

Descrição do atendimento de uma criança com déficit em habilidades sociais

A case study of a child with deficit in social skills

Caroline Mota Branco¹
Eleonora Arnaud Pereira Ferreira²
(Universidade Federal do Pará)

Resumo

O presente trabalho descreve o estudo de caso clínico de uma criança com Déficit em Habilidades Sociais (DHS), aplicado por uma terapeuta estagiária em formação, de acordo com o modelo da Terapia Comportamental Infantil (TCI). O manejo terapêutico baseou-se fundamentalmente no relato de contingências, utilizando técnicas direcionadas ao Treinamento em Habilidades Sociais (TSH). Ao final de 20 sessões, progressos comportamentais significativos foram relatados, especialmente em relação ao ajustamento do paciente em seu contexto ambiental. Apesar dos progressos identificados, o cliente manteve o padrão de comportamento governado por regras imprecisas, sendo então recomendada a continuação da terapia.

Palavras chave: estudo de caso; terapia comportamental infantil; déficit em habilidades sociais; Timidez; fobia social.

Abstract

The present work describes a study of clinical case of a child with Deficit in Social Skills (DSS), developed by a therapist under formation, in accordance with the model of Child Behavior Therapy (CBT). The therapeutical handling relied basically on the report of contingencies, using techniques directed towards the Training in Social Skills (TSS). At the end of 20 sessions, some significant progress was reported, especially referred to the adjustment of the patient inside his environmental context. Despite the identified progress, the client maintained the standard of behavior governed by dysfunctional beliefs, and for this reason, the continuation of the therapy was recommended.

Key-words: case study; child behavior therapy; deficit in social skills; shyness; social phobia.

¹Psicóloga, Mestranda do curso de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. E-mail: lin@amazon.com.br

²Departamento de Psicologia Social e Escolar, Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. E-mail: eleonora@ufpa.br

A Terapia Comportamental Infantil (TCI) vem passando por uma mudança de paradigmas ao se afastar dos modelos teóricos que descartam a análise dos fenômenos subjetivos da criança (Conte & Regra, 2000). Como resultado, o processo terapêutico tem favorecido o relato verbal da criança e atribuído força à relação de interação entre terapeuta e cliente.

A especificação dos elementos que conduzem a intervenção terapêutica, segundo Rangé (1995), envolve fundamentalmente dois processos: (1) o processo de avaliação inicial e (2) o processo de formulação de caso e experimentação clínica, isto é, o processo de intervenção terapêutica propriamente dito. O processo de avaliação inicial é baseado na coleta de dados sobre a queixa apresentada, assim como no levantamento de informações relevantes sobre a história de vida do cliente. Nessa fase, a preocupação inicial do terapeuta é fazer a análise funcional dos comportamentos tidos como problemáticos, bem como a formular hipóteses.

A metodologia de avaliação e intervenção utilizada pela Terapia Comportamental Infantil é baseada nos seguintes procedimentos (Conte & Regra, 2000; Souza & Baptista, 2001):

1) Inserção direta da criança no processo terapêutico: O terapeuta passa a se relacionar diretamente com as regras e conceitos relatados pela criança, podendo auxiliá-la de maneira mais precisa no processo de mudança comportamental;

2) Uso de recursos lúdicos: O uso de estratégias lúdicas (como o uso de brinquedos e jogos) e o uso da fantasia (como a utilização de histórias infantis) foram revistos, adquirindo função tanto para a avaliação como para a intervenção direta com a criança;

3) Análise funcional de problemas e queixas: A análise funcional continua sendo a principal estratégia de intervenção no ambiente terapêutico, incluindo o treino da criança na análise das contingências que estão operando sobre as queixas identificadas.

4) Inclusão de variáveis orgânicas na análise do caso: Os componentes orgânicos passam a

ser analisados junto com os componentes do contexto da vida da criança, estabelecendo uma definição mais clara sobre o processo de desenvolvimento infantil;

5) Observação direta do comportamento da criança em ambiente clínico: Continua sendo uma importante estratégia de intervenção, favorecendo a análise funcional não só do comportamento da criança, mas também da relação entre cliente e terapeuta;

6) Uso do relato verbal: É por meio da conversa com a criança que o terapeuta poderá ter acesso ao mundo, tanto público quanto privado, da criança. Souza e Baptista (2001) chamam à atenção o fato de que o terapeuta deve estar atento ao “nível de desenvolvimento cognitivo” da criança, observando se ela possui capacidade para entender o que o terapeuta diz no *setting* de atendimento.

O processo terapêutico com crianças utiliza recursos que abrangem: entrevistas com os pais, observação da criança na sessão, em casa ou na escola, uso de desenhos, redação, leituras, inventários de atividades diárias e monitoramento dos comportamentos disfuncionais (Lohr, 1999; Souza & Baptista, 2001).

A Terapia Comportamental Infantil tem como uma de suas metas a promoção de contingências que promovam o autoconhecimento da criança (Conte & Regra, 2000). Para Skinner (1998), o autoconhecimento é uma resposta discriminativa verbal que especifica as variáveis das quais o próprio comportamento é função, sendo esse o produto de uma espécie particular de reforço diferencial oferecido pela comunidade verbal à qual o indivíduo é exposto. O reforço diferencial disponibilizado à criança no processo terapêutico é um processo contínuo baseado em testagem de hipóteses e formulação de modelos de intervenção delas derivados (Rangé, 1995).

Segundo Silvaes (2001), os distúrbios psicológicos infantis são caracterizados como comportamentos que se desviam de uma norma social (relativa e arbitrária), adquiridos na história de interação social da criança de acordo

com os mesmos princípios da aprendizagem dos outros repertórios. A Terapia Comportamental, como qualquer outra forma de terapia, e aqui se destaca aquela dirigida a crianças, é analisada por Skinner como uma agência controladora, que atua de forma específica nos subprodutos do controle cultural que estão, de alguma maneira, prejudicando o desenvolvimento adequado do cliente que procura a terapia (Skinner, 1998). Skinner afirma que algumas formas de controle podem ser potencialmente capazes de desencadear comportamentos operantes disfuncionais, que geram respostas emocionais privadas como medo ou ansiedade. Os padrões de fuga/esquiva e de inabilidade comportamental são padrões disfuncionais gerados dentro de um contexto ambiental em que a estimulação social habitual é negligenciada ou suspensa (Skinner, 1998).

Um dos motivos mais freqüentemente trazidos como queixa para a intervenção com crianças tem sido a fobia social. De acordo com Silveiras e Meyer (2000), uma análise funcional da classe operante "Fobia Social" deve incluir a especificação dos antecedentes geradores das respostas, as próprias cadeias comportamentais e os seus conseqüentes. Tais autoras apontam que a prática da Psicologia Clínica Comportamental deve ser norteadada pela avaliação clínica do problema, a partir da identificação das contingências envolvidas no processo disfuncional trazido pelo cliente, auxiliando o terapeuta no delineamento na condução da intervenção.

Os critérios definidores que constituem a classificação diagnóstica de um caso de Fobia Social, segundo o DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1995), são apresentados resumidamente como: (1) medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço; (2) respostas de ansiedade, geradas a partir da exposição a uma situação social ou de desempenho; (3) evitação de situações de exposição social ou de desempenho, sendo, porém, em algumas ocasiões, suportadas com

pavor; (4) padrões de esquiva, medo ou a antecipação ansiosa ante uma situação social ou de desempenho, interferindo significativamente na condução da rotina diária, no funcionamento ocupacional ou na vida social do indivíduo; e (5) persistência dos sintomas por pelo menos seis meses antes de se fazer o diagnóstico.

O padrão denominado "Fobia Social" pelo DSM-IV é especificado pelo modelo analítico-comportamental em termos funcionais de acordo com uma categoria comportamental mais ampla, denominada como "Déficit em Habilidades Sociais". Muitos autores da análise do comportamento têm se preocupado em achar um consenso para o termo Habilidades Sociais (Bolsoni-Silva & Marturano, 2004; Del Prette & Del Prette, 2005). Caballo (1997) designa habilidades sociais como um conjunto de habilidades comportamentais aprendidas, que envolvem a expressão de atitudes e sentimentos que geram a resolução de problemas sociais imediatos e diminuem a probabilidade da ocorrência de problemas futuros. Segundo Caballo, o padrão de habilidades sociais envolve ainda a expressão habilidosa e assertiva de sentimentos, opiniões e desejos de forma apropriada mediante situações de enfrentamento social ou grupal.

A análise do repertório de Déficit em Habilidades Sociais inclui a descrição de categorias comportamentais como Timidez e fobia (Del Prette & Del Prette, 2002). Casares e Caballo (2000) descrevem a Timidez infantil (ou retraimento social) como a manutenção de relações sociais insuficientes da criança em relação aos seus pares, gerando, como conseqüência, a fuga ou evitação do contato social com outras pessoas.

A literatura psiquiátrica não se refere especificamente à Timidez ou ao retraimento social, porém, a referência que o DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 1995) faz sobre Fobia Social e Personalidade de Evitação aponta para a existência de antecedentes comportamentais como a Timidez infantil (Ca-

sares & Caballo, 2000). Casares e Caballo (2000) chamam atenção ao fato de que o processo de avaliação e intervenção deve ser multimodal e multicompreensivo, pois segundo esses autores, nenhum método *per si* gera todas as informações necessárias para a condução do caso. A análise funcional do repertório de Déficit em Habilidades Sociais envolve a especificação de alguns termos, que podem fazer parte das contingências de promoção e manutenção dos comportamentos disfuncionais. Tais termos constituem-se como:

1) Antecedentes históricos: Padrões de Timidez infantil e retraimento social, caracterizados por condutas de apatia, passividade, insegurança, indiferença, inibição e submissão diante de relações sociais, podem ser promotores de respostas de Déficit em Habilidades Sociais, pois a fuga/esquiva de interação social contribui significativamente para o desenvolvimento inadequado do funcionamento interpessoal da criança, extinguindo as oportunidades para que a mesma desenvolva o treino pessoal de habilidades específicas. A literatura também aponta, como antecedentes históricos, que práticas parentais inadequadas podem gerar comportamentos disfuncionais no repertório da criança (Bolsoni-Silva & Marturano, 2004), pois muitos comportamentos inadequados dos pais poderiam evocar, aleatoriamente, respostas disfuncionais nos filhos. A ausência de modelos parentais reforçadores também poderia ser geradora de déficit em habilidades sociais (com a ausência de modeladores positivos na história de vida da criança).

2) Comportamentos disfuncionais: Comportamentos disfuncionais ou inadequados são emitidos tanto em nível público quanto em nível privado. Em nível público, a criança evita se expor a ambientes sociais generalizados, evitando, também, situações de exposição de seu desempenho (respostas associadas à definição de Fobia Social). Algumas respostas respondentes (ou autonômicas) também podem ser emitidas, tais como: tremores, sudorese

excessiva e vômito. Em nível privado podem ocorrer diversas respostas, como comportamentos ansiogênicos (pensamentos ligados ao medo e preocupação), dificuldades emocionais (geradas a partir de déficit em autoconhecimento) e problemas relacionados à afetividade.

3) Eventos Conseqüentes: Ocorrência de respostas de enfrentamento em baixa frequência e de inabilidades no relacionamento interpessoal.

A formulação do estudo de caso e a avaliação clínica comportamental podem contribuir significativamente no entendimento dos casos de Déficit em Habilidades Sociais em crianças, pois auxilia na especificação dos termos das contingências que atuam sobre os comportamentos disfuncionais da criança que procura pela Psicologia.

O presente trabalho tem como objetivo principal apresentar um estudo de caso clínico realizado com um menino de 10 anos de idade, com queixas relacionadas a Déficit em Habilidades Sociais, Timidez e Fobia Social, descrevendo, para tanto, o processo de avaliação e intervenção terapêutica realizado por uma estagiária de Psicologia em treinamento, com base no modelo analítico-comportamental. O caso a ser apresentado foi atendido num hospital universitário que possui um programa de Psicologia Pediátrica que oferece atendimento clínico a crianças e adolescentes matriculados no hospital, a partir do encaminhamento de profissionais ou por demanda espontânea. Esse serviço é realizado por estagiários do último ano do curso de graduação em Psicologia, que têm suas atividades supervisionadas pela coordenadora do programa.

Caso Clínico

A) Descrição do Cliente

A., sexo masculino, 10 anos, estudante da 3ª série do ensino fundamental, com histórico de repetência escolar. Morava em casa própria com os pais e com uma irmã mais nova (quatro anos), sendo seu pai o arrimo da família. O

cliente tinha história prévia de atendimento com o serviço de Psicologia do hospital.

A família do cliente professava a religião católica. A criança não freqüentava a igreja com regularidade em função de suas queixas. O cliente participava, havia três anos, de atividades no "Clube dos Lobinhos" (clube de escoteiros mirins). A mãe relatou que o cliente tinha inabilidades para resolver problemas com seus colegas de escola e que ele se esquivava de interagir com meninos de sua idade. Segundo a mãe, o cliente não tinha padrão de agressividade em suas relações familiares ou sociais.

B) Queixas

A partir dos relatos trazidos pela mãe, um quadro geral foi formulado resumindo queixas relacionadas a: (1) sentimentos de medo e ansiedade diante de situações de exposição a ambientes públicos; (2) estados de "nervosismo" e choro diante de situações de interação social; (3) episódios de vômito diante de fatores estressantes ou de exposição social; (4) sentimentos de desânimo na relação com crianças da mesma idade que ele; (5) esquiva de exposição ambiental, incluindo a exposição a familiares e/ou amigos; (6) respostas de tremor muscular e sudorese excessiva diante de ambientes desconhecidos ou aglomerados; e (7) timidez exacerbada em situações de interação social (especialmente com pessoas desconhecidas).

As duas primeiras sessões de atendimento foram realizadas somente com a mãe do cliente. A seguir estão os principais relatos fornecidos durante estas sessões:

"Eu acho que ele tem medo de sair de casa e se divertir como criança"; "Ele fica nervoso e chora muito quando convido ele para sair comigo"; "Ele já vomitou algumas vezes quando fica no meio das pessoas"; "Ele suou frio e teve tremores em uma festa de aniversário da família"; "Ele teve uma crise de choro e vomitou em um dos passeios dos Lobinhos"; "Ele é muito tímido com gente desconhecida" (com quem ele conhece interage adequadamente); "Ele evita sair comigo, e reluta muito pra aceitar os meus convites"; "Ele disse que tá com vontade de sair dos Lobinhos,

pois ele disse que é chato ficar lá"; "Ele não consegue resolver os problemas com seus colegas"; "Ele foge de interagir com os meninos da idade dele"; "Ele não gosta que eu fale mal dele"; "Ele tem ficado cansado ao fazer Educação Física. Eu mandei fazer uns exames, mas os resultados foram normais".

Descrição da Avaliação Inicial

Na coleta inicial dos dados, a terapeuta estagiária (TE) conversou com a mãe do cliente sobre o processo de terapia, entregando-lhe um termo de compromisso e de consentimento livre e esclarecido para ser assinado, constando autorização para a publicação dos resultados, mediante garantia de sigilo dos participantes, o qual ficou sob a guarda da TE e da supervisora. Após a leitura e assinatura do termo de consentimento, a TE iniciou o processo de coleta de dados por meio de um roteiro de anamnese. A partir da terceira sessão deu-se início ao processo de avaliação e intervenção com o próprio cliente.

Foram realizadas 20 sessões terapêuticas, durante o período de um ano. As sessões tinham duração média de 50 minutos, com o registro das sessões realizado pela TE, no decorrer de e após cada atendimento. Foram realizadas sessões de atendimento individual com a mãe do cliente, sessões individuais com o cliente e sessões de interação entre o cliente e sua mãe.

Objetivos terapêuticos foram formulados a cada sessão de atendimento. As estratégias de intervenção foram discutidas e orientadas pela supervisora do estágio. Foram utilizados materiais como prancheta, folhas de papel em branco e caneta, jogos, brinquedos e materiais para recorte e colagem direcionados à prática de atividades lúdicas.

Um quadro geral dos padrões comportamentais considerados inadequados foi traçado mediante o relato verbal do cliente e de sua responsável. Observou-se correspondência entre as queixas apresentadas pela mãe e os relatos verbais do cliente, obtidos durante as primeiras sessões. As classes operantes relatadas pelo cliente e sua responsável foram

relacionadas a padrões de resposta caracterizados na literatura como “Déficit em Habilidades Sociais”, “Fobia Social” e “Timidez”. De acordo com a avaliação, alguns padrões comportamentais foram destacados com maior frequência e magnitude, sendo eles:

A) Comportamentos de Fuga/Esquiva de situações sociais

A avaliação dos relatos trazidos pelo cliente e por sua mãe sugeriu que a criança apresentava respostas de fuga e esquiva diante de situações sociais. Respostas privadas, como sentimentos de ansiedade, medo e nervosismo, foram analisadas pelo cliente como comportamentos “problemáticos”, pois lhe causavam dor e sofrimento intensos. O cliente relatou a ocorrência de respostas autonômicas como taquicardia, 'tremedeiras', suor excessivo, contrações musculares e vômitos ao ser exposto a situações de enfrentamento social, gerando padrões de fuga/esquiva.

Sidman (1995) afirma que a coerção é uma forma de controle comportamental que surge quando os comportamentos são controlados ou por *reforçamento negativo* ou por *punição*. O reforçamento negativo é uma forma de controle que aumenta a probabilidade da ocorrência de respostas que cessem a estimulação aversiva. Como Sidman afirma, o sujeito que está sendo exposto à estimulação aversiva se engajará em aprender habilidades (respostas de fuga) que o ajudem a livrar-se das conseqüências perturbadoras que o controlam (reforçamento negativo). As respostas de esquiva são geradas em situações anteriores à apresentação da estimulação aversiva, sendo, portanto, um ajustamento comportamental mais adaptativo que a fuga. O autor ainda discute as implicações negativas da aplicação de métodos coercitivos em práticas parentais, afirmando que efeitos colaterais não esperados podem se estender a outras categorias comportamentais aparentemente não relacionadas à classe do comportamento que está sendo reforçada negativamente. Tal modelo familiar poderá pro-

piciar o estabelecimento de contingências favoráveis à emissão de comportamentos de fuga/esquiva pela criança em situações generalizadas.

Em relação ao caso atendido, constatou-se que o modelo de educação familiar (especialmente o fornecido pela mãe da criança) era um modelo baseado em práticas coercitivas, pois a mãe do cliente apresentava comportamentos que reforçavam negativamente o comportamento da criança, ao emitir estímulos aversivos (tanto verbais quanto não verbais). Analisou-se ainda a presença de expectativas elevadas da mãe diante do desempenho da criança, apontando um alto grau de exigência em relação ao filho. Esse padrão pode ter gerado uma inabilidade da mãe do cliente para discriminar comportamentos adequados da criança, dificultando, ainda, o relato dos progressos do cliente ao longo do processo terapêutico.

A mãe do cliente relatou várias situações nas quais culpou o filho por não acompanhá-la em suas atividades, sendo exemplificadas pelas seguintes afirmações:

“Fico sentida porque ele não sai [de casa]” (1ª sessão); “Eu acho ele estranho. O pai dele vive dizendo que tinha de ter um [filho-problema] assim na família” (1ª sessão); “Fico com raiva nesses momentos porque gostaria que ele fosse mais seguro e pra frente” (8ª sessão); “A avó dele chama ele de covarde e diz que ele é doido” (8ª sessão).

Dois subprodutos colaterais puderam ser analisados como hipóteses para a manutenção do comportamento de fuga/esquiva social apresentado pelo cliente: (1) restrição do interesse do indivíduo em engajar-se em situações novas, (2) alargamento da fonte do controle coercitivo, tornando o ambiente social um reforçador negativo condicionado. As respostas de inabilidade em interação social (caracterizadas como Timidez) foram analisadas como conseqüência dos Déficit de Habilidades Sociais, gerados, em grande medida, pela fuga/esquiva de situações de enfrentamento e resolução de problemas.

B) Déficit em assertividade

A reduzida presença de repertórios de contato social indicava déficit em habilidades sociais, gerados na história ambiental do cliente pela falta de modelos assertivos. O comportamento assertivo é definido por Alberti e Emmons (1983, citado por Falcone, 2001, p. 212), como “aquele que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou a exercitar seus próprios direitos”. A assertividade também é definida como a capacidade pessoal de expressar sentimentos e pensamentos de forma honesta e direta, sem violar o direito dos outros (Falcone, 2001).

Em sua história ambiental, o cliente não lidava satisfatoriamente com as variadas situações sociais de seu cotidiano. Esse padrão pode ter sido instalado por uma excessiva exposição ao controle coercitivo familiar ou pela ausência de modelos de comportamentos de controle positivo de forma generalizada (a emissão de reforçadores ambientais como incentivo verbal, carinho e atenção, por exemplo). As equivas sociais foram geradas no repertório comportamental do cliente, provavelmente, pela ausência de respostas assertivas de enfrentamento e auto-exposição. Os déficit em assertividade produziram, como consequência, o padrão comportamental de passividade do cliente, gerando-lhe efeitos como: perda de oportunidades; auto-imagem negativa; frustração; tensão; incontabilidade e isolamento.

As seguintes citações exemplificam respostas verbais do cliente que apontam déficit em assertividade:

“Tenho vergonha de contar minhas coisas na frente da mamãe” (3ª sessão); “Quando tem algum passeio para ir, eu finjo que tô doente pra mamãe e pro pessoal da escola” (4ª sessão); “Eu não conto essas coisas pra ninguém...eu gosto de vir pra cá para brincar e conversar” (6ª sessão); “Tenho vergonha de responder as perguntas de gente que não conheço” (7ª sessão); “Quando eu vejo que tem briga, eu me afasto...Eu não faço nada, só faço olhar” (10ª sessão); “Ela [a mãe]

sempre tá me cobrando de fazer alguma coisa” (14ª sessão).

C) Comportamento governado por regras falsas

O cliente estabelecia relações equivocadas entre eventos ambientais e seu próprio comportamento, ficando sob controle de regras imprecisas e/ou falsas. O comportamento governado por regras ocorre “quando alguém se comporta de uma forma determinada porque um outro alguém especificou a contingência na qual o comportamento em questão se insere” (Nico, 1998, p. 2). A literatura aponta que quando um comportamento fica sob controle de regras, ocorre insensibilidade de desempenho diante das contingências. Banaco (1997) afirma que determinadas regras podem não especificar uma relação real que ocorre entre as contingências, gerando, por conseguinte, sofrimento àquele que formula regras especificadoras de relações que foram estabelecidas acidentalmente. O autor afirma que ambientes pobres em reforçadores podem ser geradores e mantenedores desse padrão de responder. As seguintes citações exemplificam esse padrão de respostas apresentado pelo cliente:

“O titio ficava me fazendo medo, porque ele ficava contando que lá existia o Curupira e um canibal”; “Eles ficavam contando histórias de terror à noite. Eu preferi não sair pra rua porque lá não tinha luz à noite na rua”; “Eles ficavam me assustando toda hora lá” (15ª sessão).

É importante destacar que, sentimentos de onipotência identificados nos relatos do cliente podem ter sido gerados em função da formulação de altas expectativas da criança em relação ao próprio comportamento. O cliente poderia estar expressando altas expectativas sobre si mesmo, geradas, provavelmente, pelas cobranças e exigências elevadas dos pais. As seguintes citações exemplificam esse padrão de respostas

“Parece que se eu olhar muito pra alguma coisa, eu adivinho quando alguém vai sair de casa” (6ª sessão);

“Eu estava tocando teclado e quando eu parei de tocar parou de chover... É um poder igual ao do Super-homem que eu tenho. Acho que começou quando teve um dia que eu peguei um choque” (7ª sessão); “A águia mortalha [um tipo de ave] quando grita anuncia a morte das pessoas. Um dia desses, eu ouviu o grito dela e no outro dia a vovó morreu” (10ª sessão); “Eu tava apostando corrida com uns amigos meus, daí um menino me ultrapassou e eu caí, porque eu fiquei com raiva nessa hora” (14ª sessão).

D) Déficit de Respostas de Autocontrole

A análise dos relatos da mãe e do cliente possibilitou a identificação de uma baixa ocorrência de respostas de autocontrole no repertório do cliente. Tal padrão de comportamento pode ter sido instalado em função de seus déficit em assertividade diante de situações sociais, dando condições para o surgimento de respostas corporais respondentes e operantes de fuga/esquiva. A baixa exposição a modelos positivos e a reforçadores sociais pode ter sido prejudicial ao cliente, pois como observado nos relatos, o mesmo se engajava em emitir respostas de autocontrole, principalmente em nível privado, obtendo, porém, pouco sucesso comportamental. Os seguintes relatos ilustram a ocorrência dessas respostas:

“Eu fico me sentindo estranho e com medo. Eu fico com vontade de vomitar em algumas horas, só que tem horas que tenho vontade de ficar normal. Tenho vontade de que tudo isso passe” [em referência à vontade que tinha de ir a um acampamento dos Lobinhos que aconteceria futuramente] (3ª sessão); “Quando tem gente estranha por perto eu falo 'calma' para mim mesmo. Eu até tenho vontade de parar de querer vomitar, mas depois a vontade logo volta” (3ª sessão).

Descrição da Intervenção

Foi realizada uma abordagem direta de avaliação e intervenção baseada no *modelo triádico*. O modelo triádico é apontado por Silveiras (2001) como um modelo de intervenção no qual as alterações comportamentais desejadas são instituídas a partir da relação entre terapeuta, cliente e um mediador. É importante

esclarecer que o modelo triádico não exclui a criança como responsável pela própria mudança comportamental. Este modelo difere do modelo estrutural tradicional - o *diádico* -, no qual as alterações comportamentais são instituídas em ambiente clínico a partir da interação isolada entre o terapeuta e o cliente. O modelo triádico inclui um terceiro elemento (geralmente os pais da criança) como mediador do processo de mudanças, no sentido de que ele passa a disponibilizar no ambiente (sob orientação clínica) as contingências necessárias para a mudança comportamental da criança.

A intervenção foi estabelecida de acordo com a proposição dos seguintes objetivos terapêuticos:

- (1) Fortalecimento de respostas de autoexposição do cliente;
- (2) Fornecimento de estimulação antecedente e reforçamento para respostas de auto-observação, descrição e análise de contingências pelo cliente;
- (3) Modelagem de respostas de autodiscriminação de sentimentos do cliente associados a situações ambientais;
- (4) Esclarecimento sobre as implicações que o processo de esquiva trazia ao cliente, identificando-o [o processo de esquiva] como um fator de intensificação de situações emocionais indesejadas (como a ocorrência de respostas respondentes), e como um padrão que controlava negativamente o comportamento, sendo gerador de Déficit em Habilidades Sociais;
- (5) Esclarecimento sobre as implicações que a Timidez pode provocar privadamente na criança (crianças com história longa desse tipo de padrão tendem a ter dificuldades sócio-emocionais, como ansiedade social e depressão);
- (6) Fortalecimento de descrições verbais do cliente que estabelecessem relações entre respostas motoras disfuncionais e situações ambientais de controle;
- (7) Modelagem (em ordem crescente de dificuldades) de respostas de enfrentamento

(aprendizagem de habilidades específicas); Para cada sessão, havia o estabelecimento de um planejamento terapêutico e a proposição de objetivos.

O manejo terapêutico foi baseado fundamentalmente no relato de contingências. A interação verbal foi implementada por meio de técnicas utilizadas usualmente dentro da área do Treinamento em Habilidades Sociais (THS), definido por Bolsoni-Silva e Marturano (2004) como práticas interventivas de promoção de repertórios socialmente habilitados e prevenção de comportamentos socialmente indesejados.

A interação verbal entre TE e cliente foi realizada com o objetivo de instalar repertórios verbais de ajustamento e enfrentamento, sendo aplicada por meio de operantes como: conversação, questionamento, expressão de sentimentos, solicitação de auxílio e emissão de opinião pessoal. Tais operantes foram considerados requisitos importantes para a emissão de comportamentos referentes à auto-exposição, assertividade e descrição de eventos ambientais.

Outra técnica de intervenção utilizada como um recurso no TSH foi a Habilidade Social Educativa Parental (HSE-P), aplicada com o objetivo de fortalecer no repertório da mãe do cliente operantes verbais como conversação e diálogo, requisitos fundamentais para modelar no repertório da criança habilidades de resolução de problemas e desenvolvimento de repertórios comportamentais mais complexos, como o comportamento assertivo. A interação verbal entre o cliente e sua mãe foi estimulada no sentido de fornecer elementos que pudessem servir de reforçamento social para respostas de expressão de sentimentos da criança, requisito fundamental para o autoconhecimento e para o treino assertivo.

O treino assertivo é utilizado em contexto terapêutico com o objetivo de “desinibir comportamentos no contexto específico das relações interpessoais” (Del Prette & Del Prette, 2003, p. 151). É apontado por Bolsoni-Silva e Marturano (2004) como uma contin-

gência que fornece elementos para que a criança modele seu repertório verbal, especialmente em situações como interação com pares, desenvolvimento de habilidades acadêmicas, expressão de sentimentos em ambiente social etc. O treino parental em HSE-P também serviu como um recurso de modelação de respostas educativas mais assertivas e adequadas da mãe do cliente, reduzindo a probabilidade do uso do controle coercitivo como forma de condução da educação da criança.

Para cada operante considerado como “problemático”, estabeleceu-se um objetivo terapêutico específico:

1) Fuga/esquiva de interação social: Estimulação da auto-exposição do paciente; treino em assertividade; uso de técnicas de relaxamento; treino de controle de ansiedade.

2) Déficit em assertividade: Fornecimento de modelos verbais de enfrentamento de situações (tanto por parte da TE quando por parte da mãe da criança); estímulo à exposição de comportamentos privados; reforçamento generalizado aos comportamentos adequados da criança.

3) Comportamento governado por regras falsas: Trabalho verbal sobre a distinção entre comportamento governado por regras e comportamento controlado pelas contingências; estimulação de operantes de assertividade, que envolviam capacidade de duvidar das regras fornecidas por familiares e amigos; trabalho de discriminação das relações existentes entre as contingências ambientais antecedentes e suas conseqüências (confrontamento entre as fantasias do cliente e a realidade).

4) Déficit de respostas de autocontrole: ensino da auto-observação como um fator importante para o treino de controle de respostas autonômicas.

Resultados

Após sete sessões de intervenção, ganhos terapêuticos começaram a ser relatados pelo cliente e por sua mãe, identificados como ampli-

ficção de respostas de autocontrole; aumento na ocorrência de exposição a situações de interação social; análise de sentimentos como subprodutos de contingências; engajamento na relação com pares; redução de fuga/esquiva de ambientes sociais; diminuição na frequência e intensidade de sentimentos como medo e ansiedade; expressão mais adequada de senti-

mentos; presença de relato espontâneo sobre seus próprios comportamentos adequados, sugerindo presença de sentimentos de autoconfiança e auto-estima e maior tolerância à frustração. A **Tabela 1** apresenta uma síntese das situações consideradas como ganhos terapêuticos, que foram relatadas nas sessões de atendimento:

Tabela 1 - Ganhos terapêuticos observados e relatados durante as sessões.

Sessão	Ganhos terapêuticos observados e relatados
7ª sessão	Mãe relatou que ele ganhou um torneio dos Lobinhos [clube para escoteiros-mirins do qual ele faz parte há 3 anos].
8ª sessão	Cliente foi com o pai para o dia do lazer [atividade do clube dos Lobinhos]. Ambos relatam que o cliente não brincou nos jogos individuais, mas que foi para a piscina, jogou bola e se engajou nas atividades em grupo. Cliente disse que ficou com medo de ir ao passeio, mas que depois reconsiderou sua opinião ao pensar como poderia se divertir.
9ª sessão	Cliente demonstrou interesse em ir a um acampamento onde passaria três dias longe da família.
10ª sessão	Mãe relatou que a família passou o dia das mães no grupo dos Lobinhos. O cliente ganhou uma medalha em uma competição esportiva. Mãe e filho relataram que participaram juntos de uma gincana.
11ª sessão	Cliente relatou que sua equipe ganhou uma gincana. Cliente foi o líder dessa equipe, ganhando uma medalha exclusiva pelo seu desempenho na liderança. Mãe relatou que o filho ganhou a medalha por ter cumprido as tarefas de acordo com os critérios determinados. Mãe relatou que o cliente não deseja mais sair do clube dos Lobinhos. Disse que a família quer viajar para o interior nas férias e que o cliente demonstrou muito interesse em viajar.
12ª sessão	Cliente relatou que foi a um estádio de futebol para assistir uma competição nacional de Atletismo. Relatou que seu grupo foi de ônibus ao estádio, descrevendo situações geradoras de ansiedade e suas respostas de enfrentamento (“atravessei a passarela sem sentir medo nenhum”; “tinha horas que eu fechava os olhos e dizia calma para mim mesmo” ; “eu conversava com meu primo quando eu ficava nervoso”).
14ª sessão	Cliente relatou espontaneamente (sem a intervenção da TE) que foi a uma festa junina da sua escola, que dançou e se divertiu. Cliente relatou que foi a uma missa e que se sentiu bem. Cliente relatou que foi ao parque de diversões com colegas.
15ª sessão	Cliente relatou a TE que só “fica nervoso em situações quando está longe de casa”.
19ª sessão	Cliente relatou que aceitou participar de um amigo secreto no Natal. Cliente descreveu que tem participado das atividades na rua em que mora, mas que “se afasta quando vê coisas que não gosta de fazer”.
20ª sessão	Cliente está em testes para entrar em um programa de esportes. Relatou que tem feito as provas de seleção desse programa sem sentir ansiedade extrema. Na escola, cliente passou de ano sem ficar em recuperação. Cliente demonstrou interesse em viajar com sua mãe para ir pescar no interior com sua família. Cliente participou das atividades do Natal e Ano Novo com toda a família. Cliente relatou que tem saído com primos, e que está empinando pipa e brincando na rua com os amigos. Relatou que também tem jogado videogame com os colegas.

A promoção de situações de reforço verbal dispostas pela TE ao relato de contingências pelo cliente (tanto públicas quanto privadas) o auxiliou em seu processo terapêutico, na medida em que ele aprendeu a relacionar seus estados internos às situações ambientais com maior precisão (aumento do repertório analítico e descritivo). Nesse sentido, a promoção do processo discriminativo foi importante para a redução de padrões de fuga/esquiva, pois os relatos do cliente indicaram que o mesmo passou a analisar seu comportamento como subproduto de contingências ambientais. O cliente também desenvolveu repertórios relacionados à assertividade, pois passou a se expressar de maneira mais adequada diante de sua família e de seu grupo social.

Macroanálise do caso e recomendações finais

A alta frequência de respostas de fuga/esquiva do cliente provavelmente foi estabelecida como consequência do controle coercitivo familiar, especialmente materno, gerando Déficit em Habilidades Sociais caracterizados como padrões de inabilidade de enfrentamento diante de situações sociais (correspondentes à Fobia Social) e por déficit em assertividade (correspondentes à Timidez).

No contexto ambiental da criança, havia baixa ocorrência de reforçadores positivos generalizados que pudessem modelar, em seu repertório, respostas de enfrentamento de situações e resolução de problemas. Como consequência, o cliente apresentava, no início do processo terapêutico, déficit em discriminação de sentimentos privados, gerando subprodutos emocionais como insegurança, inadequação e baixa valoração pessoal. Os Déficit em Habilidades Sociais e de enfrentamento de situações, aliados às dificuldades emocionais privadas, podem ter originado déficit importantes em autocontrole, expressos por meio da emissão de operantes de fuga/esquiva e respondentes como taquicardia, sudorese excessiva, tremores e vômitos. As cobranças excessivas

pelo desempenho do cliente e a intolerância comportamental (produzida tanto pelos familiares quanto pelo próprio cliente) podem ter gerado sentimentos relacionados ao medo e à ansiedade no mundo privado do cliente.

A ausência de um ambiente verbal de incentivo à auto-exposição foi uma importante variável de controle dos comportamentos disfuncionais do cliente, pois gerou déficit em habilidades de nomeação de sentimentos e contingências, pela falta de modelos apropriados, gerando, provavelmente, sentimentos de baixa auto-estima e inadequação. A autodiscriminação corporal excessiva, expressa pela alta frequência de respostas de observação das reações do próprio corpo, teve como fonte de instalação o controle verbal social, na medida em que as respostas autonômicas disfuncionais que o cliente emitia em situações de enfrentamento (como tremores, vômito e suor abundante) eram nomeadas e amplificadas pelos que lhe cercavam. A manutenção dessas respostas pode estar relacionada aos déficit em habilidades de enfrentamento, na medida em que geraram esquivas de contato com o mundo externo e exacerbaram respostas de autodiscriminação.

Apesar dos progressos, ao final do processo de intervenção, o cliente ainda mantinha o padrão de comportamento governado por regras falsas. O trabalho terapêutico relacionado à extinção dessas respostas foi muito reduzido, pois essa demanda só foi revelada a partir da 10ª sessão de atendimento, quando a Terapeuta Estagiária discriminou tal contingência de controle; desse modo, a intervenção relacionada à análise dessa contingência de controle ficou muito limitada.

Com base nos resultados apresentados mediante o processo de intervenção terapêutica, puderam-se observar relatos de diminuição na frequência de emissão de comportamentos relacionados aos Déficit em Habilidades Sociais do paciente, provavelmente em função, principalmente, do aumento das habilidades específicas (respostas de enfrentamento de si-

tuações e auto-exposição) e diminuição de respostas de fuga/esquiva. O controle do comportamento por regras falsas, porém, foi mantido, em grande parte pela forte história de exposição do paciente a um ambiente gerador de superstições e pela intervenção terapêutica tardia. O processo de intervenção terapêutica constituiu-se provavelmente como um importante aliado do cliente em seu processo de ajustamento funcional. A redução significativa do relato das queixas apresentadas inicialmente foi um indicador do sucesso terapêu-

tico obtido com a criança, mostrando a relevância de uma continuidade na condução clínica direcionada à análise dos componentes de controle que são externos ao comportamento da criança. Em relação à evolução das queixas, foi observado que o paciente obteve ganhos terapêuticos importantes, como já apresentados e discutidos na sessão de resultados. Os ganhos terapêuticos, porém, não justificaram o término da terapia, sendo recomendada a continuidade aos atendimentos.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria (1995). *Crítérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida*. Traduzido do inglês por Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas. (texto originalmente publicado em 1994).
- Banaco, R.A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. Em D.R.Zamignani (org.) *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*, pp. 80-88. Santo André: ARBytes.
- Bolsoni-Silva, A.T. & Marturano, E.M. (2004). Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: algumas relações. Em M.Z.S.Brandão (org.) *Sobre comportamento e cognição: entendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas*, pp. 251-260. Santo André: ARBytes.
- Caballo, V.E. (1997). El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales. Em D.R.Zamignani (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*, pp. 229-233. Santo André: ARBytes.
- Casares, M.I.M. & Caballo, V.E. (2000). A Timidez infantil. Em E.F.M.Silvares (org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*, pp.11-40. Campinas: Papirus.
- Conte, F.C.S. & Regra, J.A.G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. Em E.F.M.Silvares (org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*, pp. 79-136. Campinas: Papirus.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2003). Treinamento assertivo ontem e hoje. Em C.E.Costa, J.C.Luzia & H.H.N.Sant'Anna (orgs.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*, pp. 149-160. Santo André, SP: ESETEC.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H.J.Guilhardi e cols. (orgs.). *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento*, pp. 377-386. Santo André: ESETEC.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2005). Base conceitual da área das habilidades sociais. *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*, pp. 30-40. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Falcone, E. (2001). Habilidades sociais: para além da assertividade. Em R.C.Wielenska (org.). *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos*, pp. 211-221. Santo André: ARBytes.

- Lohr, S.S. (1999). Problemas na terapia comportamental infantil. Em R.R.Kerbauy & R.C. Wielenska (orgs.). *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação*, pp. 99-104. Santo André: ARBytes.
- Nico, Y. (1998). Regras e insensibilidade: conceitos básicos, algumas considerações teóricas e empíricas. Versão modificada de trabalho apresentado na VII Reunião da ABPMC - Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas.
- Rangé, B. (1995). Formulação de casos. Em B.Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, pp. 33-42. Campinas: Editorial Psy.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Traduzido por M.A.Andery & T.M. Serio. Campinas: Editorial Psy. (trabalho original publicado em 1989).
- Silvares, E.F.M. (2001). Intervenção clínica e comportamental com crianças. Em B.Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*, pp. 133-142. Campinas: Livro Pleno.
- Silvares, E.F.M. & Meyer, S.B. (2000). *Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical*. [On line]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>. Recuperado em 13 de fevereiro de 2005.
- Skinner, B.F. (1998). *Ciência e Comportamento Humano*. Traduzido por J.C.Todorov & R.Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).
- Souza, C.R. & Baptista, C.P. (2001). Terapia cognitivo-comportamental com crianças. Em B.Rangé (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, pp. 523-534. Porto Alegre: Artmed Editora.

Recebido em: 18/09/2005

Primeira decisão editorial em: 06/01/2006

Versão final em: 20/05/2006

Aceito para publicação em: 10/06/2006