

RELATO DE UM CASO DE ANSIEDADE INFANTIL ATENDIDO A PARTIR DO REFERENCIAL ANALÍTICO COMPORTAMENTAL

TRAMUNTIN, Izara Keile¹

RESUMO

Este artigo trata do atendimento psicológico realizado a uma infante de 09 anos de idade, em clínica particular no sudoeste do estado do Paraná. A cliente iniciou terapia após a mãe procurar, devido a comportamentos enquadrados na classe topográfica de ansiedade, definida aqui neste artigo, em consonância com a classificação do DSM-IV, como Ansiedade de Separação. Os atendimentos foram realizados por uma terapeuta Analítica Comportamental, por cinco meses, com sessões semanais, sendo que o que aqui se apresenta são resultados parciais – considerando que a cliente continua em atendimento. Os comportamentos foco de intervenção foram delimitados a partir da queixa da mãe, consoante com os apresentados ao longo das sessões pela própria criança, que consistiam em: não dormir sozinha, medo do escuro, dependência com cuidados pessoais, chupar chupeta, preocupação excessiva com o pai, quando este se encontrava ausente, e a infante ficava na companhia de sua avó e mãe, por problemas de saúde e sintomas corporais acentuados relativos à ansiedade, tais como dores de estômago, náuseas e dores no peito. Trabalhou-se, a partir do instrumental da Análise Funcional, com discriminação de contingências, modelagem de comportamento, ampliação de repertório, orientações à mãe. Após vinte sessões, observaram-se alterações nos comportamentos problema, com eliminação de vários deles. O caso continua em atendimento, atualmente com periodicidade quinzenal e encaminha-se para sua finalização, devido às consideráveis melhoras da infante.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Funcional; Terapia Infantil; Ansiedade; Orientação a pais.

A CASE REPORTING OF INFANTILE ANXIETY ASSISTED BASED ON BEHAVIORAL ANALYTICAL THEORETICAL FRAMEWORK

ABSTRACT

This paper deals with the psychological assistance conducted at a 9-year-old infant in a private Psychological clinic located in the Southwestern Paraná region. The client initiated therapy after her mother looked for assistance due to behaviors covered by the topographic group of anxiety, defined here in this paper in step with the classification of DSM-IV, as Separation Anxiety Disorder. The weekly sessions were conducted by an Analytical Behavioral therapist for five months, on the condition that the results presented here are partial - considering that the client still remains in assistance. The central behaviors of intervention were defined from the mother's complaint, according to the behaviors presented throughout the sessions by the child, which consisted of: not sleeping alone, being afraid of the dark, dependence on personal hygiene, pacifiers, excessive care with her father when he was absent from home and the infant was being looked after by her grandmother and mother, health problems and strong corporal symptoms related to anxiety, such as stomachaches, nausea, and chest pain. From the Functional Analysis tool, it was worked with discrimination of contingences, behavior modeling, expansion of repertoire, guidance to the mother. After twenty sessions, it was observed a change in the problem behaviors, eliminating several of them. The case still remains in assistance, now fortnightly intervals and it refers to its completion because of major improvements of the infant.

KEYWORDS: Functional Analysis; Infantile Therapy; Anxiety; Parenting Guidance.

1. INTRODUÇÃO

Neste artigo objetiva-se abordar o atendimento clínico a crianças que apresentam comportamentos classificados como ansiosos, tratando-se aqui de uma infante de 09 anos, com sintomas tipicamente caracterizados, de acordo com o DSM-IV, como Ansiedade de separação. O referencial teórico utilizado será a Análise do Comportamento, pelo qual o caso foi analisado e sobre o qual se estruturaram as intervenções.

Antes de iniciar a descrição do caso, considera-se importante falar sobre no que consiste a Terapia Analítico Comportamental, sendo que se trata de uma forma particular de direcionar o processo terapêutico, baseado nos pressupostos da abordagem que tem como seu maior representante Burrhus Frederic Skinner (1904-1990).

Del Prette (2011, p. 06), citando Sundberg (2001), expõe que: “Por princípio, terapias comportamentais são empíricas, contextuais (com foco no ambiente e contexto), funcionais (interesse na consequência de um comportamento), probabilísticas (visão do comportamento como estatisticamente previsível), monistas (rejeição ao dualismo mente-corpo e tratando a pessoa como uma unidade) e relacionais (análises bidirecionais das interações)”.

Analisando desta forma, a Terapia comportamental surgiu como uma alternativa às demais formas de compreensão do comportamento humano, vigentes na época. Por sua objetividade, a abordagem foi considerada muito tecnicista e há críticas diversas que reduzem a Terapia comportamental à aplicação de técnicas. Meyer (2003, p. 20) explica que:

[...] nenhum nível de análise, isoladamente, caracteriza a abordagem. Não basta aplicar procedimentos operantes para ser considerado terapeuta comportamental, e não basta acreditar, por exemplo, que sentimentos não são causas de comportamentos observáveis, ou então que o ambiente afeta o comportamento... São essenciais, no nível metodológico, a análise de contingências; no nível conceitual, o conhecimento e a aplicação, mesmo que

¹ Psicóloga. Pós-graduanda em Psicologia Clínica Analítico Comportamental pela Faculdade FAG, *campus* Cascavel. Graduada em Psicologia pela Faculdade de Pato Branco – FADEP, Pato Branco.

assistemática, de princípios de comportamento; e no nível filosófico, pelo menos a rejeição ao mentalismo. Caso contrário, teremos uma abordagem sem consistência e que provavelmente não sobreviverá.

Sendo assim, qualquer prática baseada nos pressupostos Analíticos comportamentais, seguirá seus conceitos e sua filosofia. Para definir de forma mais eficaz a filosofia que embasa a prática Analítico Comportamental, o Behaviorismo Radical, recorremos ao seu fundador, B. F. Skinner:

Behaviorismo, com ênfase no ismo, não é o estudo científico do comportamento, mas uma filosofia da ciência preocupada com o objeto e os métodos da psicologia. Se a psicologia é uma ciência da vida mental – da mente, da experiência consciente – então ela deve desenvolver e defender uma metodologia especial, o que ainda não foi feito com sucesso. Se, por outro lado, ela é uma ciência do comportamento dos organismos, humanos ou outros, então ela é parte da biologia, uma ciência natural para a qual métodos testados e muito bem sucedidos estão disponíveis. A questão básica não é sobre a natureza do material do qual o mundo é feito ou se ele é feito de um ou de dois materiais, mas sim as dimensões das coisas estudadas pela psicologia e os métodos pertinentes a elas. (SKINNER, 1963, p. 221).

Desta forma, Skinner define o comportamento como sendo o objeto de estudo da psicologia – a partir desta unidade de estudo, parte-se para a observação e intervenção sobre sua topografia e suas funções. Para estabelecer um campo teórico pertinente a esta definição, foi necessário desconstruir muito do que se acreditava até então, principalmente o conceito de mente, que até então era considerada o objeto de estudo das teorias existentes e é negada pelos Behavioristas Radicais. Assim, em clínica analítico comportamental, não se concebe que o comportamento seja causado por uma mente ou por processos cerebrais – Toda ação é comportamento, não eliciado por causas internas, controlado pelo contexto no qual se apresenta.

Del Prette (2011, p.10) traz conceitos importantes da Análise do Comportamento: “O Comportamento é definido pela relação entre organismo e ambiente. Diz-se que ambiente e organismo interagem de três maneiras distintas, mas entrelaçadas: pela filogênese, pela ontogênese e pela cultura (Catania, 1999; Glenn, 2004; Skinner, 1953/1970)”. Essa interação é o que norteia a prática clínica Analítico Comportamental, desde a forma como se conhece cada cliente, analisando os três níveis de seleção de seu comportamento e intervindo nas variáveis que selecionam os comportamentos atuais.

Estes conceitos de Clínica na abordagem Analítico Comportamental são perfeitamente aplicáveis ao atendimento com crianças. Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton (1995, p. 452) dizem que a terapia infantil “é qualquer intervenção designada para aliviar o sofrimento, reduzir comportamento mal adaptativo ou promover funcionamento adaptativo e que use recursos que incluem consulta e intervenções estruturadas ou planejadas”.

Algo importante de ser levado em consideração em relação à prática clínica com crianças, é que a queixa, de maneira geral, não vem do cliente, mas sim de pessoas ligadas a ele, como pais, professores e/ou cuidadores. É sobre essa prática específica que será tratado no decorrer deste trabalho, utilizando-se de um estudo de caso para ilustrar as possibilidades de intervenção em terapia infantil, abordando-se a participação dos pais, a avaliação de comportamentos e os recursos utilizados.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DELIMITAÇÃO DO CASO CLÍNICO - DESCRIÇÃO DA CLIENTE E QUEIXA INICIAL

Este estudo de caso discorre acerca dos atendimentos psicológicos realizados no período entre fevereiro e junho de 2012, a uma criança, sexo feminino, 09 anos de idade, referida aqui como P. A infante reside com os pais e a avó materna, estuda no período da tarde em escola pública, na quarta série, tem apenas um irmão por parte da mãe, de 21 anos que reside em outra cidade. Como atividades complementares faz aulas de ginástica rítmica e de coral.

Foi a mãe da cliente quem procurou a terapia, com a queixa de que P., só dormia com os pais ou com a avó, por ter medo de dormir sozinha e ter medo do escuro, mesmo com 09 anos, era bastante dependente em atividades diárias, por exemplo, quando ia ao banheiro, chamava alguém para limpá-la e também com o problema de que a menina conversava muito em sala de aula após acabar as atividades, ao que a professora reclamava, mesmo sendo ela uma ótima aluna, com boas notas e popular entre os colegas. Além disso, P., ainda chupava chupeta e carregava consigo uma fralda, que chamava de “nunão”.

A mãe sempre foi bastante presente no decorrer da terapia, e relatou que P., preocupava-se muito com o pai, por este ser alcoolista e chegar com frequência bêbado em casa, preocupava-se em demasia com a saúde da avó e apresentava um medo constante de que algo ruim fosse acontecer com pessoas queridas, tendo assim a necessidade de cuidar destes e sentindo-se responsável por eles. Esta preocupação, principalmente com o pai, lhe causava sensações corporais intensas de dores no estômago, náuseas e dor no peito, que relatava sempre para a mãe, pedindo que a

ajudasse a resolver o motivo de sua preocupação, como por exemplo, chamar o pai para vir para casa do bar e dar banho nele quando chegar, para que ficassem bem. A cliente confirma durante as sessões as queixas que a mãe trouxe.

2.2 HISTÓRICO DE VIDA DA CLIENTE

P. é filha mais nova, tendo somente um irmão por parte da mãe, 12 anos mais velho que ela, que reside na capital do estado do Paraná para trabalhar. A mãe tem 38 anos e trabalha como empregada doméstica e o pai tem 39 anos e é mecânico. A avó materna também reside com a família, sendo quem cuida de P., na ausência dos pais. A avó é pouco participativa da rotina familiar, por tomar remédios fortes, está sempre “meio grogue”, segundo o relato da mãe da cliente.

O pai da menina sempre apresentou problemas com alcoolismo, sendo agressivo verbalmente com a esposa e a filha, sem, no entanto tê-las agredido fisicamente em nenhuma ocasião. P., sempre viu o pai chegar em casa embriagado e as brigas com a mãe e, tendo visto certa vez que a mãe deu-lhe um banho e que ele melhorou, todas as vezes que o pai chega embriagado em casa, P. acorda a mãe para ir dar banho no pai, com o intuito de que melhore – às vezes é atendida, outras vezes não.

Contudo ocorreu um dia em que o pai resolveu tomar banho após chegar em casa embriagado, caiu no banheiro trincando uma de suas costelas e P., ficou extremamente preocupada pensando no sofrimento de seu pai. Desde então P., tem muito medo que o pai se machuque, generalizando que se o banho fosse dado pela mãe ele não se machucaria.

2.2 ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Durante os primeiros atendimentos à cliente, a queixa trazida pela mãe confirmou-se no relato da infante, que também relatava grande ansiedade em relação às ausências do pai, à preocupação com a avó, o medo de dormir sozinha e de escuro, além de um relato de preocupação com todos a sua volta, representada com a necessidade de cuidar de todos com quem estabelece alguma relação e se sentir responsável pelo bem estar destes.

A partir de Análise funcional realizada com a cliente, chegou-se a conclusão de que a falta de relações contingentes na vivência familiar causa uma incerteza do que ela vai obter com seus comportamentos. Por exemplo, o fato de o pai ter comportamento alcoolista faz com que este responda de forma distinta a comportamentos iguais ou semelhantes da cliente – P. pode um dia abraçar o pai e ter carinho como retorno ou pode abraçá-lo e ser rejeitada, devido ao estado alterado devido ao consumo de álcool. Estas relações tendem a gerar insegurança nas pessoas que a vivenciam, desta forma, um dos objetivos terapêuticos foi trabalhar o comportamento de sentir segurança, proporcionando experiências que a cliente poderia controlar diretamente.

Outro objetivo a ser trabalhado em terapia, foi sua preocupação em demasia em cuidar das pessoas próximas, principalmente do pai e da avó, o que lhe gerava grande ansiedade. Também se focou nos comportamentos relativos ao medo de dormir sozinha e do medo de escuro, com aproximações sucessivas das respostas desejadas – conseguir dormir sozinha e com a luz apagada.

O que segue, são as intervenções realizadas junto à cliente e também em parceria com a mãe da mesma, embasado na perspectiva Analítico Comportamental.

2.3 A ANSIEDADE SOB A ÓPTICA COMPORTAMENTAL

Os comportamentos apresentados pela cliente e sua mãe enquanto queixa, em uma visão psicopatológica, poderiam ser enquadrados em um diagnóstico de ansiedade, possivelmente, por suas especificidades, seria classificado como Ansiedade de separação, que, segundo Ballone (2002) “... é, provavelmente, o transtorno ansioso mais comum em crianças. A característica essencial do Transtorno de Ansiedade de Separação é a ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de pessoas com forte vínculo afetivo”.

Dos sintomas descritos no DSM IV, que fechariam um diagnóstico para ansiedade de separação, tais como descritos em Ballone (2002), os que poderiam ser observados na cliente eram: preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação; preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação; relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa; pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação e repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista – ou seja, de oito critérios previstos, a infante apresentava cinco.

Coelho e Tourinho (2008, p. 171) fazem uma breve síntese dos conceitos de ansiedade para a Análise do Comportamento:

Os usos do conceito de ansiedade na Análise do Comportamento têm variado em pelo menos duas direções. Na primeira, há uma ênfase em relações operantes não verbais que definem o fenômeno. Na outra, a ênfase recai em relações verbais e em possíveis relações indiretas entre estímulos. Em Fester, Culbertson e Perrot Boren (1977), Lundin (1969/1977), Millenson (1967/1975) e Skinner (1953/1965, 1989), encontram-se exemplos do primeiro tipo de abordagem, enfatizando-se contingências que incluem um estímulo pré-aversivo, um estímulo aversivo (para alguns, incontrolável) e uma resposta “emocional” eliciada pelo pré-aversivo. As argumentações de Friman, Hayes ET al. (1998) e Kanfer e Phillips (1974), ilustram o segundo tipo de enfoque, no qual são destacados aspectos referentes à linguagem como fonte de controle de respostas de ansiedade e relações indiretas entre estímulos (públicos e privados).

No caso abordado neste trabalho, o conceito ligado a contingências que incluem um estímulo pré-aversivo, um estímulo aversivo e uma resposta emocional eliciada pelo pré-aversivo, é mais aplicável. O conceito é expresso nas palavras de Skinner: “há efeitos emocionais que podem ocorrer apenas quando um estímulo precede caracteristicamente um estímulo aversivo com um intervalo de tempo suficientemente grande para permitir a observação de mudanças comportamentais. A condição resultante geralmente é denominada ansiedade” (Skinner, 1953/1965, p. 178).

Exemplificando tal conceito com o caso aqui descrito, podemos usar a situação em que a infante apresentava sinais de ansiedade quando o pai estava ausente de casa. Só o fato de o pai estar fora de casa eliciava comportamentos descritos como ansiosos na cliente, mas a relação existente era o fato de em outros momentos o pai ter chegado em casa alcoolizado após um período de ausência e chegar alcoolizado estava acompanhado de vários estímulos aversivos, tais como discussões com a mãe e ver o pai passar mal.

Coelho e Tourinho (2008, p. 172), abordam a presença de sintomas fisiológicos na delimitação de casos de ansiedade:

A exposição do organismo a estímulos aversivos e pré aversivos, controláveis ou incontroláveis, produz uma condição fisiológica particular, concomitante a uma mudança no responder geral do organismo. Alguns textos analisados (e.g., Forsyth, 2000; Forsyth & Eifert, 1996a, 1996b; Oliveira & Duarte, 2004; Queiroz & Guilhardi, 2001; Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986; Wolpe, 1981) focalizam especificamente as contingências sob as quais essa condição fisiológica é produzida. Queiroz e Guilhardi, por exemplo, assinalam que “a ansiedade é um estado corporal produzido por contingências de reforçamento específicas: um estímulo sinaliza a apresentação de um estímulo aversivo e não há comportamento de fuga-esquiva possível” (p. 257).

As dores de cabeça, dores abdominais, náusea ou vômitos apresentados pela cliente quando se deparava com uma situação estressora ilustram os sintomas denominados como ansiosos. Muitas vezes acredita-se que as crianças utilizam-se de “birra”, fingindo sintomas físicos para não fazer algo que não queira, mas tais sintomas geralmente são reais e sinalizam que a mesma está sendo exposta a eventos aversivos. Desta forma, deve-se atentar para os ditos comportamentos de “fingir sintomas” das crianças, pois ao ignorá-los, pode-se estar causando uma ansiedade ainda maior para as mesmas. Não se deve, no entanto, reforçar este padrão, mas procurar auxiliar na compreensão e na cessação destes comportamentos.

Ao se trabalhar, em terapia analítico comportamental com comportamentos ansiosos, vários são os meios de produzir diminuição da frequência dos mesmos. Neste caso, utilizou-se de orientação à mãe para que atendesse à infante quando apresentava tais comportamentos de forma a discriminar os motivos pelos quais a mesma se sentia de tal forma, além de trabalhar, diretamente com a cliente, exposição gradual aos estímulos que lhe causavam ansiedade.

Por exemplo, sobre o medo de dormir sozinha no escuro, iniciou-se solicitando que a mesma descrevesse tudo o que lhe causava medo no escuro, ao que a mesma respondeu citando estórias de monstros e o medo de que houvesse algo que ela não pudesse controlar na ausência da luz. Uma das intervenções, por exemplo, foi solicitar que P. ficasse ao lado do interruptor de luz e observasse as coisas de seu quarto, que após algum tempo, apagasse a luz e permanecesse o tempo que conseguisse no escuro e ligasse novamente a luz, observando que tudo o que ali estava anteriormente não havia mudado. Com o tempo, P. foi conseguindo permanecer mais tempo no escuro, aceitando tentar dormir sozinha.

Foi orientado à mãe que ficasse atenta caso a filha chamasse durante a noite e que inicialmente pudesse ser atendida, gerando o sentimento de segurança, por saber que poderia contar com alguém caso sentisse medo. Com o passar das sessões e com o acompanhamento da mãe, passou a dormir sozinha em pouco tempo e a relatar que não mais tinha ansiedade ou medo nesta situação. Com outros comportamentos ansiosos também trabalhou-se desta forma, no entanto, com maior facilidade, pois observou-se que a infante passou a generalizar o aprendizado relativo ao medo de dormir sozinha, criando seus próprios recursos para lidar com as situações.

2.4 A PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NA TERAPIA INFANTIL

Durante o acompanhamento de crianças e adolescentes em clínica analítico comportamental, faz-se indispensável a participação dos pais no processo terapêutico. Tal envolvimento dos pais tanto se faz importante por serem eles os maiores mediadores do comportamento das crianças pela proximidade nas relações do dia-a-dia, como por serem as pessoas com as quais as crianças aprenderam grande parte dos comportamentos que apresentam, como evidenciam Del Prette e Del Prette (1999) evidenciam que comportamentos sociais são estabelecidos inicialmente na convivência com os pais, com os quais a criança aprende habilidades necessárias para sua orientação junto ao seu ambiente físico e social.

Tharp e Wetzel (1960) também falam da importância dos pais no desenvolvimento das crianças, afirmando que eles são os agentes mais efetivos para mudanças no comportamento infantil, em seu ambiente natural. Os autores abordam o outro lado da relação com os pais, dizendo que ao mesmo tempo em que o ambiente familiar pode ser propício ao treinamento de comportamentos adaptativos nas crianças, pode também favorecer a aquisição de condutas disruptivas pela falta de disciplina efetiva dos pais, que leva ao aumento das interações coercitivas entre a criança e seu responsável.

No caso aqui discutido, o que se observava era a tentativa da mãe em orientar a filha e acompanhá-la de forma não coercitiva, mas uma inconsistência no comportamento do pai, principalmente devido ao alcoolismo, o que o tornava muito permissivo em algumas ocasiões e em outra, muito punitivo, não possibilitando uma estabilidade na relação com a filha, contribuindo na manutenção dos comportamentos “problema” da mesma.

Harris, em 1984, ressaltou que a participação da família, seu envolvimento com o trabalho de intervenção terapêutica para a criança, é muito importante e levanta um novo ponto, sobre a questão de que, muitas vezes, ignora-se que o distúrbio infantil em si pode ser, e na maioria das vezes, o é, extremamente reforçador para todos os elementos da família”. Ou seja, considera que os comportamentos hora julgados problemáticos pelos pais, podem ser, na verdade, funcional para a dinâmica familiar, sendo, desta forma, reafirmada a necessidade de um acompanhamento conjunto para o bom andamento da terapia.

Uma afirmação que vem de encontro com o caso de P. é feita por Herbert (1981, p.5 apud Franks, 1984a):

A “criança-problema” está invariavelmente tentando solucionar um problema, ao invés de criar um. Seus métodos são grosseiros e sua concepção do problema pode ser incompleta, mas até que o médico tenha pacientemente procurado, e de forma simpática descoberto o que a criança está tentando fazer... ele não estará em condições de lhe oferecer ajuda.

O que se observa no caso de P., são comportamentos no sentido de cuidar das pessoas de sua família, que pode demonstrar que ela observa não estarem cuidando-se como deveriam – por exemplo, o estado debilitado de saúde da avó, o alcoolismo do pai e a falta de controle da situação e sofrimento da mãe. O que pôde ser visto foram comportamentos no sentido de ela mesma tentar estabelecer o controle, a estabilidade familiar, e não conseguindo, por ser uma responsabilidade muito grande para uma criança de 9 (nove) anos, seus “sintomas” acabavam aparecendo e aumentando, gradativamente.

Mesmo diante de vários chamados ao pai, o mesmo não compareceu a nenhuma sessão psicoterápica durante o acompanhamento de P. No entanto, a mãe participava mensalmente e quando era solicitada por necessidade para algum procedimento, sempre se mostrando solícita e buscando cumprir as instruções dadas pela terapeuta quando necessário suas intervenções junto à cliente.

Observou-se uma aproximação, ao longo das sessões, entre mãe e filha, resultando em maior intimidade para ambas e maior segurança para P., que aos poucos, foi discriminando que não poderia controlar tudo o que acontecia em sua família, mas podia se comportar de forma a sentir-se melhor e pedir auxílio quando necessitasse, pois ela também precisava de cuidado – este que ela tanto tentava dar às pessoas com as quais convivia. A mãe relatou grandes avanços no comportamento de P. e afirmou que até mesmo o pai se mostrava satisfeito ao observar que a filha “estava mais tranquila”.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, foi abordada a importância de uma análise funcional no trabalho com crianças em clínica comportamental. Por apresentar vários sintomas físicos relativos à ansiedade, a pura classificação dentro de um referencial de psicopatologia poderia acabar por tratar na cliente de forma generalista, sem compreender as relações existentes entre o ambiente no qual está inserida e seu comportamento.

Atualmente, observa-se muito o uso de medicamentos em crianças e diagnósticos psiquiátricos embasam tal conduta, muitas vezes sem avaliar que todo comportamento deve ser avaliado de forma contextual, que sua topografia é um dos fatores a ser avaliado, mas que somente conseguimos alterá-lo, ao compreendermos suas funções.

Durante os atendimentos com a cliente da qual trata este relato, analisou-se o quanto uma criança é afetada pelas relações familiares e o quanto pode se envolver com problemáticas de outros membros, tentando resolver as situações decorrentes de tais problemas. E se os membros da família se inter-relacionam, a participação dos mesmos na terapia apresenta-se como uma necessidade – lembrando que precisamos alterar o contexto para alterar o comportamento.

Mesmo sem a participação do pai no processo terapêutico, a colaboração da mãe se fez de grande valia, dando condições para que a cliente pudesse experimentar novas formas de se comportar, tendo bons resultados, que geraram satisfação e bem estar. Observou-se também que uma criança pode ter uma grande compreensão da dinâmica familiar e, muitas vezes, só precisa saber como agir diante delas, como se expressar e que não tem o dever de assumir a responsabilidade por todos.

Avaiam-se os resultados da terapia, neste caso, como muito favoráveis, sendo que, à medida que a cliente alterou alguns padrões de comportamento e discriminou que estava exercendo um papel que não precisava ser seu, de cuidadora, de responsável pelo bem estar dos membros da família, e passou a engajar-se em comportamentos mais adequados à sua idade, seus comportamentos ansiosos diminuíram expressivamente, promovendo maior qualidade de vida para a mesma e também conseguindo alterar alguns comportamentos dos familiares. Neste caso, julgam-se que melhores resultados poderiam ser alcançados com a participação do pai, tanto melhoras da cliente quando dele mesmo.

REFERÊNCIAS

BALLONE, J. G. Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância, in. **PsiquWeb**, Psiquiatria Geral, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html>>2002.

COELHO, Nilzabeth Leite; TOURINHO, Emmanuel Zagury. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200002>.

DEL PRETTE, Z.A.P. e DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEL PRETTE, G. **Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis**. Tese de doutorado do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HARRIS, S., L. Behavior Therapy with children. In M. Hersen, A. Belack(Orgs) **Handbook of Clinical Psychology** cap.27 pp.525-541, 1984.

MEYER, S. B. Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental? Texto apresentado no **IV Encontro Paranaense de Psicologia**, Londrina, PR, 2003.

SKINNER, B. F. (1965). **Science and human behavior**. New York: Free Press. (Original publicado em 1953)

SKINNER, B. F. **Behaviorism at fifty**. Em B. F. Skinner. **Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis** (pp. 221-268). New Youk: Appleton-Century-Crofts, 1969. (Trabalho original publicado em 1963).

SUNDBERG, N. **Clinical Psychology; Evolving theory, practice, and research**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 2001.

THARP, R. G. e WETZEL, R. J. **Behavior modification in the natural environment**. New York: Academic Press, 1960.

WEISZ, J.R., WEISS, B., HAN, S.S., GRANGER, D.A., & MORTON, T. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. **Psychological Bulletin**, 117, 450-468, 1995.