



IBAC

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Habilidades Sociais e o Efeito da Relação Terapêutica

Suellen Cristina dos Santos Camilo

Brasília
Fevereiro de 2015



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Habilidades Sociais e o Efeito da Relação Terapêutica

Suellen Cristina dos Santos Camilo

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

Orientador: André Lepesqueur Cardoso

Brasília
Fevereiro de 2015



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Suellen Cristina dos Santos Camilo

Título: Habilidades Sociais e o Efeito da Relação Terapêutica

Data da Avaliação: 09 de Fevereiro de 2015

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. MsC. André Lepesqueur Cardoso

Membro: Prof. MsC. Felipe Burle dos Anjos

Membro: Prof. Esp. Frederico Santos Veloso

Brasília
Fevereiro de 2015

Dedico este trabalho ao meu Deus, que me deu força em todos os momentos e me capacitou a realizá-lo.

Ao meu amado esposo, que tem me apoiado em todas as etapas da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que é a razão do meu viver, por ter me dado forças para concluir este trabalho. Mesmo encontrando adversidades no caminho, Ele esteve comigo em todos os momentos e me ajudou a superá-las. Como sempre, Ele é Fiel. Obrigada por me abençoar tanto!

Ao meu querido esposo, que acompanhou todo o meu esforço durante esse processo, me incentivando e encorajando quando mais precisei. Obrigada por estar sempre ao meu lado!

Aos meus pais pelo incentivo e à minha irmã Gabrielle por ter me ajudado, especialmente na procura da bibliografia e na formatação final. Vocês fazem parte desta conquista.

A todos os professores do IBAC, que contribuíram para a minha formação como Analista do Comportamento, em especial ao professor Felipe Burle, que foi meu supervisor durante dois semestres. Obrigada pelos momentos ricos proporcionados em supervisão, que serviram para o meu crescimento enquanto profissional, e pelo comprometimento e atenção demonstrados em todo tempo. Ao professor Frederico Veloso, que aceitou ser membro da banca examinadora. Obrigada por enriquecer meu trabalho!

Ao meu orientador, André Lepesqueur Cardoso, que foi extremamente reforçador durante a realização do trabalho. Admiro sua capacidade, atenção, disponibilidade e inteligência. Muito obrigada por todas as orientações, esclarecimentos, conselhos, correções e pela paciência e responsabilidade que demonstrou. Foi muito gratificante ser sua orientanda. Apesar de não conhecê-lo anteriormente, tal experiência foi uma agradável surpresa para mim.

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Lista de Tabelas -----	v
Resumo -----	vi
Introdução -----	1
Método -----	19
Participante -----	19
Queixas e Demandas -----	19
Contexto Terapêutico -----	20
Procedimento -----	20
Resultados -----	21
1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais -----	21
2. Análises Funcionais Moleculares -----	22
3. Controle instrucional -----	23
4. Relação Terapêutica -----	24
5. Histórico de Vida -----	25
5.1 Familiar -----	25
5.2 Acadêmico-Profissional -----	26
5.3 Sócio-Afetivo -----	27
5.4 Médico-Psicológico -----	27
6. Análises Molaes -----	28
7. Objetivos Terapêuticos -----	29
8. Intervenções Realizadas -----	30
9. Mudanças Observadas -----	32
Considerações Finais -----	35
Referências -----	40
Anexos -----	44
Anexo 1. Termo de autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC -----	45
Anexo 2. Questionário de Autoconhecimento -----	46
Anexo 3. Atividade para ajudar identificar reforçadores -----	50

Lista de Tabelas

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pelo cliente em estudo -----	22
Tabela 2. Análises Molares de padrões comportamentais da vida do cliente em estudo -----	28

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo apresentar as contribuições da Análise Comportamental Clínica na compreensão e intervenção de um caso de baixo repertório social, demonstrando a importância da relação terapêutica para o sucesso da terapia. Sabe-se que a comunicação interpessoal é parte essencial da atividade humana e o transcorrer de nossas vidas está determinado, ao menos em parte, pela categoria de nossas habilidades sociais. Ao longo de 45 sessões, que ocorreram no período de 1 ano e meio, identificou-se na vida do cliente um padrão de inassertividade. O modelo da FAP foi priorizado como principal estratégia de intervenção, uma vez que enfatiza a importância da relação terapêutica como instrumento de mudança. Também foram realizadas análises funcionais tanto moleculares quanto molares, a fim de identificar as variáveis atuais e históricas responsáveis pelos padrões comportamentais do cliente. Após aproximadamente 16 sessões, pôde-se observar algumas mudanças importantes. O cliente começou a desenvolver algumas habilidades sociais e a emissão de CRBs 1 diminuiu consideravelmente. O presente estudo serviu para demonstrar o quanto a relação terapêutica é relevante em um processo de psicoterapia, especialmente em casos que envolvem dificuldades nas relações sociais.

Palavras-chave: Análise Comportamental Clínica, habilidades sociais, inassertividade, relação terapêutica.

Behaviorismo Radical

Uma sentença bastante conhecida é a de que o homem é um ser social e como tal, estabelece relações interpessoais, passando a maior parte do tempo envolvido em algum tipo de interação social. Sendo assim, a comunicação interpessoal é parte essencial da atividade humana e o transcorrer de nossas vidas está determinado, ao menos em parte, pela categoria de nossas habilidades sociais (Caballo, 2003).

Ressalta-se que é antigo o interesse da Psicologia pelas relações sociais. Na área clínica, encontram-se diferentes referenciais teóricos, como a Análise do Comportamento, a Cognitivista, as orientações psicodinâmicas e humanistas, que se dedicam a estudar essa temática há muito tempo (Del Prette & Del Prette, 2001).

Antes de se falar em habilidades sociais, é importante que se defina comportamento. Skinner (1957) define o comportamento como sendo a interação entre o organismo e o ambiente. Logo, não existe comportamento sem as circunstâncias nas quais ocorre. Para Haydu (2009), o organismo e os eventos ambientais produzem alterações recíprocas, ou seja, afetam um ao outro.

Todorov (2007) afirma que o comportamento não pode ser analisado fora do contexto no qual ocorre. Não faz sentido, portanto, descrever o comportamento sem fazer referência ao ambiente. Sendo assim, os conceitos de comportamento e ambiente são interdependentes, o que significa que não podem ser definidos isoladamente. Skinner descreve esta relação: “Os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez são modificados pelas consequências de sua ação” (Skinner, 1957, p. 3).

Comparado aos tempos atuais, em épocas passadas a vida era mais simples e as relações relativamente claras. Contudo, a sociedade ocidental contemporânea e globalizada apresenta uma maior necessidade de contato com diferentes pessoas ou comunidades com práticas culturais distintas, e isso requer considerável habilidade social. Outra questão relevante é que a maioria dos transtornos psicológicos é influenciada, em maior ou menor grau, pelo ambiente social que rodeia o indivíduo. Ou seja, grande parte de seus problemas diz respeito às relações sociais. Sendo assim, é importante considerar a relação do indivíduo com seu ambiente social na avaliação e no tratamento desses transtornos (Caballo, 2003). Além disso, pesquisas na área de habilidades sociais têm mostrado que as pessoas com comportamentos socialmente competentes (i.e., habilidades sociais) tendem a apresentar relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras. Por outro lado, os déficits em habilidades sociais estão geralmente associados a dificuldades e conflitos nos relacionamentos interpessoais e a pior qualidade de vida (Del Prette & Del Prette, 2001).

Em resumo, cada dia se faz mais necessário para a Análise do Comportamento investigar os fenômenos envolvidos nas relações sociais, especialmente as habilidades que promovem a adaptação social. Apresentados alguns dos motivos que tornam importante o estudo das habilidades sociais, faz-se necessário falar de sua origem, definição e características.

Habilidades Sociais e Assertividade

Frequentemente as origens do movimento das habilidades sociais são atribuídas a Salter (1949), um dos chamados pais da terapia comportamental, e a seu livro *Conditioned reflex therapy* (Terapia do Reflexo Condicionado), no qual fala de seis

técnicas para aumentar a expressividade dos indivíduos. Dentre essas técnicas, encontram-se a expressão verbal e facial das emoções. Posteriormente, Wolpe (1958) retomou as ideias de Salter, que até aquele momento haviam sido pouco difundidas, e as incluiu em um capítulo de seu livro *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (Psicoterapia por Inibição Recíproca) (Caballo, 1996).

Vila e Del Prette (2009) definem as habilidades sociais como sendo classes de repostas sociais aprendidas que compõem o repertório comportamental do indivíduo, fazendo com que ele saiba lidar de forma adequada com as exigências dos diversos contextos sociais. Ou seja, são repertórios comportamentais que, ao serem emitidos, aumentam a probabilidade de adequação a diversos contextos sociais. Caballo (2003) acrescenta a definição:

“O comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas” (p. 6).

Van Hasselt e cols. (1979, citados por Caballo, 2003), estabelecem três elementos básicos das habilidades sociais: (1) Elas são específicas às situações. O resultado de uma determinada conduta poderá variar de acordo com a situação em que ocorra; (2) A efetividade interpessoal é resultado das condutas verbais e não-verbais do indivíduo. Além disso, essas repostas são aprendidas; (3) O papel do outro é importante e a eficácia interpessoal deveria supor comportamentos que não causam dano (verbal ou físico) a outras pessoas.

Um ponto importante a se considerar é que as habilidades sociais devem ser analisadas dentro de um contexto cultural determinado, podendo variar amplamente entre culturas ou dentro da mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social e educação. O comportamento considerado apropriado em uma situação pode ser impróprio em outra. Ainda, duas pessoas podem se comportar de maneiras diferentes em uma mesma situação, ou a mesma pessoa pode agir de maneiras diferentes em situações similares e estas respostas podem representar o mesmo grau de habilidade social. Portanto, além da dimensão pessoal (conhecimentos, sentimentos, crenças, etc.), o uso competente das habilidades sociais depende também da dimensão situacional (contexto ambiental) e cultural, representada pelos valores e normas do grupo (Caballo, 1996; Del Prette & Del Prette, 2001).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2001), o termo “habilidades sociais” se diferencia tanto do termo desempenho social quanto de competência social. O desempenho social diz respeito à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma situação social qualquer. Já o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório da pessoa para lidar adequadamente com as demandas das situações interpessoais. Por fim, a competência social tem sentido avaliativo que se volta aos efeitos do desempenho social nas situações vivenciadas pelo indivíduo. Segundo Vila e Del Prette (2009), para que se mantenha a qualidade dos relacionamentos sociais, de modo a proporcionar bem estar e ganhos para si e para os outros, é necessário que o indivíduo tenha competência social e não apenas habilidades sociais em seu repertório comportamental. Isto é, não basta que o organismo tenha repertório comunicativo (i.e., repertório verbal e demais comportamentos responsáveis pela

comunicação), tais comportamentos devem auxiliar na adaptação e produção de reforçadores sociais.

Espera-se que o comportamento social gere mais reforço positivo que punição. Em termos clínicos, é importante avaliar o que as pessoas fazem bem como as reações que seu comportamento provoca nos demais (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001).

Skinner (1957) diferencia comportamento verbal de comunicação. Na comunicação (possível entre espécies), é necessária apenas a emissão de comportamentos na presença de estímulos antecedentes. Por exemplo, o aproximar de um cachorro após o assobio de seu dono. Já o comportamento verbal só é apresentado quando o reforço é intermediado por uma pessoa pertencente à mesma comunidade verbal. Por exemplo, pedir a conta para um garçom em um bar com um gesto específico, e ele de fato trazer a conta. Todo comportamento verbal envolve comunicação, mas nem toda comunicação é comportamento verbal.

Sendo a comunicação um mecanismo essencial da vida e da evolução, na sociedade ela é responsável pela formação de longas redes de troca social, que mantém e alteram a cultura. As habilidades de comunicação interpessoal podem ser classificadas como verbais e não verbais, sendo a comunicação verbal mais fácil de ser analisada, dependente do domínio da língua e das normas sociais de seu uso. A comunicação não verbal, por sua vez, complementa, ilustra, regula, substitui e algumas vezes se opõe à verbal. Posturas, gestos, expressões faciais e movimentos do corpo adquirem diferentes funções, dependendo do contexto verbal e situacional nos quais ocorrem. Algumas das principais habilidades de comunicação são: iniciar e encerrar conversação, fazer e responder perguntas, gratificar e elogiar, dar e receber *feedback*, entre outras (Del Prette & Del Prette, 2001). Portanto, considera-se que

uma pessoa tem boa competência social quando são produzidos reforçadores de alta intensidade através de seus comportamentos comunicativos, tanto verbais quanto não verbais.

Embora se reconheça a importância das habilidades sociais para o desenvolvimento do indivíduo, não há consenso sobre o que seria um comportamento socialmente habilidoso. Alguns autores, como Caballo (1996), consideram que os termos “assertividade” e “habilidades sociais” são equivalentes. Já outros, como Del Prette e Del Prette (1999), acreditam que as habilidades sociais consistem em um repertório mais amplo de respostas.

O termo “comportamento assertivo” foi utilizado pela primeira vez por Wolpe, em 1958, que logo chegaria a ser sinônimo de habilidade social (Caballo, 1996). Segundo Alberti e Emmons (1978), o comportamento assertivo é o comportamento de agir conciliando a seus próprios interesses, a afirmar-se, a expressar seus sentimentos de forma sincera e sem constrangimento, ou a praticar seus direitos sem negar os dos outros. Quando isso acontece, respostas de ansiedade são consideravelmente reduzidas em situações críticas.

De acordo com Morais (2006), a assertividade é um comportamento que tem múltiplas faces, não é inata, não é um traço de personalidade, ao contrário, é construída, aprendida e se adapta às diversas situações. Segundo Bandeira e Ireno (2002), o comportamento assertivo é necessário em diferentes interações sociais do dia-a-dia, sendo fundamental para o desenvolvimento de relações interpessoais, para a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas, proporcionando, assim, melhora no funcionamento social e na qualidade de vida das pessoas.

Um dos primeiros teóricos a estabelecer os principais tipos de resposta que abrangiam o comportamento assertivo foi Lazarus, em 1973, quando identificou

quatro dimensões comportamentais: (1) Dizer “não”; (2) Pedir favores e fazer pedidos; (3) Expressar sentimentos positivos e negativos; (4) Iniciar, manter e concluir conversações (Caballo, 2003). Tendo como base os estudos realizados nessa área, foram identificadas várias habilidades assertivas importantes, tais como: recusar pedidos abusivos, expressar desagrado ou raiva, emitir opiniões, fazer pedidos, discordar, elogiar, lidar com crítica, solicitar mudança de comportamento (Del Prette & Del Prette, 2003).

É comum haver confusão entre os termos “comportamento assertivo” e “comportamento agressivo”. No entanto, observa-se que ferir outra pessoa não faz parte da asserção. O agressivo, muitas vezes não aprendeu repostas assertivas apropriadas. Muitas pessoas estão descobrindo que emitir comportamentos assertivos passa por um processo de aprendizagem e, portanto, é possível adquirir (Alberti & Emmons, 1978).

Para Moraes (2006), a assertividade faz parte de um *continuum* no qual em um dos extremos encontra-se a submissão ou passividade e no outro a agressividade. A pessoa que emite padrões comportamentais passivos não defende seus direitos, não toma decisões, tende a evitar conflitos e muitas vezes é explorada pelos outros. Já os padrões comportamentais agressivos são caracterizados pela hostilidade, imposição, autoritarismo e humilhação. Del Prette e Del Prette (2003) descrevem, com base nas contribuições de Alberti e Emmons, as classificações do comportamento interpessoal em três estilos: passivo, assertivo e agressivo, sendo o primeiro e o último considerados comportamentos não assertivos. Afirmam que a noção desses estilos refere-se ao padrão predominante nos relacionamentos de uma pessoa. Isso não quer dizer que em todas as situações ela manterá um único estilo, já que esses padrões não

são permanentes ou imutáveis e o ambiente social induz um padrão desejável ou indesejável.

Em uma visão analítico-comportamental, a assertividade deve ser entendida considerando-se as análises funcionais desse padrão de comportamento e não apenas sua topografia. Guilhardi (2012) considera que os termos assertividade e inassertividade são termos mentalistas. Por isso, tais termos são impróprios dentro da proposta de uma análise funcional, inerente ao modelo comportamental. Esses termos pouco contribuem para uma intervenção terapêutica relevante, já que a compreensão que se tem sobre a pessoa é empobrecida. Para o autor, há alguns desafios a serem resolvidos no uso desses termos. Primeiro, é preciso identificar que classes de comportamentos a pessoa emite ou deixa de emitir para que alguém a rotule. O mais importante a se questionar é como se comporta uma pessoa assertiva. Segundo, quais são os procedimentos a serem usados a fim de mudar seus comportamentos na direção desejada. Terceiro, quais são as contingências de reforçamento das quais os comportamentos assertivos e inassertivos são função. Por último, quais procedimentos devem ser adotados para que a pessoa possa discriminar que não basta emitir classes comportamentais com determinados fenótipos, mas que os comportamentos têm que ser funcionais nos contextos em que se espera que ocorram.

Rich e Schroeder (1976, citados por Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010), definem assertividade de acordo com critérios funcionais. Os autores sugerem que assertividade é uma habilidade para buscar, manter ou aumentar o reforçamento em situações interpessoais através da expressão de sentimentos ou desejos. Ou seja, a resposta assertiva é aquela que garante a produção, manutenção ou aumento de reforçadores diante de uma situação interpessoal em que respostas passivas ou

agressivas produziriam punição ou perda de reforçamento (Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010).

Uma pessoa é identificada como assertiva quando emite, predominantemente, respostas das classes de comportamentos assertivos. Os comportamentos assertivos produzem reforços positivos ou minimizam/evitam eventos aversivos para quem os emite e para pessoas que lhe são socialmente significativas (Guilhardi, 2012).

Para melhor compreensão do comportamento assertivo, é necessário, além de defini-lo, diferenciá-lo dos comportamentos passivo e agressivo. Frequentemente o comportamento assertivo é contrastado com os comportamentos agressivo e passivo.

É comum encontrar na literatura da terapia comportamental definições desses comportamentos que se baseiam em características topográficas. Considerando essas características, comportamentos assertivos tendem a se caracterizar topograficamente por: maior contato visual entre a pessoa assertiva e seu interlocutor; maior uso de afirmações afetivas; tom de voz audível, verbalizações que duram mais; uso adequado de características paralinguísticas da fala (Rich & Schroeder, 1976, citados por Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010). Para Alberti e Emmons (1978), alguns dos componentes topográficos do comportamento assertivo são: olhar nos olhos; postura do corpo; gestos; expressão facial; tom de voz, inflexão e volume; escolher a hora apropriada.

Ressalta-se que as pessoas apresentam, em diferentes graus, comportamentos assertivos e inassertivos. O critério para que se possa avaliá-la é o contexto funcional no qual se comporta. Por exemplo, numa guerra, o comportamento agressivo pode ser mais valorizado do que comportamentos assertivos (Guilhardi, 2012).

As principais características do estilo passivo de comportamento estão concentradas na dificuldade de expressar sentimentos e opiniões. Frequentemente as

peessoas não conseguem expressar o que sentem, especialmente raiva, indignação, descontentamento e desacordo. Quando eventualmente o fazem, é de maneira insegura, com inúmeras justificativas. Ou seja, nem sempre são convincentes devido à hesitação, o que pode produzir em seus interlocutores mais dúvidas do que certezas. Em situações de conflito, essas pessoas evitam o confronto mesmo tendo a certeza de estarem corretas e, se possível, saem da situação e do ambiente (fuga). Já o estilo agressivo se caracteriza por baixo autocontrole do comportamento, o que resulta em intolerância e coerção. Envolve excesso de autovalorização e busca de resultados imediatos, geralmente à custa da violação dos direitos do outro. Normalmente os comportamentos agressivos conseguem obter recompensas imediatas do ambiente, contudo a probabilidade de consequências aversivas a médio e longo prazo é alta, visto que as pessoas passam a ser mais temidas do que respeitadas e isso prejudica a qualidade das relações (Del Prette & Del Prette, 2003).

Sabe-se que as habilidades assertivas são importantes e necessárias para os relacionamentos interpessoais, e por isso são consideradas o estilo ideal de comportamento. Todavia, não é fácil emitir comportamentos assertivos. Del Prette e Del Prette (2003) afirmam que as situações que demandam comportamentos assertivos costumam gerar respostas de ansiedade, o que pode prejudicar ou impossibilitar o desempenho desse comportamento.

Na prática clínica, um grande número de eventos é descrito pelos clientes como envolvendo algum tipo de ansiedade, principalmente quando esta se refere à relação do indivíduo com eventos aversivos (Zamignani & Banaco, 2005). Nesse contexto, o controle aversivo é muito importante, visto que as queixas que o cliente traz resultam de contingências históricas e atuais de punição e fuga/esquiva (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005).

Em geral, as pessoas procuram terapia quando apresentam dificuldades em resolver problemas ou devido ao que estão sentindo, isto é, em função de seu “sofrimento”. Ao relatar seus eventos privados, o cliente os considera como problemas ou como causa de seus problemas. Essa questão tem forte influência do contexto cultural, que estabelece que sentimentos e emoções, tais como angústia, tristeza e ansiedade devem ser evitadas (Dutra, 2010). Kohlenberg e Tsai (1991/2001) afirmam que os clientes, com frequência, buscam a terapia como forma de se livrarem de sentimentos relacionados aos estímulos aversivos. Uma das causas é que: “Os organismos tendem a evitar ou fugir daquilo que lhes é aversivo” (Moreira & Medeiros, 2007, p. 64).

Para Moreira e Medeiros (2007), estímulo aversivo deve ser entendido como um conceito relacional e funcional, pois depende da relação entre os eventos e das consequências produzidas. Ou seja, um estímulo aversivo para as respostas de alguns indivíduos pode ser um estímulo bastante reforçador para as respostas de outros. Assim, os estímulos aversivos são aqueles capazes de reduzir a frequência do comportamento que eles produzem (enquanto punidores positivos), ou ainda aumentar a frequência de comportamentos que os retiram (como reforçadores negativos).

É certo que a maioria dos nossos comportamentos produz consequências no ambiente e essas consequências irão determinar, em algum grau, se tais comportamentos ocorrerão ou não no futuro, ou se ocorrerão com maior ou menor frequência. Ou seja, algumas dessas consequências aumentam a probabilidade de o comportamento ocorrer novamente e são chamadas de reforço, que pode ser positivo ou negativo. Eles são diferenciados basicamente pela natureza da operação. Isto é, no reforçamento positivo há o acréscimo de um estímulo no ambiente, enquanto no

reforçamento negativo o estímulo é retirado dele (Moreira & Medeiros, 2007). Considerando que grande parte do comportamento das pessoas é controlada por estimulação aversiva, Catania (1998/1999) define o reforçamento negativo como o processo no qual há aumento de um repertório alternativo para evitar estímulos aversivos, devido a uma história de punições. Nesse processo, o indivíduo diminui a frequência da resposta que anteriormente era punida e desenvolve novas respostas que são reforçadas ao evitar ou interromper o contato com o estímulo aversivo, aumentando, assim, a frequência desse comportamento. Os tipos de consequências que controlam coercitivamente o comportamento das pessoas são as punições positivas e negativas e o reforçamento negativo (Sidman, 2009; Moreira & Medeiros, 2007).

Sistemas coercitivos produzem respostas de fuga e esquiva e estas só podem ser estabelecidas e mantidas em contingências de reforço negativo. Com o objetivo de diferenciar tais comportamentos, Catania (1998/1999) afirma: “fugimos de circunstâncias aversivas presentes, mas nos esquivamos de circunstâncias potencialmente aversivas que ainda não ocorreram” (p. 117). Moreira e Medeiros (2007) ressaltam que na esquiva o indivíduo previne a apresentação do estímulo aversivo, enquanto na fuga ele remedia a situação de modo que o estímulo aversivo presente seja retirado.

Sabendo que o comportamento de se esquivar traz consequências, Brandão (1999) destaca as principais: 1) falta de contato com reforçadores positivos e consequentes déficits comportamentais; 2) recorrência de respostas emocionais ou sentimentos dolorosos; 3) impossibilidade de sentimentos positivos que as situações evitadas poderiam produzir; 4) aumento do potencial aversivo da situação evitada; 5) generalização de respostas emocionais para outras situações, objetos ou pessoas; 6)

respostas emocionais se tornam reforçadores negativos e o indivíduo começa a querer controlá-las. A autora conclui que “as queixas emocionais de nossos clientes parecem frutos de uma longa história de estimulação aversiva e comportamentos de fuga-esquiva, que já estão trazendo uma série de consequências” (p. 180).

Observa-se que, frequentemente, os clientes dirigem comportamentos de fuga e esquiva aos eventos privados e não apenas aos estímulos aversivos que os geram (Dutra, 2010). Esse processo é chamado de esquiva experiencial, que ocorre quando o indivíduo passa a se esquivar, não apenas do estímulo que lhe causava sensações ruins, mas também dessas próprias sensações, que passam a ser aversivas em si mesmas (Blackledge & Hayes, 2001, citados por de Chagas, Guilherme & Moriyama, 2013). Para Brandão (1999), a esquiva experiencial é um padrão comportamental que se baseia numa generalização inadequada, construída verbalmente, que parte do pressuposto de que é possível livrar-se dos sentimentos negativos. No entanto, a autora contesta essa visão ao relatar que os sentimentos negativos decorrem de situações aversivas passadas. Sendo assim, são as contingências responsáveis pelas sensações e sentimentos desagradáveis que devem ser alteradas.

Hayes (1987, citado por Dutra, 2010), afirmou que a comunidade verbal estabelece regras no sentido de que para ter uma vida “bem sucedida”, é necessário ter pensamentos e sentimentos positivos. Ressalta que quando as experiências privadas resultam de eventos traumáticos, a pessoa passa a evitá-las para não entrar em contato com esses eventos traumáticos. O autor dá o nome de esquiva emocional para o processo no qual o indivíduo desenvolve comportamentos cuja função é evitar, eliminar ou diminuir o contato com eventos privados considerados aversivos.

Relação Terapêutica (FAP-Psicoterapia Analítica Funcional)

A função básica de um trabalho terapêutico é a promoção de mudanças comportamentais que levem à diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras. Para que esse processo ocorra, são utilizados alguns procedimentos, tais como modelagem, modelação, descrição de variáveis controladoras, aplicação de técnicas específicas, instruções etc. Conforme ressaltam alguns autores, o sucesso dessas tarefas está diretamente ligado à qualidade da relação terapêutica, que deve ser entendida como uma interação na qual terapeuta e cliente influenciam-se mutuamente (Meyer & Vermes, 2001).

A relação terapeuta-cliente foi amplamente estudada por várias abordagens psicoterápicas, dentre as quais encontram-se a psicanalítica e a humanista. A abordagem comportamental, porém, durante muito tempo deixou de considerar a importância da relação terapêutica para o sucesso da terapia. A ênfase maior era dada à aplicação de técnicas e procedimentos e considerava-se que as mudanças decorrentes dessas técnicas deveriam se generalizar para fora da clínica. Desse modo, o ambiente terapêutico era considerado distinto do ambiente natural do cliente (Conte & Brandão, 1999).

Velasco e Cirino (2004) afirmam que a relação terapêutica caracteriza-se pela entrega e “calor”. Dessa interação, determinará um melhor ou pior andamento do processo psicoterápico. Para os autores, o terapeuta assume um papel extremamente importante na vida do cliente, devendo cuidar dele e tentar eliminar, na medida do possível, julgamentos, críticas e punições. Delliti (2005) complementa:

“Quando o cliente entende a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, ele começa a revelar informações, sente-se protegido, confia no terapeuta, identifica este relacionamento como especial, diferente

do que tem com outras pessoas. Como consequência, as respostas adquiridas e reforçadas nesta interação frequentemente se generalizam para outros ambientes, ficando sob controle das contingências naturais” (p. 362).

Considerando que o principal objetivo da psicoterapia é a mudança de comportamentos que surgiram como resultado da punição, o terapeuta deve se posicionar de maneira diferente, estabelecendo-se gradualmente como uma audiência não punitiva. Isso faz com que comportamentos anteriormente punidos possam se manifestar e os efeitos colaterais desse processo, tais como culpas e angústias possam entrar em extinção (Vandenberghe & Pereira, 2005). Segundo Banaco (1997, citado por Braga & Vandenberghe, 2006), o que diferencia a relação terapêutica das relações do dia-a-dia é a chamada audiência não punitiva. É por meio dela que o terapeuta compreende os comportamentos do cliente sem julgá-lo, tornando a relação terapêutica íntima.

Braga e Vandenberghe (2006) falam da importância da intimidade na relação terapêutica e a definem como o compartilhamento de sentimentos. Ela surge quando as pessoas conseguem se comunicar abertamente, expressando desejos e sentimentos, além de dividir experiências e segredos. Assim, este compartilhar de sentimentos e emoções é indicativo de maior intimidade na relação.

No consultório, não apenas as características do cliente devem ser avaliadas, mas também as do terapeuta, pois se considera que os comportamentos deste determinam os comportamentos do cliente. Para Delliti (2005), as variáveis que se referem a certas características pessoais do terapeuta são muito importantes e devem ser levadas em consideração, pois estas podem facilitar ou dificultar a mudança comportamental. Portanto, é fundamental que esse profissional esteja habilitado não

só para aplicar técnicas, mas também para assumir a responsabilidade de construir um relacionamento que seja terapêutico (Meyer & Vermes, 2001).

De acordo com Meyer e Vermes (2001), a experiência direta que ocorre entre terapeuta e cliente é fundamental, ou seja, a história de aprendizagem adquirida nessa interação é um fator importante de mudança. Além do mais, a relação terapêutica proporciona aos clientes a oportunidade de emitirem comportamentos-problema e aprenderem formas mais efetivas de resposta. Por isso é importante que o terapeuta esteja atento às reações que o cliente tem diante dele, já que elas apontam para dados importantes sobre a qualidade das relações que o cliente mantém fora do contexto clínico (Velasco & Cirino, 2004).

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) descrevem um tratamento cujo referencial conceitual é claro e preciso, além do que derivam de uma análise funcional skinneriana do ambiente psicoterapêutico típico. Eles chamam esse tratamento de *Funcional Analytic Psychotherapy* (FAP), ou Psicoterapia Analítica Funcional, que tem a sua base na investigação de como o reforçamento, a especificação de comportamentos clinicamente relevantes e a generalização podem ser alcançados dentro das limitações de um tratamento em consultório. Segundo os autores, a FAP se propõe a tratar problemas cotidianos que também ocorrem durante a sessão, que deverão ser trabalhados pelo terapeuta. Defendem que o foco está na relação terapêutica como instrumento de mudança, sendo fundamental que os reforçadores sejam as ações e reações do terapeuta em relação ao cliente.

É necessário que o terapeuta esteja atento aos comportamentos que ocorrem durante a sessão. Estes são definidos como comportamentos clinicamente relevantes ou CRBs (*Clinically Relevant Behaviors*), que incluem tanto os comportamentos-problema quanto os comportamentos finais desejados. Os CRBs 1 são os problemas

do cliente que ocorrem na sessão e que devem ter sua frequência reduzida com o desenvolver da terapia. Tipicamente, são esquivas sob controle de estimulação aversiva. Os CRBs 2 referem-se ao progressos apresentados pelo cliente que ocorrem na sessão terapêutica, cujo objetivo é aumentar sua frequência. Os CRBs 3, por sua vez, são as interpretações feitas pelo próprio cliente sobre seu comportamento, ou seja, envolve a observação e interpretação do comportamento e dos estímulos reforçadores, discriminativos e eliciadores que estão associados a ele. Também incluem descrições de equivalência funcional, já que indica semelhanças entre o que acontece na sessão e na vida diária (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Dutra (2010) cita a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), proposta por Hayes, Strosahl e Wilson (1999), e a FAP como abordagens que enfatizam a relação terapêutica e que direcionam a terapia para a promoção de aceitação. Isto é, para a redução da esQUIVA experiencial e ao aumento da tolerância emocional no contexto clínico. No entanto, isso só será possível se as reações do terapeuta aos comportamentos do cliente forem diferentes das que acontecem no seu ambiente natural.

Considera-se que a relação terapêutica tem um papel extremamente importante no processo psicoterapêutico. Faz-se relevante o estudo desse tema para que estratégias cada vez mais eficazes possam ser aplicadas no contexto clínico, levando em conta que tanto o terapeuta quanto o cliente tem participação ativa neste processo.

O presente estudo tem como objetivo apresentar as contribuições da Análise Comportamental Clínica na compreensão e intervenção de um caso de baixo repertório social, demonstrando a importância da relação terapêutica para o sucesso da terapia. Para tanto, após a apresentação do embasamento e das ferramentas

teóricas da Análise do Comportamento pertinentes ao caso, este trabalho se propõe a descrever o Estudo de Caso e as análises funcionais realizadas, bem como a discutir possíveis intervenções futuras.

Método

Participante

Marcos (nome fictício), 32 anos, solteiro, nível socioeconômico baixo, ensino médio completo. Mora com a irmã e trabalha como balconista, além de fazer curso técnico.

O estudo de caso foi autorizado pelo cliente de acordo com documento de autorização para supervisão no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo 1.

Queixas e Demandas

O cliente procurou psicoterapia queixando-se de ter “baixa auto-estima” e frequentemente reclamava de si mesmo, não conseguindo identificar qualidades. Também relatava ser uma pessoa “fechada” ao ter dificuldade de expor seus sentimentos e por conta disso, já havia perdido várias oportunidades em sua vida. Sentia-se frustrado profissionalmente, pois gostaria de ter feito faculdade de Jornalismo, curso de Inglês e ser bem sucedido, coisas que não havia alcançado até então, bem como emocionalmente, já que tinha o sonho de se casar aos 20 anos de idade. Queixava-se ainda de ser acomodado e inseguro.

No decorrer dos atendimentos, verificou-se que o cliente apresentava pouco repertório para lidar com demandas sociais, principalmente relacionadas a questões afetivas. Também foi observado um padrão de inassertividade, que envolvia dificuldades para lidar com críticas e cobranças (i.e., baixa tolerância à frustração), o que resultava em comportamentos de fuga e esquivas. O cliente também vivia em um ambiente escasso de reforçadores (e.g., com privação de afeto). Esse ambiente

específico pode ter contribuído para o surgimento das queixas e sentimentos, tais como frustração, inferioridade e insegurança.

Contexto Terapêutico

Os atendimentos foram realizados em consultório de atendimento do IBAC, em um ambiente adequado à psicoterapia. Isto é, amplo, com poltronas confortáveis, ventilador, mesa, iluminação adequada e decoração.

Procedimento

Foram realizadas 45 sessões terapêuticas com duração de 50 minutos cada, uma vez por semana, no decorrer de 1 ano e meio. Os atendimentos foram conduzidos de acordo com princípios da Análise Comportamental Clínica.

A preocupação inicial foi a de proporcionar ao cliente um ambiente acolhedor e empático, a fim de que uma relação terapêutica intensa e satisfatória fosse estabelecida. Esta relação foi extremamente importante no decorrer da terapia, uma vez que o cliente apresentava uma história de vida com muitas contingências aversivas e pouco reforçadoras. Desta forma, ele pôde se sentir aceito, compreendido e importante ao falar de suas experiências e sentimentos relacionados a elas, ao contrário do que acontecia no ambiente fora do consultório, bem como sentir confiança na terapeuta. Foram utilizadas estratégias terapêuticas tais como a audiência não punitiva, validação de sentimentos, treino em auto-observação, reforçamento diferencial, tarefas de casa, dentre outras, que serão melhores descritas na seção “Intervenções Realizadas”.

Resultados

Os resultados serão apresentados por meio da formulação comportamental, realizada com base nos dados coletados ao longo das 45 sessões de psicoterapia.

Formulação Comportamental

1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais

No início do processo terapêutico, o cliente apresentava muitas verbalizações negativas sobre si mesmo, relatando com frequência sentir-se triste, desanimado e frustrado em sua vida afetiva e profissional. Achava-se uma pessoa feia e considerava ser esse o principal obstáculo para que as mulheres se interessassem por ele, já que tinha regras rígidas quanto à aparência masculina. Por fim, não tinha habilidades suficientes para se aproximar de uma mulher pela qual se interessasse. Sentia-se inseguro, nervoso, não sabia nem como iniciar uma conversa.

Marcos apresentava baixo repertório social. Estava privado de vários reforçadores sociais de alta intensidade, já que sua rotina diária se resumia ao trabalho. Os poucos amigos que tinha, frequentemente “furavam” os compromissos com ele e isso colaborava mais para o fato de se sentir inferior. Emitia desqualificações próprias, do tipo: “Acho que sou uma pessoa muito desinteressante”; “Não aguento mais ser eu”.

O cliente demonstrava padrões inassertivos, principalmente em situações nas quais era exposto a críticas ou cobranças. Na maioria das vezes calava-se, justificando-se por não gostar de discussão. Algumas vezes fazia coisas das quais não gostava a fim de não desapontar os outros.

Marcos reclamava frequentemente de sua condição financeira e profissional. Relatava sentir-se frustrado, mas despendia pouco esforço para melhorar de condição. Ou seja, não tomava atitudes para que pudesse conseguir algo melhor na vida (e.g., padrão comportamental de acomodação).

Na época da terapia, morava com uma irmã solteira, mais nova do que ele. Essa irmã apresentava poucas verbalizações (calada). Tinha outro irmão que também apresentava pouca verbalização e morava bem próximo a ele. Além de outros quatro irmãos e o pai, que moravam em outro Estado. Assim, o cliente encontrava-se privado de reforçadores sociais de caráter afetivo, visto que não tinha muitos amigos e boa parte da família estava distante.

2. Análises Funcionais Moleculares

A Tabela 1 apresenta algumas das análises funcionais de comportamentos relevantes de Marcos.

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pelo cliente em estudo. R+ refere-se ao reforçamento positivo; R- ao reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa; Fq à frequência da resposta.

Antecedentes	Respostas	Consequências	Fq/Processo
Na volta do trabalho à noite, na parada de ônibus distante de casa (Sd).	Ligar para o irmão e pedir para buscá-lo de carro.	Irmão vai (1), mas reclama e diz que tem que ficar mais esperto (2).	Aumenta (R+) Diminui (P+)
Reclamação do irmão. Falta de repertório para lidar com críticas e reclamações. Privação afeto (O.E.)	Ir embora sozinho. Sentir-se triste e ao mesmo tempo aliviado (Respondentes).	Evitar reclamações do irmão. Evitar ter que discutir com ele.	Aumenta (R-)

Na escola, diante de apelidos dos colegas (Sd).	Se calar. Se afastar dos colegas. Sentir raiva, tristeza (Respondentes).	1) Evitar brigas. 2) Os colegas continuam com os apelidos.	Aumenta (R-) Diminui (P+)
Ambiente de trabalho estressante, com muitas brigas (Sd).	Sair do emprego.	1) Evitar brigas e conflitos. 2) Perder fonte de renda.	Aumenta (R-) Diminui (P-)
Pessoas que o tratam mal ou o criticam (Sd).	Se calar e se afastar da pessoa.	Evitar conflitos	Aumenta (R-)
Perguntas da terapeuta, sorriso da terapeuta, audiência não punitiva. Privação de carinho/afeto (O.E.)	Falar sobre seus problemas. Sentir-se bem, valorizado e importante (Respondentes)	Atenção e aceitação da terapeuta. Acolhimento.	Aumenta (R+)

3. Controle Instrucional

Verificou-se alta frequência de comportamentos governados por regras presentes na vida do cliente. As contingências envolvidas serão descritas a seguir.

Por pertencer a uma família muito religiosa e frequentar a igreja desde criança, Marcos tinha a castidade como regra básica para sua vida. Ele sempre teve o propósito firme de se casar virgem, pois acreditava que o sexo antes do casamento era pecado. No entanto, ficou extremamente frustrado e decepcionado consigo

mesmo ao quebrar esta regra aos 29 anos de idade. Entende-se que ele deixou de entrar em contato com relacionamentos íntimos, já que algumas garotas por quem se interessava contrariavam seus princípios cristãos e isso fazia com que ele se afastasse delas.

Outra regra identificada no comportamento do cliente diz respeito à aparência física. Marcos acreditava que não poderia chamar a atenção das mulheres por ser “baixo e feio” e acreditava que quase sempre elas preferem homens altos. Sentia-se em uma enorme desvantagem, pois além de se achar feio, não conseguia atrair uma mulher por outros atributos (ex. simpatia, conversa e elogios), visto que não os tinha desenvolvido. Relatava ficar inseguro nas situações de conquista amorosa. Marcos também afirmava constantemente que não teria coragem de namorar uma mulher mais alta do que ele e nem mais velha, pois achava estranho.

4. Relação Terapêutica

A relação terapêutica foi estabelecida logo nas primeiras sessões, com ótimo vínculo entre terapeuta e cliente. O cliente demonstrava comprometimento, sendo assíduo e pontual. Inicialmente demonstrou muita carência afetiva e pouca audiência para seus relatos no ambiente fora do consultório. Sentia-se acolhido pela terapeuta, pois a relação se estabeleceu por meio de uma audiência não punitiva e acolhedora.

Na primeira sessão, Marcos despertou na terapeuta um sentimento de pena, provavelmente por sua história de vida e pela maneira como chegou à terapia. Quando chegou, estava mal e se sentia a pior pessoa do mundo.

Os relatos verbais foram muito importantes para as análises funcionais e a boa interação terapêutica também contribuiu para que o cliente se engajasse nas atividades propostas.

Foram identificados alguns CRBs 1, tais como:

- Verbalizações negativas sobre si mesmo, tanto em relação à aparência quanto ao sentir-se inferior, rejeitado, etc;
- Relatos de tristeza e desânimo;
- Reclamações por não ter namorada;
- Reclamações de sua vida profissional e comparações com outras pessoas;
- Privação afetiva: verbalização de se sentir sem valor diante da terapeuta, por esta ter desmarcado duas sessões;
- Inassertividade: poucas habilidades para lidar com situações de críticas e cobranças e dificuldades em relacionamentos afetivos.

5. Histórico de Vida

5.1. Familiar

Marcos nasceu em uma família muito pobre, tinha seis irmãos (quatro mulheres e dois homens) sendo o quarto de sete filhos. Não tinha nenhuma lembrança boa de sua infância, pois vivia numa pobreza extrema, cuidava dos irmãos mais novos, não tinha brinquedos, seus pais só compravam roupa uma vez por ano e não tinha televisão.

Seu pai agia de forma rígida com os filhos e sua mãe trabalhava demais, quase não ficava em casa. O cliente lembra-se de que o pai o levava para trabalhar com ele numa barraca de melancia e que ele não gostava, mas tinha que ir. Ele se lembra de uma época em que o pai passava o dia inteiro sentado na porta de casa. Seus pais tiveram poucos estudos e não incentivaram os filhos a estudar (fazer cursos), bem como não acompanharam a vida escolar deles.

Marcos relatou que não havia demonstração de carinho em sua família, seus pais não tinham o costume de abraçar, beijar ou dizer “eu te amo”, assim como não havia isso entre os irmãos. A mãe dele fazia o possível para evitar as brigas entre os irmãos. Quando os via brigando, dava um jeito de separar.

Quando tinha 18 anos, seus pais se mudaram para outro Estado, porém ele não quis ir e ficou morando com um casal de pastores da igreja que frequentava. Sua mãe faleceu em 2007 de uma doença rara (Síndrome de Guillain-Barré) e ele se diz arrependido de não ter convivido mais com ela.

5.2. Acadêmico-Profissional

Sempre estudou em escolas públicas e sempre tirou notas medianas. Nunca reprovou, se dava bem com os professores e colegas. Fez alguns amigos, alguns dos quais tem até hoje. Porém, lembra que usava óculos grandes e recebia muitos apelidos, os piores possíveis, mas não questionava ou revidava, ele ficava calado.

Obteve seu primeiro emprego fixo aos 22 anos, como Fiscal de Transporte, onde permaneceu um ano e pediu para sair, visto que o ambiente era muito estressante e havia muitas brigas. Em seguida trabalhou como Assessor de Clientes em uma loja de roupas, dois anos em Brasília e dois anos em outro Estado. Quando se mudou novamente para outro Estado, trabalhou durante um ano como Auxiliar de Produção em uma fábrica de roupas íntimas, período que foi muito ruim para ele.

Trabalhava como balconista há aproximadamente um ano, emprego que considerava tranquilo, porém não gostava do fato de trabalhar aos domingos, além de que considerava o salário baixo. Também não via possibilidade de crescimento nesse local e, por isso, não pretendia ficar por muito tempo.

5.3. Sócio-Afetivo

Durante a adolescência, Marcos fez alguns amigos na igreja. Essa foi uma época em que ele se sentia bem nesse ambiente, mas se sentia mal em casa, pois estava privado de reforçadores importantes.

Teve sua primeira namorada aos 15 anos, mas o namoro durou apenas três meses. Ele se sentiu importante com a atenção de outras garotas e terminou o namoro. No entanto, se arrependeu, pois passou a gostar muito dela, mas ela não quis voltar.

Aos 27 anos, quando morava fora de Brasília, namorou uma mulher por três meses. Relata que gostava muito dela e até pensava em se casar, porém teve medo e terminou, pois ela se comportava de maneira que contrariava seus princípios cristãos, como por exemplo, chamá-lo para dormir na casa dela. Por essa e outras atitudes, ele achou que o relacionamento não daria certo, já que não abriria mão do que acreditava.

Perdeu a virgindade aos 29 anos de idade com uma vizinha. Relatava estar revoltado por não ter conseguido realizar seu sonho de se casar e acabou acontecendo. Marcos afirmava não ter sido nada especial como gostaria e relatava estar arrependido.

5.4. Médico-Psicológico

O cliente nunca havia feito terapia, inclusive confessou à terapeuta logo na primeira sessão que nunca acreditou que a Psicologia funcionasse ou pudesse ajudá-lo. Demonstrava resistência à ideia de fazer terapia, até que chegou a um ponto em que não estava mais aguentando e acabou cedendo e procurando ajuda. Também não fazia nenhum tipo de tratamento médico e nem uso de medicação.

6. Análises Molares

A Tabela 2 apresenta algumas das análises molares realizadas no decorrer dos atendimentos.

Tabela 2. Análises Molares de padrões comportamentais da vida do cliente em estudo.

Padrão Comportamental	Comportamentos que caracterizam	História de aquisição	Consequências que favorecem o padrão	Consequências que enfraquecem
“Baixa auto-estima”.	Verbalizações negativas a respeito de si; se acha uma pessoa comum; se compara às outras pessoas e se sente inferior; relatos constantes de tristeza e desânimo.	Pai rígido; falta de afeto na família; apelidos na escola; ambiente familiar pouco reforçador.	Poucos reforçadores sociais; contingências de punição; privação de afeto; amigos que não cumprem os compromissos feitos com ele.	Exposição a contingências reforçadoras, principalmente sociais; receber demonstração de afeto/carinho.
Acomodação.	Dificuldade de realizar projetos; reclamações sobre sua condição profissional; poucas tentativas de mudança (Ex: permanece em um emprego no qual está insatisfeito).	Modelo do pai (acomodado); falta de incentivo dos pais para estudos, trabalhos, etc.	Ausência de reforçamento quando realiza ou tenta realizar um projeto.	Cobranças das pessoas; incentivos;

Inassertividade (Fuga/esquiva de situações de conflito).	Se calar quando brigam com ele ou quando o criticam; evita discussões e se afasta das pessoas.	Mãe muito passiva, não permitia brigas entre os filhos; ambiente religioso.	Evita brigas e conflitos; as pessoas o avaliam como uma pessoa educada, tranquila, amiga de todos.	As pessoas "abusam" dele, desrespeitam seus sentimentos e opiniões; há desgaste das relações.
Baixo repertório social (relacionamento afetivo).	Dificuldade de se aproximar de mulheres, puxar assunto, fazer elogios, mostrar- se interessado, etc.	Pai rígido; falta de afeto na família; apelidos na escola; pais pouco presentes; regras religiosas quanto à virgindade.	Poucos reforçadores sociais; contingências de punição; privação de afeto; regras quanto à aparência.	Exposição a contingências sociais reforçadoras; receber demonstração de afeto/carinho.

7. Objetivos Terapêuticos

- Promover vínculo terapêutico efetivo, a fim de identificar comportamentos relevantes e possibilitar a modelagem de comportamentos mais adaptativos, de acordo com a FAP;
- Melhorar a auto-estima: aumentar a frequência de verbalizações positivas a respeito de si mesmo, discriminar características pessoais positivas,

exposição a contextos em que o cliente se sinta inseguro (entrar em contato com reforçadores/aprender a lidar com possíveis estímulos aversivos);

- Promover o desenvolvimento de habilidades sociais, principalmente assertivas, e tolerância à frustração;
- Promover o autoconhecimento;
- Aumentar a exposição a contingências que produzam reforçamento positivo.

8. Intervenções Realizadas

No início do processo psicoterapêutico, Marcos demonstrava timidez, insegurança e certo nervosismo, já que era a primeira vez que estava diante de uma psicóloga. No entanto, desde a primeira sessão, a terapeuta buscou proporcionar ao cliente um ambiente acolhedor, demonstrando interesse, atenção e respeito ao que ele relatava. Buscou-se promover um ambiente reforçador, por meio da audiência não punitiva. Ou seja, a terapeuta evitava emitir respostas que punissem o relato do cliente, independentemente de seu conteúdo, tendo o cuidado de não demonstrar qualquer tipo de desaprovação ou surpresa por meio de palavras ou expressões faciais. Assim, buscou-se validar os sentimentos do cliente e assumir a função de estímulo reforçador a fim de que Marcos emitisse relatos precisos e sentisse confiança na relação terapêutica. Relatos esses que provavelmente eram punidos nos contextos fora do consultório.

Num segundo momento, após o estabelecimento do vínculo terapêutico, a estratégia utilizada foi o reforçamento diferencial, no qual relatos queixosos do cliente e verbalizações negativas sobre si mesmo eram colocados em extinção. Paralelamente, verbalizações sobre suas qualidades e capacidades, tanto adquiridas quanto a serem alcançadas, eram reforçadas positivamente. Isto é, a terapeuta

demonstrava maior atenção e interesse quando esses relatos eram emitidos e fazia perguntas sobre o assunto. Utilizou-se esse procedimento, pois o cliente fazia inúmeras reclamações sobre sua vida e apresentava auto-relatos negativos.

Com o objetivo de desenvolver repertório de autoconhecimento, foi utilizado com o cliente o treino em auto-observação, no qual se buscou identificar seus padrões comportamentais e discriminar as variáveis controladoras. Para tanto, foram utilizadas algumas tarefas de casa, tais como “Linha da Vida” e “Pizza da Vida”, um questionário de autoconhecimento (Anexo 2) e uma atividade para ajudar a identificar reforçadores (Anexo 3).

Como forma de intervenção, a terapeuta procurou estar atenta aos CRBs emitidos durante as sessões e às análises funcionais, para que pudessem ser realizadas de forma efetiva. No início da terapia, observou-se uma privação de reforçadores sociais de características afetivas por parte do cliente e também uma falta de habilidade em lidar com as pessoas. Em uma determinada sessão, o cliente se queixou à terapeuta por ela ter desmarcado duas sessões antecedentes (CRB 2), relatando ter se sentido desprezado e pouco importante (CRB 1). A terapeuta aproveitou a ocasião para discutir com ele sobre esse sentimento e para identificar a similaridade funcional entre o ambiente natural e o ambiente da terapia. Percebeu-se que ele agia assim com as outras pessoas, cobrava atenção delas e por isso muitas vezes era visto como chato. Como consequência, alguns de seus amigos se afastavam dele ou frequentemente desmarcavam os compromissos. Marcos dizia ser um bom ouvinte, mas não tinha ninguém que o ouvisse, com quem pudesse desabafar e compartilhar seus pensamentos e sentimentos. Sentia muita falta disso. Uma hipótese levantada foi a de que as pessoas se afastavam dele porque ele, com frequência, reclamava, lamentava e cobrava carinho e atenção delas. Após esta sessão, Marcos

começou a pensar sobre isso e a observar mais seus comportamentos, bem como o impacto que eles causavam nos outros.

Ressalta-se que o cliente apresentava um padrão de inassertividade, principalmente nos relacionamentos mais próximos, demonstrando baixa tolerância à frustração e pouca habilidade nas situações de conquista amorosa, tais como aproximação, contato, conversa, mostrar-se interessado por uma mulher, etc. No entanto, em alguns contextos e situações conseguia apresentar assertividade, como chamar os amigos para sair, discordar da opinião de alguém, reclamar de algo que não gostou. Foi observado que o cliente possuía repertórios sociais tendo em vista o ambiente no qual estava inserido, as amizades que ele mantinha. Assim sendo, não foi observada a necessidade de um treino direto para a aquisição de repertório (i.e., habilidade social).

9. Mudanças Observadas

A frequência de respostas queixosas e negativas sobre si mesmo (CRB 1) havia diminuído consideravelmente. O cliente passou a reclamar menos de sua vida profissional e começou a ter pequenas atitudes na direção de conseguir algo melhor, como tentar controlar suas dívidas, fazendo um planejamento, e se matriculando em um curso técnico para uma área a qual achava interessante e muito diferente de seu emprego. Também passou a ter maior preocupação em cuidar da sua imagem, algo que se queixava bastante. Como exemplo, começou a fazer tratamento dentário e comprou algumas roupas novas, o que não fazia há muito tempo. No início da terapia apenas reclamava e se lamentava, mas depois passou a fazer tentativas na direção de mudar. Relatou: “Vou cuidar primeiro de mim” (CRB 2).

Outra mudança observada foi o fato de que ele começou a discriminar alguns de seus comportamentos. Passou a perceber que entrando em contato com algumas contingências, das quais estava privado, sentia-se melhor. O cliente passou a emitir alguns comportamentos novos, como chamar os amigos para sair, ao invés de esperar pelo convite deles (o que raramente acontecia), convidar pela primeira vez a família para um churrasco em comemoração ao seu aniversário, visitar uma igreja e passar a frequentá-la. Marcos relatava sentir falta dessas atividades, de sair com os amigos, de participar de grupos da igreja, de estar com a família. Sua vida estava restrita ao trabalho e, apesar de se sentir sozinho, se acomodava nessa situação. Quando começou a fazer essas atividades, sentiu-se muito bem. As constantes verbalizações de tristeza, desânimo e inferioridade praticamente sumiram. Ao perceber que isso o fazia se sentir feliz, relatou: “Estou tentando movimentar minha vida” (CRB 2).

Marcos também começou a perceber o quanto seu comportamento influenciava o dos demais. Parou de cobrar atenção dos amigos e teve ótimo retorno deles. Ou seja, ampliou seu círculo de amizades e passou a sair mais com eles. Relatava estar mais tranquilo em relação à vida afetiva e profissional e tinha como objetivos se cuidar, investir nos estudos, conseguir um emprego melhor e se preparar para um relacionamento íntimo. Sobre isso, o cliente passou a ter pequenas atitudes a fim de conseguir uma namorada. Isto é, começou a fazer algumas tentativas de se aproximar das mulheres. Por exemplo, trocou contatos com uma mulher da cidade de seu pai e às vezes conversava com ela, se aproximou algumas vezes de garotas nos ônibus, puxou assunto, pediu para ser adicionado no *Facebook*, etc. Houve uma diminuição considerável nas reclamações quanto à aparência física e ao fato de não ter namorada.

O cliente passou a relatar que estava se sentindo animado e alegre e demonstrava cada vez mais engajamento no processo psicoterapêutico. Começou a desenvolver algumas habilidades sociais importantes ao conseguir entrar em contato com as contingências das quais estava privado há muito tempo.

Considera-se ainda que o vínculo terapêutico foi alcançado logo nas primeiras sessões e contribuiu significativamente para o bom andamento da terapia, bem como para o alcance dos demais objetivos propostos. Foi fundamental para as melhoras obtidas a relação que se estabeleceu entre terapeuta e cliente.

Considerações Finais

A maior parte dos problemas das pessoas diz respeito às dificuldades nas relações sociais, estando envolvidas em vários dos transtornos psicológicos e, frequentemente, na busca por psicoterapia (Caballo, 2003). Cada vez mais se faz necessário para a Análise do Comportamento investigar os fenômenos envolvidos nas relações sociais, especialmente as habilidades que promovem a adaptação social. Dentre as habilidades sociais mais importantes encontra-se a assertividade que, em uma visão analítico-comportamental, deve ser entendida considerando-se as análises funcionais desse padrão de comportamento e não apenas sua topografia.

O objetivo deste trabalho foi mostrar como a Análise Comportamental Clínica pode contribuir na compreensão e intervenção de um caso de baixo repertório social, demonstrando a importância da relação terapêutica para a efetividade da terapia.

O cliente descrito no presente estudo apresentava baixo repertório social, envolvendo principalmente questões afetivas. Considera-se que ter sido exposto a várias contingências aversivas e estar privado de afeto e carinho ao longo da vida pode ter contribuído para a aquisição desse padrão comportamental. Pode-se pensar, ainda, que a questão religiosa teve um papel importante nesse processo, já que o cliente esteve privado de contatos íntimos por muito tempo, ao acreditar que o sexo antes do casamento era pecado. Outro fator que pode ter dificultado a aquisição de tais habilidades, trazendo sentimentos de insegurança, deve-se ao fato de ter sido alvo de críticas e zombarias na adolescência, principalmente na escola, por conta de sua aparência física. Um segundo padrão relevante no comportamento de Marcos era a inassertividade, observada principalmente em situações nas quais era exposto a críticas ou cobranças, o que resultava em comportamentos de fuga e esquivas.

Analisando-se o histórico de vida do cliente, observa-se que o comportamento extremamente passivo da mãe pode ter contribuído para a instalação desse padrão, assim como as regras religiosas, uma vez que se prega “dar a outra face”, perdoar, sofrer o dano, etc. Além de se considerar as variáveis históricas para analisar os comportamentos, ressalta-se a importância dos contextos atuais para a manutenção destes padrões. Ao iniciar a terapia, Marcos estava inserido em um ambiente escasso de reforçadores sociais, já que sua rotina diária se resumia ao trabalho. Além disso, tinha poucos amigos, a maior parte da família morava distante e os irmãos que moravam perto apresentavam pouca verbalização. Ou seja, encontrava-se privado de reforçadores sociais de caráter afetivo.

A identificação e a análise dos padrões comportamentais do cliente foram realizadas por meio da análise funcional. De acordo com Meyer (1997), tal análise é um instrumento básico de trabalho de todo analista do comportamento, cuja tarefa é identificar contingências que estão operando e inferir quais as que provavelmente operaram no passado. Para a autora, mudanças no comportamento só ocorrem quando há mudanças nas contingências. Segundo Delitti (1997), “a análise funcional, nesta perspectiva, é um dos instrumentos mais valiosos para a prática clínica, pois é a partir dela que é possível o levantamento correto dos dados necessários para o processo terapêutico” (p. 38).

A intervenção nesse caso foi baseada, seguindo os propósitos da Análise Comportamental Clínica, numa investigação ampla, que vai além da topografia. Ou seja, através de análises molares, que identificam variáveis históricas. Segundo de-Farias (2010), é importante considerar a história de vida do cliente, visto que por meio dessa análise molar que se pode avaliar sua atuação nas contingências atuais, que controlam a probabilidade do comportamento. A autora também afirma que as

causas dos comportamentos devem ser buscadas nas interações passadas e atuais do cliente com o ambiente. Para Delitti (1997), a análise funcional envolve no mínimo três aspectos da vida do cliente: a história passada, o comportamento atual e a relação com o terapeuta.

Sobre a relação terapêutica, considera-se que ela foi extremamente importante para o bom andamento da terapia. A interação terapeuta-cliente foi satisfatória, estabelecendo-se um alto grau de confiança e engajamento nas sessões e atividades propostas. Por meio de acolhimento, empatia e audiência não punitiva a terapeuta pôde ter acesso aos relatos verbais de eventos históricos e atuais, públicos e privados. Com isso, foram identificadas as contingências envolvidas, tanto na instalação, como na manutenção dos comportamentos analisados, o que permitiu análises funcionais mais amplas. Ressalta-se que no caso de Marcos a relação terapêutica foi ainda mais importante, uma vez que em outros contextos, principalmente na família, havia um histórico de punição e privação afetiva.

O foco na relação terapêutica como instrumento de mudança é defendido pela FAP, proposta por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), a qual visa tratar problemas cotidianos que também ocorrem durante a sessão e que devem ser trabalhados pelo terapeuta. Segundo os autores, o terapeuta precisa estar atento aos comportamentos que ocorrem durante a sessão (CRBs: Comportamentos Clinicamente Relevantes).

Igualmente importante falar sobre as reações que o cliente provocou na terapeuta. Nas primeiras sessões, Marcos despertou um sentimento de pena e compaixão, devido à maneira como ele chegou à terapia. Isto é, apresentando-se muito triste e relatando acontecimentos aversivos em sua história de vida. Já em outro momento, causou incômodo e foi visto como “chato”, já que verbalizava com frequência que as pessoas não lhe davam atenção, que se sentia inferior, se achava feio e ninguém se

interessava por ele, etc. Também houve uma sessão em que ele afirmou à terapeuta ter se sentido desprezado e pouco importante (CRB 1), já que ela havia desmarcado duas sessões anteriores. Nesse momento a intervenção foi feita tentando observar os princípios da FAP através de perguntas que pudessem identificar a similaridade funcional entre o ambiente natural e o ambiente do consultório, como exemplo: “Com que frequência você se sente assim?”; “Em quais contextos?”; “Como as pessoas normalmente reagem?”. Após esta sessão, Marcos percebeu que estava agindo assim com os amigos e que provavelmente era por isso que eles estavam se afastando. Inclusive relatou posteriormente que uma amiga, com quem ele reclamava frequentemente, passou a lhe dar mais atenção e a sair com ele quando ele parou de reclamar e de cobrar isso dela. Para Kohlenberg e Tsai (1991/2001), uma forma de identificar CRBs e dar dicas sobre o efeito que o comportamento do cliente gera nas pessoas em seu ambiente natural é a discriminação das emoções do terapeuta, evocadas pelo comportamento do cliente.

A análise dos sentimentos da terapeuta teve um papel fundamental na formulação de hipóteses sobre os relacionamentos de Marcos fora do consultório. Tais sentimentos foram discutidos em supervisão clínica, que foi extremamente importante para a condução da terapia. Zamignani (2000) se refere à supervisão como sendo a forma mais comum para treinar terapeutas, pois permite o entendimento e reavaliação do processo de tomada de decisão, já que algumas variáveis de controle de seu comportamento são explicitadas.

Após as intervenções, percebe-se que houve uma melhora importante nos comportamentos do cliente, pois a emissão de CRBs 1 diminuiu consideravelmente. O cliente passou a emitir alguns CRBs 2, tais como: “Vou cuidar primeiro de mim” e “Estou tentando movimentar minha vida”. Quando passou a se expor a contingências

das quais estava privado, começou a se sentir melhor e a desenvolver repertório de habilidades sociais, podendo ser observado, por exemplo, nos comportamentos que começou a emitir com as mulheres (descritos com detalhe na parte “Mudanças Observadas”).

Após 45 sessões realizadas, o cliente foi encaminhado a outro terapeuta-estagiário do IBAC, visto que a autora do presente estudo havia encerrado o Estágio Supervisionado e concluído as horas de atendimento exigidas. Apesar disso, esse caso clínico serviu como um enorme aprendizado para a formação profissional da terapeuta. Também com esse caso, a terapeuta pôde perceber quão importante é o compromisso com o cliente e quão poderosa é a relação terapêutica, considerando-a como a base de uma psicoterapia de sucesso. Além do mais, por ter sido o primeiro caso clínico atendido no IBAC, esse caso se torna ainda mais especial. Espera-se que ao dar continuidade à terapia, o cliente possa desenvolver ainda mais suas habilidades sociais. Também se espera que consiga emitir CRBs 3, que são as interpretações de seus próprios comportamentos e com isso o autoconhecimento, que foi um dos objetivos do presente caso. Diante do que foi exposto, considera-se que as intervenções realizadas foram bem sucedidas, ao se observar as mudanças alcançadas.

Por fim, o presente trabalho contribuiu para divulgar os ganhos obtidos por meio de ações terapêuticas que priorizam as análises funcionais, principal instrumento da Análise do Comportamento. Considera-se que o objetivo foi alcançado, ao se conseguir apresentar a efetividade da Análise Comportamental Clínica na compreensão das habilidades sociais e ao demonstrar a importância da relação terapêutica para a aquisição dessas habilidades em um caso de baixo repertório social.

Referências

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Bandeira, M., & Ireno, E. de M. (2002). Reinserção social de psicóticos: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*, 665-675.
- Braga, G. L. de B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia, 23*, 307-314.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Terapia Comportamental e Análise Funcional da Relação Terapêutica: Estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*, 179-187.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento. Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 113-138). Porto Alegre: Arte Médicas.
- Catania, A. C. (1998/1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. das G. de Souza, trad. coord.). Porto Alegre: Artmed.
- Chagas, M. de T., Guilherme G., & Moriyama, J. de S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Revista Acta Comportamentalia 21*, 495-508.

- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia Analítico-Funcional: a relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 133-148). Santo André: ESETec.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Uma introdução ao livro. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delliti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 37-44). São Paulo: ARBytes.
- Delitti, M. (2005). A Relação Terapêutica na Terapia Comportamental. Em H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a Variabilidade* (pp. 360-369). Santo André: ESETec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9, 125-136.
- Dutra, A. (2010). Esquiva experiencial na relação terapêutica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.

- Guilhardi, H. J. (2012). *Assertividade–Inassertividade em um Referencial Comportamental*. Retirado no dia 16/10/2014, do site <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/assertividade.pdf>
- Haydu, V. B. (2009). Compreendendo os processos de interação do homem com seu meio ambiente. Em S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia Comportamental Aplicada: Avaliação e intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação*. (pp. 9-35). Londrina: Eduel.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, trad. coord.). Santo André: ESETec.
- Marchezini-Cunha, V., & Tourinho, E. Z. (2010). Assertividade e Autocontrole: Interpretação Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 295-304.
- Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). São Paulo: Artmed.
- Morais, A. R. V. (2006). *Assertividade, Resiliência e Intenções Comportamentais nos Jovens*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Sidman, M. (1989/2009). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery & T. M. Sério, Trads.). Campinas: Livro Pleno.
- Skinner, B. F. (1957/1978). *O Comportamento Verbal* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.

- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Todorov, J. C. (2007). A Psicologia como o Estudo de Interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, pp. 57-61.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia. Teoria e Prática*, 7, 127-136.
- Velasco, S. M., & Cirino, S. D. (2004). A relação terapêutica como foco da análise na prática clínica comportamental. Em A. M. S. Teixeira, M. R. B. Assunção, R. R. Starling, & S. S. Castanheira (Orgs.), *Ciência do comportamento: conhecer e avançar* (pp. 31-38). Santo André: ESETec.
- Vila, E. M., & Del Prette, A. (2009). Relato de um programa de treinamento de habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldade de aprendizagem. Em S. R. de Souza & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia Comportamental Aplicada: Avaliação e intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação*. (pp. 83-111). Londrina: Eduel.
- Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 5. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 234-243). Santo André: ESETec.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

Anexos

Anexo 1. Termo de autorização, modelo padrão utilizado no IBAC.

AUTORIZAÇÃO PARA SUPERVISÃO DE CASO E ARQUIVAMENTO DE 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 Especialização 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 2. Questionário de Autoconhecimento.

Assinale as características que você acha que mais representam você:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autoritário | <input type="checkbox"/> carinhoso | <input type="checkbox"/> sincero |
| <input type="checkbox"/> inseguro | <input type="checkbox"/> arrogante | <input type="checkbox"/> paciente |
| <input type="checkbox"/> calado | <input type="checkbox"/> acomodado | <input type="checkbox"/> persistente |
| <input type="checkbox"/> impulsivo | <input type="checkbox"/> produtivo | <input type="checkbox"/> extrovertido |
| <input type="checkbox"/> educado | <input type="checkbox"/> compreensivo | <input type="checkbox"/> tranquilo |
| <input type="checkbox"/> agressivo | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> exigente |
| <input type="checkbox"/> prestativo | <input type="checkbox"/> se queixar | <input type="checkbox"/> controlador |
| <input type="checkbox"/> ciumento | <input type="checkbox"/> pacificador | <input type="checkbox"/> agitado |
| <input type="checkbox"/> explosivo | <input type="checkbox"/> calmo | <input type="checkbox"/> amigável |
| <input type="checkbox"/> orgulhoso | <input type="checkbox"/> sedutor | <input type="checkbox"/> flexível |

Que sensações/sentimentos são comuns em você?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> raiva | <input type="checkbox"/> calma |
| <input type="checkbox"/> medo | <input type="checkbox"/> angústia |
| <input type="checkbox"/> alegria | <input type="checkbox"/> indiferença |
| <input type="checkbox"/> tristeza | <input type="checkbox"/> solidão |
| <input type="checkbox"/> desânimo | <input type="checkbox"/> desejo sexual |
| <input type="checkbox"/> euforia | <input type="checkbox"/> paixão |
| <input type="checkbox"/> ansiedade | <input type="checkbox"/> nojo |
| <input type="checkbox"/> entusiasmo | <input type="checkbox"/> esperança |

Identifique as circunstâncias em que seu comportamento ocorre

Característica	Pais	Filhos	Amigos	Trabalho	Nam/Cônjuge	Desc.	Chefes
Autoritário							
Carinhoso							
Exigente							
Prestativo							
Falante							

Identifique as circunstâncias em que seus sentimentos ocorrem

Características	Pais	Filhos	Amigos	Trabalho	Nam/Cônjuge	Desc.	Chefes
Medo/Inseg.							
Tristeza							
Alegria							
Desejo							
Raiva							

Que comportamentos as pessoas normalmente apresentam diante de você?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> justificativas | <input type="checkbox"/> preocupação | <input type="checkbox"/> impaciência |
| <input type="checkbox"/> confrontação | <input type="checkbox"/> alegria | <input type="checkbox"/> falar muito |
| <input type="checkbox"/> desânimo | <input type="checkbox"/> agressividade | <input type="checkbox"/> impulsivo |
| <input type="checkbox"/> insegurança | <input type="checkbox"/> abusivo | <input type="checkbox"/> ficar calado |
| <input type="checkbox"/> autoritário | <input type="checkbox"/> protetor | <input type="checkbox"/> tristeza |
| <input type="checkbox"/> gratidão | <input type="checkbox"/> prestatividade | <input type="checkbox"/> cortar conversa |
| <input type="checkbox"/> admiração | <input type="checkbox"/> reprovação | <input type="checkbox"/> superioridade |
| <input type="checkbox"/> cobrança | <input type="checkbox"/> sedutor | |
| <input type="checkbox"/> tédio | <input type="checkbox"/> desprezo | |

Liste pessoas ou tipos de pessoas que possam apresentar com frequência as seguintes sensações na sua presença, pensando em você, ouvindo falar seu nome, etc.

Sensação	Pessoas que sentem isso na sua presença	Algo que você fez para que isso ocorresse
Medo		
Raiva		
Alegria		
Tristeza		

O que as pessoas acham ou pensam de você? E o que você faz para que elas pensem assim?

O que existe de melhor e pior em você?

O que você mais ouve ou ouviu a seu respeito?

Anexo 3. Atividade para ajudar identificar reforçadores.

Saber o que tem valor para você:

1. Quais as prioridades na sua vida?

2. Se você pudesse escolher a sua vida, como ela seria?

3. Se você pudesse, o que você gostaria de remover de sua vida?

4. O que lhe dá mais prazer?

5. O que mais você sente falta na vida?