

Capítulo 14

Relação Terapêutica em um Caso de Fobia Social¹

Luciana Freire Torres
Ana Karina C. R. de-Farias



Há um grande número de estudos sobre a natureza dos Transtornos de Ansiedade. A ansiedade caracteriza-se pela presença dos seguintes sintomas: tensão, preocupação, irritação, angústia, dificuldade de concentração, tonturas, cefaleia e dores musculares. O indivíduo com intensas "crises de ansiedade" (ou melhor, alterações comportamentais, como as citadas) evita o contato ou a exposição a determinadas situações por temer uma possível perda de controle ou um ataque cardíaco. Assim, esse indivíduo visa o controle de eventos relatados como "internos" e "externos", havendo uma tendência de esquiva de situações que envolvam um maior grau de ansiedade (Caballo, 1996/2002; Dalgarrondo, 2000. Ver também o capítulo de Bravin e de-Farias e o de Fugioka e de-Farias neste livro).

Dentre os diversos transtornos de ansiedade, destaca-se aqui a fobia social, que se caracteriza por um medo intenso de situações sociais que envolvam um grupo de pessoas. de falar em público, de contato com pessoas estranhas e com pessoas que possam ser consideradas superiores a ela (APA, 2002; Campbell, 1986; Falcone, 1999).

Muitas explicações desses transtornos baseiam-se em fatores biológicos, neurológicos e químicos. Para os analistas do com-

portamento, que consideram a Psicologia como ciência que visa investigar relações organismo-ambiente, essas explicações não seriam satisfatórias. Isso não quer dizer que os analistas do comportamento excluam afirmações sobre os fatores acima citados, mas somente que descartam explicações que não levem em consideração a totalidade das interações entre organismo e seu ambiente, do qual o biológico seria apenas uma parte. Assim, os comportamentalistas não separam a pessoa de um "eu essencial" ou entidade localizada atrás do indivíduo, e sim estudam o indivíduo na sua relação com o ambiente passado e atual (Skinner, 1953/1998, 1974/1993 e 1989/1991; Todorov, 1989).

Não se pode dizer que essa visão é a mais comum em Psicologia. Os analistas do comportamento têm sido denominados simplistas/reducionistas, o que demonstra o mau conhecimento, por parte dos críticos, da filosofia que embasa sua abordagem: o Behaviorismo Radical. Essas críticas decorrem, provavelmente, da sua história.² Watson, fundador do Behaviorismo, defendia o ideal de que somente uma ciência cujo objeto de estudo fosse publicamente observável seria confiável. Propôs, então, fazer da Psicologia o estudo das leis que regem dois tipos de eventos publicamente observáveis: os estímulos (S) e as respostas (R), leis que possibilita-

riam prever as respostas quando se tivesse um conhecimento dos estímulos (Doron e Parot, 2000; Matos, 1997).

O Behaviorismo Metodológico (assim denominado devido à ênfase no método científico) não tomava como objeto de estudo os comportamentos internos, mas também não negava sua existência – Watson afirmava apenas que não havia formas objetivas de observá-los/estudá-los, pela impossibilidade de consenso público. Skinner (1953/1998, 1974/1993 e 1989/1991), com o Behaviorismo Radical, propõe-se a estudar eventos internos, entendendo a introspecção como a observação do próprio comportamento, sendo resultado de aprendizagem (Matos, 1997).

Os analistas do comportamento deram um grande passo ao desenvolverem o conceito de comportamento operante. Até então, o conceito disponível referia-se a uma relação de S→R, na qual o estímulo antecedente seria o determinante da resposta observável. Esse tipo de relação é denominado comportamento reflexo ou respondente. E, dentro do conjunto de respostas, pode ser verificada a presença de eventos privados, como as "emoções" e os "sentimentos de medo" (Baum, 1994/1999; Matos, 1997; Skinner, 1974/1993).

Quando Skinner utiliza o termo eventos privados, refere-se tanto a estímulos (p. ex., condições corporais fisiológicas) quanto a respostas, tais como pensar, lembrar, etc. (Skinner, 1953/1998, 1974/1993, 1989/1991; Tourinho, 1999). Nessa visão, os comportamentos privados poderiam assumir controle sobre as condutas humanas. No entanto, não são apontados como causa principal, mas sim como mais uma das variáveis determinantes dos comportamentos que o indivíduo emite, o que encoraja a busca por determinantes ambientais. Por exemplo, um cliente pode relatar uma "angústia muito grande", uma "tristeza", um "vazio interior", como sendo das causas do comportamento público de

comer compulsivamente. Isso é esperado, tendo em vista que a comunidade verbal nos ensina a tratar sentimentos como causas de comportamento (Tourinho, 1999). O terapeuta comportamental buscaria eventos que, em seu ambiente (antecedente e consequente), contingenciaram tanto o comportamento de comer compulsivamente quanto o relato verbal do cliente.

Segundo Banaco, Zamignani e Kovac (1997), os defensores da Análise Comportamental Clínica rejeitam a noção de causas mentais, mas prestam bastante atenção a eventos privados. Atuam, preferencialmente, usando a própria situação terapêutica como ambiente natural, modelando os comportamentos verbais do cliente enquanto ocorrem, analisando as contingências das trocas interpessoais dentro da própria terapia, em função dos problemas do cliente (Cabral, 2005; Cabral e de-Farias, 2005; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001. Ver o capítulo de Dutra, o de Assunção e Vandenberghe e o de Fugioka e de-Farias neste livro).

Ao fazer uma análise dos eventos tidos como privados, assim como no caso dos públicos, o analista do comportamento utiliza a análise funcional, ou seja, a avaliação das variáveis de controle e levantamento de possíveis contingências que mantêm o padrão do comportamento (Matos, 1997). Uma vez reconhecida a aquisição de repertórios, bem "adaptados" ou não³, o analista do comportamento utiliza-se da análise funcional para a obtenção de resultados positivos em relação à superação do indivíduo frente a seus problemas específicos. Dentre esses problemas, como já foi dito, os transtornos de ansiedade e a fobia social têm recebido crescente atenção dos psicólogos clínicos.

¹ O presente trabalho é parte da monografia de conclusão do curso de graduação em Psicologia, na Universidade Católica de Goiás, defendida pela primeira autora sob orientação da segunda.

² Ver o capítulo de Marçal, neste livro, para maior discussão acerca das críticas formuladas ao Behaviorismo.

³ O critério para julgar um comportamento como "desadaptativo" ou "disfuncional" seria o fato de causar sofrimento ao indivíduo e/ou a pessoas que convivam com ele.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), a fobia social está enquadrada como um dos tipos de transtorno de ansiedade, sendo definida como um estado de medo intenso e persistente apresentado por uma pessoa ao ser exposta a determinadas situações sociais nas quais deduz que possa ser negativamente criticada ou rejeitada em função de seu comportamento (Rangé, 2001. Ver também Bravin e de-Farias neste livro).

A Análise do Comportamento, segundo Conte e Brandão (2001), compreende que a base da fobia social é o medo que as pessoas têm de enfrentar situações novas ou de risco. Uma vez que a pessoa passe a evitar ou a fugir de tais situações, pode construir uma série de fantasias catastróficas sobre as consequências potenciais de sua exposição a situações temidas, podendo essas fantasias adquirir um potencial altamente aversivo. Isso elicia importantes reações emocionais e leva a pessoa a tentar evitar as situações reais.

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo pesquisar comportamentos diagnosticados como transtorno de ansiedade ou fobia social. Para tanto, será apresentado um estudo de caso, no qual métodos de intervenção comportamentais foram aplicados, visando à modificação de comportamentos (públicos e privados) de um cliente do sexo masculino, que afirmou sofrer de fobia social há 26 anos.

CASO CLÍNICO

Cliente e histórico da queixa

Paulo (nome fictício), sexo masculino, iniciou a terapia com 39 anos. Havia parado de estudar 20 anos antes, tendo cursado até a 4ª série do ensino fundamental. Estava casado há 14 anos e não tinha filhos. O cliente relatou já ter feito tratamento com um psicanalista durante um ano.

A queixa inicial do cliente foi verbalizada como: "sofro há 26 anos de fobia social". Essa fobia vinha comprometendo sua vida nos diferentes aspectos como, por exemplo, "não consegui terminar nem a 4ª série", "não consigo um bom emprego" e "não consigo manter contato com pessoas desconhecidas".

Desde a infância, seus pais afirmavam que ele era medroso, que "não dava conta de nada", o que o levou a sair de casa e se mudar para a "cidade grande" aos 17 anos para trabalhar em garimpos. Imaginava que era a possível solução para seu problema. Retornou aos 26 anos para sua cidade e, antes de completar 27 anos, casou-se com uma antiga conhecida, que não era seu "ideal de esposa", mas, ao menos, não precisaria "paquerar" outra mulher.

Durante muitos anos, consumiu bebidas alcoólicas para diminuir sua ansiedade: "Ela (a bebida) me relaxa, ficava menos ansioso". Parou de beber 10 anos antes do início do tratamento, quando procurou um psiquiatra numa tentativa de diminuir seu medo de se expor. O psiquiatra receitou-lhe Bromazepan, sendo consumido um comprimido por dia, e Fluoxetina. O cliente relatou que não fazia uso constante dos medicamentos por ter medo de se "viciar", suspendendo, temporariamente e por conta própria, o uso quando se sentia melhor. Às vezes, ele alternava o uso dos medicamentos, dando preferência ao Bromazepan, pois com esse tinha "sono melhor". Com relação aos benefícios que os medicamentos trouxeram à sua vida, relatou que o "medo" não diminuiu, mas que tinha sensação de alívio pelo simples fato de estar procurando ajuda.

Seu cunhado lhe arranhou um emprego de operador de máquinas, no qual permanecia há 14 anos. Seu lazer, após o casamento, resumia-se em assistir a filmes pornôs sozinho e ir a bailes comunitários uma vez por mês: "eu ia dançar, ter casos extraconjugais rápidos". Não tinha

mais que um ou dois encontros com uma mesma mulher por ter "medo de não ter assunto, não saber o que conversar". Afirmando que, sozinho, não saberia como lidar com seu problema e tinha medo de "chegar ao fim". Questionado sobre o que era esse "fim", foi respondido que seria o momento onde não haveria mais solução.

Ambiente e materiais

As sessões foram realizadas no Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica, da Universidade Católica de Goiás, em um consultório padronizado para atendimento terapêutico, que continha uma porta, uma janela, um armário, uma mesa com duas cadeiras e duas poltronas.

Durante as sessões, foram utilizadas folhas de papel A4 para registros de comportamentos, lápis, canetas, jornais, CDs e textos para biblioterapia. Em uma sessão de acompanhamento psicoterápico, a terapeuta acompanhou o cliente a um restaurante, próximo à universidade, onde almoçaram.

Procedimento

Havia uma ou duas sessões semanais (dependendo da disponibilidade e da necessidade do cliente), com duração de 50 minutos, nas quais foram realizadas análises funcionais de seus comportamentos. O total de sessões, até o momento em que este trabalho foi redigido, era de 40.

Nas primeiras sessões, foi realizada uma apresentação da terapia comportamental, com o objetivo de criar um ambiente de confiança e, consequentemente, estabelecer um vínculo terapêutico. Foi também estabelecido o contrato terapêutico, deixando claras as normas da instituição e o método a ser trabalhado nas sessões.

A história de vida do cliente (familiar, social, profissional e a relação com

sua esposa) foi levantada por meio de entrevistas semiestruturadas e de tarefas de casa. Foi solicitado a Paulo que fizesse anotações sobre as situações que lhe causavam medo, apontando seus comportamentos, públicos e privados, diante de tais situações.

Na segunda fase do processo, foram utilizadas técnicas comportamentais: reforçamento diferencial, biblioterapia, treino de habilidades sociais e de solução de problemas, ensaio comportamental, escrita terapêutica e registro de seus comportamentos privados. O objetivo geral era desenvolver, em Paulo, um repertório de análises funcionais precisas.

Discussão do caso

No início do processo terapêutico, foram feitas algumas entrevistas com fins avaliativos de sua queixa e o que ele fazia para enfrentamento das situações. O cliente expôs sua problemática como:

Meu caso começou quando eu tinha 14 anos⁴, no interior do Tocantins, quando eu fazia a 4ª série e a professora me mandava fazer leitura em voz alta para toda turma. Tentava fugir, indo ao banheiro, mas ela sempre me esperava. (...) Pensava que ia desmaiar, suava muito, parecia que ia morrer, me dava taquicardia e me dava vontade de sair correndo dali, tinha muito medo! (...) Por isso, saí do Tocantins para ir trabalhar no garimpo, pois pensava que ia diminuir meu medo de me expor, pois acreditava que rodan-

⁴ O cliente nunca deixou claro o motivo de seu atraso na escola – geralmente, as crianças cursavam a 4ª série do ensino fundamental com 10 ou 11 anos. Pode-se hipotetizar que parte de suas dificuldades sociais poderia ser explicada pela diferença de idade em relação aos outros alunos, por dificuldades de aprendizagem propriamente ditas, por críticas de outrem devido à idade avançada, etc.

do o mundo ia perder o medo de me relacionar com as outras pessoas.”

Especificando melhor as classes de respostas que consistiram nas queixas de Paulo, ele esquivava-se de manter contato com quaisquer pessoas que poderiam julgá-lo. Por exemplo, expor-se no refeitório para obtenção de comida, procurar um novo emprego, voltar a estudar, almoçar com familiares e/ou conhecidos, conversar com pessoas com maior grau de escolaridade ou mulheres bonitas, escrever na presença de outras pessoas. Além disso, o cliente apontou dificuldades em relatar o que o incomodava, podendo ser citado como exemplo o fato de seu cunhado dar-lhe apelidos, dos quais não gostava, e ele não reclamar.

Tendo em vista suas queixas, foram levantados, em conjunto com o cliente, objetivos terapêuticos e meios para alcançá-los. O Quadro 14.1 apresenta alguns procedimentos empregados, com os respectivos objetivos e relatos do cliente durante o processo.

Na 12ª sessão, foi realizada uma tentativa de exposição gradual a estímulos, com a leitura em voz alta de um texto (“O medo nosso de cada dia”, Shinohara, 2003). A leitura foi realizada na presença da terapeuta, sempre fazendo pausas e pedindo desculpas, relatando que estava com gagueiras e que não estava fazendo a pontuação. A terapeuta reforçava seu comportamento, sorrindo para o cliente, dizendo que a compreensão da leitura estava boa e que ele podia continuar.

O cliente falou de alguns comportamentos privados que estava sentindo naquela sessão. No início, apresentou sudorese, mas, com o decorrer da sessão e os reforçadores liberados pela terapeuta, sentiu-se mais à vontade. Ao fazer uma comparação com situações externas à terapia, o cliente observou que seus compor-

tamentos respondentes (que consistiam em sudorese, tremor e taquicardia) aconteciam com uma intensidade menor no ambiente terapêutico. Com o decorrer do processo terapêutico, Paulo relatou diminuição desses respondentes também em seu ambiente natural.

Como já dito, a esquia de situações ansiogênicas estava limitando-o, por exemplo, a procurar um novo emprego. “Quando penso na ideia de preencher uma ficha para um novo emprego e, depois, ter de ficar de frente com uma pessoa que vai me julgar para ver se eu sou competente para o emprego, tenho medo, começo a suar só de pensar nisso, e desisto da ideia”.

Então, Paulo foi convidado pela terapeuta a preencher currículos durante a sessão. O cliente relatou ser ambidestro, mas acreditava que sua escrita com a mão direita era mais bonita e lenta do que com a esquerda.⁵ A terapeuta pediu ao cliente que preenchesse os currículos, alguns com a mão direita e outros com a mão esquerda, e, sem o conhecimento do cliente, marcou o tempo usado para assinar os currículos com cada uma das mãos. Posteriormente, avisou ao cliente que havia marcado os tempos; perguntou se havia, por parte dele, interesse em compará-los e ele disse que sim. Com a mão esquerda, o preenchimento se deu em 56 segundos e, com a mão direita, 54, ou seja, uma diferença insignificante. Relatou ele: “pensava que escrevia mais rápido com a mão direita, mas agora acho que não tem diferença. Agora quem sabe posso escrever somente com a mão

⁵ Isso era um problema para o cliente em diversas situações. Por exemplo, ao ter que assinar mensalmente recibos de vales-alimentação, na presença de outras pessoas, ficava no final da fila, torcendo para que todos os colegas saíssem, experienciando todos os respondentes anteriormente citados. Tinha muitas dúvidas entre “escrever bonito” (com a mão direita) ou “escrever rápido” (com a esquerda).

Quadro 14.1 Resumo de procedimentos adotados com o cliente Paulo, com os respectivos objetivos, assim como relatos verbais do cliente acerca de suas queixas

Início	Objetivos	Respostas do Cliente
Entrevistas iniciais.	Conhecimento da “queixa”, aspectos históricos e familiares e repostas a medicamentos.	Paulo expõe algumas autorregras, tais como: “As pessoas são mais do que as outras”; “pode ser um espírito que causa meu problema”; “sou um medroso”; “não existe medo”; “o medicamento me ajuda no sentido de me deixar paralisado, me sinto meio bobo”; “parei de estudar por ter medo, gostaria de retornar os estudos e procurar um novo trabalho”.
Solicitar ao cliente registro de seus comportamentos, sendo de início os mais e os menos prazerosos.	Conhecer seus reforçadores, positivos e negativos, com familiares, esposa, colegas de trabalho, em atividades que Paulo executava todos os dias.	“Levo uma vida normal”; “Trabalho honestamente e tenho um casamento bom. Vou ocasionalmente aos forrós sem minha esposa”; “Tenho alguns relacionamentos extraconjugais, mas não me mantenho neles, até porque não tenho coragem de ligar para outra pessoa, e também sou casado”; “Assisto a filmes pornôs em cinemas pornôs e minha esposa não gosta”.
Solicitação ao cliente que continuasse a relatar as situações que considerava mais estressoras.	Coleta de dados; observação das respostas frente ao terapeuta, consistindo em um treino de fala para futuras exposições; estabelecimento de um melhor vínculo terapêutico, devido à ausência de punição.	“Tenho medo de falar com pessoas estranhas; com meus cunhados; não vou à casa de amigos por pensar que terei de falar alto. Quando vou à casa deles, almoço no quarto. No meu serviço, sou o último a comer, pois tenho vergonha de mulheres bonitas ou de pessoas que considero superiores a mim. Todo mês, sofro uma semana antes por ter de pegar os vales-transportes, tendo de escrever na frente dos outros”.
Solicitar que Paulo diga “oi” para alguma pessoa desconhecida.	Observar a reação das pessoas, expor-se às contingências sociais fora do ambiente terapêutico.	“Acho que não vou conseguir”. A terapeuta o encoraja e dá alguns modelos: “Pode ser uma conversa curta, ‘oi’, ‘boa tarde’”.
A terapeuta convida Paulo a subir e descer de elevador várias sessões consecutivas.	Treino de habilidades sociais.	No primeiro dia, Paulo se manteve calado e a terapeuta iniciou uma breve conversa com uma desconhecida no elevador.

direita, pois aí minha letra vai sair mais bonita”.

A terapeuta levou, duas vezes, lanches para a sessão, com o objetivo de manejar contingências sociais para futuras generalizações, realizando observação do comportamento do cliente e exposição gradual a situações estressoras. Posteriormente, foi agendado um almoço em restaurante frequentado por pessoas de classe média, muito frequentado por estudantes universitários. “Me senti melhor, importante. Fiquei trêmulo no começo, mas fiquei te observando e parei. Percebi que as pessoas não ficam observando as outras comerem, então fiquei à vontade”. Após essa sessão, o comportamento de comer em público tornou-se mais frequente.

O Quadro 14.2 enfatiza algumas mudanças de comportamentos de Paulo no decorrer das sessões. Esse quadro consiste em uma comparação, para cada uma de suas queixas e objetivos, entre o que se observou no início da terapia e o momento em que o presente trabalho foi escrito (quando a terapeuta solicitou que Paulo fizesse uma avaliação da terapia).

Essa comparação nos permite afirmar que o processo terapêutico estava sendo bem sucedido em alcançar seus objetivos. Vale ainda ressaltar que a terapeuta conseguiu fazer com que o cliente estabelecesse contato com o psiquiatra que lhe mandava, há mais de três anos, as receitas de Bromazepan e Fluoxetina mesmo sem consultá-lo. O cliente deixou de fazer uso desses medicamentos no decorrer do processo terapêutico e relatava sentir-se bem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico proposto pelo psiquiatra de Paulo (fobia social) pôde ser aceito, tendo em vista o medo excessivo de enfrentamento a novas situações e a grande dificuldade em estabelecer vínculos afetivos com novas pessoas, tendo medo do enfrentamen-

to alheio, e construindo fantasias catastróficas sobre as possíveis consequências desse enfrentamento (APA, 2002; Conte e Brandão, 2001; Rangé, 2001).

A análise funcional nesse caso de “fobia” mostrou-se efetiva, pois foi possível uma melhor observação dos comportamentos tidos como “disfuncionais” (ou perturbadores – ver capítulo de Bravin e de-Farias, neste livro, para maior discussão do termo), incluindo uma análise dos eventos privados. Entre outros benefícios, foi possível uma melhor compreensão de sua história de reforçamento e punição, responsável pelo estabelecimento e seguimento de regras “disfuncionais”. O cliente acreditava que não daria conta de enfrentar determinadas situações e que as pessoas sempre estariam observando seus comportamentos. Segundo ele, ao não conseguir emitir as respostas adequadas, ficaria muito ansioso, apresentando respostas de gaguejar e de tremer, por exemplo. Nesse momento, as pessoas zombariam do seu desempenho. Em virtude dessa autorregra, Paulo se esquivava de algumas situações como as apresentadas na primeira coluna do Quadro 14.2.

Diversos autores têm ressaltado o papel da relação terapêutica na terapia comportamental (p. ex., Kohlenberg e Tsai, 1991/2001). O estabelecimento e a manutenção de uma boa relação terapêutica, segundo Banaco (1993), têm sido atribuídos a características e habilidades pessoais do terapeuta. Como exemplos, pode-se citar os comportamentos de dirigir-se ao cliente por seu nome, manter contato visual com ele, manter uma fisiologia receptiva, acenar com a cabeça, não interromper o discurso do cliente. Por sua vez, Silva (2003) afirma que deve haver disponibilidade e flexibilidade, por parte do terapeuta, para interagir com o outro, sendo essa relação espontânea que proporciona momentos autênticos no processo terapêutico.

Quadro 14.2 Comparação entre as queixas iniciais de Paulo e seu relato verbal após intervenções terapêuticas

Dados Iniciais	Relato Verbal Atual
Medo de falar com mulheres desconhecidas.	“Antes não descia de elevador; hoje já desço e consigo falar com as pessoas”. “Tive que conversar com a médica da minha mãe; fui atrás dela no carro, pedindo para minha mãe não ficar na fila de espera”.
Ficava sem comer para evitar contato com o chefe e uma colega de serviço que admirava.	“Almoço com os colegas no horário e consigo receber visitas para o almoço lá em casa”.
Fortes respostas emocionais durante toda a semana que antecedia o recebimento de vales-transportes. Supunha que os demais funcionários observariam sua demora e tremor ao assinar o recebimento.	“Neste mês, fiquei mais calmo no recebimento do vale-transporte. Me lembrei do que já tínhamos conversado aqui. Então, quando estava na fila, me ofereci para ajudar o encarregado, buscando alguns documentos em outra sala. Sendo assim, brinquei, chamando ele de ‘meu chapa’; me senti melhor e vi que dou conta, vi que as pessoas não estavam me observando”.
Preocupação com as críticas da esposa e dos familiares sobre a sua problemática. “Me sinto mal quando minha esposa me diz que sou medroso, que não faço as coisas porque sou mole e não quero”.	“Não me preocupo mais com o que ela diz; já tentei explicar para ela que posso ser diferente, que preciso de um tempo”.
Medo de expor-se frente ao seu chefe. “Gostaria de falar para meu chefe das minhas vontades, como retornar a estudar, fazer cursos profissionalizantes, mas tenho muito medo. Tenho medo, não consigo”.	“Falei com meu chefe e ele me disse que é isso mesmo, que tenho que me profissionalizar. Achei bom, pois agora ele sabe o que eu quero e percebi que não fiquei trêmulo, ansioso como pensava”.
“Gostaria de voltar a estudar, mas só de pensar, passo mal. Parece que é um espírito que vem de repente”.	“Procurei várias escolas, mas não consegui um horário que dê certo com meu trabalho; mas iniciei um curso de computação, mesmo sabendo que vou ter de faltar muitas aulas devido ao meu serviço. Conversei com o professor e ele compreendeu. Estou gostando do curso, e mesmo estando difícil, quero terminar e, depois quero voltar aos meus estudos”.
Não conseguia pedir ou negar nada para a terapeuta, nem telefonava para avisar que ia faltar à terapia. Não expressava seus “sentimentos”, por se considerar “mole e muito sentimental”.	Conseguia dizer “não” na presença da terapeuta. Ligava para avisar que não poderia comparecer à sessão. No seu primeiro dia de curso de computação, ligou para a terapeuta relatando o que havia acontecido e o quanto estava feliz.

(Continua)

Quadro 14.2 Continuação

Dados Iniciais	Relato Verbal Atual
Não conseguia se impor diante de seu cunhado, que lhe colocava apelidos. "Meu cunhado me chama de gordo, bolinha de gude, etc., mas não consigo falar para ele que não gosto; dá vontade de brigar com ele, mas não consigo".	"Hoje meu cunhado me chama de 'gordo' e eu já re-truco ele com outra piada, chamando ele de 'seco'".
Medo de leitura frente a outras pessoas, "receio de gaguejar, suar demais, desmaiar e não conseguir terminar a leitura".	"Fiz a leitura do texto sobre violência no trânsito para aquela moça, mesmo não tendo tanto conhecimento sobre o assunto. Pensei que não ia dar conta e vi que eu tenho mesmo é que me mostrar".

Verificou-se, no caso de Paulo, que a relação terapêutica trouxe benefícios inquestionáveis ao cliente. Sem desaprovção, como acontecia em seu ambiente externo, a terapeuta lhe escutou relatar sobre sua infância, assim como sobre seus medos atuais. Quando o cliente expunha seus medos (p. ex., aos 12 anos, tinha medo de dormir no escuro), seus pais o chamavam de "mole". Ao respeitar suas dificuldades e estimular sua exposição, em um ambiente não punitivo, as intervenções terapêuticas propiciaram mudanças comportamentais na presença da terapeuta e consequentes generalizações para o ambiente natural do cliente (Cabral, 2005; Cabral e de-Farias, 2005; Fugioka, de-Farias e Torres, 2005).

Com o objetivo de aumentar a generalização dos efeitos da terapia para o ambiente natural, a terapeuta optou por evocar os comportamentos-alvo durante a sessão ou em seu ambiente natural – como quando foram ao restaurante (ver Kohlenberg e Tsai, 1991/2001, para uma discussão dos procedimentos da Psicoterapia Analítica Funcional – FAP). Uma tarefa proposta a Paulo, ainda não citada no presente trabalho, ilustra essa tentativa de evocar comportamentos clinicamente relevantes. Foi treinada, com o cliente, a leitura de textos na presença da terapeuta. Ao se propor a exposição do texto

"Violência no trânsito" (*Jornal O Popular*, Goiânia, 16/08/2004, p. 2) para quatro pessoas, Paulo mostrou-se entusiasmado. Porém, no dia da apresentação, o cliente ligou para avisar que não poderia apresentar por não ter conhecimento do tema, o que caracteriza um comportamento de esquia.

Sidman (1989/1995) diz que a esquia impede que um evento indesejado aconteça: as esquivas bem-sucedidas afastam o cliente do "choque". Como já visto, o comportamento de esquia é frequente em indivíduos que apresentam transtorno de ansiedade (Fugioka et al., 2005). No caso, o cliente esquivava-se de possíveis críticas (os "choques") decorrentes de uma má apresentação. O cliente concordou em apresentar o texto em uma sessão individual. Após 30 minutos de leitura e apresentação, a terapeuta reforçou o comportamento do cliente (pontuando sua apresentação, discutindo os exemplos colocados, etc.). Seguiu-se o diálogo:

- "Comecei a ler o texto em casa e pensei que não ia dar conta e resolvei te ligar..."
- "E agora, se fosse para você apresentar só para uma pessoa, você consegue?"
- "Sim."

Então, foi convidada uma mulher, estagiária e colega da terapeuta, com características que o cliente considerava aversivas (desconhecida, maior grau de escolaridade), que estava na sala de espera da clínica-escola. A apresentação do texto foi boa, com exemplos mais elaborados do que os utilizados na sessão individual com a terapeuta. Ao final da apresentação, Paulo tomou a iniciativa de pedir um *feedback* de sua ouvinte.

Como já dito, o processo terapêutico ainda não havia se encerrado no momento em que o presente trabalho foi escrito, mas foram observadas melhoras significativas de Paulo em seu repertório comportamental à medida que entrava em contato com contingências tidas como aversivas. A utilização de reforçamento positivo, assim como o papel da terapeuta como uma audiência não punitiva, mostrou-se fundamental para ser estabelecido um melhor vínculo, o que facilitou a utilização de técnicas e procedimentos comportamentais, tais como a modelagem (exposição direta às contingências), modelação (aprendizagem por observação), ensaio comportamental (*role-playing*), etc. O reforçamento positivo gerou também, durante o processo terapêutico, uma melhor adesão ao tratamento.

Ficou evidente que a aliança terapêutica é de suma importância, pois cria um ambiente de aceitação e de interesse para a mudança de comportamento, despertando cooperação e confiança, o que possibilitou uma relação espontânea e produziu momentos autênticos de apoio (Brandão, 1999; Cabral, 2005; Cabral e de-Farias, 2005; Fugioka et al., 2005).

REFERÊNCIAS

Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa da terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A., Kovac, R. & Zamignani, D. R. (1997). O estudo de eventos privados através de relatos verbais de terapeuta. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (pp. 289-301). São Paulo: ARBytes.
- Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva; G. Y. Tomanari & E. E. Z. Tourinho, trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Abordagem contextualizada na clínica psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 149-156). Santo André: ARBytes.
- Caballo, V. E. (1996/2002). O Treinamento e Habilidade Sociais. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Cabral, R. do P. (2005). *Psicoterapia Comportamental Infantil: Desenhos, Fantasia e Sonhos como Instrumentos de Acesso aos Comportamentos Encobertos*. Monografia de Conclusão de Curso não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Cabral, R. do P. & de-Farias, A. K. C. R. (2005). *Desenhos, Fantasia e Sonhos como Instrumentos de Acesso aos Comportamentos Encobertos*. Painel apresentado no XIV Encontro Anual da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas, 22 a 25 de agosto de 2005.
- Campbell, R. J. (1986). *Dicionário de Psiquiatria* (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia analítico-funcional: a relação terapêutica e a análise do comportamento. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4*.