

Interpretação Analítico-Comportamental para o Transtorno de Ansiedade Social e Proposta de Critérios Funcionais para Diagnóstico

Analytic-Behavioral Interpretation Criteria for Social Anxiety Disorder and a Proposal for Diagnosis using Functional Criteria

Sandro Iêgo¹, Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro²

[1] Instituto de Ciências e Tecnologia do Comportamento [2] Universidade de Taubaté | **Título abreviado:** Interpretação Analítico-Comportamental do Transtorno de Ansiedade Social | **Endereço para correspondência:** Av. Tancredo Neves, 2915, Salvador-Bahia. CEP: 41820-020 | **Email:** sandroiego@gmail.com | **doi:** doi: org/10.18761/pac.as7ay9a

Resumo: O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) como uma condição clínica na qual o indivíduo teme, sente-se ansioso e/ou evita ser avaliado em interações sociais. Uma compreensão analítico-comportamental do TAS deve identificar e descrever padrões de comportamento e contingências comportamentais que caracterizam o que determinada comunidade verbal nomeia como TAS. Este trabalho tem como objetivos apresentar um modelo analítico-comportamental de interpretação do que o DSM denomina como TAS, bem como propor um modelo para identificação e avaliação do comportamento socialmente ansioso baseado em critérios funcionais. Para isso, o TAS foi operacionalizado funcionalmente usando os critérios diagnósticos especificados pelo DSM. A operacionalização consistiu em retratar o TAS usando contingências comportamentais, mediante a identificação dos comportamentos socialmente ansiosos, seus antecedentes contextuais e suas consequências. Como resultado, foram identificadas cinco contingências comportamentais que caracterizam o TAS, que basearam a elaboração de critérios funcionais para identificação e avaliação do comportamento socialmente ansioso. Em conclusão, este trabalho demonstra que é possível retratar por meio de contingências comportamentais os fenômenos comportamentais caracterizados como transtornos mentais em manuais diagnósticos, como no exemplo do TAS.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social, análise de contingências, diagnóstico funcional, análise operacional, Comportamento Socialmente Ansioso, DSM-5

Abstract: Social Anxiety Disorder (SAD) is described by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as a clinical condition in which an individual fears, feels anxious about and/or avoids being scrutinized in social interactions. An analytic-behavioral comprehension of SAD should identify and describe both behavior patterns and behavioral contingencies that characterize what the verbal community terms as SAD. This paper aims to present an analytic-behavioral model for both the interpretation of SAD as denominated by the DSM and for the assessment and diagnosis of socially anxious behaviors based on functional criteria. To this end, SAD was functionally operationalized using the diagnostic criteria specified by the DSM. The operationalization consisted of describing SAD using behavioral contingencies by identifying socially anxious behaviors and associated contextual antecedents and consequences. As a result, we identified five behavioral contingencies characteristic of SAD based on the development of functional criteria to identify and evaluate socially anxious behavior. In conclusion, this work demonstrates that it is possible to characterize behavioral phenomena classified as mental disorders by diagnostic manuals, in terms of behavioral contingencies, as in the example of SAD.

Keywords: Social Anxiety Disorder, contingency analysis, functional diagnosis, operational analysis, Socially Anxious Behavior, DSM-5

Notas dos Autores:

Os autores gostariam de expressar seu agradecimento às psicólogas Juliana Cruz e Vilma Silva pela assistência minuciosa na revisão do manuscrito e pelo valioso auxílio na edição gráfica das figuras, a Dra. Danila Secolim Coser e ao Dr. Denis Roberto Zamignani pela leitura do artigo e pelas excelentes sugestões, e também a Andris K. Walter pela revisão do texto na língua inglesa.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social, é caracterizado no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, na quinta edição revisada - DSM-5-TR™ (American Psychiatric Association [APA], 2023) pela presença persistente e acentuada de medo, ansiedade e esquiva em situações sociais que envolvem a possibilidade de avaliação pelos outros. O mesmo manual (doravante mencionado como DSM apenas) diferencia o TAS da timidez, considerada como um traço comum de personalidade, enquanto o TAS tem impacto adverso significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Trata-se de uma condição clínica que atinge cerca de 4% da população mundial ao longo da vida (Stein et al., 2017) e que é frequentemente subnotificada (Fehm et al., 2008). Algumas característi-

cas sociodemográficas são associadas com a maior prevalência do TAS, sendo uma condição mais comum entre indivíduos mais jovens, do sexo feminino, solteiros, com menor nível de escolaridade e/ou com menor situação de renda (Stein et al., 2017). No Brasil, os estudos epidemiológicos indicam que o TAS pode estar presente em até 11% da população (Baptista et. al., 2012).

O TAS inicia na infância ou na adolescência, com apresentação dos sintomas geralmente em torno dos 11 anos (Lijster et. al. 2017), embora o início do tratamento em média aconteça somente aos 27 anos (Grant et al., 2005). Tem como principais quadros associados o transtorno de personalidade evitativa (Cox et al., 2009; Torvik et al., 2016) e outros transtornos de ansiedade (Stein et al., 2017), especialmente o transtorno de ansiedade generalizada (Grant et. al., 2005), que são condições clí-

- A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).
Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.
- B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
- C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
- D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto socio-cultural.
- F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
- G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.
- I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.
Especificar se:
Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.

Figura 1. Critérios Diagnósticos do TAS no DSM-5-TR™ (2023)

nicas que possivelmente compartilham de alguns dos processos comportamentais semelhantes ao do TAS. Quando não é tratado, o TAS é relacionado com o risco de desenvolvimento posterior de depressão maior (Stein et al., 2001), transtorno de uso de substâncias psicoativas (Buckner et al., 2008), diminuição da qualidade de vida e prejuízos funcionais (Katzelnick et al., 2001; Ruscio et al., 2008).

Assim como acontece em outras condições psicológicas e/ou psiquiátricas, o diagnóstico do TAS é realizado exclusivamente pela avaliação clínica. Embora haja um campo florescente de pesquisa que busca descrever marcadores biológicos para a ansiedade social (Mizzi et al., 2022), ainda não foram desenvolvidos instrumentos de avaliação para a clínica que determinem a presença ou a ausência do TAS mediante exames médicos, laboratoriais ou de neuroimagem. Portanto, na ausência de endofenótipos passíveis de identificação para a prática clínica, o diagnóstico do TAS é realizado mediante a observação clínica de sintomas descritos em manuais diagnósticos, tais como o DSM e a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11). De acordo com o DSM (APA, 2023), o indivíduo precisa atender aos 10 critérios para receber o diagnóstico de TAS.

Diversos instrumentos de avaliação foram concebidos para auxiliar profissionais na identificação de sintomas/comportamentos para fins de diagnóstico e/ou de avaliação da gravidade do TAS (Wong et al., 2016). Alguns dos instrumentos considerados importantes por suas propriedades psicométricas já foram traduzidos e validados para a população brasileira (DeSousa et al., 2013; Ramos & Cerqueira-Santos, 2021). As medidas provenientes desses instrumentos são dados numéricos, com propósito de quantificar estimativas pessoais das sensações de medo e ansiedade e das evitações, mediante o uso de autorrelato e da introspecção. O terapeuta analista de comportamento pode e deve tirar proveito clínico dos resultados desses instrumentos, pois permitem a necessária interlocução com outros profissionais de saúde que utilizam a linguagem do DSM sobre os transtornos de ansiedade. Entretanto, esses dados podem ser insuficientes para prover as informações necessárias à análise funcional de contingências, que constitui a base fundamental para o trabalho do analista de comportamento. Deste modo, terapeutas analítico-

-comportamentais também precisarão avaliar o que o paciente traz sob uma ótica funcional, identificando o comportamento socialmente ansioso, o contexto (antecedentes) em que ele ocorre e os seus efeitos (consequências).

Numa perspectiva analítico-comportamental, o comportamento socialmente ansioso pode ser preliminarmente descrito como envolvendo a eliciação de comportamentos respondentes (reflexos) relacionados ao medo e à ansiedade, bem como a emissão de comportamentos operantes com a função comportamental de fuga/esquiva que visam prevenir a consequência aversiva “possibilidade de avaliação negativa por terceiros”. As respostas (respondentes e operantes) podem ser tanto públicas quanto privadas, e ocorrem diante (ou na previsão) de contextos que envolvam “situações sociais” (Silvares & Meyer, 2000). Adotando o modelo de seleção do comportamento pelas consequências proposto por Skinner (1981), esse conjunto de comportamentos operantes e respondentes que compõem o fenômeno descrito como TAS é o produto resultante das seleções filogenética, ontogenética e cultural; portanto, configura uma forma de adaptação de determinado indivíduo ao seu ambiente. Ademais, é composto por comportamentos que se organizam em classes funcionais de respostas com similaridades nos processos comportamentais subjacentes, o que possibilita o reconhecimento de padrões comportamentais identificáveis que são presentes em certo grupo de indivíduos.

Esta descrição preliminar é teoricamente consistente, mas é muito abrangente e requer detalhamento das especificidades das interações entre as variáveis que influenciam o comportamento socialmente ansioso e os padrões funcionais do responder distintivos do TAS. Necessita, portanto, da caracterização pormenorizada das contingências de comportamento que constituem o episódio comportamental descrito como TAS. Para tanto, a compreensão analítico-comportamental do TAS deve visar identificar e descrever os padrões de comportamento e as contingências comportamentais que caracterizam o que determinada comunidade verbal denomina como comportamento socialmente ansioso. Neste trabalho foi escolhida a definição do TAS empregada pela comunidade científica de saúde mental que se baseia no DSM para tomar deci-

sões clínicas, por constituir-se um grupo relevante da nossa comunidade e que compartilha o DSM como linguagem comum entre as diversas áreas de nosso contexto sociocultural.

Trabalhos anteriores já propuseram uma leitura funcional de categorias nosográficas estabelecidas pela psiquiatria, como a exemplo da depressão (Ferster, 1973; Kanter et al., 2008), esquizofrenia (Marcon & Britto, 2015; Rosenfarb, 2013; Wilder et al., 2013) e da fobia social (Silvares & Meyer, 2000). No entanto, embora esses estudos tenham explorado diferentes dimensões da análise funcional, conforme a diferenciação de análises funcionais proposta por Sturmey (1996/2022), a operacionalização dos critérios diagnósticos nosográficos estabelecidos pelos manuais diagnósticos não foi contemplada em tais estudos. Por exemplo, Virués-Ortega e Haynes (2005) apresentaram um caso clínico de TAS para ilustrar a utilização da análise funcional na formulação de caso, com enfoque nos possíveis mecanismos e processos comportamentais associados ao caso em questão. De outro modo, Silvares e Meyer (2000) realizaram uma análise comportamental descritiva da categoria diagnóstica fobia social, visando estabelecer eventuais antecedentes, respostas e consequências que caracterizariam tal condição. Entretanto, nem nesses trabalhos nem em quaisquer outros eventualmente identificados na nossa revisão (por exemplo, Hopko et al., 2001; Nobile, Garcia & Bolsoni-Silva, 2017; Perandr  & Haydu, 2018), a operacionalização dos critérios diagnósticos do DSM em contingências comportamentais foi abordada. Essa lacuna da literatura ocorre tanto em relação ao TAS quanto a outras categorias nosográficas. Portanto, o presente trabalho contribui em apresentar como os critérios diagnósticos do DSM podem ser traduzidos e aplicados em termos comportamentais, enriquecendo a compreensão dos denominados transtornos mentais sob uma perspectiva analítico-comportamental.

A operacionalização do TAS, a partir dos critérios diagnósticos do DSM como ponto de partida para a investigação desse fenômeno comportamental parece ser um caminho necessário. Enquanto estratégia para definição e delimitação do fenômeno que se pretende estudar, as categorias propostas pelo DSM favorecem a comunicação entre dife-

rentes áreas, e são amplamente adotadas pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde. Assim, a transposição dos critérios descritos pelo DSM em critérios analítico-comportamentais funcionais pode trazer benefícios tanto para os terapeutas analítico-comportamentais quanto para os demais profissionais de saúde.

O presente trabalho tem dois objetivos principais. O primeiro é apresentar um modelo analítico-comportamental de interpretação do que o DSM denomina como TAS. O segundo é propor um modelo para identificação e avaliação do comportamento socialmente ansioso baseado em critérios funcionais. Para isso, buscou-se identificar as contingências comportamentais que são associadas às respostas que caracterizam os sinais e sintomas do TAS, mediante a operacionalização dos critérios diagnósticos do TAS descritos pelo DSM.

Métodos

Seleção da Amostra

Foram incluídos na amostra todos os critérios do DSM referentes ao diagnóstico do TAS. Destes, foram excluídos os critérios do DSM que não eram passíveis de serem transformados em contingência de reforçamento, quando não descreviam comportamentos ou interações entre indivíduo-ambiente.

Definição das Variáveis de Interesse

Foram definidos como variáveis de interesse os componentes comportamentais que compõem cada um dos termos da contingência comportamental (antecedentes – respostas – consequências) que descrevem o comportamento socialmente ansioso. As descrições nos critérios do DSM relacionados a ações e atitudes do indivíduo com TAS, bem como seus pensamentos, sentimentos e escolhas, compuseram o termo ‘resposta comportamental’ na contingência. Descrições de ações, eventos, situações ou condições relativas ao contexto ambiental do indivíduo foram considerados como estímulos e poderiam compor os termos antecedentes e/ou consequentes da contingência. A fim de padronizar a nomenclatura dos termos técnicos utilizados neste trabalho, considerou-se:

- a) Episódio comportamental – é a unidade funcional do comportamento (Matos, 1999), isto é, o menor recorte de interação organismo-ambiente necessário para compreensão da função do comportamento nessa dada interação. Pode ser uma tríplice contingência, uma contingência complexa ou uma contingência com respostas encadeadas;
- b) Contingência comportamental – estruturação que apresenta as relações entre as respostas que constituem o comportamento de análise e os eventos ambientais que o afetam e/ou que são afetados por ele (Catania, 2013);
- c) Termos de análise da contingência – são categorias que agrupam, distinguem e delimitam os eventos que participam temporalmente no episódio comportamental. Pode ser antecedente, resposta ou consequência, embora contingências encadeadas possam conter mais que três termos;
- d) Componentes (ou elementos) comportamentais – são categorias amplas de classes funcionais que formam os termos comportamentais. Um exemplo de um elemento/componente comportamental é a classe de respostas “fugir de situações sociais”;
- e) Eventos comportamentais – correspondem as diferentes ocorrências topográficas classificáveis como um elemento comportamental. Como exemplo, o elemento comportamental “fugir de situações sociais” pode ser formado pelos eventos comportamentais “ausentar-se de situações sociais” e “ficar ao telefone para evitar interações”.

Cada componente comportamental recebeu um rótulo para diferenciá-lo dos demais. A nomenclatura utilizada continha uma letra maiúscula (S para estímulo, R para resposta ou C para consequência) e um caractere numérico em subscripto (ex: S_2), o qual correspondia à ordem de aparição do evento nos critérios do DSM. Quando a ordem de aparição previu duas possibilidades para o mesmo componente, empregou-se a letra seguida do caractere em subscripto e ainda o caractere “linha” em subscripto (ex: S_{2_1}). Empregou-se ainda a letra “x” em subscripto (como em C_x) para designar consequência de adiamento ou cancelamento.

Procedimento para a Operacionalização do TAS em Contingências Comportamentais a partir dos Critérios Diagnósticos do DSM

A operacionalização do TAS foi realizada segundo o modelo de operacionalização dos termos psicológicos proposto por Skinner (1945). Para isso, foi utilizada a definição adotada pelo DSM, com uso das descrições contidas no critério diagnóstico do TAS que foram operacionalizadas funcionalmente em contingências comportamentais. Cada critério diagnóstico do DSM para TAS foi cuidadosamente avaliado e devidamente escrutinado a fim de identificar a descrição de possíveis respostas comportamentais relativas ao TAS. A partir da identificação das respostas, foram buscadas descrições de situações contextuais nas quais a resposta ocorria (antecedentes), bem como de possíveis repercussões da referida resposta sobre o ambiente comportamental (consequências).

O resultado desta operacionalização foi a identificação das respostas descritas como definidoras do TAS, bem como estímulos (eventos) antecedentes e as consequências ambientais produzidas por essas respostas. Estes elementos comportamentais foram organizados com base em aspectos temporais e nas inter-relações funcionais supostas, numa contingência de reforçamento complexa que representava o episódio comportamental completo descrito pelo DSM como característico do TAS.

Reconhece-se que em certas situações, os vocábulos adotados neste trabalho na operacionalização dos critérios do DSM podem assumir simultaneamente (e/ou alternativamente) aspectos topográficos e funcionais, bem como, podem se referir a eventos imediatos e tardios numa mesma contingência. Por exemplo, a fim de adequar as terminologias utilizadas no DSM, foram utilizados termos como fuga (que destaca a função da resposta), sentir medo (uma descrição topográfica de uma classe de respostas), avaliação negativa por terceiros (consequência imediata) e prejuízos sociais (consequência tardia). Esta escolha por parte dos autores de descrever os componentes comportamentais nas contingências utilizando vocábulos correspondentes àqueles empregados nos critérios do DSM é justificada por ser esta a terminologia que é comumente adotada entre as diferentes áreas do conhecimento.

Procedimentos para Identificação dos Critérios Funcionais para o Transtorno de Ansiedade Social

A partir do estabelecimento da contingência complexa que descreve o episódio comportamental do TAS, buscou-se identificar as unidades funcionais mínimas de comportamento nela presentes, ou na forma de contingências tríplexes ou de dois termos. Para este fim, o componente de referência foi cada uma das respostas presentes na contingência complexa, de modo que cada resposta da contingência maior fosse incluída em pelo menos uma contingência correspondente, de dois termos, com seu antecedente, ou de três termos com seus antecedentes e consequências. Estas unidades mínimas de análise compostas pelas contingências simples constituíram os critérios funcionais propostos neste trabalho. Os mesmos rótulos dos componentes comportamentais empregados para a contingência complexa, descritos na seção definição das variáveis de interesse, foram adotados nas contingências dos critérios funcionais.

Resultados

Seleção e Caracterização da Amostra

Na amostra composta pelos 10 critérios do DSM para o diagnóstico do TAS, foram identificados sete critérios com descrições de eventos comportamentais e foram selecionados para análise, a saber, os critérios 'A, B, C, D, E, F, G'. Os critérios 'H, I, J' foram excluídos por não apresentarem descrições de elementos comportamentais passíveis de serem representados numa contingência comportamental, mas sim, por tratarem outras condições clínicas que podem afastar o diagnóstico de TAS.

Nos sete critérios do DSM selecionados foram identificadas as descrições de respostas socialmente ansiosas, os seus antecedentes contextuais e/ou as consequências produzidas (ou evitadas), concernentes ao que o referido manual estabelece como TAS. Não foi encontrada uma correspondência direta de uma contingência comportamental específica contida em cada critério diagnóstico. Deste modo, em cada descrição dos critérios buscou-se identificar os possíveis componentes comportamentais presentes, que depois foram organizados

em contingências comportamentais mediante a alocação de cada componente no termo apropriado da contingência.

No critério A, são apresentados a resposta condicionada de “medo ou ansiedade” e o antecedente que a precede, a saber, o estímulo condicionado “situações sociais em que o indivíduo é exposto”. A mesma resposta condicionada aparece no critério B, que também faz menção à resposta operante de evitar demonstrar ansiedade (“teme agir de forma a demonstrar os sintomas de ansiedade”), bem como à consequência “serão avaliados negativamente”. O critério C apresenta os mesmos componentes comportamentais presentes no critério A (antecedente e resposta respondente) e acrescenta por meio de nota que a resposta de “medo ou ansiedade” é também utilizada para descrever respostas operantes, quando descreve que pode se referir a “comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassar em falar em situações sociais”. No critério D, o componente “situações sociais” é apresentado como sendo passível de participar de ambos os termos antecedente e resposta, o vocábulo “evitadas” refere-se a uma resposta operante de esquiva, enquanto que “suportadas” foi compreendido neste trabalho como envolvendo respostas simultâneas tanto operantes quanto respondentes, como será apresentado mais adiante. Os componentes comportamentais existentes no critério E são exatamente os mesmos do critério A. Finalmente, os critérios F e G retratam respostas operantes e respondentes quando relatam “o medo, ansiedade ou esquiva (...)”, sendo que o critério G acrescenta também consequências no trecho “causa prejuízo clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento pessoal, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”.

Identificação da Contingência Complexa do Episódio Comportamental que Caracteriza o Transtorno de Ansiedade Social Mediante a Operacionalização dos Critérios do DSM

A operacionalização dos critérios do DSM permitiu a identificação de um episódio comportamental composto por uma contingência complexa com cinco termos, formada pela junção de duas contingências tríplexes. Esta contingência complexa, apresentada na Figura 2, possui respostas encadeadas, respostas simultâneas e consequências concorrentes.

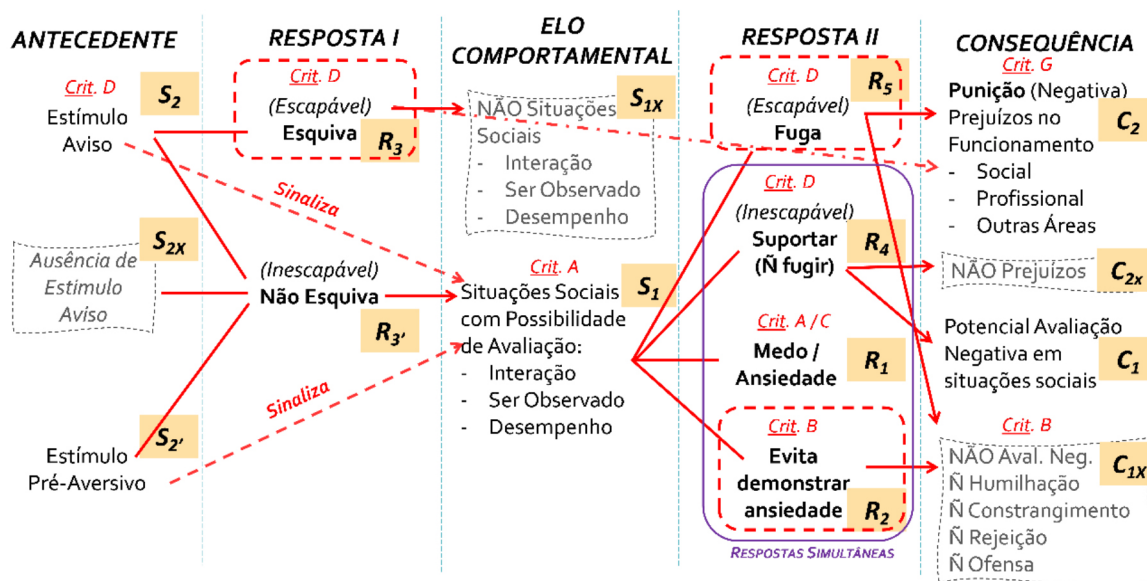


Figura 2. Contingência complexa que descreve o Episódio Comportamental descrito como Transtorno de Ansiedade Social a partir dos critérios DSM-5

Conforme ilustrado na Figura 2, a contingência operante complexa que descreve o episódio comportamental descrito como ansiedade social é composta por cinco termos de análise. O primeiro termo desta contingência complexa – o termo ‘Antecedente’ – é o contexto comportamental [S₂] que precede uma possível situação social [S₁ que aparece no terceiro termo]. O termo antecedente contempla duas possibilidades, haver ou não haver a presença de estímulos que anunciam a ocorrência de uma determinada situação social [S₁] futura. Em uma das possibilidades, o estímulo S₂ representa qualquer evento com função comportamental de estímulo aviso, sinalizando a ocorrência de uma situação social (estímulo aversivo) evitável. Na outra possibilidade, o estímulo S₂ (lido como S dois linha) possui a função pré-aversiva de sinalizar um episódio social inevitável. Os componentes comportamentais presentes no termo antecedente são indicados no critério D do DSM.

No segundo termo da contingência – termo ‘Resposta I’ – contempla-se a resposta de esquiva (R₃), que representa uma ampla classe de comportamentos que compartilha uma mesma função, a de prevenir o contato com a situação social sinalizada pelo estímulo S₂. Quando bem-sucedida, a resposta R₃ produz a evitação da situação social, seja por

adiamento ou por cancelamento e, portanto, o indivíduo não entra em contato com essa situação social. Esta resposta R₃ é descrita explicitamente pelo DSM no critério D sob a forma “as situações sociais são evitadas (...)” e de maneira implícita no critério G “(...) a esquiva causa sofrimento (...)”.

O termo ‘Elo Comportamental’, o terceiro termo da contingência, é composto por duas condições incompatíveis e mutuamente excludentes de eventos comportamentais, a saber, ou a ausência ou a presença de uma determinada situação social. A condição de ausência de situações sociais (S_{1x}) é o cenário de interesse do indivíduo com TAS e resulta do sucesso da resposta R₃, diante da apresentação do estímulo aviso S₂, conforme explicado no parágrafo anterior. Deste modo, a condição de ausência de situações sociais S_{1x} é uma consequência reforçadora da resposta R₃ que fortalece, por meio do reforçamento negativo, a probabilidade de ocorrência de novas respostas de evitação em contextos futuros semelhantes a S₂.

O outro evento comportamental possível de ocorrência neste terceiro termo elo comportamental é a ocorrência de uma situação social S₁, definida no DSM como qualquer contexto em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. A situação social S₁ pode ser precedida por três

circunstâncias diferentes. Primeiramente, ela pode surgir após ter sido previamente anunciada por um estímulo aviso S_2 e o indivíduo não ter emitido uma resposta que alcançaria o êxito em evitá-la. Uma segunda possibilidade é que a situação social S_1 seria uma condição inescapável, que fora precedida e anunciada por um estímulo pré-aversivo (S_{2x}) e, portanto, nenhuma resposta do indivíduo seria capaz de produzir a evitação da situação social S_1 . E finalmente, a situação social S_1 pode não ter sido anunciada por nenhum estímulo prévio [S_{2x}] (no termo antecedente) e o indivíduo seria surpreendido com a apresentação inesperada de S_1 .

As situações sociais (S_1) funcionam como estímulos aversivos condicionados para indivíduos com TAS e, portanto, participam tanto como eventos consequentes quanto como antecedentes, a depender da resposta que está sendo considerada. Quando uma dada resposta do indivíduo com TAS é seguida pela ocorrência de situações sociais, o estímulo S_1 atua como uma consequência punitiva e produz o efeito comportamental de diminuir a probabilidade de ocorrência de respostas semelhantes futuras. Entretanto, estas mesmas situações sociais (S_1) podem funcionar como antecedentes para as respostas subsequentes (termo resposta II). Como antecedentes, as situações sociais S_1 podem desempenhar simultaneamente os diferentes papéis de elicitar respostas reflexas condicionadas (mencionadas nos Critérios A, C, D e E) e de evocar respostas de fuga (mencionadas nos Critérios B e D) e de esquiva (mencionadas no Critério B).

O quarto termo da contingência – termo ‘Resposta II’ – é composto por comportamentos característicos do indivíduo com TAS quando está diante do estímulo S_1 (Situação Social). Os critérios A e C descrevem a resposta R_1 , representada pelo conjunto de respostas reflexas condicionadas que caracterizam a sensação de medo e de ansiedade, que são as manifestações públicas e privadas decorrentes da ativação do sistema nervoso simpático, tais como tremor, taquicardia, sudorese, mudanças do tom de voz e da respiração, dentre outras. No critério B é retratada a resposta R_2 , que representa as tentativas que o indivíduo faz de esconder as manifestações observáveis de medo e de ansiedade (R_1 públicos), de modo a não serem percebidas por outras pessoas e assim prevenir a possibilidade de

juízo social negativo. A resposta R_2 , portanto, é uma resposta de fuga/esquiva.

Já no critério D, o DSM utiliza o vocábulo “suportar” para qualificar o comportamento operante do indivíduo com TAS durante sua permanência em situações sociais. A operacionalização deste critério D resulta na identificação de outros dois comportamentos que podem ser observados diante de S_1 . O primeiro comportamento é a resposta R_4 que refere-se à ação de permanecer diante da situação social S_1 , enquanto tolera o sofrimento oriundo principalmente, das sensações desconfortáveis e indesejadas provenientes do aumento da intensidade das respostas R_1 que ocorrem simultaneamente à resposta R_4 . O termo suportar usado para descrever R_4 , sugere que o tempo de permanência nessa situação (duração da resposta R_4) é o período mínimo necessário até que seja ou possível ou menos desvantajoso escapar dessa situação aversiva. Embora topograficamente a resposta R_4 envolva a permanência em um determinado contexto social, do ponto de vista funcional essa resposta pode ser uma resposta de fuga / esquiva de outras consequências (ainda mais) aversivas. A duração da permanência possivelmente resulta de uma condição de inevitabilidade, incontrolabilidade e/ou inescapabilidade.

O segundo comportamento representado pelo vocábulo suportar é a resposta R_5 que é uma continuidade em sequência de R_4 . R_5 é a resposta de fuga da situação social. Tão logo quanto possível, o indivíduo emite respostas para retirar-se do evento social. Ainda em referência ao quarto termo (elo comportamental), os critérios D, E e F destacam informações relativas aos aspectos constitutivos às propriedades do responder. Nos critérios D e E, é avaliada a dimensão de magnitude das respostas R_1 , R_2 , R_4 e R_5 (especialmente R_1), considerada “intenso” e “desproporcional”. Já no critério F é avaliada outra dimensão do responder, que é o tempo mínimo de seis meses de ocorrência desses padrões de comportamento para o diagnóstico de TAS.

Finalmente, o quinto e último termo da contingência – termo ‘Consequência’ – é caracterizado pela possibilidade de ocorrência de dois eventos comportamentais indesejados. Para o DSM, o que motiva todas as ações do indivíduo com TAS é a eliminação da possibilidade da avaliação negativa de terceiros, ainda que velada e encoberta. Isto é des-

critério no Critério A “o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas” e no critério B “serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros)”. A condição de ser avaliado negativamente é a consequência C_1 e tem a função comportamental de estímulo aversivo condicionado. Os critérios A, B e D sugerem que as ações do indivíduo com TAS são norteadas para evitar a possibilidade de ocorrência de C_1 , isto é, produzir C_{1x} . Entretanto, como afirmado no critério G, essas ações também causam um conjunto de consequências C_2 em longo prazo, que é “sofrimento clinicamente significativo” ou “prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”. Os eventos C_1 e C_2 possuem como efeito comportamental o enfraquecimento (punição) das respostas que os antecedem. Fazem isso, entretanto, por dois diferentes processos. Quando a consequência C_1 (avaliação negativa) ocorre, ela terá o efeito de punição positiva por meio da apresentação de estímulos aversivos. Alternativamente, quando C_{1x} ocorre, o efeito comportamental é de reforçamento negativo, pela prevenção da apresentação de um estímulo aversivo. Se ocorrer C_2 , o efeito será de punição negativa, mediante a prevenção da apresentação de estímulos reforçadores (apetitivos).

Observa-se que nos critérios diagnósticos do DSM para o TAS não são mencionados eventos com função de operações motivacionais, razão pela qual essas categorias não foram especificadas em nossos resultados. As operações motivacionais são eventos ambientais, operações ou condições de estímulos que afetam um comportamento do organismo pela alteração (a) da efetividade do efeito reforçador ou punitivo de outros eventos ambientais e (b) da frequência da classe de respostas que produzem esses eventos (Aureliano & Borges, 2012). Descrições de contingências comportamentais geralmente requerem a inclusão de operações motivacionais no termo antecedente. Entretanto, tais operações não foram incluídas nas contingências resultantes da operacionalização do TAS meramente por não terem sido mencionadas nos critérios diagnósticos do DSM, os quais são o foco do escopo do nosso trabalho - operacionalizar os critérios diagnósticos descritos no DSM acerca do TAS em contingências comportamentais.

Em suma, esta operacionalização dos critérios do DSM encontra o padrão operante característico e definidor do comportamento socialmente ansioso como sendo constituído por três comportamentos de evitação: evitação de situações sociais R_3 , evitação de demonstração de sinais de medo e ansiedade R_2 e a evitação de permanecer em situações sociais R_5 . Todas estas respostas são emitidas com o objetivo final de produzir C_{1x} , ou seja, prevenir a ocorrência do julgamento social negativo C_1 .

Identificação dos Critérios Funcionais para Diagnóstico e Avaliação do Transtorno de Ansiedade Social

O desmembramento da contingência complexa descrita na Figura 2 em contingências menores resultou na identificação de cinco contingências comportamentais, que foram adotadas como base para o estabelecimento de critérios funcionais para a identificação do TAS. Os cinco critérios funcionais serão descritos por (a) sua representação gráfica, (b) sua relação com os critérios A, B, C, D, E, F, e G do DSM, (c) aspectos funcionais dos elementos da contingência, (d) correspondência entre os elementos da contingência e as descrições do DSM.

O Critério Funcional 1 – *Contingência com a Resposta de Sentir Medo/Ansiedade em Interações Sociais*, representado na Figura 3, atende os itens A e C dos critérios diagnósticos do DSM, e refere-se à indicação de que Situações sociais sempre produzem medo e ansiedade. Trata-se de uma contin-

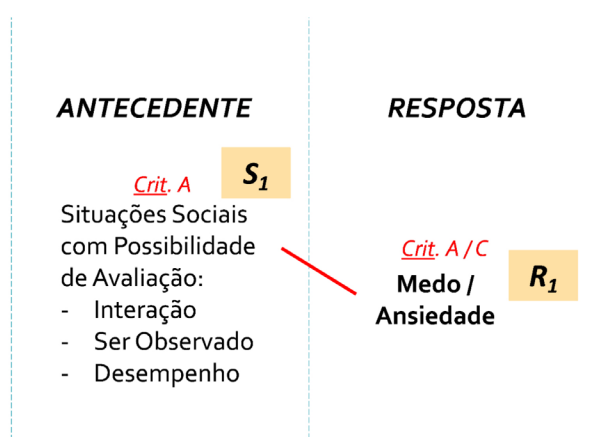


Figura 3. Critério Funcional 1 - Contingência com a Resposta de Sentir Medo/Ansiedade em Interações Sociais

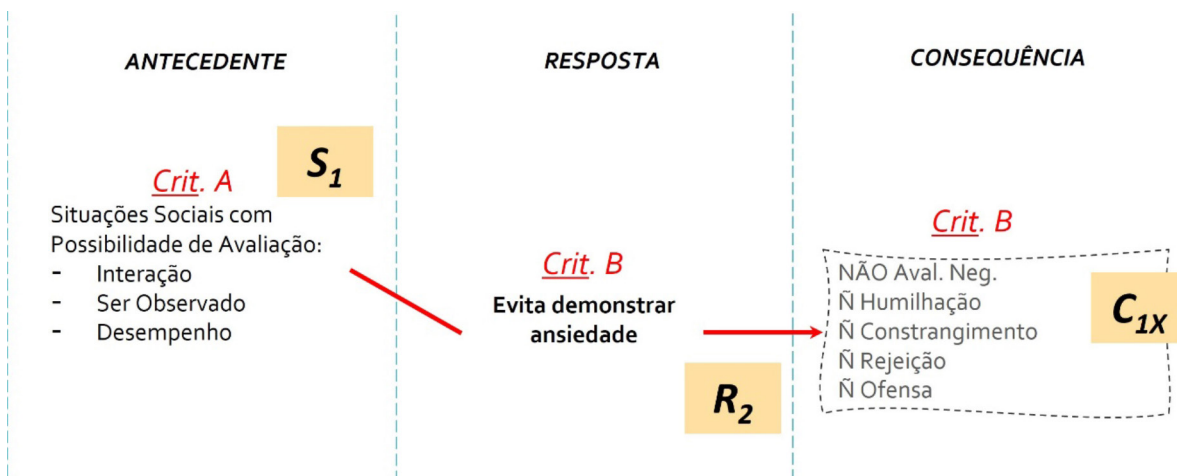


Figura 4. Critério Funcional 2 – Contingência com a Resposta de Evitar Demonstrar os Sinais de Ansiedade em Interações Sociais

gência respondente de dois termos. O primeiro é o termo antecedente, constituído por um evento ambiental que tem a função de estímulo condicionado [S₁], que elicia as respostas reflexas condicionadas [R₁] no segundo termo. Os componentes ambientais descritos como S₁ são formados por uma grande classe de estímulos envolvendo situações sociais, com possibilidade de avaliação por terceiros. As respostas R₁ são compostas por classes de respostas públicas ou privadas que são associadas com as reações emocionais de medo/ansiedade, tais como temor, taquicardia, sudorese, dentre outras.

O Critério Funcional 2 – *Contingência com a Resposta de Evitar demonstrar os Sinais de Ansiedade em Interações Sociais*, representado na Figura 4, atende o item B dos critérios diagnósticos do DSM e refere-se à indicação de que em situações sociais com possibilidade de avaliação, o indivíduo age para ocultar ou disfarçar sinais de ansiedade e com isso evita ser avaliado negativamente. Trata-se de uma contingência operante de três termos. O primeiro é o termo antecedente, composto por um evento ambiental que nesta contingência tem a função comportamental de estímulo pré-aversivo [S₁], no segundo termo está a resposta de fuga/esquiva [R₂] e o terceiro termo é constituído pela situação de retirada da possibilidade de estimulação aversiva [C_{1x}], pela emissão da resposta R₂. Portanto, trata-se de uma contingência de reforçamento negativo.

Os eventos ambientais descritos como S₁ são

formados por uma grande classe de estímulos envolvendo situações sociais, que sinalizam a possibilidade de avaliação por outras pessoas. Em termos topográficos, o antecedente S₁ é o mesmo evento ambiental descrito na contingência do Critério Funcional 1, mas aqui apresenta função comportamental diferente. Respostas [R₂] são compostas por uma classe de comportamentos públicos ou privados de evitação, constituída por qualquer resposta emitida para produzir a prevenção da possibilidade de avaliação negativa por outras pessoas, que é a consequência [C_{1x}].

O Critério Funcional 3 – *Contingência com a Resposta de Evitar Situações Sociais* (evitáveis), representado na Figura 5, atende os itens D e G dos critérios diagnósticos do DSM, e refere-se à indicação de que diante da sinalização (aviso) da ocorrência de uma situação social futura, o indivíduo esquiva-se da situação social, evitando também a possibilidade de ser avaliado negativamente, de sentir-se ansioso e de demonstrar sinais de ansiedade.

Trata-se de uma contingência operante de três termos. O primeiro é o termo antecedente, composto por um evento ambiental com função comportamental de estímulo aviso [S₂], o segundo termo formado por respostas de esquiva [R₃] e o terceiro termo constituído pelo evento C_{1x}, que é o adiamento ou cancelamento da condição aversiva C₁. Trata-se de uma contingência de reforçamento negativo.

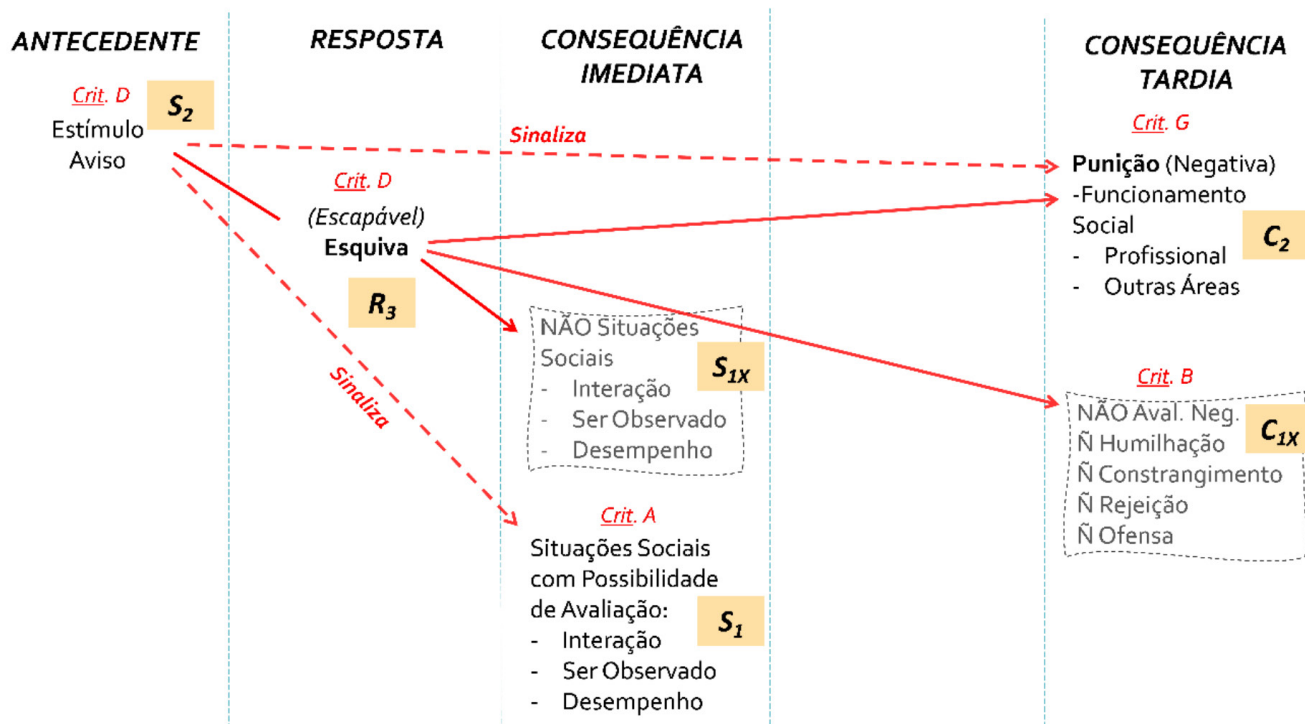


Figura 5. Critério Funcional 3 – Contingência com a Resposta de Evitar Situações Sociais (evitáveis)

O estímulo aviso [S_2] refere-se a qualquer evento ambiental que sinalize a possibilidade de ocorrência de uma situação social evitável. As respostas [R_3] compõem uma classe de respostas, formada por qualquer comportamento de esquiva que previna o contato com essa situação social. A consequência [S_{1x}] é uma condição de ausência de situações sociais S_1 . Além da consequência S_{1x} , a resposta [R_3] também produz a consequência de longo prazo [C_2], que é perda de acesso a reforçadores (prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas). Deste modo, a mesma resposta R_3 produz simultaneamente a prevenção de estímulos aversivos em S_{1x} e em C_{1x} e de prevenção de reforçadores positivos em C_2 .

O Critério Funcional 4 - *Contingência com a Resposta de Suportar Situações Sociais*, representado na Figura 6, atende o item D dos critérios diagnósticos do DSM e refere-se à indicação de que quando o indivíduo permanece em uma situação social, ele experencia um intenso medo ou ansiedade.

Trata-se de uma contingência operante de três

termos. O primeiro é o termo antecedente, composto por um evento ambiental [S_1] que nesta contingência reúne duas funções comportamentais simultâneas: estímulo aversivo condicionado e estímulo pré-aversivo. O que caracteriza o Critério Funcional 4 é a ocorrência no segundo termo, de três respostas simultâneas e funcionalmente distintas: as respostas reflexas condicionadas [R_1], a resposta de esquiva [R_2] e a resposta de esquiva [R_4]. O terceiro termo é constituído por três eventos ambientais: C_{1x} e C_{2x} consistem do adiamento ou cancelamento de condições aversivas, enquanto que a situação [C_1] representa a condição de vulnerabilidade à apresentação de estímulos aversivos. Trata-se de uma contingência de reforçamento negativo com resposta de esquiva, com possibilidade de punição. Há ainda a interação operante-respondente.

O estímulo [S_1], conforme já foi mencionado, refere-se a uma grande classe de estímulos envolvendo situações sociais com possibilidade de avaliação por terceiros. A resposta [R_4] de suportar a situação social consiste em permanecer diante da

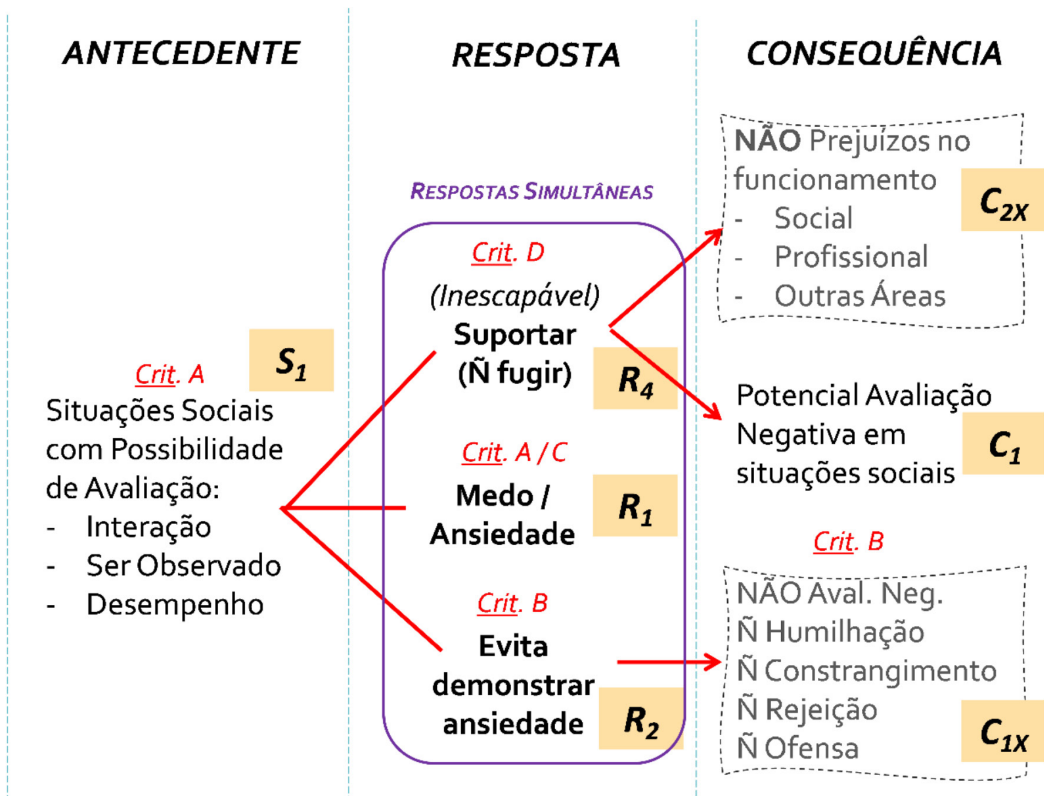


Figura 6. Critério Funcional 4 – Contingência com a Resposta de Suportar Situações Sociais

situação social [S₁] enquanto experiencia o sofrimento das sensações desconfortáveis e indesejadas associadas à intensidade das respostas R₁ (medo ou ansiedade intensos) que ocorrem simultaneamente com R₄. Além de R₁, a resposta R₄ é também acompanhada da evitação da demonstração da ansiedade [R₂]. Finalmente, a resposta R₄ é uma resposta de prevenção, emitida a fim de manter (não prejudicar) o funcionamento social, profissional ou de outras áreas [C_{2x}], ao mesmo tempo que cria uma condição que oportuniza a possibilidade de avaliação negativa de outras pessoas [C₁]. As respostas [R₁] e [R₂] correspondem exatamente àquelas descritas nos critérios funcionais 1 e 2, respectivamente.

O Critério Funcional 5 – *Contingência com a Resposta de Fugir de Situações Sociais*, representado na Figura 7, atende o item D dos critérios diagnósticos do DSM e refere-se à indicação de que sempre que é possível, o indivíduo retira-se (foge) de situações sociais.

Trata-se de uma contingência operante de três termos. O antecedente é um evento ambiental [S₁] com função de estímulo aversivo condicionado. O segundo termo é formado pela resposta de fuga [R₅]. O terceiro termo é constituído pelas seguintes condições: S_{1x} e C_{1x} que consistem da remoção de estímulos aversivos, enquanto C₂ representa a condição de vulnerabilidade para a apresentação de estímulos aversivos. Trata-se de uma contingência de reforçamento negativo com resposta de fuga, com possibilidade de punição.

O estímulo S₁ é qualquer situação social em que o indivíduo esteja inserido e que seja aversiva para ele. A resposta R₅ refere-se a qualquer comportamento de retirar-se dessa situação social e é seguida pela consequência S_{1x}, que é a ausência de situação social no ambiente comportamental do indivíduo. A resposta R₅ pode ter diferentes topografias, tais como deixar o ambiente social, esconder-se no ambiente social, despersonalizar-se, dentre outras. Duas outras consequências também podem acontecer simultaneamente

após a emissão de R_5 , a saber: a eliminação da possibilidade de avaliação negativa por outras pessoas [C_{1x}] e potenciais prejuízos no funcionamento social, profissional e em outras áreas [C_2].

Discussão

A operacionalização do TAS a partir do exame dos critérios diagnósticos do DSM permitiu identificar as contingências comportamentais que descrevem o comportamento socialmente ansioso. Estas contingências comportamentais são constituídas por classes de operantes e de respondentes (ambos com manifestações públicas e privadas) que ocorrem simultaneamente, que compõem padrões funcionais característicos do comportar-se em situações sociais. Estes padrões comportamentais correspondem às classes encontradas em cada um dos cinco critérios funcionais descritos neste trabalho.

Analogamente ao que o próprio DSM justifica, em sua introdução, sobre a necessidade de se considerar o “amplo compartilhamento de sintomas e de fatores de risco entre muitos transtornos visíveis” (APA, 2023), cada padrão comportamental encontrado neste estudo não é específico (exclusivo) de indivíduos com TAS quando examinado isoladamente. Em alguma medida, os mesmos comportamentos identificados em pessoas com TAS podem ser observados habitual ou eventualmente em indivíduos com outras condições clínicas ou entre aquelas consideradas ‘normais’. O que distingue e caracteriza o indivíduo com TAS é a presença frequente e recorrente de todos estes cinco padrões comportamentais.

A identificação dos padrões comportamentais que constituem o TAS é de fundamental relevância para o tratamento analítico-comportamental, porque define tanto os comportamentos-alvo para a intervenção psicoterápica, quanto as medidas para avaliação do tratamento. Ela também é relevante para o alinhamento, comunicação e interação cooperativa entre o analista do comportamento e a comunidade profissional de saúde mental. Por exemplo, ao encaminhar um cliente para tratamento psicológico, um psiquiatra usará os critérios do DSM para determinar o diagnóstico e justificar seu encaminhamento para o psicólogo. Nas avaliações

posteriores, os profissionais de saúde envolvidos no caso novamente utilizarão os mesmos critérios do DSM para determinar se houve melhora clínica com o tratamento psicológico. A partir das contingências comportamentais resultantes da operacionalização do TAS foi possível cumprir os dois objetivos principais deste trabalho, que foram a apresentação de um modelo analítico-comportamental para a interpretação do TAS e uma proposta de critérios funcionais para identificação e avaliação do comportamento socialmente ansioso.

A proposta de um Modelo Analítico-Comportamental de Interpretação do Transtorno de Ansiedade Social

A partir das contingências comportamentais resultantes desta operacionalização do TAS foi possível detalhar os padrões funcionais do comportamento socialmente ansioso, bem como das possíveis interações entre as variáveis que o influenciam. Deste modo, a definição geral e preliminar apresentada na introdução deste trabalho pode então ser revista e ampliada, dentro de uma proposta de um modelo analítico-comportamental.

O fenômeno descrito como TAS pelo DSM é constituído comportamentalmente por certos padrões característicos do comportar-se em contextos envolvendo situações sociais (Figura 2). Estes padrões comportamentais são formados por classes funcionais específicas de estímulos e de respostas, a saber: i) situações sociais como uma classe de estímulos aversivos condicionados; ii) avaliação (escrutínio) pelo outro como uma classe de estímulo aversivo condicionado; iii) classe de respostas reflexas condicionadas de medo/ansiedade; iv) classe de respostas de esquiva sinalizada diante da possibilidade de ocorrência de situações sociais evitáveis; v) classe de respostas de fuga diante de situações sociais; vi) classe de respostas de evitação de demonstração de sintomas de ansiedade para prevenir a possibilidade de avaliação de terceiros.

Portanto, neste modelo analítico-comportamental, o TAS é caracterizado fundamentalmente por um padrão característico de interação indivíduo-ambiente com predomínio de quatro classes de respostas e duas classes de estímulos. As classes de respostas são constituídas por três classes de operantes, compostas predominantemente por

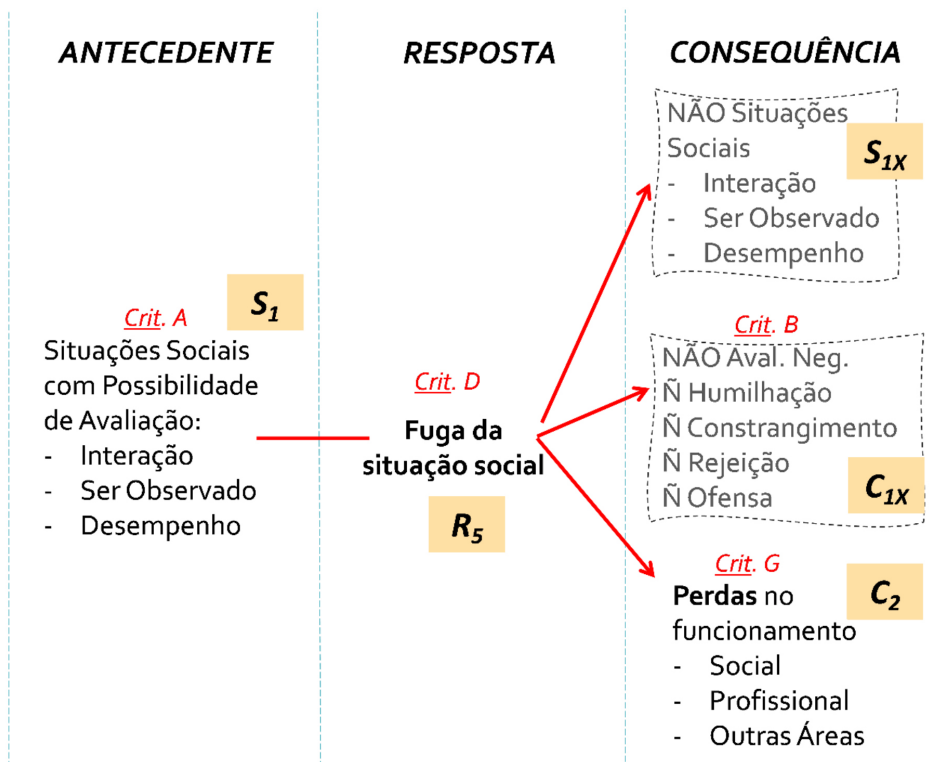


Figura 7. Critério Funcional 5 – Contingência com a Resposta de Fugir de Situações Sociais

comportamentos de evitação que são mantidos por reforçamento negativo, além de uma classe de respondente formada por respostas reflexas condicionadas. As duas classes de estímulos que caracterizam o TAS são formadas por estímulos aversivos condicionados. A Figura 8 ilustra o modelo analítico-comportamental do comportamento socialmente ansioso proposto neste trabalho.

Este padrão comportamental específico, que envolve tanto as classes de estímulos quanto as de respostas características do TAS, é entendido na Análise do Comportamento como o resultado do processo de seleção do comportamento decorrente da interação de determinado indivíduo com seu ambiente em níveis filogenético, ontogenético e/ou cultural (Moore, 2018; Skinner, 1981). A especificação de características dos ambientes selecionadores e/ou de mecanismos fisiológicos que influenciam a manifestação do padrão comportamental socialmente ansioso está para além do escopo deste trabalho.

Em especial, os analistas do comportamento têm interesse particular em compreender a contribuição da seleção ontogenética do comportamento, que se refere aos efeitos da história das contingên-

cias comportamentais aos quais determinado indivíduo foi exposto ao longo da vida. Especificamente em relação ao TAS, a seleção ontogenética é a responsável pelo processo de aquisição da função de aversivos condicionados para as classes de estímulos 'situações sociais' e 'escrutínio de terceiros', bem como no processo de seleção das respostas de evitação. Apesar do reconhecimento da singularidade da história de vida de cada indivíduo, estes autores assumem que processos comportamentais comuns contribuem para o desenvolvimento do comportamento socialmente ansioso. Estes processos comportamentais incluem: a) o condicionamento respondente, que por meio de pareamento de estímulos promove a transformação da função de estímulos filogeneticamente neutros em aversivos condicionados; b) a modelagem das classes de operantes que promove o desenvolvimento e aprimoramento de comportamentos de fuga e esquiva passíveis de seleção em determinados ambientes sociais; c) a discriminação de estímulos que geralmente antecedem a apresentação de situações sociais, os quais adquirem a função de estímulos avisos e/ou pré-aversivos; e d) o reforçamento das

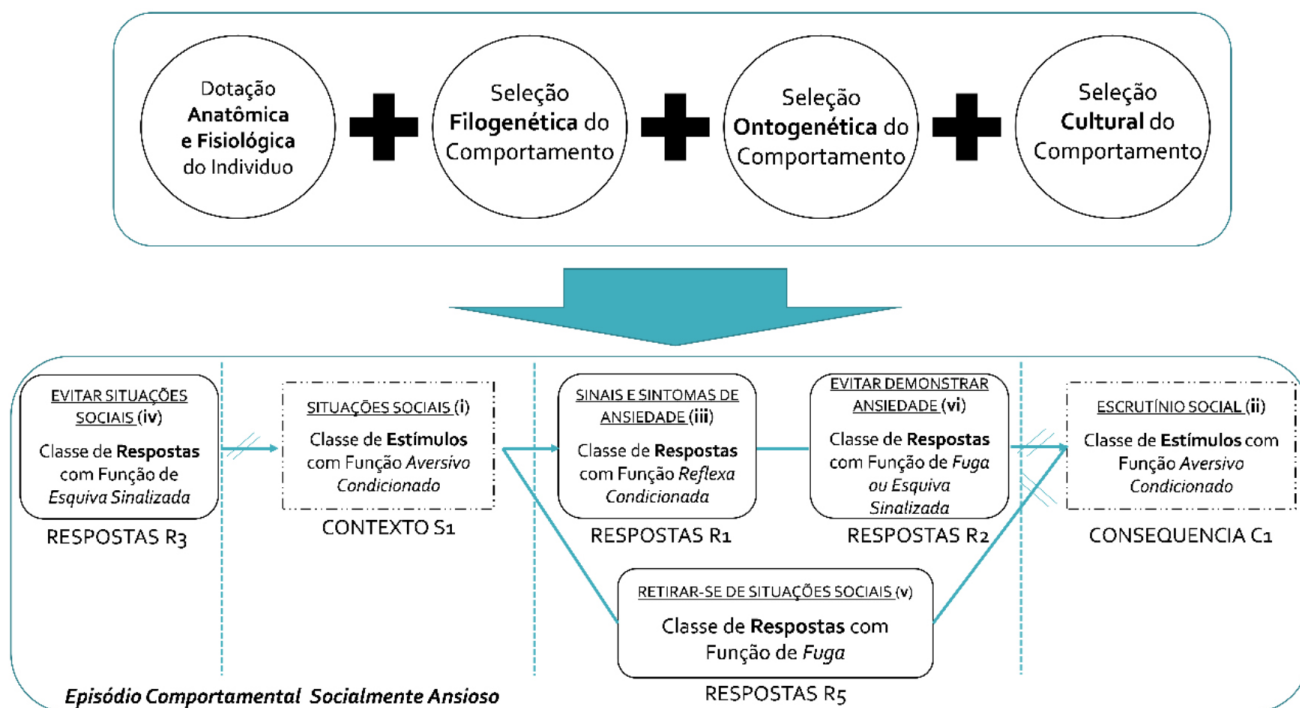


Figura 8. Modelo analítico-comportamental do comportamento socialmente ansioso

classes operantes de fuga e esquiva (descrito acima em “b”) produzindo o fortalecimento e a manutenção de repertórios comportamentais de evitação. É por meio desses quatro processos comportamentais que as contingências ontogenéticas atuam no desenvolvimento e na manutenção do padrão comportamental que caracteriza e distingue o TAS.

Tais processos comportamentais estão em consonância com a proposta de McNeil et al. (2014), que sugerem a participação desses mesmos processos, classificando-os como relacionados à gênese do TAS. Adicionalmente, McNeil et al. (2014) mencionam processos comportamentais associados à generalização do TAS, mas que não foram identificados pelo presente estudo, a saber: equivalência de estímulos, equivalência funcional, generalização de estímulos e generalização de respostas. Segundo os autores, essa conceituação desses processos decorre da transposição para o TAS dos mecanismos comportamentais já conhecidos sobre a aprendizagem do medo e da ansiedade, embora ainda careça de estudos investigativos que confirmem essa proposta. Deste modo, o nosso trabalho contribui ao evidenciar que alguns dos processos propostos por McNeil

et al. (2014) podem ser constatados por meio da investigação dos critérios adotados pelo DSM para o diagnóstico de TAS. Por outro lado, em relação aos processos propostos por McNeil et al. (2014) que não foram verificados no presente estudo, não é possível garantir sua inexistência e/ou irrelevância. É perfeitamente plausível aceitar a possibilidade de que alguns processos comportamentais relevantes para explicação da seleção do comportamento socialmente ansioso possam não ter sido considerados pelo DSM nos requisitos necessários ou indispensáveis para distinguir o diagnóstico de TAS.

A proposta de Critérios Funcionais para a Identificação e Avaliação Clínica do Comportamento Socialmente Ansioso

O segundo objetivo deste trabalho foi desenvolver um modelo para identificação do comportamento socialmente ansioso baseado em critérios funcionais. Os critérios funcionais propostos neste trabalho foram construídos a partir da operacionalização analítico-comportamental do TAS pelos critérios diagnósticos do DSM, e consistem no desmembramento da contingência complexa (Figura 2) que

descreve o episódio comportamental do comportamento socialmente ansioso em cinco contingências simples. São quatro contingências de três termos (operantes) e uma de dois termos (respondente).

Cada uma dessas cinco contingências simples constitui um critério funcional proposto para avaliação comportamental do TAS. Estes critérios descrevem padrões comportamentais característicos, emitidos com funções comportamentais definidas, que ocorrem em contextos particulares e que produzem efeitos específicos no ambiente social do indivíduo. Quando considerados isoladamente, estes padrões comportamentais não são exclusivos de pessoas com TAS. Entretanto, quando todos os padrões comportamentais são observados em um mesmo indivíduo, de uma maneira frequente, crônica e persistente, trata-se de uma variação comportamental que merece atenção clínica e tratamento.

Uma vantagem da adoção de critérios funcionais para avaliação de condições clínicas que dependem tanto da observação do profissional clínico quanto do relato do cliente, como é o caso do TAS, é a distinção entre comportamentos que podem ser topograficamente semelhantes, mas funcionalmente diferentes. Por exemplo, uma pessoa que relata se comportar de uma maneira tímida durante um encontro de amigos, permanecendo afastada do grupo com receio de que possa ser questionada sobre algo íntimo, é considerada pelo analista do comportamento como emitindo um comportamento diferente daquele de uma outra pessoa que se comporta idênticamente na festa, mas no aguardo de que as demais pessoas notem seu isolamento e venham ao seu encontro e lhe deem atenção. Esta distinção funcional parece ser chave para identificação e direcionamento adequado do tratamento das mais diferentes condições clínicas específicas, incluindo o TAS. E finalmente, o uso de critérios funcionais também favorece a identificação com maior clareza dos comportamentos operantes emitidos diante de situações sociais para além da estimativa da intensidade do medo/ansiedade (respondentes) privilegiado pelos instrumentos tradicionais. Esses dados podem ser úteis tanto para o planejamento quanto para a avaliação das intervenções psicológicas, ao caracterizar mais precisamente a interação entre operantes e respondentes na manifestação clínica do TAS.

Considerações Finais

A operacionalização do TAS alinha-se à proposta de Strapasson et al. (2007) de que a tradução de termos mentais seja um programa de pesquisa em Análise do Comportamento. Entretanto, como salientam os mesmos autores, interpretações funcionais somente serão úteis na medida em que aumentem as possibilidades de predição e controle. Assim, para que tenham utilidade para o analista de comportamento, devem conduzir a desenvolvimentos metodológicos, que permitam o necessário exame empírico das interpretações propostas. Por se tratar de área aplicada, devem também conduzir a tecnologias consistentes de avaliação e de intervenção.

Como parte da proposta de construção de um modelo científico e baseado em evidências, faz-se necessário, portanto, testar a validade dos modelos. Para cumprir este propósito, futuras investigações devem avaliar a confiabilidade dos critérios funcionais propostos neste trabalho, especialmente em identificar comportamentos socialmente ansiosos e a correspondência desses comportamentos com o diagnóstico de TAS. Assim, é imprescindível a construção de um instrumento de avaliação comportamental funcional que permita a identificação das contingências comportamentais descritas pelos critérios funcionais.

Limitações decorrentes da abrangência do recorte adotado ao escolher o DSM e o TAS como circunscritões de investigação e análise deste trabalho devem ser mencionadas. Primeiramente, os padrões de comportamento encontrados nos nossos resultados não contemplam necessariamente as especificidades de outros transtornos de ansiedade, embora seja possível que alguns de nossos achados possam ser comuns a outras condições clínicas. Estudos progressos (Coêlho & Tourinho, 2008; Dymond & Roche, 2009; Zamignani & Banaco, 2005) já se debruçaram a investigar e apresentar modelos analítico-comportamentais para os aspectos gerais que podem ser compartilháveis entre os transtornos de ansiedade.

Em segundo lugar, deve ser considerada a possibilidade de outros elementos comportamentais e de classes funcionais do responder participantes do TAS, tais como operações motivacionais, esquivas

experienciais e rumações e que podem não terem sido contempladas na descrição do DSM. Portanto, os padrões comportamentais mencionados no DSM não representam necessariamente a totalidade da apresentação fenomenológica comportamental do TAS e o terapeuta analítico-comportamental deve investigar as outras possíveis classes de comportamento que seu cliente venha a apresentar (Silvaes & Meyer, 2000). Deste modo, não se afirma neste trabalho que outras categorias comportamentais, tais como as operações motivacionais, estejam ausentes nos episódios socialmente ansiosos, mas meramente que elas não foram mencionadas nos critérios diagnósticos do DSM. Em especial, no que tange às operações motivacionais, deve-se reconhecer que a identificação dessas categorias pode ter importância clínica, pois muito frequentemente a queixa do paciente com TAS repousa em operações motivacionais, como por exemplo a indisposição para contatos sociais. Observa-se, então, que os critérios DSM, importantes para distinguir ansiedade social de outros transtornos, podem ser insuficientes para orientar a formulação do caso suficientemente individualizada.

E por último, também é reconhecida pelos autores deste trabalho a participação do comportamento verbal nos problemas humanos, especialmente em condições clínicas associadas às interações sociais, predominantemente mediadas verbalmente, como é o caso do TAS. Este assunto não foi explorado neste trabalho por estar além do escopo inicial de operacionalização do TAS a partir dos critérios dos DSM. Futuras investigações poderão avaliar detalhadamente a participação do comportamento verbal e assim, ampliar o modelo incluindo processos verbais característicos do TAS.

Referências

- American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5-TR™* (5 ed.) Artmed.
- Aureliano, L. F. G., & Borges, N. B. (2012). Operações motivadoras. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 32-39). Artmed.
- Baptista, C. A., Loureiro, S. R., de Lima Osório, F., Zuardi, A. W., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., Santos Filho, A., Freitas-Ferrari, M. C., & Crippa, J. A. S. (2012) Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 857-861. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.022>
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.01.002>
- Catania, A. C. (2013). *Learning* (5th ed.). Sloan.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008) O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200002>
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009) The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression & Anxiety*, 26(4), 354-362. <https://doi.org/10.1002/da.20475>
- DeSousa, D. A., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2016). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410. <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp/article/view/8262>
- Dymond, S., Roche, B. (2009) A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*, 32(1), 7-27. <https://doi.org/10.1007/BF03392173>

- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257–265. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0299-4>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857–870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351–1361. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n1102>
- Hopko, D. R., McNeil, D. W., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2001). The relation between anxiety and skill in performance-based anxiety disorders: A behavioral formulation of social phobia. *Behavior Therapy*, 32(1), 185–207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80052-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80052-6)
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31, 1-21. <https://doi.org/10.1007/Bf03392158>
- Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., Schneier, F. R., Stein, M. B., & Helstad, C. P. (2001) Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1999-2007. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1999>
- Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Marcon, R. M., & Britto, I. A. G. de S. (2015). O estudo do comportamento psicótico: contribuições analítico-comportamentais. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 23–34. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i1.733>
- McNeil, D. W., Randall, C. L., Lejuez, C. W., & Sorrell, J. T. (2014). Mechanisms of learning and behavior change in social anxiety disorder. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 451–481). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00015-7>
- Mizzi S, Pedersen M, Lorenzetti V, Heinrichs M, Labuschagne I. (2022) Resting-state neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review. *Molecular Psychiatry*. 27(1), 164-179. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01154-6>.
- Moore, J. (2018). Behavioral Selection by Consequences. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(2). <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v13i2.5904>
- Nobile, G. F. G., Garcia, V. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2017). Análise sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 8, 16-31. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.030>
- Perandr e, Y. H. T., & Haydu, V. B.. (2018). Um Programa de Intervens o para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual. *Trends in Psychology*, 26(2), 851–866. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-12Pt>
- Ramos, M. M., & Cerqueira-Santos, E. (2021). Ansiedade social: adapta o e evid ncias de validade da forma curta da Social Interaction Anxiety Scale e da Social Phobia Scale para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*., v. 70, n. 2, pp. 149-156. <https://doi.org/10e d.1590/0047-2085000000304>.
- Rosenfarb, I. S. (2013). A functional analysis of schizophrenia. *The Psychological Record*, 63, 929-946. <https://doi.org/10.11133/j.tpr.2013.63.4.013>
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Silvares, E. F. de M., & Meyer, S. B. (2000). An lise funcional da fobia em uma concep o behavio-

- rista radical. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(6), 329-334.
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52(5), 270-277. <https://doi.org/10.1037/h0062535>
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501-504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Stein, M.B, Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2001) Social Anxiety Disorder and the Risk of Depression: A Prospective Community Study of Adolescents and Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3):251-256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.251>
- Stein, D.J., Lim, C.C.W., Roest, A.M. et al. (2017) The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15, Artigo 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Strapasson, B. A., Carrara, K., & Lopes Júnior, J. (2007). Conseqüências da interpretação funcional de termos psicológicos. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 9(2), 227-239. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v9i2.196>
- Sturmeý, P. (2022). *Análise funcional em psicologia clínica* (Trabalho original publicado em 1996). Eduel.
- Torvik, F. A., Welander-Vatn, A., Ystrom, E., Knudsen, G. P., Czajkowski, N., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2016). Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 114-124. <https://doi.org/10.1037/abn0000124>
- Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.
- Wilder, D. A., Masuda, A., O'Connor, C., & Baham, M. (2001). Brief functional analysis and treatment of bizarre vocalizations in an adult with schizophrenia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(1), 65-68. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-65>
- Wong, Q.J.J., Gregory, B. & McLellan, L.F. (2016) A Review of Scales to Measure Social Anxiety Disorder in Clinical and Epidemiological Studies. *Current Psychiatry Reports*, 18 (4), 38. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0677-2>
- 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. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.44>

Histórico do Artigo

Submetido em: 24/05/2023

Aceito em: 23/09/2024

Nome da Editora Associada: Daniele C. Lopes