



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
em Psicologia



Treino de Habilidades Sociais e Terapia Analítica Funcional no tratamento de Fobia Social

Maíra Ribeiro Magri

Orientador: Cristiano Coelho

Goiânia, 2015



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
em Psicologia



Treino de Habilidades Sociais e Terapia Analítica Funcional no tratamento de Fobia Social

Maíra Ribeiro Magri

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a para obtenção do título de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Coelho

Goiânia, 2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

M212t Magri, Máira Ribeiro.
 Treino de habilidades sociais e terapia analítica funcional
no tratamento de fobia social [manuscrito] / Máira Ribeiro
 Magri – Goiânia, 2015.
 71 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Psicologia, 2015.

“Orientador: Prof. Dr. Cristiano Coelho”.
Bibliografia.

1. Habilidades sociais. 2. Ansiedade. 3. Psicoterapia. I.
Título.

CDU 159.92(043)

Esta dissertação de mestrado será submetida à banca examinadora:

Prof. Dr. Cristiano Coelho
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca

Prof. Dr. Carlos Augusto Medeiros
Centro Universitário de Brasília
Membro convidado externo

Prof. Dr. Luc Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof. Dr. Antônio Carlos Godinho dos Santos
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro suplente

Agradecimentos

Sou imensamente grata aos meus pais, Carlos e Maria Lucia, desde sempre me apoiaram, sempre com muito amor, e é por isso que hoje estou aqui. Obrigada, também, por continuarem sonhando junto comigo e me apoiando para continuar na busca pelo conhecimento e crescimento. Poder contar com vocês é essencial!

Agradeço ao meu namorado, Vinicius Ferreira. Obrigada por sempre acreditar em mim, por não se cansar de me incentivar, por toda paciência e carinho, por ser esse namorado tão presente, dedicado e especial.

Sou agradecida por ter um irmão, que mesmo com a distância física e com seu jeito de ser, é muito importante para mim. Obrigada, Rafa, por ser um modelo para mim. Te amo, irmão!

Agradeço aos meus amigos e amigas, em especial aqueles que estiveram comigo nesses dois anos. Agradeço especialmente a minha amiga Ray que por compartilhar de ansiedade semelhante, tanto me entendeu e soube me aconselhar.

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Cristiano Coelho, afirmo com certeza, você sabe desempenhar o papel de orientador. Sou grata por ter tido a sorte de ter sido literalmente orientada por você. Obrigada por me permitir experimentar os desafios e me expor às contingências mais diversas durante o mestrado, me fez crescer! Ao mesmo tempo, saber que sempre poderia contar com você, apesar de às vezes não parecer, me tranquilizou. Já lhe disse: você é um orientador de verdade.

Expresso minha gratidão aos professores Antônio Carlos, Flávio, Lorismário, Cida e Gina que contribuíram e ainda contribuem com a minha formação. O contato com vocês fez com que eu descobrisse e aprendesse sobre o Behaviorismo e por isso posso estar aqui hoje. Obrigada por todo aprendizado!

Sou grata aos participantes da pesquisa que concordaram em participar e com isso

contribuíram com a pesquisa, com meu desenvolvimento e com a ciência.

Agradeço a Fabiane e Camila pelo cuidado e trabalho de auxiliares de pesquisa.

Martha, obrigada por sempre estar disponível, por toda a atenção e auxílio nas questões burocráticas e nas outras não tão burocráticas assim. Foi muito bom poder contar com você!

Agradeço aos meus colegas de mestrado: Fernanda, Gleidson, Marcella e Mariana pela convivência e almoços.

Aos funcionários e coordenação da Clínica Escola de Psicologia – CEPSI o meu agradecimento pela parceria e apoio.

Aos professores Antônio Carlos e Luc, membros da banca de qualificação, o meu agradecimento por aceitarem o convite e por todas as colocações, sugestões e contribuições com esse trabalho que se estenderam para além da qualificação. E ao professor Carlos Augusto, meu agradecimento, por ter aceito o convite de participar da banca de defesa e assim, também contribuir com o trabalho.

Agradeço também a CAPES pelo apoio financeiro.

Foram muitas as contribuições e por isso agradeço a todos que não foram citados aqui, mas que de uma forma ou de outra contribuíram para que este trabalho fosse produzido.

Sumário

Agradecimentos	v
Índice de Tabelas	8
Índice de Figuras	x
Resumo	xi
Abstract	xii
Introdução	1
<i>Fobia Social</i>	1
<i>Habilidade Social – HS</i>	2
<i>Treinamento em Habilidades Sociais - THS</i>	4
<i>Pesquisa em THS</i>	7
<i>Psicoterapia Analítica Funcional – FAP</i>	9
<i>Pesquisas em FAP</i>	13
<i>Combinação de terapia no tratamento do TAS</i>	15
<i>Objetivos</i>	16
<i>Justificativa</i>	17
Método	17
<i>Participante</i>	17
<i>Ambiente</i>	18
<i>Materiais</i>	18
<i>Procedimento</i>	19
<i>Registro do nível de ansiedade</i>	23

<i>Avaliação das sessões</i>	23
<i>Registro de frequência</i>	25
Resultados	25
<i>História de vida</i>	26
<i>Resultados obtidos com SPIN</i>	30
<i>Resultados obtidos com o IHS</i>	31
<i>Identificação das classes de comportamento-alvo para intervenção</i>	33
<i>Resultado nível de ansiedade</i>	34
<i>Avaliação das sessões</i>	35
<i>Resultado concordância entre observadores</i>	36
<i>Frequência das classes de comportamento</i>	36
Discussão	36
Referências	45
Anexos	52

Índice de Tabelas

Tabela 1. Fases da pesquisa com número de sessões de cada fase e sua descrição	22
Tabela 2. Resultados do SPIN aplicado na triagem (T) e na avaliação final (AF) para cada um dos critérios definidores da Fobia Social	30
Tabela 3. Classes de comportamento-alvo do participante	34
Tabela 4. Porcentagem de registros que indicaram que reforço, instrução e relação estavam de acordo com a técnica.....	36

Índice de Figuras

Figura 1. Resultados dos escores totais e fatoriais do IHS com a aplicação na Identificação e na Avaliação Final	32
Figura 2. Resultados brutos dos itens do IHS com a aplicação na fase de identificação (FI) e avaliação final (AF) e as médias globais	33
Figura 3. Relato do nível de ansiedade relatado na sessão. As marcas correspondem às diferentes condições: ● - linha de base; Δ- FAP; e ■ - THS. Na sessão 29 o relato não foi solicitado.....	35
Figura 4. Frequência das respostas referentes à classe de comportamentos C1 durante as sessões de: linha de base - ●; FAP -Δ; e THS - ■.	37
Figura 5. Frequência respostas referentes à classe de comportamentos C4 durante as sessões de: linha de base - ●; FAP -Δ; e THS - ■.	38

Resumo

O presente estudo teve como objetivo comparar os efeitos das intervenções FAP e THS nas classes de comportamentos relacionados a habilidades sociais (ou ansiedade social) de um participante adulto fóbico social, comparar os resultados das aplicações do SPIN e do IHS antes e depois da intervenção; avaliar o nível de ansiedade ao longo da intervenção e entre as sessões. Para isso, foi utilizado um delineamento AB1CB2 de linha de base múltipla entre comportamentos sendo A a fase de linha de base, B1 e B2 as fases em que duas classes de comportamento (C1 e C2) passaram por intervenções FAP e outras duas (C3 e C4) por intervenção THS e C a fase em que as classes C1 e C2 passaram por THS e C3 e C4 foram submetidas a intervenção FAP. Os resultados apontaram um aumento na frequência de ocorrência das classes de comportamento sob intervenção ao longo das sessões, com maiores frequências nas sessões de FAP. O participante relatou maior nível de ansiedade nas sessões de THS comparado às de FAP. Em relação às aplicações dos instrumentos, não foi possível observar diferença entre as aplicações realizadas antes da linha de base e ao final das intervenções. Os dados indicaram que a FAP também pode ser eficaz no tratamento de comportamentos relacionados a habilidades sociais. Contudo, novos estudos devem ser realizados tanto para avaliar a generalização como para fornecer mais evidências da eficácia e prover à área de pesquisa e de aplicação a possibilidade de fornecer tratamentos mais eficazes aos comportamentos problemáticos.

Palavras-chave: habilidades sociais; ansiedade; linha de base múltipla, FAP, THS

Abstract

This study aimed to compare the effects of FAP and THS interventions on behaviors related to social skills class (or social anxiety disorder) of an adult participant with social phobic, to assess the level of anxiety during the intervention and between sessions, and to compare the results of the SPIN and IHS before and after the intervention and compare. For that, it was used an AB1CB2 multiple baseline design between behaviors where A was the baseline phase, B1 and B2 were phases in which two classes of behavior (C1 and C2) were submitted to FAP interventions and other two (C3 and C4) were submitted to THS interventions, and C was intervention phase classes of behavior (C1 and C2) were submitted to THS interventions and other two (C3 and C4) were submitted to FAP interventions. The results showed an increase in the frequency of occurrence of classes throughout the sessions and the highest frequencies were in the sessions of FAP. The participant related a higher level of anxiety in THS sessions compared to FAP. The application of the instruments, showed no difference between applications before and after interventions. The data indicated that FAP may be effective in the interventions for social skill behaviors. However, further studies should be performed either to evaluate the generalization and for provide more evidence of the effectiveness and provide the area of research and application the possibility of providing more effective treatments to behavior problems.

Keywords: social skill; anxiety; multiple base line, single case design, FAP, Social Skill training.

Treino de Habilidades Sociais e Terapia Analítica Funcional no tratamento de Fobia Social

As altas taxas de ansiedade e suas diversas formas de manifestação tem sido foco de vários estudos (Banaco, 2001), uma vez que tem levado mais pessoas em busca de tratamentos. A Análise do Comportamento aplicada à Clínica apresenta uma variedade de procedimentos que apesar de terem a mesma base filosófica, o Behaviorismo Radical, apresentam diferentes focos de intervenção e procedimentos. Isso gera a necessidade de estudos que testem e comparem a efetividade das diferentes intervenções visando identificar aquelas mais efetivas no tratamento dos transtornos de ansiedade.

Fobia Social

A Fobia Social, também chamada de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), é caracterizada por ansiedade ou medo acentuados e persistentes de uma ou mais situações sociais e de desempenho nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas (e.g., iniciar e manter conversação, conhecer pessoas novas) ou a possível observação de seus comportamentos (e.g., beber ou comer) (critério A). Nestas situações, o sujeito teme comportar-se inapropriadamente ou mostrar sinais de ansiedade e ser avaliado negativamente (critério B). Desta forma, a exposição à situação social é evitada ou enfrentada (critério D) provocando medo e/ou ansiedade intensa (critério C) desproporcional à ameaça real representada pela situação social e ao contexto sociocultural (critério E). O medo, ansiedade ou evitação devem ocorrer por no mínimo seis meses (critério F), e devem interferir significativamente nos diversos contextos da vida do indivíduo (critério G) sem que haja uma explicação melhor por outros transtornos mentais (critério I), nem aos efeitos de substâncias (critério H) ou de

condições médicas (critério J).

O Fóbico Social frequentemente descreve as situações como perigosas e ameaçadoras exigindo-lhe um estado de alerta constante. Apresenta, também, grande sensibilidade a estímulos que podem sinalizar uma possibilidade de avaliação negativa gerando autorregras¹ distorcidas (Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr, 2008).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), há uma prevalência de diagnóstico de Fobia Social de aproximadamente 7% na população americana. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de 7,8% em uma amostra de adolescentes (D'El Rey, Pacini & Chavira, 2006a), e de 23,12% em uma população de alunos de ensino fundamental e médio na cidade de Porto Alegre (Fernandes & Terra, 2008).

No estudo realizado por Angélico, Crippa e Loureiro (2006), foram analisados 10 artigos no período de 2000 a 2005, no qual foi observada uma correlação entre Fobia Social e habilidades sociais deficitárias. Esse dado está de acordo com a descrição do DSM-5 que afirma que um dos transtornos que mais apresentam baixo repertório relacionado às interações em contextos sociais é a Fobia Social (APA, 2013). Contudo, Levitan, Rangé e Nardi (2008, p. 96 a 98) realizaram uma revisão e encontraram alguns estudos em que o déficit em habilidade social influenciou o desempenho do fóbico social (e.g., Alfano, Beidel & Turner, 2006; Alden & Taylor, 2004; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986) e em outros estudos esse fator não foi encontrado (e.g., Rapee & Lim, 1992; Heimberg et al., 1990; Cartwright-Hatton, Tschernitz & Gomersall, 2005; Cartwright-Hatton, Hodges & Porter, 2003).

Habilidade Social – HS

Caballo (1996/2002) descreve o comportamento socialmente habilidoso como um

¹ Autorregras são as regras formuladas ou reformuladas pelo próprio indivíduo, que passam a também exercer controle sobre o comportamento (Jonas, 1997).

conjunto de comportamentos emitidos em um determinado contexto em que o indivíduo expressa os seus sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de forma adequada à situação. Portanto, respeita os direitos do outro, resolve o problema atual e minimiza a probabilidade de problemas futuros. Definições como esta descrevem o contexto em que o comportamento é emitido e suas consequências. Porém, os termos não estão definidos operacionalmente. O que pode gerar dificuldades no momento em que o analista do comportamento esteja atuando.

Del Prette e Del Prette (2001a) definem habilidade social em categorias como: (a) habilidades sociais de comunicação: fazer e responder a perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar feedback nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação; (b) habilidades sociais de civilidade: dizer “por favor”; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se; (c) habilidades sociais assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas; (d) habilidades sociais empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; (e) habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e (f) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo: fazer amizade; expressar solidariedade e cultivar o amor. Embora seja uma categoria ampla que englobe comportamentos relevantes na relação social, essas categorias estão voltadas apenas para a topografia do comportamento e não descrevem a sua função.

Apesar do avanço com a definição das categorias, Bolsoni-Silva e Carrara (2010) afirmam que “ (...) classificar as HS em categorias não é o mesmo que defini-las (...) (p.333). Contudo, os autores admitem que a definição não é uma tarefa simples, tanto é que a

literatura não apresenta acordo dos estudiosos dessa temática quando à definição de habilidade social.

Bolsoni-Silva e Carrara (2010), então, avançam na conceitualização de habilidades sociais ao defini-la como um “(...) conjunto de comportamentos emitidos diante das demandas de uma situação interpessoal, desde que maximizem os ganhos e reduzam as perdas para as interações sociais.” (p.330). Apesar de ainda não ser uma definição consensual, ela será usada neste estudo.

Del Prette e Del Prette (2001a) salientam que as dificuldades enfrentadas por uma pessoa, em qualquer contexto social, não devem ser ignoradas, uma vez que produzem prejuízos na qualidade de vida desse indivíduo. Dessa forma, é necessário que haja intervenções que visem à prevenção e a educação, portanto, a instalação de repertórios eficientes. Uma dessas formas de intervenção é o Treinamento em Habilidades Sociais.

Treinamento em Habilidades Sociais - THS

Treinamento em Habilidades Sociais é definido por Curran (1985) citado por Caballo (1996/2002, p. 367) como “(...) uma tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar sua competência interpessoal e individual nos tipos específicos de situações sociais. ”. Assim, o THS tem como objetivo a aprendizagem de novos comportamentos por meio de procedimentos com enfoque nas cognições e comportamentos manifestos. Caballo (1996/2002) afirma ainda que o desenvolvimento completo do THS é composto por quatro elementos estruturados, são eles:

Treinamento em habilidades – consiste no ensino de habilidades, por meio de técnicas como o ensaio comportamental (Caballo, 1996/2002; Del Prette & Del Prette, 2001a, Otero, 2004), instruções (Caballo, 1996/2002, Del Prette & Del Prette, 2001a),

modelação (Bandura, Ross & Ross, 1963; Del Prette & Del Prette, 2001a; Skinner, 1953/2003), modelagem (Del Prette & Del Prette, 2001a; Regra, 2004; Skinner, 1953/2003), *feedback* (Caballo, 1996/2002; Del Prette & Del Prette, 2001a) com o objetivo de incluir uma nova classe de comportamento no repertório do indivíduo. Por ser considerado o elemento mais básico no THS, o Treinamento em Habilidades pode ser, em alguns casos, o único procedimento aplicado.

Redução da ansiedade – a ansiedade pode ser reduzida de forma indireta, ou seja, quando emitido o comportamento mais adaptativo ocorre a redução da ansiedade, por esse comportamento ser incompatível com a ansiedade (Caballo, 2003). Outra forma de redução é a direta, ou seja, com aplicação de técnicas como o relaxamento (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001a, Vera & Vila, 1996) e a dessensibilização sistemática (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001a, Turner, 1996) a ansiedade é reduzida.

Reestruturação cognitiva – tem como objetivo a modificação de autorregras como forma de alterar o comportamento manifesto. A reestruturação pode ocorrer de forma indireta, ou seja, com sucessivas emissões de novos comportamentos, ocorre a mudança da autorregra, ou de forma direta, com aplicação de técnicas como a autoinstrução (Caballo, 2003; Caballo, 1996/2002; Cordioli, 1998; Del Prette & Del Prette, 2001a).

Treinamento em solução de problemas – tem como objetivo treinar o indivíduo a discriminar corretamente o valor reforçador na situação e assim selecionar a resposta que maximize reforços (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001a, Nezu & Nezu, 1996).

Outro conceito bastante utilizado no THS é o reforço. Skinner (1953/2003) afirma que o comportamento operante “ (...) origina a maioria dos problemas práticos nos assuntos humanos e é também de um interesse teórico especial por suas características singulares. ” (p.65). No comportamento operante, a consequência pode retroagir sobre o próprio comportamento alterando a probabilidade de ele voltar a ocorrer (Skinner, 1953/2003).

Assim, reforço ou reforçamento² é quando a apresentação de uma consequência contingente a um comportamento torna o comportamento mais provável ou de fato mais frequente (Catania, 1998/1999; Skinner, 1953/2003). No THS, a consequenciação de respostas mais adaptadas tem a função de aumentar sua frequência no ambiente cotidiano do cliente. Apesar de sua descrição como uma das técnicas, está envolvido em outros elementos, como no ensaio comportamental e na modelação, por exemplo.

Skinner (1953/2003) descreve sobre a importância da imediatividade do reforço, ou seja, a importância de o reforço ser liberado logo após a emissão da resposta. Catania (1998/1999) relata o estudo realizado por Fowler e Trapold (1962) em que criaram condições de fuga para um rato e observaram que, quanto mais imediato a liberação do reforço negativo, maior era o seu efeito sobre o comportamento de fuga do rato.

Os reforços podem ser liberados a partir de reforçadores naturais ou arbitrários. Reforçador natural ou intrínseco é a consequência produzida diretamente pelo próprio comportamento (e.g., o som produzido pelo tocar o instrumento musical). A proposta de Kohlenberg e Tsai (1991/2006) visa aplicar a mesma noção de reforçador intrínseco/natural tradicionalmente utilizada a situações que não envolvem comportamento verbal/social para indicar que a atenção fornecida na interação social é o reforçador naturalmente produzido pela própria interação social³. Para esses autores, “Os únicos reforçadores naturais disponíveis, na sessão, para o cliente adulto, são as ações e reações interpessoais entre cliente e terapeuta.” (Kohlenberg & Tsai 1991/2006 pp. 32-33). Já o reforço arbitrário ou extrínseco é aquele programado ou planejado (e.g., o músico tocar por dinheiro, e não porque o tocar produz música) (Catania, 1998/1999; Martin & Pear, 2007/2009). De forma análoga, Kohlenbergh e Tsai (1991/2001) propuseram que reforços sociais que não se assemelham

² Ao longo do trabalho será utilizado reforço tanto para operação quanto para o processo seguindo a terminologia usada por Catania (1998/1999, p.90).

³ Será utilizada esta definição de reforço natural ao longo do trabalho.

aos “naturalmente” disponibilizados em situações sociais e que são programados ou planejados para focarem-se no desempenho e não na própria interação podem ter função de reforços arbitrários.

A literatura, contudo, apresenta diversas definições para reforço arbitrário e natural sem que haja um consenso entre os autores. Para Medeiros (2014), por exemplo, o conceito de reforço arbitrário envolve os conceitos de agente controlador e controlado proposto com Skinner. Assim, o reforço arbitrário é aquele usado artificialmente por um agente controlador. Com isso, o reforço é a mudança ou manutenção da frequência de comportamentos do agente controlado.

Twentyman e Zimering (1979, citado por Caballo, 1996/2002) apontaram que nos estudos em que os reforços liberados eram aplicáveis fora do laboratório, ou seja, que podiam ser aplicados também nas situações sociais do cotidiano do participante, os resultados tendiam a ser mais positivos. Uma vez que a generalização é facilitada quando se utiliza reforços do ambiente no treinamento.

O reforço está sempre presente no THS tanto para aumentar a frequência de um comportamento como na instalação de um novo repertório, com a utilização da técnica de modelagem do comportamento. O reforço mais utilizado no THS é o verbal que, como observado geralmente com outros reforços, é mais efetivo quando liberado imediatamente após o ensaio comportamental (e.g., o terapeuta elogiar), mas também pode ser utilizado o reforço não verbal (e.g., expressões faciais ou gestos) (Caballo, 1996/2002). De forma geral, a estruturação do THS envolve prioritariamente reforços arbitrários, contingentes à realização da tarefa proposta.

Pesquisa em THS

Rocha, Bolsoni-Silva e Verdu (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar

os efeitos do THS em quatro universitários fóbicos sociais por meio de um delineamento de linha de base múltipla ao longo de 12 sessões. As autoras aplicaram instrumentos para avaliação tanto das habilidades sociais como de Fobia Social antes, após a intervenção e em seguimento. Neste estudo o tratamento se mostrou eficaz, apesar de demonstrar mais resultados em um dos participantes, outros dois saíram da condição clínica para a condição não clínica e o quarto participante, por não ter passado por intervenção, foi analisado como controle.

Ferreira, Oliveira e Vandenberghe (2014) realizaram um estudo para avaliar os efeitos a curto e longo prazo em 34 universitários de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais que tinha como objetivo promover a aquisição de habilidades sociais que facilitam a interação e integração ao ambiente acadêmico e o manejo da ansiedade em situações de exposição em público. O grupo ocorreu em uma instituição de ensino com duração de 10 encontros semanais de 2 horas. Foram aplicados instrumentos no pré-teste, pós-teste e follow-up que variou de 3 meses a 5 anos. Os resultados apontaram uma melhora quando comparado os escores do pré-teste para o pós-teste e a manutenção no follow-up.

Um dos instrumentos que tem sido utilizado para avaliar o nível de ansiedade social é o Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001b; Rocha et al., 2012). Angélico, Crippa e Loureiro (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a validade discriminativa e preditiva do IHS no diagnóstico do TAS. Para isso, participaram 86 estudantes universitários e que foram agrupados como casos e não-casos de TAS por meio de uma avaliação clínica sistemática. Os resultados apontaram uma correlação entre repertório de habilidades sociais mais elaborado e menor a probabilidade de cumprir com os critérios indicadores para o TAS. Esse resultado evidenciou a validade discriminativa do inventário. Os resultados do estudo de Wagner, Dalbosco, Wahl e Cecconello (2015) estão de acordo com os estudos realizado por Angélico et al., (2012), que aplicaram o IHS e o

Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO-A30) com objetivo de medir os sintomas do TAS e avaliar os déficits nas habilidades sociais dos participantes. Os resultados também demonstraram uma relação negativa significativa entre os sintomas de TAS e repertório de habilidade social.

Uma vez que os fóbicos sociais apresentam dificuldades em situações em que precisam se expor e por apresentarem déficits de habilidades sociais em situações de exposição, o Treinamento em Habilidades Sociais tem sido indicado para o tratamento deste transtorno (Angélico et al., 2006; Caballo, 2003; Rocha et al., 2012; Savoia & Barros Neto, 2000; Wagner et al., 2015). Contudo, outras técnicas que tem intervenções baseadas na própria interação social podem também se mostrar eficazes no tratamento desse transtorno. Um exemplo é a Psicoterapia Analítica Funcional por ser baseada na própria interação social.

Psicoterapia Analítica Funcional – FAP

No contexto clínico, a maioria dos terapeutas, independente da abordagem teórica, já tiveram clientes em que a melhora foi além dos objetivos terapêuticos e que os próprios terapeutas se sentiram modificados pelo processo. Kohlenberg e Tsai (1991/2006) observaram que esses progressos aconteciam com clientes que mantinham uma relação intensa e profunda com os seus terapeutas. Contudo, apesar de ser uma situação que ocorria com frequência, não havia um sistema conceitual, com termos definidos operacionalmente, que contribuísse para uma orientação para a prática clínica (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Kohlenberg et al., 2005). Com isso, Kohlenberg e Tsai (1991/2006), visando suprir esta lacuna, descreveram um tratamento com um referencial conceitual derivado da análise funcional skinneriana do ambiente psicoterapêutico típico denominado Psicoterapia Analítica Funcional – FAP.

A FAP é uma terapia comportamental que aproveita as oportunidades de aprendizagem que surgem na relação terapeuta-cliente durante a sessão de psicoterapia e por meio de contingências de reforçamento natural produz as mudanças desejadas (Kohlenberg et al. 2005).

O que difere a FAP da Análise Aplicada do Comportamento é que ela busca “(...) uma experiência terapêutica profunda, tocante e intensa.” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006, p.2). Sendo assim, é indicada para aqueles clientes que não alcançaram melhoras em terapias tradicionais e /ou que apresentem dificuldade em relacionamentos interpessoais. A FAP tem como proposta, “(...) uma relação genuína, envolvente, sensível e cuidadosa com o seu cliente, e, ao mesmo tempo, apropria-se com vantagens das definições claras, lógicas e precisas do behaviorismo radical.” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006, p. 2). Por outro lado, um ponto em comum entre a FAP e as demais terapias baseadas no behaviorismo é que todas utilizam-se e reconhecem a importância em se fazer a análise funcional (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009/2011).

Na FAP, o interesse está centrado no comportamento verbal controlado por eventos diretamente observados. Como o comportamento verbal tem sua origem no ambiente, como explicado por Skinner (1957), os determinantes do comportamento verbal estão no ambiente daquele que se comporta. O terapeuta não só pode, como deve analisar o comportamento verbal do cliente na sessão de terapia (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006).

Por a FAP se preocupar com a imediatividade do reforço, propõe que o comportamento reforçado deve ser aquele que ocorre na própria sessão. Para isso, o próprio ambiente terapêutico fornece o contexto para que o reforço do comportamento do cliente ocorra de forma mais semelhante ao reforço liberado em situações sociais fora da sessão. Desta forma, é possível utilizar de reforço natural e evitar o uso de reforço arbitrário.

Este é outro aspecto importante na distinção entre a FAP e a Análise Aplicada do

Comportamento, uma vez que na FAP se prioriza a utilização do reforço natural ao reforço arbitrário. O reforço arbitrário pode ser muito eficiente em ambientes controlados (e.g., instituições psiquiátricas, hospitais, prisões) em que não se prioriza a generalização. Porém, quando o objetivo é o de reforçar o comportamento num determinado ambiente (e.g., sessão de terapia) e se deseja que ele se generalize para outro (e.g., vida cotidiana do cliente) o reforço natural pode tornar-se mais eficiente. Contudo, o uso deliberado do reforço natural pode torná-lo arbitrário. Daí a importância da terapia se basear na relação genuína terapeuta-cliente. Só assim é que o terapeuta será capaz de reforçar naturalmente os avanços comportamentais do cliente (Kohlenberg et al., 2009/2011).

Kohlenberg e Tsai (1991/2006) descreveram três comportamentos que podem ocorrer durante a sessão e que são foco de intervenção, os comportamentos clinicamente relevantes (CRB – do inglês *Clinically Relevant Behaviors*).

O CRB1 é a classe de comportamento que ocorre dentro da sessão, que está relacionada com os comportamentos-problema do cliente. Logo, é a classe de comportamento que tende a diminuir de frequência no decorrer do processo terapêutico indicando a efetividade da terapia. Geralmente, são comportamentos que estão sob controle de estímulo aversivo e consistem em comportamento de fuga/esquiva (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Kohlenberg et al., 2009/2011).

O CRB2 refere-se à classe de comportamento que indica progresso do cliente, durante a sessão, em relação ao CRB1. Nos primeiros momentos são comportamentos de baixa frequência, mas, com a aplicação da FAP, aumentam de frequência ao longo do processo terapêutico (Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Kohlenberg et al., 2009/2011).

Já o CRB3 corresponde à fala do cliente durante a sessão que descreve seu próprio comportamento, suas causas e consequências, ou seja, descrevem a contingência. Sendo assim, auxiliam na generalização dos CRB2 para o contexto fora do *setting* clínico

(Kohlenberg & Tsai, 1991/2006; Kohlenberg et al., 2009/2011).

Para promover a redução dos CRBs1, o aumento dos CRBs2 e descrições mais precisas das variáveis de controle do comportamento, os CRBs3, Kohlenberg e Tsai (1991/2006) descrevem cinco Regras da FAP como sugestões que norteiam a atuação dos terapeutas fapianos. Na Regra 1 recomenda-se que o terapeuta fique atento as ocorrências de CRBs durante a sessão. A Regra 2 sugere que o terapeuta evoque CRBs. A Regra 3 orienta o terapeuta a reforçar CRB2 naturalmente. A Regra 4 aconselha o terapeuta observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente e a Regra 5 indica que o terapeuta forneça interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente.

Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Busch (2011) descreveram uma estrutura lógica da FAP na qual especificam como as cinco regras ocorrem durante a FAP. Para os autores, inicialmente, o terapeuta deve observar o impacto do comportamento do cliente sobre o seu próprio comportamento, o que o ajudará na identificação dos CRBs; o terapeuta também deverá fornecer paralelos de fora da sessão para que o cliente confirme ou discorde assertivamente (regra 1). Quando o cliente se mostrar aberto para continuar, o terapeuta deverá evocar diretamente CRBs (regra 2). Mesmo que não seja o foco do terapeuta evocar CRB1, o cliente poderá emití-los, o terapeuta deverá estar preparado e deverá responder comentando-o, bloqueando-o e indicando uma alternativa (CRB2). Quando o cliente emitir CRB2, o terapeuta deverá responder contingentemente para que o cliente emita ainda mais CRB2 (regra 3). Para o terapeuta verificar o efeito reforçador, além da observação, o terapeuta poderá perguntar diretamente ao cliente (regra 4). Enfim, o terapeuta fornecerá um paralelo de dentro e tarefas de casa baseadas na relação e o cliente relatará disposição para tentar fazer a tarefa de casa fora da sessão (regra 5).

Estudos vem discutindo como a intimidade na FAP é importante no tratamento de

problemas interpessoais e intimidade (Wetterneck & Hart, 2012). Vandenberghe e Pereira (2005) descrevem um caso de uma cliente com dificuldades de relacionamento em que com a ocorrência de episódios de intimidade no ambiente terapêutico a cliente aumentou sua capacidade de mudança e abandonou o seu padrão de esquiva de relacionamentos interpessoais, uma vez que os comportamentos com uma história de punição foram reforçados, e se estabeleceu uma relação de intimidade e pouco aversiva. Ambos os estudos utilizam a definição de intimidade proposta por Cordova e Scott (2001) que a define como um processo que emerge de uma sequência de eventos em que o comportamento vulnerável à punição é reforçada pelo comportamento do outro. Para os autores, esses eventos consistem de inúmeros comportamentos públicos e privados como: compartilhar pensamentos e sentimentos ou auto revelações sobre sentimentos, compartilhar memórias e segredos, além da proximidade física.

Pesquisas em FAP

Oshiro (2011), com o objetivo de verificar os efeitos de intervenção FAP com pacientes considerados difíceis, desenvolveu uma pesquisa com dois participantes adultos que já estavam em processo terapêutico com a pesquisadora e que apresentavam problema interpessoal. Utilizou-se o delineamento experimental de caso único, A-B1-C1-B2-C2, sendo: A – a fase de linha de base, B1 e B2 – introdução da intervenção FAP, ou seja, a terapeuta respondia contingentemente a ocorrência dos CRB's e C1 e C2 - a retirada da FAP, quando as sessões foram baseadas em conversas do cotidiano do cliente. Este delineamento permitiu a replicação das condições e por ter dois participantes, a replicação inter-sujeito. Essas replicações, segundo a autora, aumentam tanto validade interna como a externa. Foram realizadas 20 sessões com cada participante, totalizando 40 sessões experimentais. Os resultados apontam que nas fases de introdução da FAP (B1 e B2) houve uma diminuição

na frequência de CRB1 e aumento na frequência de CRB2 e CRB3, nas fases de retirada da FAP (C1 e C2) percebeu-se uma reversão de tendência com aumento de CRB1 e redução de CRB2 e CRB3. Os dados corroboram com estudos que investigam os efeitos das respostas de modelagem do terapeuta durante a FAP.

A autora aponta que os pontos fortes do estudo são: (a) o delineamento permitir observar a relação direta de causa e efeito entre a variável independente e a variável dependente; (b) permitir a manipulação, com introdução e retirada de intervenção FAP, que de acordo com a autora, não trazia prejuízos terapêuticos; e (c) por possibilitar a replicação intra e inter-sujeito. Quanto aos pontos fracos, a autora afirma ser: (a) a terapeuta e pesquisadora serem a mesma pessoa; (b) os clientes estarem em tratamento terapêutico há vários anos; e (c) o estudo não medir a generalização (Oshiro, 2011).

Kanter et al., (2006) realizaram um estudo para investigar os resultados da FAP em comparação com os resultados alcançados pela Terapia Cognitiva. Participaram do estudo dois sujeitos depressivos e dois terapeutas experientes. A linha de base foi realizada com base na Terapia Cognitiva de Beck. Apenas quando os dados dos participantes estavam estáveis foi que ocorreu a mudança de fase. Na primeira sessão da outra fase, os terapeutas foram solicitados a responder contingentemente aos CRBs o máximo possível para marcar a mudança. Neste estudo, observadores foram treinados para registrar os comportamentos do terapeuta numa versão modificada do instrumento desenvolvido por Callaghan e Follette (2008) *FAP Rating Scale* (FAPRS). Os dados obtidos no estudo apontam uma melhora de um dos participantes quando da introdução da FAP, ou seja, uma diminuição da emissão de CRB1 e aumento de CRB2 e CRB3. Contudo, o outro participante deixou o estudo quando do início da FAP.

A FAP parece ser uma estratégia eficaz no manejo de comportamento de esquiva e no desenvolvimento de respostas de enfrentamento características dos transtornos de

ansiedade, dentre eles o TAS (Pezzato, Brandão & Oshiro, 2012). Enquanto o tratamento de transtornos de ansiedade comumente inclui exposição e enfrentamento as situações aversivas e apesar dos bons resultados apresentados pelas terapias comportamentais, sabe-se que o padrão comportamental desse transtorno inclui a esquiva fóbica. Sendo assim, o uso das estratégias comumente utilizadas nessas terapias pode contribuir para baixa adesão, ou seja, comportamentos de fuga e esquiva no processo terapêutico.

Pezzato et al., (2012) destacam que estratégias como exposição com prevenção de respostas, dessensibilização sistemática, dentre outras, apenas minimizam os sintomas quando se controla apenas uma das variáveis e não é realizada intervenção em todas as variáveis envolvidas na manutenção e causa dos comportamentos relacionados como a ansiedade. Assim, os autores salientam a importância da análise funcional e não somente a aplicação de técnicas e procedimentos. Com isso, os autores destacam como desvantagens do tratamento tradicional tanto a baixa adesão ao tratamento com comportamentos de fuga e esquiva quanto a aplicação de técnicas e procedimentos sem análise funcional com baixa eficiência.

O estudo de Pezzato et al. (2012) objetivou analisar a relação terapêutica e a intervenção em terapia FAP em um estudo de caso de Transtorno de Pânico com Agorofobia e concluiu que a FAP foi eficaz tanto como intervenção quanto como estratégia para minimizar a fuga do processo terapêutico. Sendo assim, comportamentos típicos desse transtorno, que muitas vezes dificultam o bom desenvolvimento do processo terapêutico, podem ser utilizados de forma a auxiliar o terapeuta.

Combinação de terapia no tratamento do TAS

Mululo et al., (2009) realizaram uma revisão sistemática de estudos que avaliaram a eficácia de técnicas comportamentais e cognitivas no tratamento de transtorno de ansiedade

social. Os autores concluíram que não há diferença entre as técnicas comportamentais e cognitivas. Contudo, um dado importante é que a combinação de terapias tem se mostrado mais efetiva do que quando isoladas. Por exemplo, exposição com reestruturação cognitiva, tem se mostrado mais efetiva do que apenas exposição e reestruturação isoladas.

Ainda que a FAP e a combinação com outra abordagem seja utilizada e estudada no Estados Unidos, a revisão realizada por Muñoz-Martínez et al., (2012) só identificou estudos com FAP combinada com a ACT em trabalhos Ibero-americanos.

D'El Rey, Beidel e Pacini (2006b), realizaram um estudo com 17 pacientes diagnosticados com Fobia Social Generalizada. Um grupo passou por tratamento de THS e outro pela combinação de THS e reestruturação cognitiva. Antes, após e três meses depois do tratamento os participantes responderam a diversas escalas de avaliação. Com a análise de covariância (ANCOVA) observou-se uma melhora global significativa em ambos os grupos quando comparado a média nos escores dos dois grupos no pré-teste, pós-teste e follow-up. Contudo, foi observado que o grupo de THS combinado com reestruturação cognitiva apresentou uma melhora superior no pós-teste quando comparado com o grupo de THS. E, ambos os grupos mantiveram a melhora no follow-up.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral tanto a observação e mensuração da frequência de classes de comportamento de habilidades sociais em participante fóbico social como verificar a eficácia do Treinamento em Habilidades Sociais (THS) e da Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) sobre comportamentos relacionados a habilidade social do participante.

Os objetivos específicos foram: (a) comparar os resultados das aplicações no SPIN e no IHS antes e depois da intervenção; (b) comparar os efeitos das duas intervenções nos

comportamentos de habilidades sociais do participante; (c) avaliar o nível de ansiedade ao longo da intervenção e entre as sessões de THS e FAP.

Justificativa

Apesar de a literatura apresentar o THS como o principal tratamento para lidar com a fobia social (Angélico et al., 2006; Caballo, 2003; Rocha et al., 2012; Savoia & Barros Neto, 2000; Wagner et al., 2015), há poucos estudos que comparam a efetividade de diferentes técnicas (D'El Rey et al., 2006b; Mululo, Menezes, Fontenelle & Versiani, 2009; Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez & Gutiérrez, 2012; Shaw, 1979). Além disso, não foram encontrados estudos que compararam FAP e THS no tratamento desse transtorno. A importância disso reside no fato de que a FAP, por mais que não seja o tratamento tradicionalmente indicado para lidar com habilidade social, possa ser eficaz visto que ela se baseia prioritariamente na própria relação social. A comparação entre duas técnicas é importante, mesmo que a literatura aponte a efetividade de cada separadamente, para contribuir em tratamentos mais adequados para pessoas com esse transtorno.

Método

Participante

Participou deste estudo Antônio (nome fictício) de 27 anos ao início do estudo, estudante universitário, solteiro, que buscou a Clínica-Escola de Psicologia de uma universidade com queixa de Fobia Social. Conforme os dados da ficha de triagem, o participante apresentava dificuldade em ficar em locais com pessoas, principalmente com desconhecidas e de se comportar nesses ambientes. Com isso, não se mantinha em empregos e apresentava dificuldade em concluir seus estudos.

Ambiente

Esta pesquisa foi realizada em um consultório da Clínica-Escola de Psicologia, iluminado artificialmente, mobiliado com uma mesa, duas cadeiras, duas poltronas, uma mesa de apoio e ar condicionado.

Materiais

Para o desenvolvimento do estudo foram utilizados materiais como: um gravador de voz, para gravar o áudio das sessões visando aumentar o controle experimental e possibilitar que as mesmas fossem ouvidas posteriormente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1) cujo o objetivo foi o de esclarecer ao participante questões sobre a pesquisa e sua participação. Além do documento padrão da Clínica-Escola (Anexo 2), que foi utilizado para solicitar autorização para gravar as sessões.

A presente pesquisa também fez uso do Inventário de Fobia Social – SPIN, produzido por Connor et. al (2000) e traduzido e adaptado por Osório, Crippa e Loureiro (2009) (Anexo 3), que tem a finalidade de coletar dados sobre o quadro clínico da Fobia Social. O inventário apresenta 17 itens, que abordam os três critérios definidores do transtorno: medo (itens 1, 3, 5, 10, 14 e 15), esquiva (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12 e 16) e os sintomas de desconforto físico (itens 2, 7, 13 e 17) tanto em situações de desempenho quanto em interação social. Nesse inventário, os resultados iguais ou superiores a 19 indicam presença do quadro de Fobia Social.

Outro instrumento utilizado foi o Questionário de História Vital - QHV (Lazarus, 1975/1980), composto por 13 subseções, cujo objetivo é o de pesquisar a história de vida do participante.

O Inventário de Habilidades Sociais - IHS (Del Prette & Del Prette, 2001b) também foi utilizado a fim de investigar o desempenho social do participante em diferentes situações,

por meio dos fatoriais: F1 – enfrentamento e autoafirmação com risco; F2 – autoafirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – conversação e desenvoltura social; F4 – auto exposição a desconhecidos e a situações novas; F5 – autocontrole da agressividade e outros itens que não entraram em nenhum fator. Neste instrumento, os valores encontrados acima do percentil 50 (mediano) indicam maiores habilidades sociais e os valores abaixo da mediana implicam em déficits. Os percentis abaixo de 25 indicam repertório de habilidades sociais deficitário sendo indicado intervenção.

Um Questionário de Avaliação (Anexo 4) foi desenvolvido pelos pesquisadores para que auxiliares de pesquisa avaliassem os padrões de interação da terapeuta, visando estabelecer se estariam de acordo com as técnicas da FAP ou do THS. O questionário contém algumas das principais diferenças de aplicação entre as duas terapias: tipo de reforço liberado pelo terapeuta (natural x arbitrário); forma da instrução (estruturada ou não); e, foco das intervenções (relação terapêutica ou interações cotidianas).

Foi utilizado também o Termo de Responsabilidade (Anexo 5) com o objetivo de que os auxiliares de pesquisa se responsabilizassem em assegurar a ética e o sigilo das informações.

O Protocolo de Registro (Anexo 6) foi desenvolvido pelos pesquisadores com o objetivo de auxiliar no registro da frequência de comportamentos. No Protocolo de Registro, na primeira coluna estão descritos os comportamentos que compõe cada uma das quatro classes de comportamento definidas durante a fase de identificação, na segunda coluna estão os códigos de cada um dos comportamentos e na última coluna, o espaço para o registro da frequência de ocorrência do comportamento na sessão.

Procedimento

Inicialmente, o projeto de pesquisa número 770.354 foi submetido ao Comitê de

Ética em Pesquisa – COEP, da PUC Goiás e obteve sua aprovação através do parecer de número CAAE: 31996714.5.0000.0037. Após a aprovação, iniciou-se o processo de seleção do participante.

Seleção do participante – A seleção do participante foi conduzida por meio das fichas de triagens disponíveis na Clínica-Escola. Inicialmente, a pesquisadora buscou nas fichas de triagens todas aquelas em que tinham Fobia Social como queixa ou que estivesse descrito dificuldades em situações sociais. De posse das fichas, foi realizado o primeiro contato, via telefone, com os possíveis participantes. Nesse momento, a pesquisadora se apresentou, informou sobre a pesquisa e os convidou para um contato pessoal que foi realizado no consultório da Clínica-Escola.

Nesse segundo contato, foi realizada a entrevista de triagem e a aplicação do SPIN com o objetivo de verificar se o participante cumpria com todos os critérios de inclusão e não preenchia nenhum dos critérios de exclusão. Para cumprir com os critérios de inclusão o participante deveria: (a) ter idade superior a 18 anos; (b) ter recebido diagnóstico de Fobia Social pela medicina ou por outro profissional da saúde qualificado para tal; (c) apresentar escore igual ou maior que 19 no SPIN; e (d) ter disponibilidade e comprometer-se a frequentar as sessões da pesquisa. Além disso, não poderia apresentar nenhum dos critérios de exclusão que eram: (a) apresentar diagnóstico de outra psicopatologia em comorbidade, como por exemplo, transtorno de depressão maior ou qualquer outra psicopatologia que pudesse comprometer o desenvolvimento da pesquisa; (b) ter duas faltas consecutivas ou três intercaladas nas sessões; e (c) já estar em acompanhamento psicoterapêutico.

Os candidatos a possíveis participantes envolvidos no processo de avaliação inicial, que não atingiram todos os critérios, continuaram sendo atendidos pela pesquisadora, paralelamente à pesquisa ou foram encaminhados para atendimento com estagiários da Clínica-Escola. Para o participante que cumpriu todos os critérios de inclusão e nenhum de

exclusão, foi lido e esclarecido todos os termos da participação, conforme indicado. O participante, de acordo, assinou, ainda neste contato estes documentos. Após a seleção do participante, foi dado o início ao processo de avaliação e intervenção, descritos a seguir.

Fase de Identificação - Nesta fase, foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais - IHS (Del Prette & Del Prette, 2001b); o Questionário de História Vital - QHV (Lazarus, 1975/1980); entrevista inicial; além de observação direta no *setting* clínico. Esta fase teve duração de quatro sessões. Na primeira sessão desta fase, foi conduzida uma entrevista inicial com anamnese com o intuito de conhecer um pouco sobre a história de vida do participante além de estabelecer um *rapport*; posteriormente, foi aplicado o IHS. Na segunda sessão iniciou-se a aplicação do QHV que foi finalizado na terceira sessão. Em paralelo às três sessões, a pesquisadora mensurou, fora do *setting* terapêutico, a frequência dos relatos de comportamentos relacionados à queixa de Fobia Social, os dados coletados com a aplicação do SPIN, IHS e QHV além dos dados da observação direta no *setting* clínico e identificou os que apresentavam baixas frequências e avaliados como centrais no repertório geral do participante para indicar as quatro classes de comportamentos que seriam foco de intervenção. A quarta sessão foi destinada para a conclusão da coleta de dados além da apresentação das classes de comportamento-alvo para o participante. Assim, ele teve oportunidade de conhece-las e sugerir outros comportamentos para acrescentar as classes.

Delineamento - Este estudo utilizou o delineamento AB1CB2, de linha de base múltipla entre comportamento (Cozby, 1977/2003), sem reversão, por questões éticas. Composto por quatro fases: linha de base, intervenção I, intervenção II e retorno à intervenção I. Cada sessão deve duração média de 50 minutos e eram realizadas três vezes por semana.

Na fase A, linha de base, que teve duração de 3 sessões, foi mensurada a frequência de ocorrência das respostas pertencentes a cada uma das quatro classes de comportamento-

alvo (C1, C2, C3 e C4) definidas na fase de Identificação.

Posteriormente, na fase B1, intervenção I, que teve duração de 12 sessões, foi introduzida a intervenção baseada na FAP para duas classes de comportamento (C1 e C2) e o THS (C3 e C4) para as duas outras classes comportamentais. Sendo que a definição dos comportamentos a serem submetidos a cada terapia foi feita por sorteio. Na fase C, intervenção II, com duração de 12 sessões, os comportamentos inicialmente submetidos à FAP passaram pelo THS e os comportamentos das classes submetidas ao THS na intervenção I passaram por intervenção FAP. Posteriormente, na fase B2, houve o retorno à fase B, ou seja, as classes de comportamentos C1 e C2 voltaram a serem intervindas com base na FAP e as classes C3 e C4 com base no THS, que também teve duração de 12 sessões. As intervenções de FAP e THS foram realizadas em sessões alternadas. Assim, se a primeira sessão foi com intervenções da FAP para as duas classes de comportamento, a segunda foi com THS para as outras duas classes, assim sucessivamente. As mudanças de fase ocorreram sempre após a 12^a sessão.

Avaliação final - Ao final da fase B2, foi realizada fase de avaliação final, com duração de duas sessões, em que foram reaplicados os instrumentos, IHS e SPIN e realizado o fechamento e encaminhamento para outro terapeuta do CEPSI, com a descrição do processo de intervenção aplicado, alterações observadas ao longo do processo terapêutico e sugestões de intervenções a serem realizadas. A Tabela 1 apresenta o delineamento experimental utilizado.

Tabela 1. Fases da pesquisa com número de sessões de cada fase e sua descrição

<i>Fases</i>	<i>Sessões</i>	<i>Descrição</i>
Sessão de triagem	1	Verificação dos critérios de inclusão e exclusão
Fase de identificação	4	Identificação das classes de comportamentos-alvo
Linha de base – A	3	Mensuração da frequência
Intervenção I – B1	12	FAP – C1 e C2; THS – C3 e C4
Intervenção II – C	12	FAP – C3 e C4; THS – C1 e C2
Intervenção I – B2	12	FAP – C1 e C2; THS – C3 e C4
Avaliação final	2	Reaplicação dos instrumentos aplicados na triagem e identificação

Registro do nível de ansiedade

Ao final de cada sessão, a terapeuta perguntava ao participante qual tinha sido o nível de ansiedade experienciado por ele naquela sessão. O participante, então, respondia numa escala de zero a 10. Sendo zero o menor nível de ansiedade e 10 o maior nível. A terapeuta registrava a intensidade para posterior análise.

Avaliação das sessões

Com o intuito de verificar se a FAP e THS foram aplicadas nas respectivas sessões, foi realizada uma avaliação cega. Buscaram-se dois auxiliares de pesquisa que tinham conhecimento sobre os princípios básicos da Análise do Comportamento, mas não necessariamente sobre as terapias aplicadas. A função deles era a de ouvir as sessões de psicoterapia e em seguida responder as questões do Questionário de Avaliação (Anexo 4).

Os auxiliares de pesquisa tinham conhecimento do projeto de pesquisa, com isso, sabiam que avaliariam sessões de FAP e de THS. Para reduzir expectativas relacionadas às condições, as sessões foram analisadas em ordem aleatória, assim, eles não sabiam qual sessão estavam avaliando. Para assegurar que estavam sob controle dos mesmos critérios, foram realizados treinos antes do início dos registros.

Nos treinos, os auxiliares de pesquisa foram ensinados sobre as definições envolvidas no questionário. Inicialmente os auxiliares ouviram a uma sessão de FAP, sem acesso a esta informação, e preencheram o Questionário de Avaliação. Em seguida, auxiliares e pesquisadores discutiram as respostas. Neste momento, foi iniciada a definição dos termos. Com os termos definidos, os auxiliares de pesquisa ouviram uma sessão de THS, também sem conhecimento da técnica empregada na sessão, e preencheram o Questionário de Avaliação. Mais uma vez, as respostas marcadas foram discutidas e averiguado se não havia dúvidas.

Assim, no treino foi definido reforço natural como a consequência que o comportamento produz naturalmente, e reforço arbitrário como aquele programado ou planejado contingente à realização da tarefa proposta. Já para instrução mais estruturada foi usado o conceito compatível com a definição de Caballo (1996/2002) que define instrução como as falas do terapeuta para o cliente que sinalizam a diferença entre o comportamento emitido e o comportamento desejado (e.g., quando o tom de voz do cliente é muito baixo e o terapeuta dizer para ele “aumente o seu tom de voz”), as verbalizações do terapeuta sobre como o cliente deve emitir uma resposta (e.g., o terapeuta falar para o cliente: “Quero que pratique o tom de voz mais alto ao verbalizar”) e as informações específicas sobre o programa de THS, ou seja, as informações dadas pelo terapeuta sobre os exercícios para que o cliente saiba o que se espera que ele faça no ensaio comportamental (e.g., distinção entre comportamentos assertivos, não assertivos e agressivos). E a instrução menos estruturada foi definida como aquela que é característica da própria relação interpessoal cotidiana, com o responder natural e contingente, utilizando inclusive de “relações privadas (pensamentos, emoções, respostas fisiológicas) em relação ao cliente” (Baruch et al., 2011, p.53). Em relação ao foco da intervenção, definiu-se o foco estava na relação terapêutica quando o foco voltado para comportamentos que ocorreram na própria sessão, e o foco das intervenções nas relações cotidianas quando a intervenção focava em comportamentos que tinham ocorrido fora da sessão.

Após os treinos, os auxiliares de pesquisa iniciaram a avaliação das sessões de terapia da pesquisa. Cada sessão foi dividida de 15 em 15 minutos, visando permitir o acompanhamento das intervenções em diferentes momentos da sessão. Com os dados de todas as sessões de ambos os auxiliares, foi calculado o índice de concordância para cada sessão, tomando-se os três ou quatro períodos de 15 minutos por meio da fórmula: $[\text{concordância} / (\text{concordância} + \text{discordância})] \times 100$. Para concordância foram

considerados tanto os registros em que os auxiliares de pesquisa concordaram totalmente (e.g., quando ambos indicaram a mesma frequência), pontuados como 1, quanto casos de concordância parcial (e.g., quando um avaliador indicava “foram ambas com aproximadamente a mesma frequência” e o outro avaliador uma frequência diferente), pontuados como 0,5. A utilização da concordância parcial derivou de uma compreensão de que mesmo que o registro não tenha indicado que uma das técnicas ocorreu na grande maior parte de tempo daquele período de registro, ela esteve presente, indicando que a técnica foi aplicada no período registrado.

Registro de frequência

O registro da frequência dos comportamentos que ocorreram durante a sessão foi realizado pela própria pesquisadora que ouviu as gravações das sessões e registrou a frequência de ocorrência dos comportamentos no Protocolo de Registro. Cada comportamento era identificado e registrado de acordo com a sua definição operacional (Anexo 7).

Resultados

Os resultados, tanto qualitativos quanto quantitativos, deste estudo foram coletados durante todas as fases dessa pesquisa: triagem, identificação, linha de base, intervenção I, intervenção II, segunda exposição à intervenção I e avaliação final.

As intervenções nas classes de comportamento de habilidade social do participante permitiram que fossem acessados os objetivos do presente trabalho que foram: comparar os efeitos do THS e da FAP nesses comportamentos, avaliar o nível de ansiedade ao longo da intervenção e entre as sessões além de comparar os resultados das duas aplicações do IHS e do SPIN.

Para uma compreensão mais geral, inicialmente, será apresentada a história de vida

do participante a partir dos dados coletados por meio dos seus relatos durante a entrevista clínica, observações feitas pela terapeuta durante todas as fases da pesquisa e dos dados obtidos com o Questionário de História Vital. Posteriormente serão descritos os resultados derivados das diferentes fases vinculando aos respectivos objetivos.

História de vida

Antônio, filho caçula de uma prole de dois, nasceu depois de uma gestação sem intercorrências de parto normal. Durante a infância, ele brincava com os amigos, mas preferia brincar sozinho. Aos 5 anos, ganhou o seu primeiro videogame, contudo, só depois de um tempo que descobriu como era divertido jogar. Nessa época, começou a nadar e ao longo dos anos participou de competições, inclusive ganhando medalhas.

Aos 6 anos, começou o seu interesse por desenhar. Nesse período, entrou numa escola de artes, que exigia além da aula de desenho, que fosse feito também aula de algum instrumento. Apesar de não gostar muito das aulas de piano, ele fazia por ser a única que tinha vaga e só assim poderia frequentar as aulas de desenho que tanto gostava. Ficou na escola de artes por dois anos.

Aos 11 anos, Antônio começou a se interessar mais por computador. Aos 12, sofreu *bullying* na escola por ter cabelos cumpridos. Os colegas diziam que o seu cabelo era de menina, o chamavam de nomes femininos e chegaram a jogar chicletes em seu cabelo. Antônio respondia com agressão física. Alguns ficaram com medo e se afastaram, mas outros mantiveram as provocações. Contudo, ele relatou nunca ter tido amigos na escola. Suas amizades sempre foram da vizinhança onde morava. E, é com esse grupo de amigos que mantém amizade. Ainda aos 12 anos foi ao seu primeiro show de uma banda de *heavy metal* com sua irmã, que na época tinha 19 anos. Aos 14 anos, deixou de fazer muitas coisas que fazia como: aulas de natação, jogar futebol e tênis de mesa. Desde então, cada vez mais

as saídas foram se tornando raras, e ficar em casa passou a ser cada vez mais frequente.

No início da adolescência, consultou com psicólogos e psiquiatras, contudo, o participante relatou não ter observado nenhuma melhora em tratamentos anteriores. Em relação aos tratamentos com psiquiatras, o participante descreveu ter ido a vários, e o fato de cada um ter o diagnosticado e receitado medicação diferentes, fez com que ele não confiasse nesse tipo de tratamento.

Aos 15, começou a passar as madrugadas jogando online. Ainda nesta idade, durante três meses, fez aulas particulares de violão. Contudo, o professor frequentemente desmarcava as aulas, o que fez com que ele desistisse. A partir de então, buscou vídeos-aulas na internet para continuar aprendendo e foi assim também que aprendeu a tocar guitarra.

Aos 16 anos, seus pais se separaram. Apesar de o participante inicialmente ter relatado não saber o motivo da separação, ele relatou que os pais brigavam frequentemente desde quando ele era muito jovem. Outro fato relatado pelo participante foi o alcoolismo do pai, e que ele se comportava de maneira totalmente diferente quando bebia. Posteriormente, o participante relatou que quando os pais já estavam prestes a se separar, sua irmã ligou para o celular do pai e uma mulher atendeu perguntando quem estava ligando para o marido dela. A irmã, então, contou para a mãe. Após o relato da filha, a mãe teve certeza do divórcio.

Posteriormente, o pai se casou novamente. Antônio não soube relatar quando foi, por ter se distanciado do pai e perdido o interesse em saber sobre a vida dele. Contudo, ele relatou que o pai começou a não querer mais pagar pensão. Quando a sua nova mulher se formou em direito, ela tornou-se advogada do marido neste caso. No entanto, após audiências, o pai continuou o pagamento da pensão.

Aos 17 anos, foi internado por ter ingerido uma grande quantidade de bebida alcoólica. Aos 18 anos, terminou o ensino médio e optou por fazer um curso de programação

de um ano de duração para ter mais conhecimento antes de entrar na faculdade. E aos 19 anos, entrou na faculdade no curso de Ciência da Computação. Ainda aos 19, começou seu estágio numa empresa como *webdesign*. Antônio relatou gostar do trabalho e que ficava numa sala com apenas mais um estagiário que também ficava muito concentrado e assim pouco interagiam. O que o incomodava era as reclamações da mulher do chefe sobre as camisetas de bandas de rock que ele usava. Mas, o próprio chefe falava para ele não se preocupar com os comentários dela.

Aos 21 anos, saiu da empresa por ter vencido o tempo do contrato. Contudo, relatou que as implicações da mulher do chefe já o estavam incomodando. Além disso, ele imaginou que seria um trabalho mais com máquinas e que não precisaria de interagir tanto quanto interagia com outras pessoas, como com clientes e chefe.

Na faculdade, os professores começaram a cobrar que fossem feitos trabalhos e atividades em grupos. Antônio até tentou conversar com os professores para ele fazer sozinho, mas não autorizaram. Isso fez com que parasse de frequentar as aulas. Com isso, passou a ficar ainda mais em casa sem se relacionar com outras pessoas. Assim, chegou a ficar 40 dias sem sair de casa e interagir com outras pessoas passando a maior parte do tempo em seu quarto.

Aos 26 anos, por insistência da família, iniciou o trabalho de operador de telemarketing numa empresa de *call center*. Ficou no emprego durante 6 meses. O participante relatou ter deixado o emprego por ter que interagir muito. Além de passar todo o tempo ao telefone com os clientes, tinha que interagir com os demais funcionários. Além disso, frequentemente era pedido que os funcionários fossem vestidos a caráter em datas festivas. Apesar de não seguir o pedido, isso o incomodava.

Aos 27 anos, Antônio voltou a cursar Ciência da Computação, após a insistência do pai que fez questão de pagar o curso por querer que o filho tenha uma carreira, além de

acreditar em seu potencial por ver as habilidades do filho principalmente na área de programação. Antônio relatou não ser fácil ir à faculdade, mas que estava tentando continuar. Nas aulas se esforçava para se concentrar na fala do professor e tentava imaginar estar sozinho para se sentir mais tranquilo. Nos intervalos das aulas, já ia para a sala da próxima aula e não conseguia se alimentar pois para isso, tinha que achar um ambiente que não tivesse ninguém que o pudesse observar.

Neste período, Antônio saía de casa basicamente para ir à faculdade e à terapia, mas ainda passando a maior parte do tempo em casa. Relatou que seus *hobbies* são desenhar, tocar violão e guitarra. Para o participante, o som desses instrumentos é agradável, o que faz com que ele goste de tocá-los. Outro fato relatado pelo participante é que ao tocar, ele se concentra na atividade e consegue ficar mais relaxado.

Outra forma de entretenimento de Antônio são os jogos no computador. Contudo, apesar de jogar online, não interage com os demais jogadores, a não ser que sejam os seus amigos. O participante descreveu o grupo de amigos como “bando de *nerd*”. Pois, todos não gostam muito de sair e suas conversas são sempre sobre jogos, computador, física, química, matemática. Outro fato relatado por Antônio é que ele só saía se fosse apenas com seus amigos, quando ia outra pessoa além do ciclo de amizade, ele preferia ficar em casa.

Durante as sessões, Antônio relatou que apresentava dificuldade em ficar em locais com pessoas desconhecidas e se comportar nesses ambientes, além da dificuldade em ter contato físico com qualquer pessoa. O participante não conseguiu descrever o motivo da dificuldade, relatou apenas que não gostava e que preferia ficar sozinho. Essas dificuldades lhe geravam prejuízos como a dificuldade em se manter em empregos e de concluir seus estudos. Mesmo em suas interações com amigos e família, ele se descreve como uma “máquina de resposta”, que só respondia às perguntas e de forma breve e sucinta. Antônio relatou já ter pensado em cometer suicídio algumas vezes, inclusive, descreveu estratégias

de como cometeria com arma de fogo e corda para se enforçar. O participante relatou desejar, ao final do processo terapêutico, conseguir ficar perto de alguém.

Resultados obtidos com SPIN

Os dados coletados com a aplicação do SPIN na sessão de triagem (T) e na fase de avaliação final (AF) estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados e número de itens do SPIN aplicado na triagem (T) e na avaliação final (AF) para cada um dos critérios definidores da Fobia Social

Intensidade	Critérios definidores da Fobia Social							
	Medo		Sintomas		Esquiva		Total	
	T	AF	T	AF	T	AF	T	AF
Nada (0)	1	1	-	-	1	-	2	1
Um pouco (1)	-	-	-	-	-	2	-	2
Moderado (2)	1	2	-	-	1	1	2	3
Bastante (3)	-	-	1	1	1	-	2	1
Extremamente (4)	4	3	3	3	4	4	11	10
Total	18	16	15	15	21	20	54	51

A Tabela 2 apresenta a intensidade do incômodo em cada critério definidor da Fobia Social com a aplicação do SPIN na triagem e na fase de avaliação final. Observa-se que na sessão de triagem, quatro dos itens relacionados ao medo o incomodavam extremamente (itens 3, 10, 14 e 15), um o incomodava moderadamente (item 5) e um não o incomodava nada (item 1). Sedo assim, na triagem, o escore total foi de 18 para os itens referentes ao medo. Já na fase de avaliação final, três itens o incomodavam extremamente (itens 10, 14 e 15), dois moderadamente (itens 3 e 5) e um item não o incomodava (item 1), totalizando um escore de 16 na fase de avaliação final.

Em relação aos itens de sintomas físicos, tanto na triagem como na fase de avaliação final, três o incomodava extremamente (item 2, 13 e 17) e um item o incomodava bastante (item 7). Assim, o escore total em ambas as aplicações foi de 15.

Quanto aos itens de esquiva, na sessão de triagem, quatro itens o incomodaram

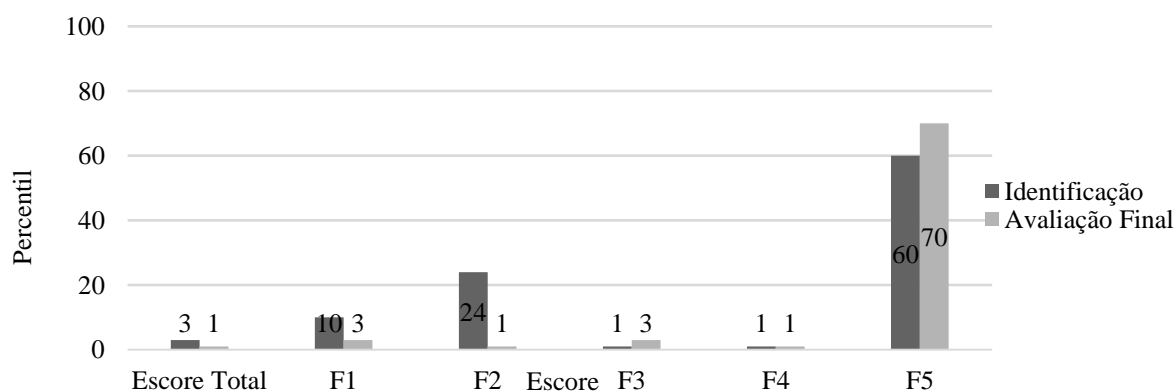
extremamente (itens 4, 8, 9 e 11) enquanto que bastante, moderado e nada tiveram um item cada (item 6, 12 e 16, respectivamente). Assim, o escore total na triagem foi de 21. Já na fase de avaliação final, quatro itens o incomodaram extremamente (itens 4, 6, 9 e 11), um moderadamente (item 8) e dois o incomodaram um pouco (item 12 e 16), totalizando um escore de 20 nesta fase.

Na triagem, Antônio respondeu que 11 dos itens o incomodavam extremamente (itens 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17) e na avaliação final, 10 (itens 2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15 e 17). Em relação aos itens que o incomodavam bastante, foram dois na triagem (item 6 e 7) e um na avaliação final (item 7). Na sessão de triagem, dois dos itens o incomodavam moderadamente (itens 5 e 12) e 3 (itens 3, 5 e 8) na avaliação final. Já os itens que o incomodavam um pouco, não houve ocorrência na triagem e dois (itens 12 e 16) na avaliação final. E em relação aos itens que o incomodavam nada, dois dos itens na sessão de triagem (itens 1 e 16) e um (item 1) na fase de avaliação final.

Como há indicação do quadro de Fobia Social quando o resultado total for igual ou superior a 19, o participante manteve a indicação do quadro de Fobia Social em ambas as aplicações do SPIN, uma vez que o participante atingiu 54 na triagem e 51 na avaliação final.

Resultados obtidos com o IHS

Com as aplicações do IHS na fase de identificação e na avaliação final, obteve-se os



dados apresentados na Figura 1 e na Figura 2. A Figura 1 apresenta os resultados dos escores totais e fatoriais do IHS na fase de identificação e na fase de avaliação final. O primeiro agrupamento de colunas indica os escores totais: de 3 na fase de identificação e 1 na avaliação final. O segundo agrupamento de colunas, apresentam os valores do F1 (enfrentamento e autoafirmação com risco) em que o participante atingiu escore 10 na fase de identificação e escore 3 na avaliação final. Os escores obtidos pelo participante no F2 (autoafirmação na expressão de sentimentos positivos), foram de 24 na fase de identificação e 1 na fase de avaliação final. Em relação ao F3 (conversação e desenvoltura social), o participante atingiu escore 1 na fase de identificação e 3 na fase de avaliação final. Os escores obtidos pelo participante no F4 (auto exposição a desconhecidos e situações novas) foi de 1 tanto na fase de identificação como na avaliação final. Os escores do F5 (autocontrole da agressividade) foram de 60 na fase de identificação e de 70 na fase de avaliação final. De acordo com o instrumento, os valores obtidos nos escores totais, F1, F2, F3 e F4 tanto na fase de identificação como na avaliação final apontam para repertório abaixo da média inferior de habilidades sociais com indicação de intervenção. Apenas os valores obtidos no F5 indicam bom repertório de habilidades sociais com equilíbrio entre recursos e déficits nos itens desse fator.

Figura 1. Resultados dos escores totais e fatoriais do IHS com a aplicação na Identificação e na Avaliação Final

A Figura 2 apresenta os resultados brutos dos itens de cada fator do IHS com os dados da aplicação na fase de identificação (FI) e na fase de avaliação final (AF) e média do grupo amostral (Média) de cada item do instrumento.

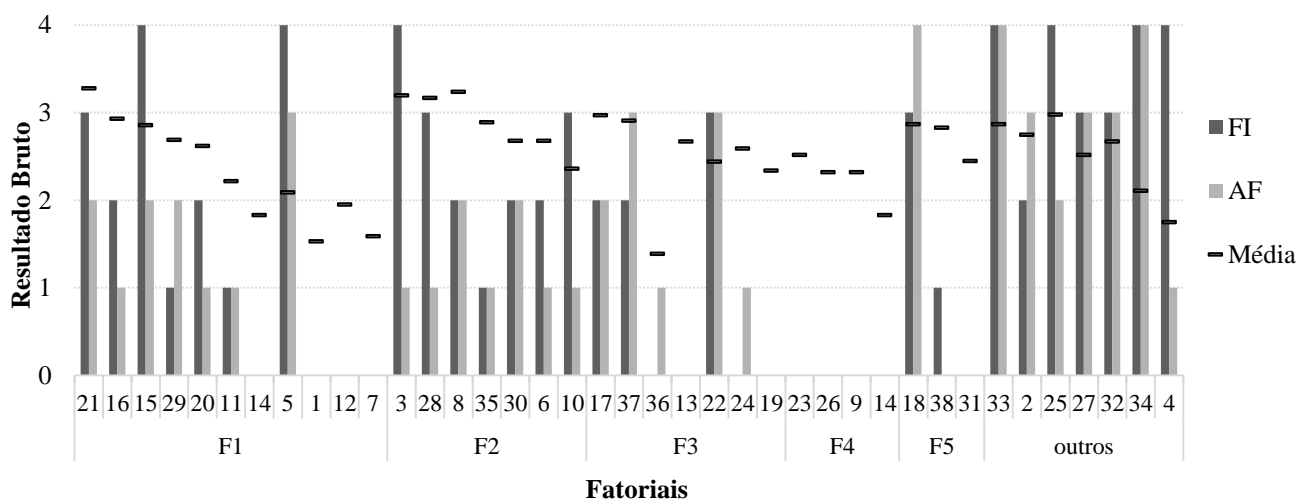


Figura 2. Resultados brutos dos itens do IHS com a aplicação na fase de identificação (FI) e avaliação final (AF) e as médias globais

Dos dados apresentados na Figura 2 é importante destacar que o item “Lidar com críticas injustas” no F1, que estava acima do valor médio do grupo amostral na fase de identificação, na fase de avaliação final ficou abaixo da média. No F2, os itens “Agradecer elogios” e “Expressar sentimento positivo” que estavam acima da média na identificação, ficaram abaixo da média na avaliação final. No F3, o item “Pedir favores a colegas” que estava abaixo da média na primeira aplicação, ficou acima da média na segunda. Já no F4 e F5 os itens não mudaram sua posição em relação à média nas duas aplicações. Nos itens que não entraram em nenhum fator, o item “Pedir mudança de conduta” que estava abaixo da média ficou acima da média na segunda aplicação e os itens “Lidar com críticas justas” e “Interromper a fala do outro” que estavam acima, ficaram abaixo na segunda aplicação. Os outros itens não tiveram mudança de redução ou aumento em relação à média do grupo amostral.

Identificação das classes de comportamento-alvo para intervenção

Com os dados obtidos na fase de Identificação, tanto com a avaliação indireta (e.g.,

entrevista, aplicação do SPIN, IHS e QHV) como com a observação direta, foram identificadas no repertório do participante quatro classes de comportamentos relacionados com a queixa de Fobia Social, que apresentavam baixas frequências e que foram avaliados como centrais no repertório geral do participante. Essas classes de comportamento indicam CRB2 na FAP e comportamentos-alvo no THS, assim, ao longo da intervenção visou o aumento de suas frequências. As quatro classes de comportamento-alvo do participante, apresentadas na Tabela 3, foram avaliadas suas frequências dentro da sessão tanto de FAP quanto de THS.

Tabela 3. Classes de comportamento-alvo do participante

C1 – Conversação
Questionar sobre relação, questionar, manter conversação com a terapeuta, manter conversação com a terapeuta indo e voltando do consultório, iniciar conversação com a terapeuta indo e voltando do consultório.
C2 – Interação
Cumprimentar e despedir-se da terapeuta.
C3 - Comportar-se na presença do outro
Comer; desenhar.
C4 - Falar Sobre si
Auto revelação, expressar sentimentos negativos e positivos; expressar desejos e necessidades na relação.

Resultado nível de ansiedade

Os dados do relato do participante referente ao nível de ansiedade nas sessões estão apresentados na Figura 3. A média do nível de ansiedade na linha de base foi de 4,67; nas sessões de FAP foi de 4,59 e nas sessões de THS foi de 5,76. As médias das três primeiras sessões de FAP e THS foram de 3,33 e 6,67, respectivamente. E as três últimas de FAP foram 4,00 e as de THS foram de 4,33.

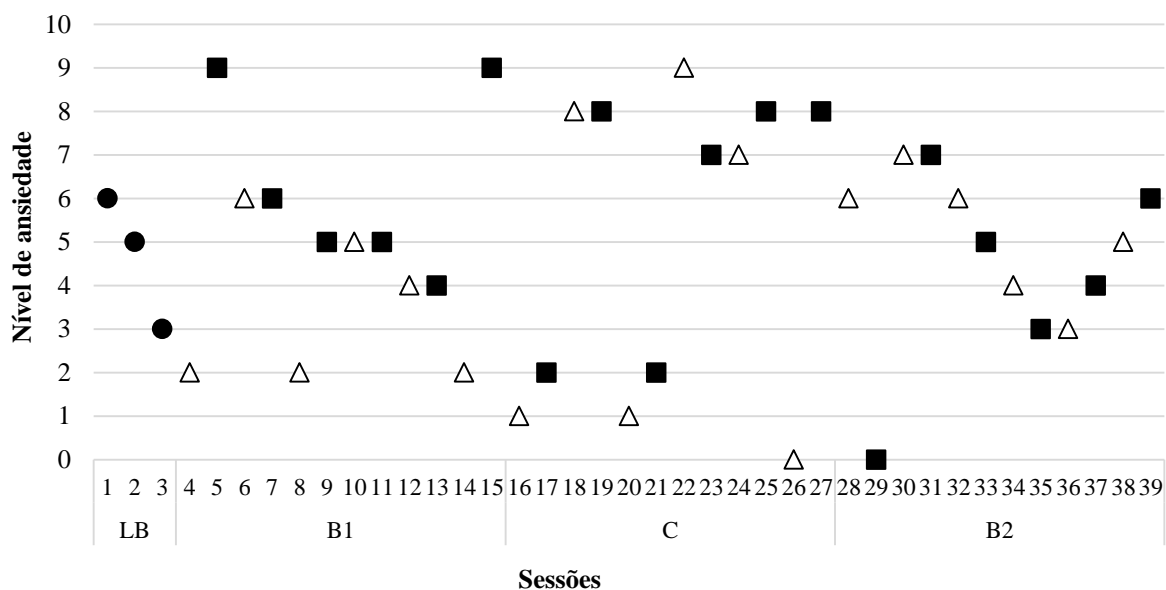


Figura 3. Relato do nível de ansiedade relatado na sessão. As marcas correspondem às diferentes condições: ● - linha de base; △ - FAP; e ■ - THS. Nas sessões 26 e 29 o relato não foi solicitado.

Os dados da Figura 3 apontam que, em sua maioria, o nível de ansiedade na sessão de THS foi maior ou se manteve igual comparado ao nível da sessão anterior de FAP. Contudo, nas sessões 23, 33 e 35, o relato do nível de ansiedade na sessão de THS foi menor em relação a sessão anterior de FAP. Na sessão 22, com FAP, o participante revelou o seu desejo suicida. Nas sessões de THS 33 e 35 houve a aplicação da técnica de relaxamento. É possível afirmar que o nível de ansiedade relatado nas sessões de FAP e THS diferiu significativamente conforme análise realizada por teste t ($t=2,027$, $p=0,03$).

Avaliação das sessões

A Tabela 4 apresenta a porcentagem de itens registrados pelos auxiliares de pesquisa que estavam de acordo com a sessão avaliada. De acordo com os dados do auxiliar 1, 30,1% de seus registros indicaram que o reforço estava de acordo com a FAP; 54,2% de seus registros indicaram concordância com a instrução FAP e 40,0% estavam de acordo com a relação FAP. Os dados do auxiliar 2 indicaram que 35,4% de seu registro de reforço estava

de acordo com a FAP, 88,5% da instrução e 23,3% da relação estavam de acordo com a FAP. Em relação aos dados do THS, o auxiliar 1 registrou 83,8% do reforço; 79,4% da instrução e 78,7% da relação estavam de acordo com o THS. Já os dados do auxiliar 2 indicaram que 85,4% do reforço, 48,6% da instrução e 95,8% da relação estavam de acordo com o THS.

Tabela 4. Porcentagem de registros que indicaram que reforço, instrução e relação estavam de acordo com a técnica

	FAP		THS	
	Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 1	Auxiliar 2
Reforço	30,1%	35,4%	83,8%	85,4%
Instrução	54,2%	88,5%	79,4%	48,6%
Relação	40,0%	23,3%	78,7%	95,8%

Resultado concordância entre observadores

Os dados obtidos com as análises das sessões de intervenção registrados pelos auxiliares de pesquisa apontam uma concordância de 74%. Sendo que a maior concordância foi com os dados da relação (de 89%), seguido pelos dados do reforço (de 81%) e os dados da instrução (de 59%).

Frequência das classes de comportamento

Dentre os comportamentos-alvo definidos para sofrerem intervenção nas sessões de FAP ou THS, conforme a fase da pesquisa, dois caracterizaram-se por ocorrerem dentro e fora das sessões (C1 e C4) e dois prioritariamente fora das sessões (C2 e C3). A seguir serão descritas as ocorrências dentro das sessões das classes de comportamento que eram passíveis de serem emitidas dentro das sessões, como forma de serem procuradas emissões e alterações sistemáticas destes comportamentos sob controle diretamente das intervenções da terapeuta. As frequências de emissão dessas classes no contexto clínico durante a intervenção I – B1, intervenção II – C e retorno a intervenção I – B2 estão apresentadas na

Figura 4 e Figura 5.

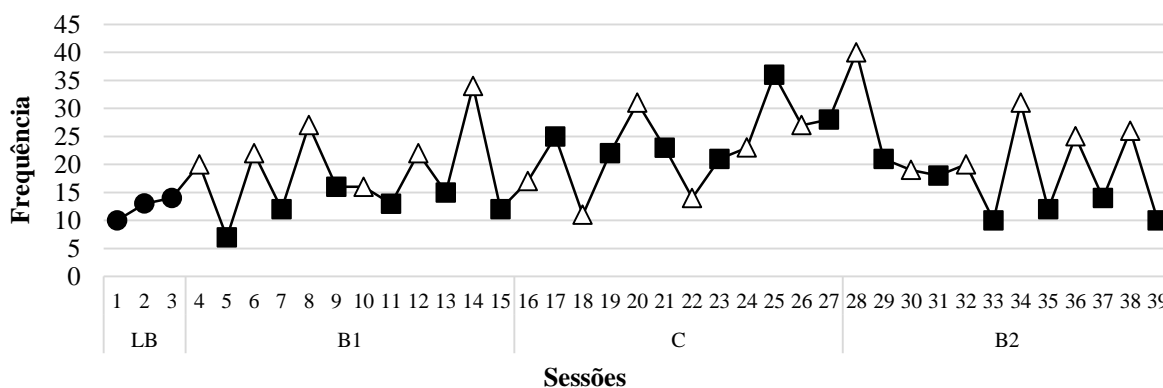


Figura 4. Frequência das respostas referentes à classe de comportamentos C1 durante as sessões de: linha de base - ●; FAP -△; e THS - ■.

A frequência da classe de comportamentos C1 (Conversa o), apresentada na Figura 4, variou nas três sessões de linha de base (10, 13,14), com uma média de 12,3. Na fase B1, as frequências nas sessões de FAP, nas quais foi programada interven o para este comportamento, variaram de 16 a 34 (média de 23,5) e foram maiores ou igual que as três sessões de linha de base e das sessões de THS, nas quais a frequência variou de 7 a 16 (média de 12,5).   possível afirmar que a frequência de C1 nas sessões de FAP e THS na fase B1 diferiu significativamente conforme análise realizada por teste t ($t=4,19778$, $p=0,00425$). Já na fase C, a frequência de C1, com interven o programada durante as sessões de THS, apresentou varia o de 11 a 27 nas sessões de FAP e de 21 a 36 nas sessões de THS ora com frequências mais altas ora com frequências mais baixas, obtendo-se uma média de 20,5 na FAP e 25,8 em THS. Nesta fase, a frequência de C1 nas sessões de FAP e THS não diferiu significativamente de acordo com análise do teste t ($t=-1,69409$, $p=0,07551$). Na fase B2, quando houve o retorno da interven o sobre este comportamento nas sessões de FAP, a frequência foi mais alta em cinco das sessões de FAP, quando comparadas com as sessões subsequentes em THS. E, com a análise do teste t, a frequência de C1 nas sessões de FAP e THS diferiu significativamente ($t=4,50343$, $p=0,00319$).

A Figura 5 apresenta a frequência das respostas referentes à classe de comportamento C4 (Falar sobre si).

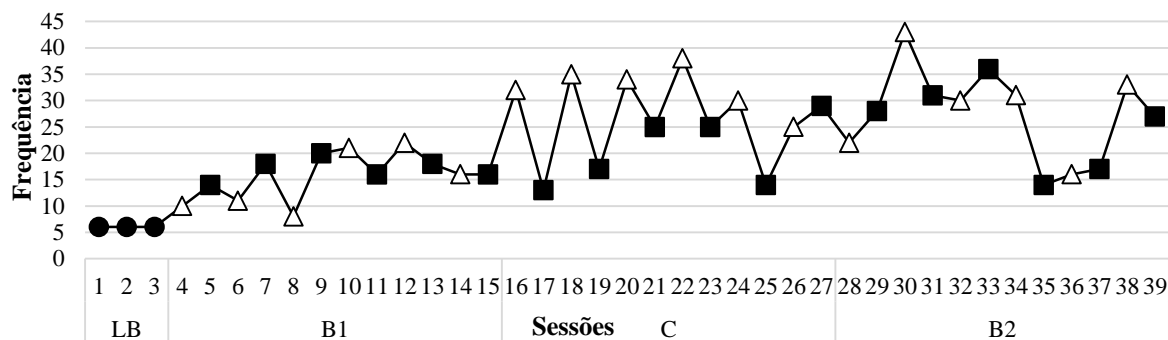


Figura 5. Frequência respostas referentes à classe de comportamentos C4 durante as sessões de: linha de base - ●; FAP -△; e THS - ■.

A frequência de C4 se manteve estável na linha de base com frequência 6 em todas as sessões desta fase. Na fase B1, as frequências de C4 variaram de 10 a 22. Pode ser observado que as frequências foram mais altas que as observadas na linha de base, tanto nas sessões com FAP (média de 14,7) quanto com THS (média de 17,0). Dentre as sessões de FAP, C4 apresentou frequências maiores nas três últimas sessões de FAP, comparadas às emissões nas três primeiras sessões com esta intervenção nesta fase. Nas sessões de THS, nas quais essa classe estava sob intervenção, não foi observada tendência crescente das primeiras para as últimas sessões desta fase. Comparando-se as duas intervenções verifica-se que as três primeiras sessões de THS apresentaram frequências mais alta comparada com as três primeiras de FAP e, as três últimas de THS apresentam frequência mais baixas ou iguais em relação as três últimas de FAP. Com a análise realizada por teste t, é possível afirmar que a diferença da frequência nas sessões de FAP e THS não foi significativa ($t=-0,86691$, $p=0,21281$). Na fase C, a frequência nas sessões de FAP (média de 32,3) foram maiores comparadas com as sessões de THS (média de 20,5), com exceção da última de THS que apresentou frequência maior, contudo, com a análise do teste t realizado, observa-se que a diferença não foi significativa ($t=1,29393$, $p=0,12612$). Na fase B2, as frequências

de FAP (média de 29,2) e THS (média de 25,5) apresentaram variações ao longo das sessões, com ora maiores (43) frequências em FAP, ora maiores frequências em THS (36). Com a análise do teste t, é possível afirmar que a diferença não foi significativa ($t=0,93503$, $p=0,19635$).

Em resumo, os dados mostram diferenças no relato do nível de ansiedade ao longo do tratamento, com níveis geralmente mais baixos nas sessões de FAP, comparados com os relatados em THS. Quanto às frequências de C1 e C4, ambos apresentaram frequências de emissões dentro da sessão maiores que as observadas na linha de base nas duas técnicas, com maior frequência nas últimas sessões de cada fase nas sessões nas quais cada comportamento estava sob intervenção.

Discussão

A partir das intervenções nas classes de comportamento de habilidade social do participante foi possível acessar os objetivos do presente trabalho que foram: comparar os resultados das duas aplicações do IHS e do SPIN; comparar os efeitos do THS e da FAP nesses comportamentos, além de avaliar o nível de ansiedade ao longo da intervenção e entre as sessões.

Ao comparar os dados das duas aplicações do SPIN, apresentados na Tabela 2, observa-se uma semelhança nos valores da intensidade dos itens da aplicação realizada antes da intervenção para a aplicação após a intervenção. E, os dados da Tabela 1 e Figura 2 que apresentam os dados obtidos com as duas aplicações do IHS apontam que o escore total, F1 e F2 diminuíram quando comparado o percentil da aplicação na fase de identificação e avaliação final. O F4 manteve com o mesmo percentil nas duas aplicações e o F3 e F5 tiveram um aumento no percentil.

Apesar de serem frequentemente usados em pesquisas (Angélico et al., 2006; D'EL

Rey et al., 2006 b; Ferreira et al., 2014; Rocha et al., 2012) e de terem estudos que avaliam a validade do inventário (Angélico et al., 2012; Osório et al, 2008), ambos são instrumentos de autorrelato, e por isso, podem apresentar os problemas descritos por Kohlsdorf e Junior (2009). Como o autorrelato depende da auto-observação, é possível que na primeira aplicação o participante tenha ignorado alguns aspectos a respeito de si mesmo e/ou não tinha repertório de observação e relato das variáveis que controlavam o seu comportamento e já na segunda aplicação dos instrumentos, suas respostas podem ter sido sob controle daquelas variáveis. Assim, talvez a redução nos percentis do IHS e a sutil diferença no desempenho no SPIN não estariam relacionados a uma melhora incipiente, mas a uma melhor identificação e descrição das variáveis e do desenvolvimento de um repertório de observação de seu próprio comportamento. Como, por exemplo, no início da pesquisa Antônio descrevia que não mantinha contato social pelo fato de não gostar de pessoas e ao final da pesquisa verbalizou que na verdade “(...) sinto que é problema meu de dificuldade de conversar e iniciar. (...) Dependendo da pessoa que vou tendo uma convivência diária vai ficando agradável estar com ela.”. Como sugestão, visando minimizar os problemas da utilização de instrumentos de autorrelato, Kohlsdorf e Junior (2009) sugerem o treino do instrumento e a utilização de outras técnicas como a observação direta e o uso de outras escalas e inventários.

É importante considerar ainda a possibilidade de que os comportamentos-alvo de fazer estavam em processo de aumento e repertórios descritivos ainda não haviam sido estabelecidos. Sobre isso, uma série de estudos tem demonstrado que o contato com as contingências em realização de tarefas experimentais de solução de problemas levam primeiro à aprendizagem da resposta de solução e posteriormente ao relato das variáveis e do comportamento reforçado (*e.g.* Simonassi, 1999; Simonassi, Cameschi, Coelho, Valcacer-Coelho & Fernandes, 2011). No presente caso, a intervenção foi programada com

um número fixo de sessões com cada técnica e havia indicação de continuidade do tratamento do cliente para o estabelecimento de outros repertórios.

Com os dados obtidos com os registros dos auxiliares de pesquisa, apresentados na Tabela 4, pode-se observar que algumas sessões, a integridade foi baixa. Vale ressaltar a dificuldade de garantir integridade alta em intervenção clínica. Um dos motivos é que a terapeuta precisa estar atenta às necessidades do cliente durante a sessão e quando preciso deve desviar da técnica prevista para atendê-las, até mesmo para agir de forma ética. Contudo, de modo geral a integridade não pode ser considerada tão baixa ao ponto de comprometer a interpretação dos dados. Além disso, deve ser pontuado que optou-se no presente trabalho pela realização dos registros em três a quatro períodos de 15 minutos da sessão, de forma que a observação de técnicas diferentes da prevista para aquela sessão ao longo de todos os períodos de uma sessão não indicam necessariamente que a técnica não foi aplicada em nenhum momento da sessão. De fato, para a maioria das sessões de FAP e THS foram registradas intervenções compatíveis com a respectiva técnica.

Os dados do relato de ansiedade, apresentados na Figura 3, apontam que nas sessões de THS o participante relatou uma ansiedade maior ou igual comparado com as sessões de FAP, com exceção de três sessões em que houve a presença de um evento aversivo (relato sobre ideação suicida) ou intervenção direta para a redução da ansiedade (técnica de relaxamento). Embora o uso de técnicas aversivas seja eficaz no tratamento de problemas de ansiedade, outras questões devem ser consideradas (Banaco, 2001). Skinner (1953/2003), por exemplo, descreveu a psicoterapia como uma agência controladora que se preocupa com comportamentos inapropriados que geram consequências negativas tanto para o próprio indivíduo como para os outros de seu ambiente e afirmou que o terapeuta deve ser uma audiência não punitiva e consequenciar de maneira diferente do ambiente do cliente, ou seja, sem punição, como uma forma de colocar o comportamento do cliente em contato com

contingências reforçadoras.

Banaco (2001) cita alguns estudos em relataram a busca de uma relação terapêutica mais reforçadora e alcançaram melhoras do cliente e diminuição de relações aversivas. Além disso, foi por observar que progressos aconteciam com clientes que mantinham uma relação intensa e profunda e pouco aversiva com os seus terapeutas que Kohlenberg e Tsai (1991/2006) buscaram o desenvolvimento da FAP. Esta pesquisa avaliou o tratamento da Fobia Social, que é caracterizado por alto nível de ansiedade, conforme o diagnóstico psiquiátrico (APA,2013). Assim é possível considerar que quando a ansiedade é reduzida em sessões nas quais o paciente está emitindo comportamentos que no cotidiano geram alto nível de ansiedade, isto pode indicar que o tratamento está sendo efetivo nessa medida no ambiente terapêutico, pois pode sinalizar que estão operando mais contingências reforçadoras positivas que contingências aversivas. Uma outra avaliação deve ser feita para analisar se esse comportamento se generalizou para outros ambientes, a partir de procedimentos de observação e registros de comportamentos fora da sessão. Mas, de qualquer maneira, é um dado que aponta para um CRB2.

Em relação aos dados obtidos com a frequência de ocorrência das classes de comportamentos que passaram por intervenção (Figuras 4 e 5) observa-se que no geral, as classes de comportamento-alvo ocorreram com frequência maior nas sessões de FAP do que nas de THS. O fato das sessões FAP terem apresentado episódios de intimidade com a terapeuta compartilhando sentimentos e pensamentos, pode ter favorecido o aumento da classe de comportamento C4 (falar sobre si). Esse dado está de acordo com os resultados descritos por Vandenberghe e Pereira (2005).

Contudo, os dados de frequência não apresentam estabilidade, o que pode indicar que eles ainda estão em transição. Isso dificulta algumas conclusões. Com isso, indica-se que pesquisas futuras busquem atingir critérios de estabilidade para mudança de fase, o que

garantirá dados estáveis e uma melhor identificação dos controles dos comportamentos sob intervenção e, conseqüentemente, nas análises dos dados.

Alguns autores (e.g., Angélico, et al., 2006) descrevem a correlação entre Fobia Social e déficits no repertório de habilidades sociais o que faz com que o THS seja indicado para o tratamento da Fobia Social (Angélico et al., 2006; Caballo, 2003; Rocha et al., 2012; Savoia & Barros Neto, 2000; Wagner et al, 2015). Contudo, apesar dos dados apontarem para uma melhora quando da intervenção de THS, os comportamentos apresentaram maior frequência nas sessões de FAP. Possivelmente, a possibilidade da aplicação da FAP para se intervir em comportamentos que envolvem baixo repertório social e esquivas de situações que requisitem essas habilidades reside no fato de que ela provê uma interação social que é genuína (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) com a vantagem de se assemelhar às interações cotidianas, mas com contingências prioritariamente reforçadoras.

Apesar da pesquisa aplicada envolver as etapas de investigação científica (definir o problema, gerar hipóteses, delinear a investigação, coletar e analisar os dados) essas etapas são desafiadoras pelo contexto em que são desenvolvidas que dificulta a investigação da relação causal entre as variáveis pela dificuldade em se manipular as variáveis sem tornar o ambiente artificial e com isso limitar a generalidade dos dados (Cozby, 2003). O delineamento utilizado nesta pesquisa buscou cumprir com as etapas de investigação científica e ao mesmo tempo não tornar o ambiente artificial além de buscar utilizar-se de técnicas de intervenção com possibilidade de melhora para o cliente e garantir a ética. Contudo, não foi possível medir todas as variáveis envolvidas e, por não ter controlado essas variáveis, dado o próprio procedimento e sua delimitação temporal, não se pode afirmar sobre o efeito de somação nas intervenções. Além disso, apesar da literatura apontar a eficácia da FAP e do THS, a falta de estudos que tenham comparado essas técnicas indica que novos dados devem ser coletados, visando assim, fornecer mais evidências das

respectivas eficácias e provendo à área de pesquisa e de aplicação, principalmente a possibilidade de fornecer tratamentos mais eficazes a comportamentos problemas.

Este estudo também não avaliou se houve ou não generalização. Apesar da dificuldade em se obter tais dados, é importante uma vez que apenas a emissão de novos comportamentos no ambiente clínico não é suficiente. Por isso, essa mensuração é importante para avaliar a efetividade do tratamento. Com isso, indica-se que pesquisas futuras busquem avaliar esse dado. Contudo, alguns relatos do participante durante as sessões apontam para diversas mudanças, por exemplo, o participante que tinha parado de frequentar as aulas na faculdade por não conseguir fazer trabalhos em grupo, realizou duas avaliações em dupla durante o curso, além de conseguir manter conversação com essa aluna e concluiu o semestre. Durante a pesquisa, fez algumas refeições na presença de sua mãe e na cantina da faculdade com outros alunos. Após uma prova que não tirou nota boa, pediu exercícios extras para o professor para auxiliar no estudo para a próxima avaliação, relatos esses que indicam maior exposição a situações sociais que relatado na fase de identificação, linha de base e no início da intervenção B1.

As duas classes de comportamentos mensuradas neste trabalho apresentaram ao longo das intervenções um aumento e esse aumento foi maior quando estava sob intervenção FAP do que quando THS. Embora os resultados do IHS e do SPIN talvez não estivesse relacionado a uma melhor identificação e descrição das variáveis. Ao avaliar o nível de ansiedade, foi possível observar que nas sessões de THS o nível de ansiedade foi, em sua maioria, maior quando comparado com a sessão anterior de FAP. Contudo, novos dados devem ser coletados, visando assim, favorecer mais evidências das respectivas eficácias e provendo à área a possibilidade de fornecer tratamentos mais eficazes.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM – 5*. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia Social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10(1), p. 113-125.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de Habilidades Sociais no Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (3), 467-476.
- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. Em: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (Orgs), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 197-212). Londrina: Editora UEL.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 601-607.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2011). Linhas de evidências que dão suporte à FAP. Em Tsai, M. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Orgs), *Um guia para psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp.43-60). Tradução organizada por F. C. S. Conte & M. Z. S. Brandão. Santo André: ESETEC.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte.16(2), 330-350.
- Caballo, V. E. (2002). O treinamento em Habilidades Sociais. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 361-398). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos Livraria

- Editora. (Trabalho original publicado em 1996).
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Editora Santos.
- Catania, C. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Tradução organizada por D. G. de Souza. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1998).
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of social phobia inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cordioli, A. V. (1998) *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Cordova, J. V. & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A Behavioral Interpretation. *The Behavior Analyst*, 24 (1), 75-86.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciência do Comportamento Humano*. Tradução organizada por P. I. C. Gomide & E. Otta. São Paulo: Editora Atlas. (Trabalho original publicado em 1977).
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., & Pacini, C. A. (2006b). Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8 (1), 1-12.
- D'El Rey, G. J. F., Pacini, C. A., & Chavira, D. J. (2006a). Fobia Social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1) 111-114.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001a). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. 2ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001b). *Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia Social – estudo da prevalência em duas

- escolas em Porto Alegre, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 122-126.
- Ferreira, V. S., Oliveira, M. A., & Vandenberghe, L. (2014). Efeitos a curto e longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 73-81.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall P. C., & Asbahr, F. C. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(2), 96-101.
- Jonas, A. L. (1997). O que é auto-regra?. Em Bananco, R. A. (Org.), *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. São Paulo: ARBytes.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 39(4), 463-467.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M., (2006). *Psicoterapia Analítica Funcional*. Tradução organizada por R. R. Kerbauy. Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 1991).
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2011). O que é Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)?. Em Tsai, M. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Orgs), *Um guia para psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp.21-42). Tradução organizada por F. C. S. Conte & M. Z. S. Brandão. Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 2009).
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J., (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso:

- teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Kohlsdorf, M., & Junior, A. L. C. (2009). O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27(57), 131-139.
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia Multimodal do Comportamento*. Tradução organizada por U. C. Arantes. 2ª Edição. São Paulo: Manole. (Trabalho original publicado em 1975).
- Levitan, M., Rangé, B., & Nardi, A. E. (2008). Habilidades Sociais na Agorafobia e Fobia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 95-100.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de Comportamento: o que é e como fazer*. Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. 8ª Edição. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Medeiros, C. A. (2014) Discussões Teóricas e Conceituais sobre Reforçadores Naturais, Sociais e Arbitrário. Disponível em: <http://comportese.com/2014/03/discussoes-teoricas-e-conceituais-sobre-reforcadores-naturais-sociais-e-arbitrarios/>. Acessado em: 24 de fevereiro de 2016.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 221-230.
- Muñoz-Martínez, A., Novoa-Gómez, M., & Gutiérrez, R. V. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP) in Ibero-America: Review of current status and some proposals. *International Journal of Behavioral Consultation and therapy*, 7(2-3), 96-101.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em solução de problemas. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*

- (pp. 471-493). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos Livraria Editora. (Trabalho original publicado em 1996).
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade De São Paulo, São Paulo.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Cross-cultural validation of the brazilian portuguese version of the social phobia inventory (SPIN): study of the itens and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25-29.
- Otero, V. R. L. (2004). Ensaio comportamental. Em: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 205-213). São Paulo: Editora Roca.
- Pezzato, F. A., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 14(1), 74-84.
- Regra, J. A. S. (2004). Modelagem. Em: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 121-143). São Paulo: Editora Roca.
- Rocha, J. F., Bolsoni-Silva, A. T., & Verdu, A. C. M. A. (2012). O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental. *Revista Perspectivas*, 3(1), 38-56.
- Savoia, M. G., & Barros Neto, T. P. (2000). Tratamento psicoterápico da fobia social – abordagem comportamental cognitiva. *Revista Psiquiatria Clinica*, 27(6), 335-339.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behaviour therapies in the treatment of social phobia. *The British Journal of Psychiatry*, 134(6), 620-623.
- Simonassi, L. E. (1999). Cognição: contato com contingências e regras. *Revista Brasileira*

de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1, 83-93.

- Simonassi, L. E., Cameschi, C. E., Coelho, C., Valcacer-Coelho, A. E. B., Fernandes, E. C. (2011). Uma outra função do reforçador: organização/ordenação de comportamentos. Em: Candido V. B. B. Pessoa; Carlos Eduardo Costa; Marcelo Frota Benvenuti (Org.). *Comportamento em foco* (pp.621-630) São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York. Appleton Century Crofts
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. Tradução J. C. Todorov & R. Azzi. 11ª Edição. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., & Waltz, J. (2011). Técnica Terapêutica: as cinco regras. Em: Tsai, M. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Orgs), *Um guia para psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 89-138). Tradução organizada por F. C. S. Conte & M. Z. S. Brandão. Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 2009).
- Tuner, R. M. (1996). A Dessensibilização Sistemática. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 167-195). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos Livraria Editora. (Trabalho original publicado em 1996).
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica a luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 147-165). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos Livraria Editora.

(Trabalho original publicado em 1996).

- Wagner, M. F., Dalbosco, S. N. P., Wahl, S. D. Z., & Cecconello, W. W. (2015). Repertório deficitário de habilidades sociais no transtorno de ansiedade social: avaliação pré-intervenção. Em: Z. A. P. Del Prette, A. B. Soares, C. S. Pereira-Guizzo, M. F. Wagner & V. B. R. Leme (Org.), *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática* (pp. 349-367). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36, 87-119.
- Wetterneck, C. T., & Hart, J. M. (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for cognitive behavior therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 167-176.

Anexos

Anexo 1 - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título O tratamento com Treino de Habilidades Sociais e Terapia Analítica Funcional. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa

Pesquisadora responsável – Máira Ribeiro Magri, mestranda em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Pesquisador orientador – Dr. Cristiano Coelho, professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Contatos – Em caso de dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Máira Ribeiro Magri ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Cristiano Coelho, nos telefones: (62) 8187-8855 / (62) 9964-9970, ou através dos e-mails mairarmagri@gmail.com ou cristicoelho@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512.

Justificativa – Apesar de a literatura apresentar diferentes tipos de tratamentos para lidar com a Fobia Social, há poucos estudos que comparam a efetividade de diferentes terapias. Saber da eficácia de uma determinada terapia e se ela é superior a outra terapia é importante para que nós possamos oferecer tratamentos mais adequados para pessoas com esse transtorno.

Objetivos – Este trabalho objetiva observar e medir a frequência de comportamentos de habilidades sociais em participantes fóbicos sociais, além de comparar a eficácia de duas terapias baseadas nos conhecimentos da Análise do Comportamento, que têm sido aplicadas na promoção de habilidades sociais.

Sessões experimentais da pesquisa – As sessões experimentais ocorrerão de duas (02) a três (03) vezes na semana, com duração de 50 minutos cada, na Clínica Escola de Psicologia – CEPSE, Rua 232 nº 128, 2º andar, Área V da PUC Goiás - Setor Leste Universitário, CEP 74.605-140, Goiânia/GO, telefones: (62) 3946-1198 / (62) 3946-1249. No total, serão realizadas no mínimo 30 sessões e no máximo 46 sessões no período total de 04 a 06 meses.

Sigilo – Todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável, sob sigilo exigido pelo código de ética. Os dados coletados só serão divulgados garantindo o anonimato. Sendo assim, quando o conteúdo de suas informações for utilizado para propósitos de publicação científica, sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

Desistência – Você terá o direito, sem nenhuma penalidade, de encerrar sua participação a

qualquer momento do estudo.

Benefícios – Você poderá ter tanto benefícios diretos como indiretos. Os benefícios diretos referem-se tanto à diminuição de frequências de comportamentos indesejáveis como o aumento de frequência de comportamentos desejáveis. Os benefícios indiretos referem-se à produção de conhecimento que poderá ser desenvolvido para o tratamento de Fobia Social.

Riscos – Apesar de o estudo utilizar de terapias já referenciadas na literatura, da habilidade clínica da pesquisadora e de todo o cuidado ético, pode ocorrer de você não apresentar melhoras em suas queixas, com isso não se beneficiar diretamente com a pesquisa. Caso isso ocorra, você será encaminhado(a), na própria clínica escola, para outra intervenção mais apropriada à sua queixa.

Encerramento – A pesquisa será encerrada após a realização de no mínimo 30 sessões e no máximo 46 sessões ou em caso de você ter duas faltas consecutivas ou três intercaladas nas sessões. Após o encerramento do estudo, você terá o direito de continuar sendo atendido(a) na Clínica Escola de Psicologia (CEPSI) pela pesquisadora ou com outro estagiário devidamente supervisionado.

Custos – Esta pesquisa não implicará em nenhum custo a você. Apenas o custo do seu deslocamento até a Clínica Escola onde as sessões ocorrerão.

Indenização – Mesmo com todos os cuidados éticos da pesquisa se mesmo assim você se sentir lesado(a) terá o direito de recorrer a justiça.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com Maíra Ribeiro Magri sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento psicológico quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Goiânia, ____, de _____, de 2015.

	/ /
Assinatura do participante	Data
	/ /
Assinatura da testemunha	Data
	/ /
Assinatura do responsável pelo estudo	Data

Anexo 2 – TCLE da Clínica-Escola

Prezado(a),

Nesse momento você está se inscrevendo para atendimento no Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas (CEPSI) da PUC Goiás. Os atendimentos realizados serão discutidos com um professor-supervisor, em grupos de estagiários e, eventualmente, precisarão ser filmados, gravados ou observados através de espelhos por outras pessoas. Nesse último caso, você será informado(a) antes e poderá recusar sua participação. As informações levantadas poderão ser utilizadas na elaboração de trabalho de conclusão de curso e de artigos científicos, onde seu nome não será divulgado, nem quaisquer informações a seu respeito que poderão identificá-lo(a).

Aproveitamos também para pedir sua autorização para a consulta aos dados de sua ficha de inscrição e dos seus prontuários de atendimento para pesquisas sobre as pessoas que utilizam os serviços da Clínica de Psicologia (CEPSI) da PUC Goiás. Essa pesquisa é importante para melhorarmos os nossos atendimentos e serviços prestados à comunidade, como também contribuirá para a formação de futuros psicólogos. Garantimos que sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo e que também serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Caso isso não aconteça, você terá o direito a pleitear uma indenização na justiça. Se você não quiser que seus dados sejam utilizados em pesquisa, você será atendido da mesma maneira na clínica, sem nenhum prejuízo ou constrangimento. Caso você ainda tenha alguma dúvida, aproveite esse momento para perguntar ou se dirija para a coordenação da clínica para esclarecimentos (telefones 3946-1199).

Se você achar que já foi esclarecido o suficiente, por favor assine abaixo para mostrar que concorda. Ao assinar este papel você declara que recebeu uma cópia deste Termo de Consentimento e que obteve todas as informações necessárias para decidir conscientemente sobre os seus atendimentos psicológicos e sobre a disponibilidade dos seus dados para pesquisa.

Somos gratos pela sua compreensão e colaboração!

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Nome do Cliente (por extenso): _____

Marque com um X caso concorde: _____

() Concordo com os atendimentos psicológicos.

() Concordo que os dados do meu prontuário sejam usados para pesquisa.

Assinatura do cliente ou responsável: _____

Nome do estagiário (por extenso): _____

Assinatura do estagiário: _____

Assinatura e carimbo do supervisor ou coordenados do CEPSI: _____

Anexo 3 - SPIN

Inventário de Fobia Social (SPIN)

Nome: _____

Idade: ____ anos

Data: ____/____/____.

Instruções: Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a última semana. Marque somente uma alternativa para cada problema, verifique se respondeu a todos.

	Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
1. Tenho medo de autoridades.	0	1	2	3	4
2. Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas.	0	1	2	3	4
3. Festas e eventos sociais me assustam.	0	1	2	3	4
4. Evito falar com pessoas que não conheço.	0	1	2	3	4
5. Fico muito assustado ao ser criticado.	0	1	2	3	4
6. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado.	0	1	2	3	4
7. Transpirar na frente das pessoas me incomoda.	0	1	2	3	4
8. Evito ir a festas.	0	1	2	3	4
9. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	0	1	2	3	4
10. Conversar com estranhos me assusta.	0	1	2	3	4
11. Evito falar para uma plateia ou dar discurso (por exemplo: apresentações em sala de aula).	0	1	2	3	4
12. Faço qualquer coisa para não ser criticado.	0	1	2	3	4
13. Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado.	0	1	2	3	4
15. Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores.	0	1	2	3	4
16. Evito falar com qualquer autoridade.	0	1	2	3	4
17. Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia.	0	1	2	3	4

Anexo 4 – Questionário de Avaliação

Avaliador: _____

Código da sessão avaliada: _____

Você deve ouvir os primeiros 15 minutos do áudio da sessão e preencher a primeira linha da tabela das três questões. Em seguida, você deve ouvir os próximos 15 minutos de gravação e preencher a segunda linha da tabela de cada questão. Depois, ouvir os próximos 15 minutos e preencher a terceira linha das questões. Caso ainda não tenha terminado a gravação, você deve terminar de ouvir e preencher a quarta linha das tabelas. Além disso, você deve completar a primeira coluna indicando o minuto final da gravação. A última linha da coluna poderá ser preenchida por você a qualquer momento com informações que você julgar importante para análise de dados e/ou com dúvidas.

- 1- A terapeuta **reforçou** de forma diferente da utilizada em situações cotidianas e/ou de forma semelhante a situações cotidianas?

	Na maioria das vezes foi de forma diferente da utilizada em situações cotidianas	Foram ambas com aproximadamente a mesma frequência	Na maioria das vezes foi de forma semelhante a situações cotidianas
0 – 15			
15 – 30			
30 – 45			
45 – __			
Obs.:			

- 2- A terapeuta emitiu **instruções** de maneira mais estruturada e/ou de forma menos estruturada?

	Na maioria das vezes foram emitidas de maneira mais estruturada	Foram ambas com aproximadamente a mesma frequência	Na maioria das foram emitidas de maneira menos estruturada
0 – 15			
15 – 30			
30 – 45			
45 – __			
Obs.:			

- 3- As intervenções foram focadas na **relação** entre terapeuta-cliente e/ou foram focadas na relação cliente e pessoas da vida do cliente?

	Na maioria das vezes foram focadas na relação cliente-terapeuta	Foram ambas com aproximadamente a mesma frequência	Na maioria das vezes foram focadas na relação cliente-pessoas da vida do cliente
0 – 15			
15 – 30			
30 – 45			
45 – __			
Obs.:			

Anexo 5 – Termo de Responsabilidade para auxiliares de pesquisa

Termo de Responsabilidade

Eu, _____, RG _____, concordo em participar como observador (a) na Pesquisa de mestrado da aluna Maíra Ribeiro Magri, sob orientação do professor Dr. Cristiano Coelho, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Comprometo-me a zelar para que terceiros não tenham acesso a nenhuma informação sobre o conteúdo das sessões tão pouco aos dados dos participantes; portanto, comprometo-me a manter todo o material guardado em local seguro onde não possa ser acessado por terceiros; além disso, comprometo-me a só manuseá-lo em locais onde terceiros não possam observar e escutar; com isso, mantereí todas as informações que terei acesso em sigilo absoluto, inclusive, não comentar sobre os dados com qualquer pessoa que não os pesquisadores; e comprometo-me, ainda, a devolver todo o material da pesquisa que tiver acesso, inclusive os que eu produzir, sem efetuar cópias. Assim, após a minha participação, todo material ficará sob os cuidados da pesquisadora.

Goiânia, ____, de _____, de 2015.

Assinatura do observador

_____/_____/_____
Data

Assinatura da responsável pelo estudo

_____/_____/_____
Data

Anexo 6 – Protocolo de registro da frequência dos comportamentos do participante durante as sessões

Protocolo de Registro

<i>Comportamento</i>	<i>Código</i>	<i>Frequência</i>
Questionar sobre relação	C1a	
Questionar	C1b	
Manter conversação com a terapeuta	C1c	
Manter conversação com a terapeuta indo para consultório	C1d	
Manter conversação com a terapeuta voltado do consultório	C1e	
Iniciar conversação com a terapeuta indo para consultório	C1f	
Iniciar conversação com a terapeuta voltado do consultório	C1g	
Outro	C1z	
Cumprimentar a terapeuta	C2a	
Despedir-se da terapeuta	C2b	
Outro	C2z	
Comer	C3a	
Desenhar	C3b	
Tocar instrumentos	C3c	
Outro	C3z	
Auto revelação	C4a	
Expressar sentimento negativo	C4b	
Expressar sentimentos positivos	C4c	
Expressar desejos e necessidades	C4d	
Auto revelação na relação	C4e	
Expressar sentimento negativo na relação	C4f	
Expressar sentimentos positivos na relação	C4g	
Expressar desejos e necessidade na relação	C4h	
Outro	C4z	

Anexo 7 – Tabela com as definições operacionais de cada comportamento das quatro classes de comportamento

Definição operacional

Classe	Comportamentos	Definição operacional
C1- <i>Conversa</i>	Questionar sobre relação	Qualquer pergunta feita pelo participante a terapeuta relacionada à terapeuta ou a relação terapêutica
	Questionar	Qualquer pergunta feita pelo participante a terapeuta, exceto as perguntas que se enquadram em cumprimentos e questionar sobre a terapeuta
	Manter conversa com a terapeuta	O participante responder para além do que foi perguntado durante a sessão
	Manter conversa com a terapeuta indo para consultório	O participante continuar a conversa com terapeuta no caminho para o consultório, independentemente de quem tenha iniciado a conversa.
	Manter conversa com a terapeuta voltado do consultório	O participante continuar a conversa com terapeuta no caminho para a saída, independentemente de quem tenha iniciado a conversa.
	Iniciar conversa com a terapeuta indo para consultório	O participante ser o primeiro a emitir o comportamento verbal que solicite mais comportamento verbal com terapeuta no caminho para o consultório, exceto o que se configura como cumprimento.
	Iniciar conversa com a terapeuta voltado do consultório	O participante ser o primeiro a emitir o comportamento verbal que solicite mais comportamento verbal com terapeuta no caminho para a saída, exceto o que se configura como cumprimento.
C2 – <i>Interação</i>	Cumprimentar a terapeuta	O participante cumprimentar a terapeuta verbalizado qualquer cumprimento utilizado em nossa sociedade (oi, olá, boa tarde, tudo bem? Como vai?)
	Despedir-se da terapeuta	O participante despedir-se da terapeuta verbalizado qualquer despedida utilizado em nossa sociedade (Tchau, até mais, nos vemos tal dia, Bom final de semana)
C3 - <i>Comportar-se na presença do outro</i>	Comer	O participante emitir qualquer comportamento diferente de comportamentos definidos como sociais, durante a sessão de psicoterapia
	Desenhar	
C4 - <i>Falar Sobre si</i>	Auto revelação	O participante verbalizar segredos e lembranças da história de vida pessoal para a terapeuta, exceto falar sobre sentimentos e que não tenha sido verbalizado para outra pessoa fora da terapia
	Expressar sentimento negativo	O participante verbalizar algo que não gostou para a terapeuta e que não tenha sido verbalizado para outra pessoa fora da terapia
	Expressar sentimentos positivos	O participante verbalizar algum sentimento agradável ou algo que gostou para a terapeuta e que não tenha sido verbalizado para outra pessoa fora da terapia
	Expressar desejos e necessidades	O participante verbalizar algo que queria obter ou precisava tanto tangíveis (produtos: jogo, comida, objetos) como intangíveis (carinho, atenção, sair) e que não tenha sido verbalizado para outra pessoa fora da terapia
	Auto revelação na relação	O participante verbalizar segredos e lembranças da história de vida pessoal relacionada à relação terapêutica para a terapeuta, exceto falar sobre sentimentos
	Expressar sentimento negativo na relação	O participante verbalizar algum sentimento desagradável ou algo que não gostou relacionada à relação terapêutica para a terapeuta
	Expressar sentimentos positivos na relação	O participante verbalizar algum sentimento agradável ou algo que gostou relacionada à relação terapêutica para a terapeuta
	Expressar desejos e necessidade na relação	O participante verbalizar algo que queria obter ou precisava tanto tangíveis (produtos: jogo, comida, objetos) como intangíveis (carinho, atenção, sair)

