CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA GERAL E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
PSICOLOGIA CLÍNICA NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

ANSIEDADE

Gabriele Gris
Kelly Cristina da Silva Cardoso
Luciana de Paula Possani

Sabe-se que nos dias de hoje a ansiedade é uma queixa clínica muito comum, já que muitos clientes procuram terapia alegando que "são muito ansiosos" e que isto lhes traz sofrimento. É verdade que a ansiedade pode trazer prejuízos à vida dos indivíduos, mas é preciso compreender que esta é uma característica selecionada na história da espécie para nos proteger. Tal fato é explicado a partir de uma perspectiva evolucionista, visto que foi necessária para a sobrevivência de nossos ancestrais uma ação imediata diante de situações que sinalizavam perigo (Barlow & Craske, 1999).

Por definição, ansiedade é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigos reais ou imaginários, marcada por respondentes, tais como tonteiras, manchas e borrões dos olhos, dormência ou formigamentos, tensão muscular, falta de ar, boca seca, sudorese palmar, palpitações e aumento da atenção em relação ao ambiente. (Barlow & Craske, 1999).

Biologicamente, o mecanismo da ansiedade funciona assim: logo que uma forma de perigo é percebida ou antecipada, o cérebro envia mensagens aos nervos do sistema nervoso autônomo, composto por sistema nervoso simpático e sistema nervoso parassimpático. O sistema nervoso simpático, em linhas gerais, prepara o corpo para responder à ameaça sob a reação de "luta ou fuga" a partir dos respondentes já mencionados. Já o sistema nervoso parassimpático é responsável por reestabelecer o corpo em suas condições normais. *"A moral dessa estória é simples – a função da ansiedade é proteger o organismo, não prejudicá-lo. Seria totalmente ridículo da parte da natureza desenvolver um mecanismo cuja função primordial fosse a de proteger o organismo e, por assim fazer, prejudicá-lo"* (Barlow & Craske, 1999). Tomemos como exemplo o fato de atravessar a rua, o que faz uma pessoa olhar para os lados é o medo de ser atropelado, sofrer sérios danos e até morrer, ou seja, esse medo é necessário para a sobrevivência. No entanto ele se torna prejudicial quando uma pessoa não consegue atravessar a rua, mesmo quando não está vindo nenhum carro e ela não correria risco algum.

Mas se a ansiedade é um mecanismo selecionado filogeneticamente para proteger o organismo, pode ela proporcionar sofrimento e prejuízos ao mesmo? Tanto pode que é possível observar a descrição topográfica de diversos "transtornos" relacionados à ansiedade no DSM IV-TR, tais como o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de ansiedade social (ou fobia social), o pânico, o transtorno obsessivo compulsivo e o stress pós-traumático, só para citar alguns (tratados mais especificamente adiante na tabela1).

Ainda que seja importante conhecer a nomenclatura médica dada aos chamados "transtornos", na visão da análise do comportamento, a ansiedade não é considerada patológica, uma vez que os comportamentos do indivíduo são selecionados por suas consequências e independente da forma, têm função de sobrevivência e que *"se for possível proceder a uma análise funcional da situação na qual o comportamento dito 'patológico' se*

insere, chegar-se-á a conclusão de que aquele seria o único comportamento que poderia acontecer, dadas aquelas contingências" (Banaco,2001 p.85). Isso não quer dizer, entretanto, que não existem comportamentos inadequados que causem sofrimento ao indivíduo ou às pessoas que com ele convivem, nem que esses comportamentos não possam ser modificados.

Neste sentido, ao considerar a perspectiva da análise do comportamento, pode-se dizer que a preparação do corpo para sentir ansiedade é filogenética, embora a frequência, a intensidade e os estímulos que a sinalizam sejam selecionados pelas consequências das contingências vividas por cada indivíduo. Os prejuízos proporcionados, que geralmente se transformam em queixas clínicas, dizem respeito justamente a maiores frequências, duração e intensidades com que o conjunto de comportamentos nomeados como ansiedade é emitido.

Uma análise analítico-comportamental dessa questão aponta que *"o padrão comportamental dos transtornos de ansiedade [...] é a esquiva fóbica: na presença de um evento ameaçador ou incômodo, o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento"* (Zamignani & Banaco, 2005 p.79).

Considerando que os comportamentos típicos dos transtornos de ansiedade são reforçados negativamente (mantidos por fuga ou esquiva), a intervenção tradicional utiliza a técnica de exposição com prevenção de respostas (EPR), na qual o cliente é gradualmente exposto aos estímulos pré-aversivos que provocam os estados corporais característicos da ansiedade até que os comportamentos típicos de cada transtorno sejam eliminados.

É preciso observar que nos transtornos de ansiedade não são observados apenas comportamentos respondentes, mas também comportamentos selecionados pelas consequências na história de vida do indivíduo. Assim, fica evidente que apenas expor o indivíduo à situação aversiva pode não ser suficiente, visto que muitos clientes podem apresentar déficits no repertório de habilidades sociais, inadequação de expressão emocional, entre outras características (Queiroz & Guilhardi, 2001).

Dessa forma, a atuação do terapeuta deve estar voltada para os comportamentos problemas e os comportamentos inadequados apresentados pelo cliente, encontrando e alterando as contingências das quais eles são funções. É função do terapeuta identificar como os eventos adquiriram, na história comportamental do cliente, as funções aversivas e porque ele não apresenta o repertório adequado e eficaz de fuga e esquiva. Assim, é mais apropriado dizer que o cliente não sofre de ansiedade e sim com as contingências que a originam.

A tabela a seguir (retirada de Zamignani & Banaco, 2005) apresenta alguns dos transtornos de ansiedade mais comuns com os respectivos eventos aversivos e a resposta reforçada negativamente mais comumente apresentada.

Tabela 1. Características dos diferentes transtornos de ansiedade de acordo com o tipo de evento aversivo e a resposta de fuga/esquiva.

Diagnostico	**Estímulos aversivos**	**Resposta de fuga-esquiva**
Fobias simples	Específicos	Evitação/ eliminação
Fobia Social	Crítica ou avaliação de terceiros	Evitação/ eliminação, verificação
Pânico	Estimulação privada de medo ou desconforto físico	Evitação/ eliminação, verificação
Agorafobia	Ambientes sem possibilidade de proteção ou escape	Evitação e eliminação
Estresse pós traumático	Diversos (relacionados ao trauma)	Evitação/ eliminação, verificação e etc
Ansiedade generalizada e aguda	Generalizado	Evitação/ eliminação, verificação e etc,
TOC	Estímulos específicos e obsessões (idéias, pensamentos, impulsos e imagens intrusivas)	Respostas repetitivas e ou estereotipadas/ eliminação e evitação

Fonte: Zamignani & Banaco, 2005.

A seguir, apresentaremos resumidamente um caso analisado em Zamignani e Vermes (2003) e a intervenção realizada para esclarecer melhor como a terapia analítico comportamental aborda essa questão.

Renata (fictício), 21 anos, foi levada à clinica por sua mãe, após apresentar medo intenso em eventos como sair sozinha, viajar de ônibus ou permanecer em grupo. Tinha dificuldades em se alimentar com medo de intoxicação e morte, recusava remédios pelos mesmos motivos. Seu diagnóstico psiquiátrico incluía transtorno obsessivo compulsivo, pânico e fobia social (questões relacionadas à ansiedade). Ia à sessão acompanhada pela mãe e apresentava respostas de ansiedade. Possuía repertório social pobre, postura e verbalizações infantilizadas e mudava ou fingia não compreender o assunto quando questionada sobre seus comportamentos de esquiva.

O caso apresenta também histórico do problema e dados familiares. Assim, através da análise das contingências envolvidas no problema foi possível fazer uma escolha de procedimentos para intervenção. Observou-se que: apenas o procedimento de exposição com prevenção de respostas não seria o suficiente para instalar um repertório que solucionasse a queixa, optou-se então em enfatizar a instalação de repertório social.

A modelagem de repertório foi desenvolvida a partir da relação terapêutica, utilizando reforçamento diferencial. Inicialmente o terapeuta construiu um ambiente terapêutico reforçador, por meio de reforço social generalizado. Através de comportamentos e verbalizações emitidas pela cliente se fez o segundo passo, estabelecendo-se reforçadores condicionados. Quando a cliente passava confiança e iniciava um tema na sessão o terapeuta a reforçava diferencialmente. O reforço diferencial foi dirigido a repertórios de descrição e análise de problemas e outras habilidades sociais, na tentativa de aumentar as experiências de sucesso na interação da cliente com o ambiente.

Primeiramente, foi dada prioridade à alimentação, pois a cliente estava debilitada devido à privação. O terapeuta, juntamente com a mãe, organizou algumas tarefas do tipo: coloque no prato três grãos de feijão e da próxima vez coloque dez. O terapeuta pedia que ela realizasse e caso não conseguisse relatasse o motivo. A estratégia tinha como objetivo garantir à cliente que não ocorreria punição evitando reações de contra controle por parte dela (oposição ou recusa). Foram realizados procedimentos parecidos com a queixa de não conseguir andar sozinha de ônibus e ficar em grupo. A colaboração da mãe foi essencial para o sucesso dos procedimentos de enfrentamento, porém como ela possuía comportamentos por demais protecionistas, foi aconselhada a procurar a clínica-escola, mas nunca o fez.

Ao final de 18 meses de terapia observaram-se melhoras significativas. Diminuição das restrições alimentares, a cliente também passou a ir sozinha a pé ou de ônibus ao shopping encontrar amigos que conheceu na internet, o que permitiu novas interações sociais que proporcionaram novos repertórios e fortalecimento do repertório já estabelecido.

O atendimento clínico da cliente foi baseado em análises funcionais, e caracterizou-se por modelagem de repertório social, busca de novos reforçadores, enfrentamento e reforçamento diferencial de comportamentos alternativos àqueles trazidos como queixa. Os procedimentos minimizaram a estimulação aversiva no atendimento, diminuíram a ocorrência de problemas trazidos como queixa e a cliente voltou a realizar atividades que haviam sido abandonadas.

A ansiedade como um tema de interesse clínico é bastante abrangente e complexo e cada caso merece especial e diferenciada atenção, considerando inclusive a unicidade de cada indivíduo. Mesmo assim, é interessante conhecer técnicas às quais analistas do comportamento costumam recorrer, uma vez que, embora a compreensão realizada a partir de cada análise funcional seja provavelmente diferente, o conhecimento de outros casos e de

modelos de intervenção pode ser bastante útil, já que comumente existem nesses casos algumas variáveis semelhantes que controlam alguns comportamentos.

REFERÊNCIAS

Associação Americana de Psiquiatria (2000*). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed, texto revisado).

Banaco, R. A. (2001). Auto-regras e patologia comportamental. In: D. R. Zamignani (org.). *Sobre comportamento e cognição:* a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. Santo André: ESETec.

Barlow, D. H., Craske, M. G. (1999). Transtorno do pânico e agorafobia. In: D. H. Barlow (org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.

Queiroz, P. P., Guilhardi, H. J. (2001). Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: caso clínico. In: H. J. Guilhardi & M. B. Madi (orgs.). *Sobre comportamento e cognição:* expondo a variabilidade. Santo André: ESETec.

Zamignani, D. R., Vermes, J. S. (2003). Propostas analítico-comportamentais para o manejo de transtornos de ansiedadeda análise de casos clínicos. In: H. M. Sadi & M. M. S. Castro (orgs.). *Ciência do comportamento:* conhecer e avançar. Volume 3. Santo André: ESETec.

Zamignani, D. R., Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva.* 7(1), 77-92.