

Tiques e habilidades sociais em um atendimento clínico comportamental*

Tics and social skills in a behavioral clinic treatment

Ludmila Zatorre Dantas¹
Ronaldo Rodrigues Teixeira Júnior²

Resumo

Este trabalho teve como objetivo mostrar a relação entre tiques e habilidades sociais na condução de um caso clínico comportamental. Patrícia (nome fictício), de 15 anos, foi trazida por sua mãe com a queixa de apresentar tiques e timidez excessiva. Entretanto os supostos tiques não apareceram durante as sessões e foi analisado que a atenção fornecida pela mãe era o que controlava alguns de seus comportamentos. Foram realizados treino de assertividade, simulações de situações sociais, entre outras intervenções. Dessa forma, os “tiques” não foram foco das intervenções e após 30 sessões foram observados vários progressos da cliente, tendo recebido alta da terapeuta. O caso revela a importância da realização de análise funcional do comportamento, que fez com que a condução do caso se voltasse para o refinamento das habilidades sociais da filha e não do que foi chamado de tique pela mãe.

Palavras-chave: Caso clínico. Análise do Comportamento. Análise funcional. Habilidades Sociais.

Abstract

This study aimed to show the connection between tics and social skills in conducting a clinical behavioral treatment. Patricia (fictitious name), 15 years old, was brought by her mother, complaining about her daughter having tics and excessive shyness. However, tics were not observed throughout the sessions and was concluded that the excessive attention provided by the mother was the source of the patient issues. Among other interventions, assertiveness training and simulations of social situations were performed. Although the “tics” were not the focus of the interventions, after 30 sessions, it was possible to notice the progress of the client and she was discharged. This case report makes possible to understand the relevance of conducting a functional analysis of behavior, which turned the focus of the treatment to the refinement of social skills of the patient and not to what was called tic by her mother.

Keywords: Case report. Behavior analysis. Functional analysis. Social skills.

* Recebido em: 30/12/2014.
Aprovado em: 25/05/2015.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e mestrandia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço eletrônico: ludmila.dantas@yahoo.com.br.

² Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA) e professor adjunto da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Endereço eletrônico: ronaldortj@yahoo.com.br.

1 Introdução

Tiques são movimentos involuntários que ocorrem de forma súbita e repetitiva e têm duração curta, na maioria das vezes apenas alguns segundos. Podem variar em intensidade e força, e ocorrer em sequência ou com pequenos intervalos de tempo (HOUNIE, 2012). Geralmente aparecem entre os 4 e 6 anos de idade e tendem a agravar gradualmente na adolescência, principalmente por volta dos 12 anos de idade. Após esse período, em torno dos 18 anos, os tiques tendem a diminuir de frequência, de modo que 85% dos pacientes experienciam essa diminuição ou até o desaparecimento desses movimentos (MASSANO; OLIVEIRA, 2012).

Tiques podem ser vocais ou motores: os vocais são caracterizados por falas involuntárias como sílabas ou frases, mas que podem chegar a xingamentos, palavrões e outras expressões obscenas; os motores, por sua vez, são restritos apenas a movimentos corporais, como mexer o nariz, a boca, piscar os olhos, virar a cabeça, encolher os ombros etc. (HOUNIE, 2012). Eles se tornam mais frequentes quando a pessoa se sente ansiosa ou nervosa, sob estresse ou fadiga, e, em tais condições, esses comportamentos se tornam mais perceptíveis e intensos. Dessa forma, tiques também podem ser definidos como:

[...] movimentos anormais, clônicos, breves, rápidos, súbitos, sem propósitos e irresistíveis. São exacerbados por situações de ansiedade e tensão emocional; atenuados pelo repouso e por situações que exigem concentração. Podem ser suprimidos pela vontade (por segundos ou horas), logo seguidos por exacerbações secundárias (TEIXEIRA et al., 2011, p. 493).

Sendo assim, para esses autores, tique pode ser considerado movimento anormal e tem como uma das causas importantes a Síndrome de Tourette (ST). Segundo eles, a ST está associada a alterações neurofisiológicas e neuroanatômicas, e considera-se que fatores ambientais e genéticos contribuem para o desenvolvimento da doença, sendo caracterizada por atos compulsivos, além de comprometimento psicológico e social da pessoa. Em decorrência da síndrome, há impacto na vida cotidiana dos portadores e seus familiares, pois comumente está relacionada a problemas emocionais e comportamentais dos pacientes (FERREIRA; PIO-ABREU; JANUÁRIO, 2014).

Entretanto, é importante diferenciar tique de um simples hábito. O primeiro ocorre desde cedo na infância, e conforme foi apresentado, é comumente descrito na literatura como um tipo de ação involuntária, repetitiva e estereotipada. O segundo, porém, trata-se de ação que fazemos cotidianamente e que se repete, como por exemplo, passar a mão no cabelo, arrumar os óculos no nariz etc. Ou seja, “nem todo movimento repetitivo é um tique” (HOUNIE, 2012, p. 21), outros movimentos que ocorrem repetidamente podem pertencer a um quadro diferenciado. Segundo o autor, ações que se repetem podem ser decorrência também de balismo, distonia, mioclonia, coreia ou transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). No balismo os movimentos apresentam-se geralmente em um só lado do corpo; na distonia, observa-se uma contração muscular contínua; na mioclonia, os movimentos são restritos apenas a um grupo muscular; na coreia, os movimentos não são repetitivos, embora também não sejam controláveis; e no TOC, os movimentos são repetitivos, porém não poderiam ser considerados involuntários, uma vez que frequentemente a pessoa os emite como forma de controlar ou evitar pensamentos obsessivos. Além desses quadros descritos, é importante destacar que movimentos estereotipados também podem ser observados em casos de esquizofrenia, retardo mental e autismo.

Considerando-se essas diferenças, Massano e Oliveira (2012) apontam que deve ser feita observação cuidadosa por parte do profissional responsável, atentando aos comportamentos clínicos apresentados pelo paciente (no caso, as estereotipias e repetições) para a realização de bom diagnóstico diferencial. Com base nisso, o direcionamento para o tratamento específico é indispensável para a observação de melhoras no quadro clínico. Porém, de acordo com os mesmos autores, quando os tiques são leves e não causam prejuízo emocional ou social ao paciente, o tratamento pode ser desnecessário. Para a ocorrência do tratamento, os autores descrevem cinco pontos que devem ser considerados: a) se os tiques causam desconforto ao portador (no caso de dor ou lesão, frequentemente músculo-esquelética); b) se os tiques causam problemas sociais e/ou emocionais (como isolamento ou estigmatização social, bullying, ansiedade ou sintomas depressivos reativos); c) se os tiques causam interferência funcional (como por exemplo, limitação acadêmica por falta de concentração ou dificuldade de escrita ou de leitura); d) se os tiques causam algum tipo de interferência

ou perturbação no ambiente escolar (por exemplo, tiques vocais ou motores violentos); e por fim, e) se há persistência dessa limitação causada pelos tiques. Esses pontos devem ser considerados, já que a frequência e gravidade dos tiques é diferente para cada pessoa, o que pode gerar dificuldades nas avaliações terapêuticas.

Quando os tiques então são corretamente diagnosticados e se avalia a necessidade do tratamento, Mathis et al. (2012, p. 153)) destacam que o principal procedimento utilizado se chama reversão de hábito (RH). Essa técnica é tida como a mais eficaz pela literatura da área, e é caracterizada, principalmente pela “[...] auto-observação e conscientização dos processos corporais que antecedem os movimentos dos tiques”, além do estabelecimento de comportamentos concorrentes com o comportamento-problema. Segundo os autores, o procedimento consiste em nove etapas: a) descrição do tique; b) identificação do tique; c) alertar sobre a ocorrência dos tiques; d) conscientização sobre o tique; e) desenvolvimento de comportamentos competitivos ou concorrentes com o tique; f) revisão dos comportamentos indesejáveis; g) enriquecimento do suporte social; h) estimulação à exposição pública; e por fim, i) treinamento de generalização. Porém, os autores salientam que o tratamento não deve ser realizado apenas pela utilização dessa técnica. Em virtude da influência de fatores sociais tanto no aparecimento quanto na supressão dos tiques, o tratamento terapêutico deve ser mais abrangente.

A respeito do termo “habilidades sociais”, sua definição é ampla e mutável, dependendo do contexto e cultura na qual a pessoa está inserida. Portanto, uma pessoa pode ser considerada habilidosa socialmente se sua maneira de interagir com outras pessoas for efetiva, de modo que ele, por exemplo, consiga resolver seus problemas, sinta-se a vontade com outras pessoas em contextos sociais, não fique incomodado ao expor sua opinião ou seus sentimentos etc. (CABALLO, 2002). Em outras palavras, um modo de definirmos habilidades sociais de acordo com o referencial teórico da Análise do Comportamento é que a mesma se trata de um conjunto amplo de comportamentos que ajudam a pessoa a se relacionar com o seu ambiente social de maneira satisfatória, respondendo discriminadamente a diferentes contextos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; FALCONE, 2000).

Caballo (2002) especifica algumas dimensões do comportamento socialmente habilidoso, tais como: a) iniciar e manter conversas; b) falar em público; c) expres-

sar amor e afeto; d) defender os próprios direitos; e) pedir favores quando precisar; f) recusar pedidos quando não se sentir a vontade ou não puder realizá-los; g) fazer obrigações; h) aceitar elogios; i) expressar opiniões pessoais, mesmo quando são discordantes; j) expressão justificada de incômodo ou desagrado; l) desculpar-se ou admitir ignorância; m) pedir mudança de comportamento do outro quando este for inadequado; n) enfrentar críticas. Assim, o comportamento da pessoa que possui uma ou algumas dessas habilidades pode ser efetivo algumas vezes, mas em outras não. Uma pessoa pode, por exemplo, ser assertiva em uma situação e não em outras, ou apenas com algumas pessoas e não com outras, dependendo do contexto e do efeito de seu comportamento (ALBERTI; EMMONS, 1978).

A assertividade, entretanto, não consiste em sinônimo de habilidade social (FALCONE, 2000; GRESHAM, 2009). Ela pode ser entendida como um dos constituintes do campo das habilidades sociais, já que, conforme foi apresentado, tais habilidades não se restringem somente à assertividade. A assertividade pode ser definida como a expressão direta e honesta de pensamentos e sentimentos, levando em consideração o outro. Assim, a definição de assertividade também inclui a de empatia, que por sua vez também pode ser localizada no campo das habilidades sociais, porém, empatia e assertividade não são sinônimos. Na assertividade, a pessoa deverá necessariamente se comportar de maneira empática, já que ao expressar o que pensa ou o que sente ele levará o outro em consideração. A empatia, de outra forma, não engloba necessariamente a assertividade, ou seja, a pessoa pode ser empático, mas não assertiva. Na passividade, por exemplo, a pessoa se comporta de maneira a se anular perante o outro (portanto, é empática, mas não assertiva), enquanto na agressividade há a expressão de sentimentos e opiniões de maneira a desconsiderar o outro (não é empático nem assertivo). Essas duas categorias (passivo/agressivo) são utilizadas para se contrapor ao que se definiu como comportamento assertivo, sendo importante notar que tanto no caso do comportamento agressivo quanto no caso do comportamento passivo, somente uma pessoa é levada em conta, enquanto na assertividade, os dois são considerados na relação (ALBERTI; EMMONS, 1978; RIMM; MASTERS, 1983).

Contudo, nem sempre o comportamento assertivo é reforçado no meio social, de forma que comportamentos agressivos e passivos são mais comumente emitidos.

Tais comportamentos tendem a gerar mais problemas, conflitos, frustrações, ansiedade, sentimentos de inferioridade, desvalorização, raiva etc., e uma forma de refinar o repertório de um cliente que apresente esses e outros comportamentos relacionados ao seu ambiente social é por meio do treino de habilidades sociais (CABALLO, 2002). O procedimento mais utilizado para isso refere-se ao ensaio comportamental que consiste na definição de metas e passos pelo terapeuta em que gradativamente o cliente representa cenas curtas que simulam situações da vida real. Inicialmente o terapeuta pede ao cliente que relate uma situação social que ele tenha dificuldade e que tente encená-la (começando de uma mais simples para depois se chegar a uma mais complexa). Deve-se, então, observar como o cliente se sai na interpretação da situação escolhida, e nesse momento o terapeuta não dá alguma dica ou sugestão, apenas pede que o cliente descreva como foi encenar a situação e como ele se sentiu. Com base no relato do cliente, o terapeuta faz observações e sugestões para o cliente de como melhorar seu desempenho, oferecendo em seguida um modelo a ser repetido (RIMM; MASTERS, 1983). O cliente então repete o modelo e recebe novas observações e sugestões do terapeuta, sendo repetido esse mesmo procedimento quantas vezes for necessário até que o objetivo seja alcançado e se passe para uma nova etapa de maior dificuldade. É importante destacar que os modelos e sugestões fornecidas pelo terapeuta devem levar em conta as características e capacidade do cliente, de modo que o cliente tenha participação ativa não só na encenação, como também no ensaio integral. É fundamental também que durante o ensaio, após as encenações do cliente, o terapeuta procure elogiar pequenos avanços do cliente em cada repetição, reforçando assim diferencialmente o progresso do cliente.

O relato clínico a seguir teve como objetivo apresentar o caso de uma adolescente em que a mãe relatou ter tiques, porém sem a presença de diagnóstico médico. Foram realizadas análises funcionais e intervenções com o enfoque analítico comportamental em que as habilidades sociais foram o principal foco do atendimento, discutindo seus efeitos em relação à queixa inicial apresentada pela mãe da cliente. Trabalhos desse tipo, mostrando a relação entre tiques e habilidades sociais por meio de relato detalhado de um caso clínico não foram encontrados na literatura, de forma que a apresentação desse caso pode se mostrar relevante para estudantes e profissionais da área.

2 Método

2.1 Participante

Patrícia (nome fictício), 15 anos de idade, cursava o primeiro ano do ensino médio quando foi trazida ao atendimento por sua mãe. A cliente foi informada sobre a publicação desse relato clínico, tendo sua mãe assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)³.

2.2 Contexto

Os atendimentos foram realizados entre os anos de 2011 e 2012 pela primeira autora, em uma das salas do ambulatório do hospital universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, totalizando 30 sessões. Nesse período a terapeuta era aluna do curso de Psicologia, matriculada no Estágio de Promoção a Saúde – Enfoque Comportamental, sob supervisão do professor da instituição, segundo autor e orientador desse trabalho.

2.3 Procedimento

A ficha da cliente foi escolhida de forma aleatória pela autora, tendo iniciado os atendimentos de forma semanal. Os atendimentos passavam por supervisão, que consistia no relato verbal do caso pela estagiária e orientações do supervisor. As sessões tinham duração de 50 minutos, e a maior parte das sessões foi conduzida pela terapeuta apenas com a cliente, mas também ocorreram sessões de orientação somente com a mãe ou com a mãe e filha juntas.

2.4 Registro

O conteúdo de cada sessão era anotado pela estagiária com papel e caneta após o término de cada atendimento (não eram feitas anotações durante o atendimento). As anotações geravam um relatório semanal de aproximadamente três páginas elaborado pela estagiária, que era corrigido e arquivado pelo orientador. Os dados utilizados nesse trabalho foram extraídos desses registros. Não foram utilizadas gravações.

³ O modelo de TCLE utilizado pelo Serviço de Atendimento Psicossocial da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul foi aprovado pelo Comitê de Ética da mesma universidade. A partir de seu conteúdo, o cliente ou responsável fica ciente que seu caso poderá ser publicado, preservando sua identidade, e este só assina caso concorde com essa condição (ainda que não concorde, o cliente não deixa de ser atendido).

3 Descrição do caso

Na época do atendimento, Patrícia morava com a mãe, pai e irmã mais nova. Teve encaminhamento médico para psicoterapia, pois segundo a mãe, apresentava tiques frequentes e intensos.

3.1 Entrevistas iniciais (da 1ª a 6ª sessão)

Na primeira sessão, Patrícia chegou acompanhada da mãe, a terapeuta conversou inicialmente com as duas juntas. Segundo a mãe, ela havia trazido a filha ao psicólogo porque ela vinha apresentando “tiques estranhos”. A mãe descreveu que esses tiques eram ora no rosto (olhos, boca e nariz) e ora ao longo do corpo (braços e coxas), e que ocorriam com frequência, principalmente quando Patrícia estava em casa, vendo televisão. Isso levou a filha a vários médicos, mas nenhum deles conseguiu diagnosticar o comportamento da filha, e como a última médica havia recomendado que ela levasse Patrícia à psicoterapia, ela acabou aceitando a ideia, considerando que já não lhe restavam mais opções e não sabia o que fazer. Patrícia praticamente não falou durante a sessão, pois, quando a mãe falava e olhava para a filha, esta concordava. Mostrou-se bem contida, e apresentou pouco contato visual direto com a terapeuta. Por avaliar o comportamento da adolescente como passivo na sessão, a terapeuta optou por falar com mãe e filha separadamente. Assim, primeiro a terapeuta falou somente com a mãe, e em seguida, somente com Patrícia para observar melhor seu comportamento quando não estava na presença da mãe.

Ao ser solicitada a dar mais detalhes sobre os tiques, a mãe disse que a filha os apresentava mais quando estava em casa, com pessoas íntimas. Contou que se preocupava muito com a sua filha, pois ela apresentava esses comportamentos desde criança. A mãe contou então um pouco da infância da filha, dizendo que os tiques começaram mais ou menos quando Patrícia tinha seis anos de idade. Nessa época, sua filha mais nova estava com dois anos de idade e necessitava de maiores cuidados por ser uma criança pequena, coincidindo também com a época em que Patrícia iniciou sua vida escolar. Ela descreveu essa fase como “muito difícil”, tanto para ela, quanto para a filha, pois foi a época em que as duas tiveram que ficar longe uma da outra pela primeira vez. Comentou que Patrícia chorava muito por ter que ficar na escola, e que durante o horário de recreio pedia para a diretora ligar para a sua mãe. Como a mãe também se sentia muito mal

por deixar a filha sozinha na escola, acabava indo ao local e ficava durante o recreio com a filha para que ela se acalmasse e conseguisse ficar até o final da aula.

A mãe explicou melhor alguns comportamentos da filha. Disse que ela quase não tinha amigos e que os poucos que tinha eram geralmente amigos da irmã mais nova. Contou que achava a filha muito ciumenta com ela (mãe) e o marido em relação à irmã mais nova, mas que ao mesmo tempo, a cliente não demonstrava muito carinho por eles, diferentemente da irmã caçula. Enquanto ela apontava essas características, a terapeuta notou que a mãe comparava as duas filhas, principalmente porque, segundo a mãe, as filhas eram muito diferentes, e tinham comportamentos até mesmo opostos. Patrícia foi descrita pela mãe como recatada, quieta, ciumenta, facilmente irritável, tímida e de poucos amigos, enquanto sua irmã foi descrita pela mãe como alegre, carinhosa, rodeada de amigos e bem expressiva. A mãe também destacou uma característica que ela considerava estranha na filha: Patrícia parecia não entender assuntos maliciosos ou que continham duplo sentido, como piadas sobre sexo ou qualquer outra coisa sobre o assunto quando viam filmes, novelas etc. Por outro lado, a irmã quatro anos mais nova, segundo a mãe, não tinha problemas quanto a isso. Por essa razão a mãe caracterizou a cliente como “infantilizada”.

Em seguida, a terapeuta falou apenas com Patrícia e observou que a cliente respondia somente o que lhe era perguntado, de maneira monossilábica, e continuava mantendo pouco contato visual com ela na sessão, desviando com frequência o olhar para algum dos lados. A respeito da queixa principal, Patrícia concordou com a fala da mãe, confirmando que eram os tiques, dizendo também que não sabia porque os tinha e alegando que eles eram incontroláveis. Quando a terapeuta, mais uma vez, pediu detalhes sobre a ocorrência dos tiques, a cliente respondeu que só emitia esse comportamento quando estava em casa e que achava que não fazia em outros lugares, pois, segundo ela, se tivesse tiques em outros lugares alguém já teria comentado, o que, de acordo com a cliente, não aconteceu.

Com o objetivo de obter mais informações sobre o caso, nas cinco sessões seguintes, além de atender a cliente, optou-se por continuar entrevistando a mãe. As sessões foram então divididas, e a primeira metade era feita com a filha, e a segunda com a mãe. Nessas sessões, a cliente relatou como a mãe chamava sua atenção sobre

os tiques e que por isso ela tentava se controlar para não tê-los. Segundo a cliente, isso lhe ocasionava dores nas costas, pois ela tentava enrijecer os músculos com o objetivo de conter os tiques o máximo possível. A cliente ainda contou que, em várias noites, a mãe fazia massagens em suas costas para diminuir a dor, e que, algumas vezes, tomava remédios pelo mesmo motivo. A todo o momento em que era questionada sobre seus comportamentos, Patrícia apresentava dificuldade em descrevê-los, geralmente repetia apenas o que sua mãe já havia mencionado. É importante destacar que durante as sessões iniciais a terapeuta não observou qualquer tipo de comportamento que a mãe ou a filha chamavam de tique. Quando perguntada sobre isso, a cliente disse que provavelmente não os teria nas sessões, pois os emitia mais em casa, o que tornava esse comportamento de Patrícia restrito ao ambiente domiciliar, principalmente quando estava na presença da mãe.

Ao longo das sessões iniciais, além de se notar que Patrícia falava pouco, as sessões eram iniciadas e mantidas pela terapeuta. Era preciso que a terapeuta fizesse perguntas com frequência para que Patrícia continuasse a interagir na sessão, caso contrário, a cliente ficava em silêncio olhando para a terapeuta. Nas entrevistas com a mãe, ela contou que algumas vezes, logo após emitir um tique, a filha olhava para ela e a mãe lhe chamava atenção, dizendo: “você sabe o que você acabou de fazer, né?”. Segundo a mãe, ela acreditava que a filha tinha conhecimento sobre seu próprio comportamento, porém, nas entrevistas com a cliente, ela afirmava não saber quando emitia esses tiques.

Durante a fase de entrevistas iniciais, o atendimento teve que ser interrompido por três meses, em razão do recesso de fim de ano da universidade. Ao retornar, seguindo orientação da primeira supervisora do caso, algumas estratégias de intervenção foram testadas, tais como: o relaxamento de Jacobson e auto-observação da cliente por meio de espelho, porém não se observou alguma mudança no comportamento da cliente. A partir da 7ª sessão, houve a contratação de um novo professor pela instituição, e o orientador desse trabalho que passou a assumir a supervisão do caso, dessa forma algumas análises e orientações para o atendimento foram reavaliadas.

3.2 Análise funcional (da 7ª a 11ª sessão)

Com o objetivo de melhorar a relação terapêutica, as sessões passaram a ser realizadas somente com a clien-

te e, quando necessário, a mãe era chamada e orientada sobre em algumas questões discutidas com a filha, uma vez que ela ainda era menor de idade. Como se notou também que a sessão era iniciada e mantida pela terapeuta, foi sugerido pelo novo supervisor que a terapeuta ficasse mais momentos em silêncio durante a sessão como forma de estimular a cliente a iniciar a sessão e desenvolver melhor os assuntos que gostaria de trabalhar no atendimento.

Na primeira sessão em que foram implementadas essas mudanças, Patrícia ficou olhando para a terapeuta apreensiva, sem saber o que fazer. A terapeuta então lhe explicou a importância da terapia, que aquele era um horário destinado somente a ela, e que sabia que a mãe que tinha procurado o serviço de atendimento, mas que ela poderia aproveitar que estava naquele local para lhe dizer outras coisas que lhe incomodavam. A terapeuta também disse que era importante saber o que ela achava dessa situação, o que pensava sobre as coisas que estavam falando, e que era fundamental que ela fosse participativa nesse processo, destacando que ela estava naquele local para ajudá-la com qualquer questão que trouxesse. Mesmo após essa fala, Patrícia ainda apresentou dificuldade em se expressar com a terapeuta, mas gradativamente passou a trazer novas informações e queixas para as sessões, falando, por exemplo, sobre sua escola, seus colegas de classe, sobre sua dificuldade em apresentar trabalhos e de se expor publicamente. Assim, identificou-se um déficit comportamental generalizado de habilidades sociais no repertório da cliente, de forma que esse aspecto ganhou ênfase nos atendimentos seguintes. Nessas primeiras sessões após o recesso, foi trabalhada então com a cliente a diferença entre os conceitos de agressividade, assertividade e passividade, dando exemplos e explorando as vantagens da aprendizagem de comportamentos assertivos e outras habilidades sociais.

Após essa mudança na condução do atendimento, a mãe da cliente foi novamente chamada pela terapeuta para que fosse informada sobre a reavaliação do caso de sua filha, de forma que o atendimento estava sendo direcionado para o treino das habilidades sociais de Patrícia, e não aos tiques. Foi explicado que esse comportamento não era observado nas sessões e que não representava a queixa principal da cliente. Uma formulação do caso foi elaborada e apresentada à mãe com o objetivo de esclarecer qual seria o trabalho realizado com sua filha, e de ajudá-la a entender que chamar sua atenção quanto aos

supostos tiques, na verdade era o que estava mantendo esse comportamento. A terapeuta salientou que sabia a dificuldade que seria não mais fornecer essa atenção contingente ao comportamento da filha, mas que isso era essencial para a melhora de Patrícia, uma vez que suas queixas principais estavam relacionadas a um déficit de habilidades sociais que parecia ter origem na superproteção fornecida pela mãe. A terapeuta ainda esclareceu que em virtude dessa atenção exagerada da mãe, a cliente apresentava esses tiques mais em casa, e que, portanto, ela deveria tentar dar mais atenção a outros comportamentos da filha, estimulando, por exemplo, que ela tivesse mais autonomia.

A mãe não recebeu bem a formulação do caso, dizendo, logo após a sua apresentação, que a família se mudaria para um bairro mais distante e que por isso não sabia se Patrícia continuaria vindo à sessão. Nesse momento a terapeuta teve dificuldade em confrontar a mãe, pois a ela apresentou uma forma agressiva de se expressar, falando e gesticulando excessivamente, interrompendo a terapeuta diversas vezes, deixando claro que esse comportamento possivelmente influenciava o padrão passivo/dependente da filha. Apesar disso, a mãe continuou levando a filha para a terapia, e nas sessões seguintes foi aprofundada com a cliente as explicações sobre a formulação do seu caso e objetivos para os próximos atendimentos.

As análises mais relevantes da formulação se pautaram principalmente na atenção excessiva dada pela mãe à cliente. Na escola, ainda nos primeiros momentos que se separou da mãe quando criança, Patrícia chorava com frequência, fazendo, muitas vezes, com que a mãe, superprotetora, fosse até a escola buscá-la ou passar o recreio com ela, recebendo, portanto, atenção e reforçando o comportamento de dependência da filha. De maneira semelhante, isso também continuou durante a adolescência, só que em relação aos tiques que a filha apresentava. Assim, quando estava em casa, Patrícia, que não tinha muitos amigos ou outras opções de reforçadores sociais, algumas vezes deve ter emitido comportamentos que lembravam tiques, e a mãe, que não dava muita atenção a outros comportamentos da filha, deu atenção excessiva a isso. Mesmo considerando “estranho”, a mãe acabava reforçando o comportamento da filha, já que sua atenção adquiriu função importante na história da cliente. Ou seja, isso acabou criando um contexto em que comportamentos similares a tiques aumentassem de frequência e ficassem sob controle da atenção da mãe, especialmente

em casa que era o local em que as duas mais interagiam. Quando os “tiques” ficaram mais frequentes e passaram a trazer transtornos às duas, foi realizada uma tentativa de eliminação dos mesmos pela mãe, porém eles aumentaram ainda mais de frequência e intensidade, fazendo com que ela desistisse desse tipo de estratégia e buscasse tratamento médico para a filha (mas como os médicos não conseguiram observar esses comportamentos para fazer um diagnóstico, encaminharam para a psicoterapia).

Dada essa análise funcional sobre o que mãe e filha consideravam ser tiques, identificou-se, como mais relevante para tratamento o déficit de habilidades sociais de Patrícia e o baixo número de reforçadores na vida da cliente produzidos por uma relação de grande dependência com a mãe. Exemplos disso podem ser observados quando Patrícia relatava que sempre que tinha que falar em público, se sentia excessivamente ansiosa, esquecia o que ia dizer e gaguejava quando ia falar. Quando chegava à sessão, também dizia que não sabia o que ia dizer, ficava em silêncio e não começava a falar. Sendo assim, os objetivos gerais do atendimento foram definidos como: a) aumentar a espontaneidade e comunicação da cliente com a terapeuta e outras pessoas; b) diminuir reações emocionais ao falar em público; c) expressar-se de maneira mais assertiva; d) aumentar o número e qualidade geral de suas amizades; e) aumentar sua independência em relação à mãe, levando em consideração a transição da fase infantil para a adulta da cliente.

A cliente recebeu bem a apresentação da sua formulação, concordando com as análises e objetivos. Porém, quando foi explicado como seriam as intervenções, que envolveriam o treino de atividades que a cliente tinha dificuldade em realizar, Patrícia hesitou um pouco em concordar com todas. Depois, quando foi explicada mais detalhadamente a forma gradual com que seriam feitos esses treinos e a importância deles para o desenvolvimento de suas habilidades sociais, a cliente mudou de posição e aceitou. Vale ressaltar que, em virtude da cliente ainda apresentar um padrão de passividade na época da formulação, seu comportamento de concordar no final com o que a terapeuta lhe falou foi considerado CRB1, ou seja, comportamento clinicamente relevante relacionado ao problema da cliente que ocorre na sessão.

3.3 Intervenções (da 12ª a 21ª sessão)

Um ponto importante a ser considerado é que, mesmo antes do início da fase formal de intervenções,

Patrícia já se comportava de maneira diferente no atendimento, principalmente a partir da 10ª sessão (ela estava sendo mais participativa e expressiva em suas falas). Acredita-se que a mudança de escola (por conta da mudança de domicílio da família), o refinamento na interação com a terapeuta, e as pequenas intervenções feitas após a mudança da supervisão (como os períodos de silêncio da terapeuta e a retirada da mãe dos atendimentos), foram fatores que contribuíram para isso.

Antes de iniciar essa nova fase com a cliente, a mãe foi chamada mais uma vez pela terapeuta a comparecer na sessão, na qual se ressaltou de maneira mais firme a importância da terapia para o caso de Patrícia, colocando de forma mais clara a autonomia e independência da cliente como objetivos terapêuticos. Também foi explicado melhor o procedimento de extinção dos tiques da cliente, falando sobre seus principais efeitos, como o aumento imediato da frequência que constitui um dos aspectos comuns no início desse processo. Mas para a extinção ser eficiente, a mãe deve ter o cuidado de não fornecer atenção ou qualquer outro reforçador à filha quando ela apresentasse esses comportamentos ou outras variações depois que tivesse iniciado o procedimento, pois poderia acabar fortalecendo ainda mais esse comportamento em um esquema intermitente, dificultando ainda mais sua eliminação posterior. No lugar disso, ela deveria dar mais atenção a outros comportamentos que Patrícia emitisse, como por exemplo, estudar, tirar boas notas na escola, ajudar nos afazeres domésticos, ser mais expressiva/assertiva com a família, amigos etc. Dessa vez, a mãe foi mais receptiva às falas da terapeuta e concordou com a proposta, mesmo considerando difícil executá-la corretamente.

A partir da 12ª sessão, iniciou-se formalmente a fase de intervenções. Inicialmente, foi elaborada com a cliente uma escala de ansiedade para que se pudesse definir nos treinos e simulações de situações sociais quais situações seriam menos ansiogênicas para ela começar. A escala foi constituída de três pontos principais: falar com pessoas desconhecidas, apresentar trabalhos na escola e sair sem seus pais, e a cliente definiu como menos ansiogênica a situação de falar com pessoas desconhecidas, e mais ansiogênica a situação de sair sem seus pais.

Desse modo, uma vez definidas as situações sociais a serem treinadas e a sequência da escala a ser seguida, deu-se continuidade ao treino de assertividade iniciado na fase anterior para favorecer com que a cliente

tivesse menos dificuldade de falar com pessoas desconhecidas. Além das informações inicialmente já passadas sobre o tema pela terapeuta, outros exemplos de comportamentos agressivos, assertivos e passivos foram apresentados para a cliente com o objetivo de refinar sua discriminação entre os diferentes tipos de situações sociais. A cliente mostrou-se participativa nas sessões que o tema era trabalhado, e sempre levava materiais didáticos fornecidos pela terapeuta para casa, devolvendo-os e fazendo comentários na sessão seguinte. Quando eram fornecidas tarefas de classificação dos tipos diferentes de comportamentos (agressivo, passivo e assertivo) na sessão, Patrícia sempre as fazia, demonstrando estar aprendendo por meio dos diversos modelos e simulações de situações.

Diante dos resultados positivos com relação ao treino de assertividade e seguindo a sequência definida na escala elaborada com a cliente, a terapeuta sugeriu que Patrícia tentasse executar a seguinte tarefa: falar com pessoas desconhecidas na escola. A cliente aceitou e nos relatos semanais seguintes, ela contou que havia conversado rapidamente com alguns colegas e funcionários com quem não tinha falado antes. Perguntada pela terapeuta como foram essas conversas, a cliente respondeu que foram sobre assuntos comuns ao ambiente escolar, como notas, professores e atividades escolares, além de conversas rotineiras como falar sobre o tempo ou algo que estivesse acontecendo no momento, algo que não fazia antes de iniciar a terapia.

Gradativamente, nas sessões seguintes, a cliente relatava estar mais próxima de algumas colegas de sala que conheceu quando entrou na escola: estavam fazendo trabalhos juntas, conversando no intervalo das aulas e pedia favores a elas quando precisava. Patrícia também começou a ter a companhia de algumas dessas amigas quando voltava de ônibus para casa, pois a mãe deixou de buscá-la na escola depois que se mudaram para outro bairro. A cliente relatou outras ocasiões em que iniciou conversas no ônibus com passageiros que não conhecia sobre assuntos cotidianos (falava sobre o tempo, a demora do ônibus, perguntava as horas etc.), e também com novas colegas de classe que ainda não conhecia, mas que pegavam o mesmo ônibus. (perguntava seus nomes, de que escola tinham vindo, sugeria fazer alguma atividade em sala etc.). Esses comportamentos foram considerados CRB2s, ou seja, comportamentos clinicamente relevantes relacionados aos progressos da cliente que ocorrem na sessão.

Além de situações relacionadas ao ambiente escolar, foi avaliado que Patrícia apresentava também avanços em relação a ser mais expressiva e espontânea com outras pessoas de seu cotidiano. A cliente iniciou apresentando mudanças durante as sessões com a própria terapeuta, conversando mais, rindo, contando piadas e falando de mais detalhes sobre seu cotidiano. Mas, durante o período de intervenções em que se sugeriu que Patrícia falasse com pessoas desconhecidas na escola, pôde-se constatar que houve generalização das mudanças que estavam ocorrendo também para outras situações como, por exemplo, falar com outras pessoas no ônibus. Ao mesmo tempo em que essas mudanças ocorriam, Patrícia relatava se sentir mais a vontade para avançar ao item seguinte da escala: apresentar trabalhos na escola, o que envolvia de forma mais generalizada, fazer apresentações em público. Como treino inicial, a terapeuta pediu que ela começasse preparando apresentações curtas sobre temas que a cliente gostasse para serem simulados na sessão. Os temas escolhidos por Patrícia foram: violão e jogo de damas, que eram atividades que a cliente tinha interesse e faziam parte de seu cotidiano.

Antes da primeira simulação da cliente, a terapeuta elaborou uma pequena apresentação sobre o tema “Psicologia e Análise do Comportamento” com o objetivo de fornecer um modelo para a cliente, e algumas dicas sobre como apresentar em público. Após a apresentação do modelo pela terapeuta, Patrícia iniciou sua apresentação com o tema “acordes do violão”. A cliente não gaguejou, não tremeu ou demonstrou qualquer tipo reação física ou emocional durante sua fala, entretanto, alguns pontos que poderiam ser melhorados foram observados: 1) ao iniciar, a cliente não se apresentou, apenas falou sobre o que iria expor (“Vou falar sobre os acordes do violão...”) e começou sua explicação acerca do assunto; 2) a cliente falou apenas por dois ou três minutos, e ao final, utilizou o verso do papel que a terapeuta tinha usado de rascunho para desenhar as cordas do violão e explicar a respeito dos acordes que não tinha ficado claro durante sua fala.

A primeira apresentação da cliente foi assistida apenas pela terapeuta, que discutiu com Patrícia sobre os aspectos que tinha ido bem e outros que podiam ser melhorados. Depois de ouvir as sugestões da terapeuta, a cliente repetiu a apresentação, e seu desempenho foi considerado melhor que o primeiro. A terapeuta considerou que a segunda apresentação foi mais estruturada, pois Patrícia se apresentou no início, disse o título de sua apre-

sentação, informou sobre o que iria falar, iniciando sua apresentação de maneira mais próxima ao modelo que foi fornecido anteriormente. Além disso, a cliente também fez sua segunda apresentação de pé e não utilizou papel ou qualquer tipo de recurso adicional para fazer suas explicações, além de ter mantido maior contato visual com a terapeuta enquanto verbalizava.

Como passo seguinte para o treino de fazer apresentações em público, foi sugerido pela terapeuta que fosse introduzida uma pessoa desconhecida na sessão para assistir a próxima apresentação da cliente. Inicialmente a cliente demonstrou hesitação quanto a essa proposta, dizendo que ficaria com vergonha, mas como a terapeuta disse se tratar de uma colega de estágio que seria informada da situação ela depois aceitou. Ficou decidido também que a cliente mudaria o tema de sua apresentação, tendo sido escolhido por Patrícia “Jogo de Damas”. Assim, terapeuta combinou com uma das estagiárias de sua turma que participasse da sessão e que ao final falasse para a cliente quais foram pontos positivos de sua apresentação.

No dia do novo treino, a sessão foi iniciada apenas com Patrícia e a terapeuta que conversaram um pouco e fizeram algumas simulações da apresentação. Quando a cliente achou que já podia começar ela relatou à terapeuta que estava com algumas respostas emocionais como suor nas mãos e mãos frias, mas avisou que poderia chamar a estagiária. Depois que a estagiária entrou na sala a cliente começou a apresentação para as duas e a terapeuta observou que Patrícia apresentava leve gagueira e inquietação física. Porém, passado esse momento inicial, Patrícia repetiu o bom desempenho da última apresentação falando de maneira clara, estruturada, conseguindo apresentar novamente de pé e sem recorrer a qualquer papel ou rascunho para auxiliar na sua apresentação.

Ao final da sessão a terapeuta elogiou os avanços e fez comentários sobre as reações emocionais iniciais da cliente frente à estagiária, sugerindo um novo passo que seria importante para seu treino: fazer uma nova apresentação, mas dessa vez para um grupo de quatro pessoas desconhecidas. Novamente, a cliente hesitou no início, dizendo que seria muita gente, mas após a terapeuta ressaltar a importância do treino e os progressos que estava obtendo, ela aceitou a proposta. O tema escolhido por Patrícia foi novamente sobre o jogo de damas, e no dia do treino a cliente disse à terapeuta estar se sentindo ansiosa, porém “não tanto quanto da última vez”. Apesar disso a cliente disse que estava animada para apresentar e que

havia ensaiado o que ia dizer, tendo escrito duas vezes suas falas e treinado oralmente três vezes. Tal como da última vez, a cliente conversou e simulou a apresentação, primeiro para a terapeuta antes de apresentar para o grupo, como forma de avaliar seu treino e deixá-la mais relaxada. Assim que Patrícia consentiu, outros quatro colegas de estágio da terapeuta foram chamados para participar da sessão, e dessa vez a apresentação da cliente durou entre três a quatro minutos, tempo um pouco maior do que as anteriores. A avaliação por parte dos que assistiram a apresentação foi positiva e, após finalizar a apresentação, a cliente relatou à terapeuta que depois que iniciou sua fala ela foi ficando cada vez mais calma e tranquila.

Considerando o bom desempenho da cliente no último treino, a terapeuta sugeriu como passo seguinte que Patrícia fizesse uma apresentação para a turma completa de estágio, que era composta por nove pessoas, incluindo o professor que supervisionava o caso. Foi proposto também o aumento do tempo de apresentação para pelo menos cinco minutos de duração, e a escolha de outro tema para que houvesse um aumento gradativo no grau de dificuldade da simulação. A cliente concordou com a proposta, apenas pedindo para manter o tema da última apresentação (jogo de damas). Como o número de pessoas assistindo e o tempo de apresentação já seriam maiores, a terapeuta concordou, até como forma de reforçar o comportamento assertivo da cliente de fazer essa solicitação e de ter aceitado a nova proposta sem a mesma hesitação das outras vezes. No dia da apresentação, o desempenho de Patrícia foi avaliado novamente como positivo por todos que assistiram a apresentação, uma vez que Patrícia não demonstrou nervosismo, gagueira, pausas longas ou qualquer inquietação durante sua fala. A cliente ainda aceitou que os alunos e o professor fizessem sugestões e comentários sobre sua apresentação, além de também responder a perguntas sobre o que tinha acabado de apresentar conforme havia sido combinado previamente com a turma em supervisão. O único ponto que Patrícia não foi bem foi no tempo de apresentação, que se manteve curto (entre dois e três minutos). Porém, dado o conjunto de avanços obtidos, esse foi considerado apenas um detalhe a ser trabalhado em outras apresentações.

Outro exemplo dos avanços obtidos pela cliente foi que na 20ª sessão Patrícia relatou algo inesperado, fora do planejamento realizado pela terapeuta: por iniciativa própria ela havia se inscrito no “Show de Talentos” de sua escola, no qual iria cantar e tocar violão para a escola in-

teira, algo que não havia feito antes. Como a cliente avisou a terapeuta sobre isso apenas na véspera do evento, não foi possível realizar algum treino ou simulação para que se preparasse, mas a terapeuta elogiou a cliente por essa iniciativa, e ressaltou o quanto isso era importante para um refinamento ainda maior de suas habilidades sociais, especialmente a de falar e fazer apresentações em público. Na sessão seguinte, Patrícia confirmou que havia feito sua apresentação e disse que enquanto estava cantando, se sentiu tranquila, e não ficou tão nervosa quanto imaginava. Ela disse ter ensaiado antes para os colegas de classe, e em seguida, cantou e tocou para a escola inteira. Até então a cliente não havia feito algo parecido, pelo contrário, no início do atendimento, queria, apenas, conseguir apresentar trabalhos na escola. Segundo a cliente, a diretora da escola a elogiou e Patrícia demonstrou entusiasmo com o ocorrido, dizendo que gostou da experiência, e que se houvesse outra oportunidade, participaria de novo.

Acompanhando as mudanças que a cliente vinha obtendo na sua habilidade de fazer apresentações públicas e na ampliação de suas relações sociais, Patrícia também estava apresentando melhoras em relação à dependência com a mãe. Ao longo das sessões, a cliente passou a ir sozinha para a escola e para a terapia, porém mesmo com avanços em outras áreas ainda apresentava dificuldade em fazer outros programas com a família ou amigos quando os pais não estavam presentes. Todas as vezes que a terapeuta sugeria que Patrícia fizesse algo com a família ou amigos sem seus pais, a cliente tentava se esquivar da tarefa, dizendo que não se sentia segura sem a mãe e que dificilmente executaria essa atividade. Entretanto, em sessões posteriores, Patrícia contou espontaneamente para a terapeuta sobre uma festa que havia ido apenas com sua irmã e outra ocasião em que foi ao cinema apenas com uma prima. Quando perguntada sobre a ausência dos pais nas duas situações, a cliente se mostrou surpresa, dizendo que não havia notado que havia saído sem eles sem ter dificuldade, e que pelo contrário, se divertiu e sentiu-se bem com isso. Assim, indiretamente, também estava se atingindo o objetivo do último item da escala construída com a cliente, uma vez que sair sem os pais tinha sido considerado o nível mais ansiogênico para mudança.

Na fase de intervenções, Patrícia gradativamente foi ficando cada vez mais participativa, e mais à vontade com a terapeuta e em outras situações sociais. Mudanças significativas em diferentes ambientes da vida da cliente

estavam acontecendo naturalmente, indo além das tarefas e pedidos da terapeuta dentro da sessão. Considerando essa série de avanços no comportamento da cliente, a terapeuta, juntamente com o supervisor, decidiu iniciar a fase de espaçamento entre as sessões para favorecer maior autonomia à cliente no processo e acompanhamento da manutenção dos resultados que estava sendo obtidos.

Dessa forma, na 21ª sessão, os progressos apresentados pela cliente foram sintetizados e apresentados pela terapeuta em um quadro comparativo, em que a coluna da esquerda mostrava os comportamentos que Patrícia emitia no início da terapia e na coluna da direita aqueles que ela estava apresentando naquele momento. Patrícia relatou ter gostado de ver do quadro comparativo, pois admitiu que não lembrava da maioria dos comportamentos que emitia, dizendo também que não tinha percebido que tinha mudado tanto após o início da terapia. O mesmo quadro comparativo também foi apresentado e explicado depois para a mãe que concordou e reconheceu a influência da atenção exagerada que dava à filha e a seus tiques, reconhecendo que isso havia afetado negativamente a filha em outras áreas. A mãe se comprometeu a continuar realizando o procedimento de extinção orientado pela terapeuta, fazendo diversos agradecimentos à terapeuta pela ajuda na melhora dos comportamentos da filha. Em seguida foi explicado e sugerido o espaçamento das sessões à mãe e à cliente, ambas concordaram, e, a partir desse momento, os atendimentos passaram a ser quinzenais.

3.4 Espaçamento das sessões (da 22ª a 30ª sessão)

Nessa nova fase do atendimento, além de observar se os avanços obtidos nas sessões semanais seriam mantidos sem a presença da terapeuta, outro objetivo foi prosseguir com o treino de apresentações públicas para o refinamento de outras habilidades sociais de Patrícia.

Nas três primeiras sessões dessa nova fase, a cliente estava mantendo os avanços obtidos nas sessões anteriores de intervenção. Então foi programado para que a cliente realizasse mais uma apresentação para o grupo de estágio na 25ª sessão, porém dessa vez sobre tema diferente e em maior tempo, como um novo passo para o aperfeiçoamento de sua habilidade de falar em público. Contudo no dia programado, diferentemente dos últimos treinos, Patrícia não realizou uma boa apresentação. Ela leu a maior parte do que falou, explicou pouco sobre o novo tema que havia escolhido (“Capoeira”) e novamen-

te fez uma apresentação curta, de aproximadamente dois minutos, bem abaixo dos cinco minutos que foram combinados como tempo mínimo com a terapeuta. Perguntada depois sobre o motivo de seu desempenho ter sido diferente das apresentações anteriores, a cliente falou para a terapeuta que não se preparou como das outras vezes e que na verdade não gostaria de fazer novos treinos, pois achava que não precisava mais, justificando que na escola vinha apresentando trabalhos de maneira tranquila e que isso não era mais problema para ela. Apesar da justificativa da cliente ser vista como uma esQUIVA em um primeiro momento, o comportamento dela de pedir para a terapeuta para não continuar com os treinos e, desse modo, discordando de uma etapa do processo psicoterápico, foi considerado um CRB2. Esse teria sido o primeiro momento em que a cliente deixava de adotar uma postura passiva de forma mais evidente na sessão, ao invés de apenas concordar com praticamente tudo que era sugerido pela terapeuta, como frequentemente era observado no início do atendimento.

Foi avaliado que o desempenho de Patrícia não foi bom em virtude de ela não ter treinado e por não estar mais interessada na tarefa, e não por ela ainda considerar falar em público algo aversivo. Não se descartou também a possibilidade de ela ter ido bem nos treinos anteriores em virtude de ter repetido os mesmos temas, e ter falado por curtos períodos de tempo. Porém, foram considerados os avanços gerais da cliente em outras áreas, como na ampliação de suas relações sociais e na diminuição da dependência da mãe, além do fato da cliente ter feito apresentação para um público maior por iniciativa própria no “Show de Talentos” da escola. Assim, a terapeuta aceitou o pedido de Patrícia, apenas salientando a importância desse tipo de treino caso ela desejasse aperfeiçoar essa habilidade em outro momento. Como conseguir falar e fazer apresentações em público era apenas um dos objetivos das intervenções, outros avanços que tinham sido obtidos pela cliente continuaram a ser observados nas sessões de espaçamento como: emissão de comportamentos assertivos, espontaneidade de Patrícia com amigos e conhecidos, saída da cliente com amigos e familiares sem os pais, entre outros.

Ao longo das sessões seguintes, Patrícia relatou ter participado de outras duas atividades na escola: a primeira tratava-se de um campeonato de ping-pong e a segunda foi uma apresentação musical em libras realizada com seus colegas de sala, na qual faziam os gestos das letras

conforme a música. Sobre a primeira, ela falou que apenas quem estava participando do campeonato assistiu, já a segunda foi assistida pela escola inteira novamente, mas a cliente comentou que não ficou nervosa. A cliente afirmou estar mais próxima de seus amigos, principalmente da sua sala, e que eles estavam se encontrando com frequência, mesmo fora da escola. Ela disse também que estava indo mais na casa de amigos que moram próximos à sua avó materna, mesmo quando eles não tinham que fazer trabalhos, e que ela e os amigos estavam voltando juntos da escola.

Em relação à maior autonomia de Patrícia em relação à mãe, a cliente relatou em sessões posteriores que a mãe estava permitindo que ela saísse e fizesse mais coisas sozinha sem parecer ficar tão preocupada como antes. A saída sem os pais aconteceu duas vezes em duas semanas: na primeira vez, ela saiu somente com a irmã para uma festa junina do colégio; na segunda vez, ela saiu com a irmã e seus amigos da escola para o *shopping*. Patrícia contou ainda que nessas ocasiões conheceu pessoas novas e conversou com amigas de suas amigas que não conhecia, sem apresentar dificuldade em iniciar ou manter as conversas.

Quanto à atenção da mãe sobre os “tiques”, Patrícia relatou que havia diminuído, contabilizando que, em duas semanas, a mãe tinha chamado sua atenção duas vezes e seu pai uma vez. Ela disse que não achava mais que tinha tiques, mas que fazia apenas alguns movimentos repetitivos comuns, como mexer a perna ou o pé. Segundo a cliente, nas raras vezes em que alguém da família ainda chamava sua atenção para isso, ela apenas ignorava. Dados os avanços observados e mantidos em relação à queixa inicial da mãe e da cliente, principalmente em relação às suas habilidades sociais desenvolvidas durante o processo psicoterápico, na 30ª sessão a terapeuta e supervisor optaram por dar alta a cliente.

4 Discussão

O relato clínico mostrou o caso de uma adolescente que apresentava, no início do atendimento, déficit generalizado de habilidades sociais. Os comportamentos descritos como “tiques” pela sua mãe, na verdade foram analisados como comportamentos repetitivos comuns da filha, como mexer a perna ou o pé, mas que, na presença da mãe, passaram a ser mais frequentes em razão à atenção excessiva que ela fornecia a eles. Nesse sentido,

confirma-se a necessidade de observação cuidadosa do profissional do comportamento antes de se chegar a um diagnóstico de tiques (MASSANO; OLIVEIRA, 2012).

Como os comportamentos descritos pela mãe da cliente como “tiques” nunca ocorreram nas sessões, estes não apresentavam algumas características típicas descritas na literatura tais como ser involuntário, súbito ou até irresistível (HOUNIE, 2012; TEIXEIRA et al., 2012). Pelo contrário, a análise funcional realizada revelou que eles eram dependentes da relação entre a cliente e seu ambiente social, ocorrendo principalmente em casa e na presença de sua mãe. Por esse motivo, médicos que atenderam o caso também não foram capazes de diagnosticar o comportamento da filha, pois na verdade os tiques apresentados por Patrícia eram fruto de contingência operante.

Mesmo diante de um diagnóstico diferencial confiável de tiques, ainda assim é importante considerar para o tratamento os elementos sociais presentes na relação entre a emissão desse comportamento e o ambiente da pessoa. Ainda que considerados “involuntários”, sabe-se que a frequência e intensidade dos tiques tende a aumentar ou diminuir conforme a situação na qual a pessoa está inserida (HOUNIE, 2012; MATHIS et al., 2012). Dessa forma, em um quadro clínico de tiques também pode ser necessário voltar-se a questões pessoais do cliente, atentando-se à comunidade e ao núcleo familiar em que ele vive. Deve-se observar seu ambiente social e como este está relacionado à apresentação do comportamento, pois, algumas vezes, em virtude de excesso de controle coercitivo, as pessoas que apresentam tiques tendem a apresentar dificuldades de interação com esse ambiente (MATHIS et al., 2012).

Por falta de conhecimento acerca do assunto ou preocupação demasiada, os pais ou responsáveis pela criança/adolescente acabam por chamar a atenção dos filhos de maneira exagerada quando estes emitem comportamentos considerados por eles “estranhos” ou repetitivos. Tais ações que a princípio teriam como objetivo repreender ou “punir” o comportamento do filho, de forma a fazer com que eles diminuam de frequência, podem acabar tendo efeito contrário ou gerando subprodutos indesejáveis. Skinner (1953/2003), afirma que tentativas de punição desses e outros comportamentos, deveriam ser evitadas ao máximo, isso porque essa estratégia quando usada pelos pais pode produzir nos filhos alguns efeitos colaterais, como: respostas emocionais de ansiedade e medo, sentimento de frustração e baixa autoestima, ini-

bição e constrangimento social, entre outros.

Ainda que no caso de Patrícia os pais não estivessem observando o que formalmente poderia ser chamado de tique, a atenção excessiva que eles forneciam a comportamentos similares pode ter feito com que a filha se sentisse insegura em outros contextos sociais. Principalmente quando não estava em casa sob os cuidados da mãe, Patrícia achava que poderia ter tiques a qualquer momento, e que outras pessoas notariam. Isso provavelmente fez com que a cliente passasse a apresentar timidez excessiva com outras pessoas, e aumento da dependência pela mãe, uma vez que esta sinalizava com segurança quando tinha esses comportamentos (funcionando também como importante reforçador). Tudo isso em conjunto produziu um déficit generalizado de habilidades sociais no repertório da cliente, acompanhado de respostas fisiológicas, como sudorese, tremores e mal estar diante de situações em que tinha que, por exemplo, falar em público, sair sem a mãe ou expressar sentimentos e opiniões.

O fato dos pais não saberem diferenciar um tique de outro comportamento repetitivo é compreensível, pois eles não possuíam repertório específico de discriminação entre ambos. Porém, chama mais a atenção o fato da própria cliente relatar que não sabia se tinha tiques ou de não ter “consciência” dos comportamentos que emitia, dependendo para isso dos comentários da mãe ou de outras pessoas. O termo “consciência” na Análise do Comportamento pode ser entendido como a capacidade de a pessoa responder discriminadamente ao seu próprio comportamento (TOURINHO; TEIXEIRA; MACIEL, 2000). Este constitui um dos usos possíveis do termo, e, quando o utilizamos dessa forma, podemos dizer, também, que uma pessoa que observa e descreve seu próprio comportamento possui maiores chances de identificar as variáveis que o controlam.

Embora a maioria dos comportamentos que emitimos seja operante, pode-se dizer que normalmente estes são emitidos de forma “inconsciente”, já que não é comum pensarmos em tudo que fazemos o tempo todo (MACHADO, 1997; MALERBI; MATOS, 1992). Para isso, é necessário haver uma história passada em que a emissão do comportamento “consciente” tenha sido reforçada por outras pessoas, o que não se observou no caso da filha e nem da mãe. Assim, buscou-se, nas sessões, construir um repertório de auto-observação e autoconhecimento com as duas, explicando, por exemplo, a diferença entre tiques e simples hábitos para a mãe ou pedindo que a cliente

observasse os contextos e consequências que acompanhavam a emissão de seus comportamentos, de forma a facilitar que discriminasse sua função. Nesse sentido, entende-se que a apresentação da formulação do caso no contexto clínico, que resume o histórico do cliente, análises funcionais e objetivos do atendimento, é fundamental para esse processo.

A construção de novos repertórios dentro da clínica analítico-comportamental é de grande importância para a evolução do caso clínico, portanto a condução do tratamento pelo terapeuta deve se basear em uma análise funcional e não topográfica do comportamento. Uma análise topográfica se preocupa apenas com a forma da resposta apresentada, o que pode levar à organização dessas respostas em categorias. Isso pode ser observado no modelo médico de classificação de transtornos mentais, em que os diagnósticos são dados de acordo com um conjunto arbitrário de respostas que a pessoa apresenta, seguindo manuais como CID e DSM (CAVALCANTE; TOURINHO, 1998). Um problema importante na utilização desse tipo de análise é que não se leva em conta a história de reforçamento da pessoa que é única, e que, portanto, pode implicar funções diferentes de um mesmo comportamento para diferentes pessoas, mesmo quando há semelhança em sua topografia.

Ainda que Patrícia tivesse sido encaminhada para psicoterapia com um diagnóstico médico de tiques, isso não dispensaria uma análise funcional do caso. Uma avaliação com base apenas na topografia poderia definir um objetivo terapêutico muito pontual, como por exemplo, apenas a diminuição ou eliminação dos tiques. Com o uso da análise funcional tem-se uma visão mais abrangente da vida do cliente, com o objetivo de não apenas eliminar “respostas-problema”, mas sim de alterar suas funções (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Foi nesse último tipo de análise que o atendimento se pautou e que as intervenções foram realizadas, dando ênfase às habilidades sociais de Patrícia e não aos supostos tiques reforçados pela atenção da mãe. A cliente apresentou vários avanços nesse sentido, sendo mais assertiva e espontânea na escola, com a mãe e com a própria terapeuta; mostrando mais independência e autonomia ao sair com amigos e parentes sem a presença dos pais; e iniciando e mantendo conversas e amizades com pessoas de seu ambiente. Assim, a queixa inicial foi trabalhada não da forma aparente como chegou, mas com base na análise funcional construída pela terapeuta e seu supervisor.

Referências

- ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. **Comportamento assertivo: um guia de autoexpressão**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Livraria Santos, 2002. (Original publicado em 1996).
- CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 139-147, maio/ago. 1998.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- FALCONE, E. Habilidades sociais: para além da assertividade. In: WIELENSKA, R. C. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos**. São Paulo: SET, 2000. p. 211-221.
- FERREIRA, B. R.; PIO-ABREU, J. L.; JANUÁRIO, C. Tourette's syndrome and associated disorders: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 123-133, jul./set. 2014. doi: 10.1590/2237-6089-2014-1003
- GRESHAM, F. M. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 17-66.
- HOUNIE, A. G. O que são tiques? O que é Síndrome de Tourette? In: HOUNIE, A. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais da saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 19-27.
- KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Santo André: ESETec, 1991.
- MACHADO, L. M. C. M. Consciência e comportamento verbal. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1001-1007, jul./dez. 1997. doi: 10.1590/S0103-65641997000200005
- MALERBI, F. E. K.; MATOS, M. A. A análise do comportamento verbal e a aquisição de repertórios autodescritivos de eventos privados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 407-421, maio/ago. 1992
- MASSANO, J.; OLIVEIRA, A. Síndrome de Gilles de La Tourette: clínica, diagnóstico e abordagem terapêutica. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 26, n. 5, p. 211-217, set. 2012.
- MATHIS, M. A. et al. Quais são as abordagens psicoterápicas para os tiques? In: HOUNIE, A. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Tiques, cacoetes, Síndrome de Tourette: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais da saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 151-157.
- RIMM, D. C.; MASTERS, J. C. **Terapia comportamental: técnicas e resultados experimentais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1983.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: M. Fontes, 2003. (Original publicado em 1953).
- TEIXEIRA, L. L. C. et al. Síndrome de La Tourette: revisão de literatura. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 492-500, out./dez. 2011. doi: 10.1590/S1809-48722011000400014
- TOURINHO, E. Z.; TEIXEIRA, E. R.; MACIEL, J. M. Fronteiras entre análise do comportamento e fisiologia: Skinner e a temática dos eventos privados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 425-434, set./dez. 2000. doi: 10.1590/S0102-79722000000300011