivos da terapeuta. Em relação às pessoas do seu convívio, na

maior parte das sessões relatava o comportamento de seus colegas familiares e da namorada. Relatava sentir raiva nessas situações. As condições que fortaleciam esses comportamentos eram os comportamentos da terapeuta de reforçar suas respostas de justificar-s, esquivar-se de repetir perguntas ou silenciar-se diante de respostas fisiológicas como ficar pálido ou ruborizar, ou quando o cliente desviava o olhar ou abaixava a cabeça. Por outro lado, as intervenções da terapeuta, como insistir para que o cliente respondesse perguntas e detalhasse, e, assim, auxiliar o cliente a discriminar os antecedentes e consequentes de suas respostas, configurou-se consequências enfraquecedoras para esse padrão.

Quadro 03 – Análises Funcionais Molares

Padrão	Comportamentos Específicos	Histórico	Contextos	Consequências Fortalecedoras	Consequências Enfraquecedoras
Controle e Vigilância	Aproximar-se de pessoas e grupos que tenham dificuldades semelhantes às suas Verificar, estrutura física do ambiente que possam produzir calor Vigiar respostas de ansiedade; Dizer o que a terapeuta deveria fazer e ignorar perguntas e comentários Ingerir medicação	Histórico de situações de intensa ansiedade	Restaurantes, shoppings, festas, cinema e viagens; Ambiente de trabalho Atividades físicas – futebol e aulas de dança; Transporte público; Lojas; Contexto terapêutico	Aprovação e atenção social; Evita situações de constrangimento como respostas de sudorese e empalidecer	Custos do comportamento de controle
Tentativa de fuga e esquiva em situação de exposição	Desviar olhar Evitar conversar Evitar lugares com pessoas desconhecidas. Pedir para a chefia e colegas para não fazer apresentações no trabalho e entrevistas	Fuga/esquiva e contracontrole diante da aversividade presentes no contextos familiar e social Padrão comportamental da mãe em evitar que o cliente entrasse em contato com situações aversivas	Restaurantes, shoppings, festas, cinema e viagens Ambiente de trabalho Atividades físicas – futebol e aulas de dança Transporte público	Minimiza contato com estimulação aversiva; Chefia e colegas de trabalho atendiam o seu pedido para não fazer apresentações e entrevistas	Poucos contatos sociais Baixa probabilidade de namorar outra pessoa
Crítica	Justificar seus comportamentos Ignorar elogios da terapeuta Criticar colegas, chefia, namorada e familiares Privilegiar descrição de eventos negativos da semana durante a sessão	Presença de crítica no contexto familiar e social	Contexto terapêutico Trabalho Relacionamentos amorosos	Terapeuta esquivar-se de perguntar e confrontar seus comportamentos Comportamentos submissos da namorada	Terapeuta insistir nas perguntas e descrever o comportamento do cliente.

5.2. Hipóteses Levantadas pelo Terapeuta

Tendo como fundamento os dados obtidos e as análises realizadas, foi possível estruturar hipóteses para o caso. O repertório do cliente seria permeado por respostas de fuga e esquiva de eventos públicos em situações sociais, fossem aquelas que demandavam contato social ou exposição de seu desempenho, bem como, sendo essas respostas acompanhadas de intensas respostas fisiológicas como sudorese, taquicardia, ficar pálido e ruborização, evitar pessoas e lugares desconhecidos. O que permitiu concluir tratar-se de um quadro clínico de Transtorno de Ansiedade Social. Considerou-se que a preocupação em eliminar ou adiar essas respostas eram frequentes, principalmente, a sudorese e o empalidecer. O que indicou a possibilidade da existência de esquiva de eventos públicos, como também, de eventos privados. Hipótese fortalecida ao observar que o cliente apresentava avaliação negativa de si mesmo em razão de apresentar essas respostas de ansiedade, e do receio em que as pessoas descobrissem que usava medicação. As explicações para esse quadro, como “eu sou assim por que tenho autoestima baixa” ou por ter “síndrome do pânico”, bem como, “sou desse jeito porque fui mimado” ou estar sensível a eventos aversivos do passado como explicar o quadro atual em razão de evento ocorrido no passado, mostram a presença de um contexto verbal de dar razões e de literalidade. A tentativa de controlar e a vigilância constante de eventos públicos e privados também fortaleceram a ideia da existência de contexto verbal de controle. O que apontava a presença de esquiva experiencial como um aspecto relevante no quadro clínico.

O custo dessas respostas de fuga e esquiva foi considerado alto, pois, o cliente relatava sentimento de tristeza, isolamento e solidão devido à ausência de contato social e da dificuldade em se engajar em atividades de lazer como ir a bares e a festas. Esse comportamento de esquiva se apresentava diante do sexo oposto, o que impedia de aproximar-se de mulheres que o atraíam. A única ocasião em que isso ocorreu foi quando

desenvolveu amizade com uma mulher de grupo com pessoas com transtorno fóbico. Nessa ocasião a convidou para encontrar com ele. Os comportamentos de esquiva e fuga eram tão intensos, que mesmo estando em um relacionamento amoroso insatisfatório, o cliente não era capaz de engajar-se em comportamentos alternativos.

5.2. Objetivos Terapêuticos

Ao partir das hipóteses definidas para esse caso clínico foi desenvolvido como objetivo geral o desenvolvimento de repertório comportamental de maior flexibilidade psicológica para que o cliente pudesse atingir suas metas e objetivos, como fomentar contatos sociais nos contextos do cliente como afetivo-sexual, profissional, acadêmico e familiar. Para isso considerou-se como objetivos específicos o desenvolvimento de a redução da esquiva de eventos aversivos, tanto públicos como privados, redução do controle dos contextos verbais (literalidade, dar razões e controle) o progressivo enfrentamento de eventos aversivos e a possibilidade de vivenciar as experiências resultantes da interação do cliente com o seu ambiente.

5.3. Intervenções Realizadas e mudanças observadas:

Na primeira categoria de intervenção, Intervenção A, foi utilizada basicamente audiência não punitiva para as respostas verbais do cliente e reforçamento positivo de respostas de tentativas de enfrentamento do cliente das situações que produzissem respostas de ansiedade, especialmente a participação do cliente em atividades sociais de lazer. Nessa fase verificou-se que a maior parte dos relatos se referia à descrição de respostas de ansiedade no trabalho, irritação com colegas de trabalho e com a namorada e relato de tristeza, angustia e impotência como a dificuldades de receber crítica, recusa em fazer apresentações no trabalho. Em relação à sua vida amorosa, apresentava respostas de “indecisão em relação ao namoro e a decisão de namorar outras pessoas”.

Como resultado desse grupo de intervenção observaram-se algumas mudanças iniciar contato com familiares, passar o fim de semana com a irmã e conversar sobre seus problemas com seu cunhado, fazer oito aulas de dança, organizar viagem de férias e entrou em um grupo virtual com pessoas autodenominadas de fóbicas sociais, conversava virtualmente com elas, marcou encontro com o grupo, inclusive com uma pessoa do sexo oposto. No contexto profissional decidiu estudar para concurso e surgiram alguns relatos que demonstravam maior tolerância aos erros dos outros e de si mesmo.

Nas sessões do grupo de estratégias de Intervenção B, intensificou-se o uso das estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso, principalmente, Metáforas, Exercícios de Auto-observação e Uso de Paradoxos. Para a demonstração dessas estratégias foram selecionadas sessões ilustrativas dessas estratégias (Anexo C).

No início dessa fase privilegiou-se a utilização de paradoxo. A meta dessas intervenções era auxiliar o cliente a entrar em contato com eventos privados e públicos que gerassem ansiedade diante de situações de exposição no contexto terapêutico, como também, a discriminar suas respostas de tentativa de fuga e esquiva diante desses eventos aversivos e as consequências dessas repostas, como, o alto custo para mantê-las. Esse tipo de intervenção era caracterizado por respostas verbais da terapeuta em fazer perguntas caracterizadas por paradoxos e contradições, de maneira encadeada. O primeiro objetivo era interromper respostas de justificar-se ou dar razões a seus comportamentos, promovendo respostas diversas do que normalmente o cliente daria. Essas perguntas eram feitas de modo encadeado. Como pode ser visto nas Sessões 49, 51 e 60. Na Sessão 49, por exemplo, o cliente iniciou a sessão relatando o que não gostava na sua namorada. A terapeuta, então, perguntou ao cliente como seria se ele pudesse se colocar no lugar da namorada, como, então, ele poderia se descrever a si mesmo. O esperado é que a terapeuta perguntasse o que ela acharia dele. Na Sessão 51, quando o cliente iniciou relato de queixa de respostas de

ansiedade, foi apresentado ao cliente reflexões sobre como seria sua vida sem a ansiedade. Normalmente, a terapeuta fazia perguntas sobre as respostas de ansiedade. Na Sessão 60, o cliente relatou uma situação de lazer, em que fora almoçar com familiares, nessa interação a terapeuta mostrou que embora a tentativa de controle o fizesse livrar-se momentaneamente de eventos aversivos, paradoxalmente, era o “descontrole” que poderia fazê-lo sentir-se mais livre e feliz. O objetivo final dessas intervenções era que o cliente discriminasse que a tentativa de controle tem efeito incompatível com o que ele esperava, pois, a tentativa de controle, inclusive no contexto terapêutico não eliminava a ocorrência dessas respostas.

Os exercícios de auto-observação foram realizados em quatro sessões. Esse tipo de intervenção tinha como meta o desenvolvimento de comportamentos de “estar presente” ou *mindfulness*. Nesse tipo de procedimento o cliente teria que observar seus próprios comportamentos sem julgá-los, o que propicia a capacidade do cliente de manter-se em contato com eventos aversivos, como em Tsai e Kohlenberg (2001), isso propiciaria o processo de contracondicionamento de respostas do cliente, na medida em que ele não teria como fugir desses eventos, e assim, o controle desses eventos seria reduzido. E do ponto de vista teórico da Act, favorecia um repertório comportamental com aceitação e tolerância emocional (Comte, 2006). A Sessão 68 é um exemplo dessa estratégia.

O objetivo da utilização de metáforas tinha como objetivo a redução da tentativa do cliente em controlar eventos externos, o que promoveria a tolerância e aceitação de eventos aversivos privados decorrentes da ausência de elogios ou presença de críticas. Como na sessão de número 70, em que foi discutido a atenção que o cliente dá a eventos negativos, como ouvir falar sobre demissões ou sobre as críticas à sua tarefa. A metáfora foi construída a partir do contexto verbal do cliente. As críticas seriam como “meteoros” e a forma com que se defendia era “tentando segurar esses meteoros”. O que permitiu avaliar com o cliente o custo dessas respostas.

Na sessão consecutiva (Sessão 71) o cliente descreveu que se lembrou da metáfora para lidar com situações de críticas da chefia apresentando o seguinte relato: “Assumi uma postura não estou nem aí. Vou fazer que tenho que fazer, sem ficar pensando demais. Eu até falei com a minha chefe sobre uma dificuldade e me senti bem melhor”. Na sessão 72, a terapeuta utilizou metáfora para descrever como se sentia diante do cliente. A terapeuta descreveu-se como: “Eu me sinto como se você caminhasse em uma estrada, mas é como se eu andasse paralelamente a essa estrada”. Uso de metáfora nessa sessão auxiliou a terapeuta dizer o que pensa sobre o cliente de um modo indireto evitando a punição. O que promoveu a expressão verbal do cliente sobre suas sensações sem esquivar-se da situação.

Como resultado das intervenções, puderam ser observados relatos de melhoras e ações, que tiveram impacto sobre a queixa de ansiedade, o cliente descrevia sensações positivas em situações de exposição como reuniões de trabalho e contato com os colegas. O cliente estava lidando de um modo diverso diante de brincadeiras dos colegas criticava menos os colegas, apresentando melhora na capacidade de estabelecer vínculos, o que pode ser demonstrado por meio de verbalizações como: “eu me sinto menos envergonhado com as brincadeiras dos meus colegas”, “eu achava o X muito chato, agora somos amigos”; e “Z foi demitida e foi a única pessoa quem confiou para desabafar fui eu, eu acho que ela me vê como um amigo”. De modo geral, cliente descrevia sensações de liberdade e independência, por “estar dando conta de trabalhar, estudar, cuidar da minha casa”.

Ainda foram observados relatos de ansiedade, principalmente àquelas relacionadas a respostas de sudorese. Os relatos de solidão e tristeza, de conflitos com a namorada e insatisfação com o relacionamento amoroso decresceram. Quanto ao contexto terapêutico, o cliente se mostrava mais receptivo para exercícios propostos pela terapeuta ou alguma ideia da terapeuta. O relato do cliente apresentava-se mais fluído e com poucas justificativas. Na sua vida profissional, diante da insatisfação com o trabalho, decidiu fazer concurso público.

Considerações Finais

Os resultados descritos possibilitaram a análise histórica, topográfica e funcional das queixas e demandas apresentadas pelo cliente, por meio de dados qualitativos. Desse conjunto de análises foi possível avaliar (em parte) o impacto das intervenções utilizadas no processo terapêutico.

Inicialmente pode-se discutir como se deu a seleção dos comportamentos no nível ontogenético por meio do exame do relato das contingências passadas. Esse exame mostrou que as relações familiares, especialmente a relação com o pai, em que havia primordialmente comportamentos de autoritarismo e crítica, havendo pouca oportunidade de permissão que o cliente pudesse demonstrar fracasso ou erro, fortalecido por reforçamento positivo de seguimento de modelo de ter que “homens tem que ser fortes”, caracterizando-se, assim, uma relação com controle coercitivo. Adicionados a esses comportamentos do pai, foram os comportamentos de proteção e cuidado maternos, pois, provavelmente, não permitiam que o cliente entrasse em contato com eventos aversivos, e que, pode ter impedido que o cliente, gradativamente aprendesse a lidar com esses eventos.

As análises mostraram que estímulos de natureza social, como desenvolver amizades, falar em público, participar de eventos como festas, ir a shoppings e bares eram a fonte dessas respostas de fuga e esquiva, que modelaram o comportamento do cliente depois da adolescência e se intensificaram no período adulto, tornando o repertório do cliente menos suscetível à variação comportamental e insensível às contingências desses contextos. Condições que propiciaram um contexto geral de baixa densidade de reforçamento positivo, com presença de relatos de tristeza, isolamento e angústia, e ausência de relatos de prazer e alegria.

Adicionada à baixa variabilidade comportamental, considerou-se a relação entre eventos privados e comportamentos públicos, de uma perspectiva de redes relacionais,

tipificando um repertório de inflexibilidade psicológica. Essa caracterizada por esquiva de experiência, fusão cognitiva, predominância de um passado conceitual e futuro temido, inércia e fraca direção para seus valores. Como resultado dessa configuração o cliente não atingia seus objetivos e metas, ou pelo menos, suas ações eram acompanhadas de sofrimento constante e intenso, principalmente, ao tentar desenvolver interações sociais e amorosas, expor suas habilidades profissionais e, de modo geral, apresentar sensações positivas como alegria, liberdade e coragem.

O histórico de sofrimento do cliente serviu de operação estabelecadora para busca de atendimento psicológico e psiquiátrico. E como observado, o cliente foi submetido a tratamento há quase uma década. Nesse atendimento, o cliente demonstrava assiduidade e pontualidade, porém, mesmo estando em um contexto de fraco julgamento e crítica evidenciava comportamentos de fuga e esquiva, como justificar-se, recusar-se em fazer exercícios propostos pela terapeuta, dizer o que a terapeuta devia fazer e dificuldade de compreender o que a terapeuta comentava ou perguntava, e a ausência de aplicação do que era concluído nas sessões. Hayes (1987) avalia que comportamentos como esses são resultantes da própria rigidez comportamental e não representaria carência de capacidade intelectual.

Esses comportamentos de fuga e esquiva no contexto terapêutico afetaram o comportamento da terapeuta, na medida em que, as estratégias de intervenção ficaram limitadas a audiência não punitiva e apresentação de sugestões, extinguindo as primeiras tentativas da terapeuta em auxiliar o cliente a entrar com eventos que tinham função aversivo para o cliente, ou mesmo, que permitissem que o cliente discriminasse o custo da tentativa de controle desses eventos, tentando eliminá-los, por exemplo. O comportamento do cliente era de “desabafar” e da terapeuta de “ouvir”, tornando, a terapia um contexto de manutenção de respostas de fuga e esquiva do cliente. O cliente permanecia numa postura

primordialmente de passividade, apresentando poucos comportamentos de iniciativa, principalmente em situações que poderia se expor e ser punido com críticas, seja durante uma apresentação no trabalho ou diante de brincadeiras dos colegas

Mesmo diante disso, o cliente conseguiu manter-se no emprego, obteve independência financeira, se esforçou em fazer atividades de lazer em grupo, buscou fazer amizades fora do trabalho, se aproximou de seus familiares e tentou romper com o relacionamento amoroso, bem como, conhecer pessoas do sexo oposto. Da perspectiva do cliente e da terapeuta essas pequenas alterações significaram conquistas importantes, tendo em vista que sofria de modo intenso por apresentar limites significativos para atuar no cotidiano, como cuidar de sua casa e finanças, conversar com colegas, participar de reuniões, atender um telefonema no trabalho, fazer compras de roupas, aproximar-se de uma mulher e conversar com desconhecidos.

Após essa fase, a terapeuta por meio das Análises Funcionais do Contexto Terapêutica, levantou hipóteses de como o seu comportamento estariam controlando os comportamentos de fuga e esquiva do cliente. E conclui que seriam necessárias novas novas estratégias de atuação. A primeira estratégia foi mostrar o cliente a tentativa constante de controle dos eventos fossem privados ou públicos, bem como, o custo desse controle. Essa situação exigiu da terapeuta persistência em repetir perguntas e fazer perguntas que normalmente não fazia, o que incentivava o cliente a pensar em alternativas que não fosse fugir e esquivar-se. Além disso, a terapeuta apresentava descrição de comportamentos do cliente como justificar-se, apresentar explicações ou não responder às perguntas. Concomitantemente, a terapeuta estimulava o cliente a aplicar no seu ambiente natural o que havia discutido nas sessões com a terapeuta.

À medida que os comportamentos de fuga e esquiva do cliente decresciam, a terapeuta intensificou o uso de metáforas, essas metáforas se aproximavam do conteúdo

tratado naquele momento, favorecendo a expressão emocional do cliente. Como considerado por Hayes e Stroschal (1999), diante de metáforas não há respostas certas ou erradas, o que auxilia o enfraquecimento do comportamento de seguir regras.

A proposta de exercícios de auto-observação possibilitou o contato do cliente com eventos privados desagradáveis, com menos julgamentos. Esses eventos poderiam ser pensamentos, emoções ou sensações. Isso, também, possibilitou a produção de autoconhecimento, tanto nas sessões como no seu ambiente natural. Esse tipo de estratégia favorecia diretamente a tolerância emocional.

Com o avanço do processo terapêutico, utilizaram-se eventos relacionados ou ocorridos na sessão terapêutica, como, perguntar ao cliente sobre o que pensava antes da sessão, o que poderia desenvolver responsabilidade e compromisso com a mudança. Dessa forma, os atendimentos poderiam assumir outra função que não fosse apenas de desabafar, e que a terapeuta não seria apenas alguém para ouvir esse desabafo, mas um contexto de mudança. Seguindo essa direção, mais próxima dos fundamentos e aplicações da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Dessa visão, a terapeuta deveria estabelecer consequências para o comportamento do cliente para produzir mudanças efetivas de comportamento. Uma das ações importantes do terapeuta é *revelar-se* para o cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001). Dessa forma, a terapeuta expôs o que pensava e sentia diante do cliente. Para o cliente significaria ouvir de alguém o que pensava dele, algo sempre temido pelo cliente. Isso propiciou que se reduzisse a sensibilidade a críticas. O que foi feito, também, em relação a forma como o cliente recebia elogios.

Como resultado desse conjunto de estratégias, o repertório do cliente se modificou paulatinamente, principalmente, no que se refere as relações com seus colegas de trabalho e seus gestores. Surgiram relatos de sensações positivas quando participava de reuniões de trabalho, respostas de ansiedade com menor magnitude diante de brincadeiras de colegas e

tornou-se menos sensível às críticas da gestora. E após a ocorrência desses eventos, as respostas de ruminação também decresceram e com elas as sensações de angústia e culpa.

Nas últimas sessões de atendimento, o cliente ainda relatava que havia respostas de ansiedade no trabalho e preocupação com respostas de sudorese. Porém, essas respostas apresentavam menor magnitude. Em contrapartida, o cliente apresentava mais motivado a enfrentar suas dificuldades em tolerar emoções negativas e, então, decidiu fazer curso de meditação. Além disso, o cliente fez o que se comprometeu a estudar para a prova de um concurso, bem como fazer a prova, demonstrando satisfação com o resultado.

A área em que menos se apresentou evolução foi o contexto amoroso. O cliente continuava a se queixar dos comportamentos da namorada, mesmo tentando se relacionar com outras mulheres. Não rompeu com a namorada, mesmo entendendo que o relacionamento não o satisfazia, como as interações sexuais, dedicação da namorada a ele e, principalmente, a falta de cuidados dela com organização da casa e com sua própria aparência. Ao longo da terapia o cliente se dizia depender muito da namorada. Com as intervenções o cliente se descrevia um pouco mais independente da namorada, pois permanecia mais tempo sozinho em sua própria casa. Além disso, o cliente ensaiou alguns comportamentos assertivos, por exemplo, de dizer de uma forma direta o que pensava e sentia para a namorada.

Do ponto de vista molar, a manutenção do cliente nesse relacionamento se dava em razão de emitir poucas respostas que possibilitasse conhecer outras mulheres. A intensa preocupação de passar por situações de constrangimento com mulheres o impedia de conhecer novas pessoas. A namorada apresentava comportamentos de proteção e cuidado o que era intensamente reforçador para o comportamento cliente.

Dessa forma, sugere-se como indicação futura a permanência do cliente em atendimento psicológico e psiquiátrico. No caso de intervenções psicológicas seria relevante a continuação de estratégias como as utilizadas na fase de Intervenção B

Quanto ao tratamento psiquiátrico seria importante avaliação do uso de ansiolítico, tendo em vista que o uso desse tipo de medicação poderia estar reforçando negativamente respostas de fuga e esquiva. Possivelmente, munir o cliente de estratégias para intensificar a tolerância emocional possa ser mais eficaz.

Para futuras investigações, sugere-se o desenvolvimento de r metodologia para análise funcional do relato verbal do cliente, tendo como critério as categorias definidas por Skinner (1978), como *Tatos, Mandos, Intraverbais e Autoclíticos*. Aliada a essas categorias poderiam ser aprofundados estudos acerca do uso de metáforas e paradoxos no contexto clínico, especialmente, nas variáveis que controlam o comportamento verbal do cliente. Essas pesquisas poderiam propiciar o esclarecimento da influência de eventos privados sobre os comportamentos do cliente no ambiente natural e no contexto clínico.

Referências

- American Psychiatry Association (2013) - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014) - A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, Vol. XVI, 1, 67 - 82
- Banaco, R. A. & Zamignani, D. R. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. VII,1, 77-92.
- Brito, I. A. G. de S., & Geraldini-Ferreira, M. C. M. (2013). Fobia social na perspectiva analítico-comportamental. *Comportamento em Foco* 2, 151 – 156.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. de Souza, Trad. Coord.). Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, N. S. E., & Tourinho, E. Z. (1998) Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 14,2, 139-147.
- Conte, F. C. S. (1999). A terapia de aceitação e compromisso e a criança: uma exploração com o uso da fantasia a partir do trabalho com argila. Em R.R., & Wilenska, R. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: de reflexão teórica e diversidade de aplicação*. Cap. 15, Vol. 4. Santo André: Esetec.
- Conte, F. C. de S. (2010) Reflexões sobre o sofrimento humano e a Análise Clínica. *Temas em Psicologia*, vol. 18, n. 02.
- Costa, C. E., Fukahori, L., & Silveira, J. M. (2005). Exibicionismo e procedimentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Um relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Vol. VII, nº 1, 067-076

- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-802.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford
- Hayes, S. C., Luoma, J.B., & Walser, R. D. (2007) *Learning Act – An Acceptance & Commitment Therapy Skills – Training Manual for Therapists*. News Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2003) *Relational frame theory and challenge of human language and cognition: A reply to commentaries on Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2004) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Verlag NY.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688
- Hayes, S. C. (1987) - *A Contextual approach to therapeutic change*. In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford, p. 327-387

- Hayes, S. C, Pistorello, J. & Biglan, A. (2008) A terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção de suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. X, no. 01, 81-104.*
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). Psicoterapia analítico funcional: criando relações terapêuticas Intensas e curativas. Santo André: Esetec.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B.F. (1978). *O comportamento verbal*. Traduzido por M.P. Villalobos. São Paulo: Cultrix. (trabalho original publicado em 1957).
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research, 14(1), 5-13* em Conte, F. C. de S (2010) - Reflexões sobre o sofrimento humano e a Análise Clínica. *Temas em Psicologia, vol. 18, n. 02.*
- Sidman, M., e Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 37, 5-22* em Conte, F. C. de S (2010) - *Reflexões sobre o sofrimento humano e a Análise Clínica*. Temas em Psicologia, vol. 18, n. 02.
- Sidman, M. (1994). *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editorial Psy
- Soares, F. R. (2013) - *Transtorno do Pânico na Terceira Idade: A Importância da Relação Terapêutica na Visão Analítico-Comportamental*. Monografia não publicada. Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento – IBAC, Brasília
- Sousa, D.D. de (2012) - *A Terapia de Aceitação e compromisso como principal abordagem para intervenção Terapêutica em um estudo de caso sobre dor crônica..* Monografia não publicada. Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento – IBAC, Brasília.

- Todorov, J. C., Moreira, M. B., & Nalini, L. E. G. (2006). Algumas considerações sobre o responder relacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. VIII, no. 02, 19-211*
- Tsai, M., Kohlenberg, R., J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um Guia Para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo*. Santo André-SP, ESETec.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skinpicking. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1513-1522.
- Vandenberghe, L. & Sousa, A. C. A. (2006) Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, 2, n. 1.*
- Vandenberghe, L & Martins, M. de A. (2007). Intervenção Psicológica em portadores de fibromialgia. *Rev. Dor, 8 (4), 1103-1112*

Anexo

Anexo A - Termo de Autorização para supervisão, modelo disponibilizado pelo IBAC**AUTORIZAÇÃO PARA SUPERVISÃO DE CASO
E ARQUIVAMENTO RELATÓRIOS**

Eu, _____,

Portador(a) da identidade nº _____ estou ciente e concordo que as sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a) terapeuta _____ sejam regularmente discutidas em supervisões de grupo e descritas formalmente em relatórios escritos, de acordo com

a legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Psicologia. Ademais, autorizo que tais relatórios sejam arquivados pelo (a) terapeuta e pelo (a) supervisor (a) do Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, tendo em vista a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos que, neste caso, se refere à atividade de estágio supervisionado do Curso de Formação em Análise Comportamental Clínica. Foi-me assegurado que, nas referidas supervisões em grupo, minha identidade será mantida em sigilo, bem como quaisquer dados que possam identificar a mim ou meus familiares.

Brasília, ____ de _____ de 20__.

Cliente/Responsável

Aluno(a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica

**Anexo B - Termo de Autorização para comunicação oral e estudo de caso, modelo
disponibilizado pelo IBAC**

**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO PARA 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 C – Transcrição de Sessões

Sessão 49 Procedimento: Paradoxo
T: O que sua namorada acha de você? C: Não sei T: Se você fosse sua namorada, que reações você provocaria? C: (Permaneceu em silêncio e assustado, e disse que não saberia responder) T: (repete a pergunta) C: Eu acho que sou um homem cuidadoso, gentil e com virilidade
Sessão 51 Procedimento: Paradoxo
C: (relata situação de fobia) T: Como seria sua vida sem a fobia? C: Me tornaria arrogante, magoaria as pessoas, erraria muito T: E se magoasse as pessoas? C: (ficou em silêncio) T: (ficou em silêncio) C: Eu não posso errar T: E o que acontece com sua vida? C: Fico parado T: Sem amigos, sem sexo e sem prazer C: (seus olhos ficaram vermelhos) T: Como você se sente nesse momento?

Sessão 60
Procedimento: Paradoxo

T: Como foi a semana?

C: Eu saí com meus familiares para uma restaurante. Antes eu perguntei como era o local... Se era muito quente, se tinha como sair se eu passasse mal e quem iria..

T: E como foi?

C: Foi bom.. o local não era tão quente ... tinha poucas pessoas...era mais rural..assim que cheguei vi um chuveiro no jardim e vi que poderia me refrescar

T: Parecia que tudo estava tudo certo e você pôde aproveitar

C: Sim.

T: Você parece sempre estar tentando prever o que vai acontecer... pensando em todas as condições.. só assim você relaxa..

C: Sim... O tempo todo.

T: como podemos definir isso que você faz?

C: eu fico tentando controlar...

T: como você se vê?

C: como estando apertando uns botões...

T: como numa placa de controle cheia de botões

C: Sim... Como ser fosse isso... É isso mesmo

T: E qual é o resultado?

C: eu tento mais não consigo.

T: E então como seria o oposto disso?

C: Eu deveria jogar a placa fora e me descontrolar...

T: E como seria uma vida descontrolada?

C: Talvez eu fosse mais livre e feliz...

Sessão 68**Procedimento:** Exercício Experiencial

Terapeuta sugeriu exercício de auto-observação:

O cliente aceitou a proposta, sem resistência. O exercício foi realizado em dez minutos. Foi solicitado que o cliente fechasse os olhos e fizesse 3 respirações profundas. E em seguida orientou-se o cliente para que observasse as sensações físicas do seu corpo: cabeça, pescoço, ombros, tórax, estomago, pélvis e pernas. Especificamente sensações de tensão e de temperatura. Sem seguida solicitou-se que observasse suas emoções, pensamentos e sensações no momento presente.

Após o exercício, solicitou-se que o cliente descrevesse a experiência. O cliente relatou que “ficou preocupado, tal como no trabalho, se iria conseguir fazer o exercício, meu pensamento fica em outro lugar”. Discutiu-se com o cliente sua dificuldade em se concentrar no momento presente.

Sessão 70**Procedimento: Metáfora**

C: Sinto-me desanimado. Minha chefe não reconhece meu trabalho.

T: Qual o controle que temos sobre as pessoas para que elas façam elogios?

C: Parece que não tenho.

T: Como se sente ao concluir isso?

C: Muito mal. não suporto autoridade e ser criticado. Não imaginava que a realidade fosse tão difícil.

T: Se você pudesse usar uma metáfora sobre como se sente, como seria essa metáfora?

C: Como se eu tivesse sendo contaminado

T: Como é essa contaminação?

C: Não sei.

T: Como por micróbios?

C: Pode ser

T: É uma contaminação pelo que as pessoas dizem ou fazem?

C: Sim. Mas é mais como se o que elas dizem fossem meteoros... como quando a terra era antiga ...

T: E como você se protege?

C: Como Hércules... segurando as pedras?

T: E como é para você fazer isso?

C: Gasto muita energia e não consigo evitar os meteoros.

T: Como a terra hoje se protege dos meteoros?

C: Não sei.

T: Ela tem camadas invisíveis e fluidas. Se você pudesse se proteger assim, como seria?

C: Eu já fiz isso, eu deixei prá lá algumas situações não liguei

T: Como eram essas situações?

C: Uma pessoa no meu trabalho fez uma brincadeira e eu nem liguei... pensei que ela poderia pensar o que quisesse de mim. Qual era o problema disso?

T: Como você poderia continuar a aplicar isso no seu cotidiano

C Não ligar... E aos poucos os meteoros vão ficando menores.

Sessão 72

Procedimento: Auto-revelação da terapeuta e metáfora

A terapeuta apresentou revelação de como se sentia diante do cliente por meio de metáfora:

T: Eu me sinto como se você caminhasse em uma estrada, mas é como se eu andasse paralelamente a essa estrada. O que acha disso?

C: É como se tivesse que ter a minha própria estrada e que seria mais fácil ele ir para a estrada dos outros, e voltar para a própria estrada. É desse jeito que me sinto com as outras pessoas, tenho muito medo de deixar as pessoas entrarem em minha estrada e mudarem o meu caminho.