

Análise do comportamento e ansiedade

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA CURSO DE
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Juliane de Souza Ramos
Luiz Henrique Machado**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA
COMPREENSÃO DA ANSIEDADE**

ANÁPOLIS-GO

2019

**JULIANE DE SOUZA RAMOS
LUIZ HENRIQUE MACHADO**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA
COMPREENSÃO DA ANSIEDADE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Psicologia.

Orientador: Professor Doutor Artur Vandrê Pitanga.

**ANÁPOLIS-GO
2019**

JULIANE DE SOUZA RAMOS
LUIZ HENRIQUE MACHADO

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA
COMPREENSÃO DA ANSIEDADE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Psicologia.

Orientador: Professor Doutor Artur Vandré Pitanga.

Banca Examinadora

Profº Dr. Artur Vandré Pitanga
Professor - Orientador – Presidente da Banca
Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Prof. Me. Renata Silva Rosa Tomaz
Professora – Convidada
Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Nota: _____

Anápolis, _____ de _____ de 2019.

Dedicamos este trabalho
aos nossos pais!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer da minha formação, que acompanharam meus sonhos antes mesmo do início da graduação. Primeiramente agradeço a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de toda a minha trajetória, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. A minha família, a quem lhes devo minha vida e tenho maior gratidão e orgulho de pertencer. Em especial meus pais, Dalvo e Eliane, e meu irmão Rafael, pelo apoio, força e amor incondicional, sem vocês a realização desse sonho não seria possível. Agradeço aos amigos que me incentivaram e deram suporte nos momentos difíceis, que não me deixaram ser vencida pelo cansaço. Agradeço ao meu namorado, Guilherme, que com todo amor e cuidado está ao meu lado desde o início da graduação, obrigada pela compreensão nas horas de ausência. Agradeço ao Luiz Henrique, meu parceiro de TCC, pela amizade e companherismo ao longo da realização deste trabalho. Agradeço a todos os professores do curso de Psicologia, que acompanharam a minha jornada enquanto acadêmica, que compartilharam seus conhecimentos em sala, e fora dela, pelos ensinamentos que levarei para toda a vida. De forma especial, agradeço ao orientador Prof^o Dr. Artur Vandré, que desempenhou um papel fundamental na elaboração deste trabalho. Aos colegas da turma pela jornada compartilhada., e a UniEVANGÉLICA pela oportunidade.

Juliane de Souza Ramos

Agradeço o apoio dos meus familiares, amigos e professores. Sou grato em especial à minha colega e amiga Juliane Souza, pelo o trabalho realizado e também, ao nosso orientador o Dr^o: Arthur Vandré, por contribuir e acompanhar o nosso trabalho. Quero agradecer à Deus, por colocar pessoas tão fundamentais em minha vida. Muito obrigado à todos!

Luiz Henrique Machado

"Como as pessoas se sentem é, geralmente, tão importante quanto o que elas fazem."

- B. F. Skinner (1989)

RESUMO

A ansiedade, conforme a compreensão da análise do comportamento, está associada a estímulos aversivos que interfere no desempenho operante diante de situações que desencadeiam comportamentos respondentes generalizados. Na análise do comportamento é preciso considerar o estado da ansiedade como particular, podendo variar de organismo com respostas induzidas, sendo uma classe de operações motivacionais e de controle aversivo. Seguindo esse parâmetro, o sujeito com transtornos de ansiedade, ou episódios ansiosos, faz associações de interações entre ele e o objeto fóbico, seguido de respostas reflexas, incondicionais e condicionais. Neste trabalho foi apresentado, definições e conceitos de ansiedade a partir do referencial teórico da Organização Mundial de Saúde (2015) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014). Os autores buscaram relacionar quais as contribuições da análise do comportamento para a compreensão mais objetiva dos transtornos de ansiedade.

Palavras chave: Análise do comportamento, transtornos de ansiedade, fobias.

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA
COMPREENSÃO DA ANSIEDADE**

Juliane de Souza Ramos e Luiz Henrique Machado

Profº Doutor Artur Vandré Pitanga

UniEVANGÉLICA – Centro Universitário de Anápolis

Nota dos Autores

Juliane de Souza Ramos, Graduada em Psicologia – Centro Universitário de Anápolis

UniEVANGÉLICA

Luiz Henrique Machado, Graduando em Psicologia – Centro Universitário de Anápolis

UniEVANGÉLICA

Este trabalho de conclusão de curso foi orientado pelo Profº Dr. Artur Vandré Pitanga,

Departamento de Psicologia – UniEVANGÉLICA

Aos interessados por este artigo e, entrar em contato através dos emails:

juliane_souza18@hotmail.com e contatoluizmachado@hotmail.com

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 TRANSTORNOS FÓBICOS-ANSIOSOS.....	13
2.1.1. Outros transtornos de ansiedade	14
2.2. OUTRAS CLASSIFICAÇÕES SEGUNDO O DSM-5	15
2.3. DADOS MUNDIAIS.....	17
2.4. A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E O PANORAMA DA ANSIEDADE	20
3. DISCUSSÃO	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CID- 10	A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM- 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
OMS	Organização Mundial da Saúde

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade pode ser considerada um conjunto de componentes emocionais, visto que os conjuntos de estados emocionais estão associadas a estímulos aversivos; interfere no desempenho operante diante de situações que desencadeiam a ansiedade, seguida de algum “dano” ao organismo. Na análise do comportamento é preciso considerar o estado da ansiedade como particular, podendo variar de organismo e com respostas induzidas sendo uma classe de operações motivacionais e de controle aversivo, Skinner (1979).

As situações das emoções podem ser complexas, para Hessel *et al* (2012), quando se trata da emoção não se deve apenas limitar o nome dado à condição sentida ou sintoma manifesto. Na ansiedade, por exemplo, é preciso considerar a condição sentida frente ao aumento da probabilidade de ocorrer novamente. Para a análise do comportamento o indivíduo fóbico, faz associação de interações entre ele e o objeto fóbico, seguido de respostas reflexas incondicionais e condicionais, como por exemplo: sudorese, palidez, taquicardia, contrações dos músculos da face; as respostas operantes de esquiva ou fuga e respostas operantes como: atenção prejudicada e falta de interesse. (Maior número de respostas, sobressalto ao ouvir algum estímulo sonoro e olhar a volta; menor número de respostas típicas como, falar, rir ou brincar).

Vale ressaltar que na presença de um objeto que lembre o objeto fóbico é possível operar diretamente nas respostas descritas anteriormente. Para Skinner (1979), a análise do comportamento deve ser feita a partir de todo repertório do indivíduo. Assim, o comportamento ansioso é um estado emocional de apreensão ou tensão, que faz parte de várias das experiências humanas. Tal experiência tem componentes básicos, sejam respondentes ou operantes motores e verbais.

De acordo com os dados publicados da Organização Mundial de Saúde (2015), 264 milhões de pessoas, sofrem de algum transtorno de ansiedade, uma média de 3,6% da população mundial. O número representa uma alta de 15% em comparação com o levantamento realizado anteriormente do ano de 2005. Em pesquisa a OMS, estima que cerca de 9,3 % da população brasileira possui algum transtorno de ansiedade, sendo assim, um problema de saúde.

De acordo com a OMS (2015), o Brasil é o país da América com maior taxa de pessoas com algum transtorno de ansiedade: 9,3% da população nacional. Até o ano de 2020 os transtornos de ansiedade poderão ser um dos maiores motivos de afastamento do trabalho no mundo.

Para a construção dos dados, foi realizado como metodologia um ensaio acadêmico com o objetivo de discutir o tema apresentado. O ensaio acadêmico consiste na exposição das ideias e pontos de vista dos autores sobre determinado tema apresentado no trabalho, com base em pesquisa referencial – ou seja, o que outras pessoas também dizem sobre acerca do tema – e conclusão. Como cita Medeiros (2000), o ensaio é problematizador, e nele devem se sobressair o espírito crítico do autor e a originalidade no enfoque, realizando um levantamento teórico e científico do cenário atual da ansiedade, buscando a compreensão dos fenômenos que podem desencadear a ansiedade, sem considerar apenas um único fator, mas diversos, de origem psicológica ou comportamental. O artigo tem como principal objetivo propor a discussão acerca das publicações da teoria da análise do comportamento em torno dos transtornos de ansiedade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente, por volta da década de 60, o programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, estava buscando novos meios para melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, Kramer (1979). A Oms organizou encontros para reavaliar seus métodos, principalmente a introdução de novas disciplinas da psiquiatria, possibilitando a expansão do saber, buscando assim, aprimorar os métodos em pesquisas e melhorando a confiabilidade nos critérios diagnósticos. O material utilizado foi retirado da décima e última edição do manual, por meio de critérios diagnósticos mais precisos e com instrumentos de avaliação que tem por objetivo rever inconstâncias, ambiguidades e exclusões, Sartorius (1976).

2.1 TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS

Segundo a OMS (1993) de acordo com os critérios do manual da CID-10, o transtorno Agorafobia inclui medos não apenas de espaços abertos, mas também de aspectos relacionados, como, presença de multidões com dificuldade de um escape fácil até o local considerado seguro pelo o indivíduo. Sendo entendido como um sobreposto de fobias, medo de sair de casa, entrar em lojas, multidões, lugares públicos e viajar sozinho.

Em relação as Fobias sociais, são frequentemente acometidas na fase da adolescência, e expor-se ao contato com outras pessoas em grupos pequenos, como consequência leva a evitação de situações sociais. Podem ser delimitadas, a comer e falar em público ou encontrar-se com o sexo oposto. As difusas, medo de vomitar em público, confrontação direta olho a olho. Podendo estar associadas à baixa autoestima e medo a críticas.

Conforme a OMS (1993) as fobias específicas caracterizam por situações específicas, como proximidade a determinados animais, altura, trovão, escuridão, voar, espaços fechados, urinar ou evacuar em banheiros públicos, comer certos alimentos, dentistas, visão de sangue ou ferimentos e medo de exposição a doenças específicas. Fobias específicas com maior predominância surgem na infância ou cedo na vida adulta podendo permanecer por dezenas de anos sem o tratamento adequado. Doença por

radiação e infecções venéreas e, mais recentemente, AIDS, são temas que relacionam as Fobias de doença.

2.1.1. Outros transtornos de ansiedade

As características essenciais são as crises recorrentes por ansiedade grave (Pânico), características estas que não estão restritas a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias particulares, portanto são imprevisíveis. Os sintomas presentes mais dominantes, em exemplo, palpitações com início súbito, dor no peito, sensações de choque, tontura e sentimentos de irrealidade, variam de pessoa para pessoa. Quase que invariavelmente presença de medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. A duração dos ataques pode ser difícil de prever, mas geralmente duram apenas minutos. O indivíduo sob ataque de pânico experimenta um medo crescente e sintomas autonômicos resultando em saída, usualmente apressada, de qualquer lugar que esteja. Ocorrendo em ônibus ou multidão, tente a evitar aquela situação futuramente. A cada episódio de pânico, o sentimento de medo de um próximo ataque persiste, OMS (1993).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG), sendo altamente variável caracteriza principalmente por ansiedade não restrita ou que apresenta fortemente em circunstâncias ambientais ou particulares. Os sintomas mais predominantes são, sentimentos contínuos de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que um parente irá brevemente adoecer ou sofrer um acidente, são frequentemente expressados, junto a variáveis de preocupações e pressentimentos, OMS (1993).

Na categoria de transtorno misto de ansiedade e depressão, deve ser usada quando ambos os sintomas de depressão e ansiedade estão presentes, caso contrário a ausência é insuficiente para o diagnóstico. Se a ansiedade grave está presente com uma leve depressão é preciso considerar outra categoria. Quando ambas as síndromes, estão presentes e são grave o suficiente para a categorização, e o registro permite apenas um transtorno deve prevalecer o de depressão. Os sintomas são variados de pessoa para pessoa, tremor palpitações, boca seca, estômago embrulhado, entre outros, OMS (1993).

Outros transtornos mistos de ansiedade, são os que atendem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada citado anteriormente e outros transtornos, entretanto os critérios para esses transtornos ainda não são satisfatórios. Alguns exemplos, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos dissociativos, transtornos de somatização,

transtorno somatoforme indiferenciado e transtornos hipocondríacos. Considerando a gravidade apresentada nos casos, OMS (1993).

2.2. OUTRAS CLASSIFICAÇÕES SEGUNDO O DSM-5

O Transtorno de Ansiedade de Separação consiste em medo excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o sujeito tem apego. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação têm associados a três ou mais aspectos diagnósticos. Vivenciam o sofrimento excessivo e recorrentes ante a ocorrência ou previsão de afastamento de figuras importantes de apego. Também há preocupação com eventos indesejados consigo mesmos. Pessoas com esse transtorno são relutantes ou se recusam a ficarem sozinhas, devido à existência do medo persistente e excessivo, ou sem figuras importantes de apego em casa ou em outros ambientes. Pessoas com esse transtorno podem enfrentar dificuldade ao dormir sem estar com uma figura importante de apego, DSM-5 (2014).

O mutismo seletivo caracteriza-se por fracasso persistente para falar em situações sociais específicas, podendo haver perturbação na realização educacional, profissional ou na comunicação social. Indivíduos com mutismo seletivo comumente se recusam a falar na escola, o que leva prejuízos acadêmicos ou educacionais uma vez que os professores têm dificuldades para avaliar habilidades como a leitura. Outros transtornos de ansiedade podem estar associados ao mutismo seletivo, tais como ansiedade social, transtorno de ansiedade de separação, fobia específica. Rebaixamento cognitivo ou transtornos de comunicação também podem aparecer em alguns sujeitos com mutismo seletivo, DSM-5 (2014).

A Fobia Específica caracteriza-se por medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade e sofrimento. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural. A esquiva persistente, e a perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outros transtornos mentais incluindo medo ansiedade e esquiva, de situações associadas a sintomas relacionais ao pânico ou outros sintomas incapacitantes, DSM-5 (2014).

Conforme DSM-5 (2014), o transtorno de ansiedade social ou fobia social, caracteriza-se pelo medo ou ansiedade acentuados a cerca de uma ou mais situações

sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação de outras pessoas. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente. Essas situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade, que são desproporcionais, diante da ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural. A esquiva é persistente causando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e duração o qual ocorre em quatro ou mais dos sintomas de uma lista de 3 sintomas físicos e cognitivos. O termo recorrente significa mais de um ataque de pânico inesperado. O episódio inesperado se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante obvio, no momento do ataque, ou seja, o ataque do Pânico pode vir do nada como quando o indivíduo está relaxado ou emergindo do sono. No entanto, os ataques de pânico esperados são apenas para os quais existe um indício ou desencadeante obvio, como uma situação em que os ataques de pânico ocorrem geralmente, sendo assim a presença de ataques de pânico esperados não inclui o diagnóstico de transtorno de pânico. Preocupações acerca dos ataques de pânico ou de suas consequências geralmente relacionam-se a preocupações físicas como a preocupação de que os ataques de pânico reflitam a presença de doenças ameaçadoras a vida, também preocupações pessoais como: o constrangimento ou medo de ser julgado negativamente pelos outros, devido aos sintomas visíveis de pânico, preocupações acerca do funcionamento mental, DSM-5 (2014).

A agorafobia caracteriza-se por medo ou ansiedade marcantes acerca de duas ou mais das cinco situações seguintes: uso de transporte público, permanecer em espaços abertos, permanecer em locais fechados, permanecer em uma fila ou ficar em um meio a uma multidão, sair de casa sozinho. O indivíduo tem medo e evita essas situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio. Pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas do tipo Pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. O medo ou ansiedade é persistente e causa um sofrimento clínico significativo, DSM-5 (2014).

O Transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessiva. A ansiedade e preocupação estão associadas aos seguintes

sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono. Podem causar prejuízo funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo, DSM-5 (2014).

Transtornos de ansiedade induzida por substância ou medicamentos, levam em conta ataques de pânico ou ansiedade predominante no quadro clínico. Os sintomas precedem o início do uso da substância ou medicamento, assim, os sintomas persistem por um período substancial de tempo. Para transtorno de ansiedade induzido por substâncias ou medicamentos específicos são consideradas as seguintes substâncias: álcool, cafeína, sedativo, cocaína e entre outros, DSM-5 (2014).

Outro transtorno de ansiedade especificado nessa categoria aplica-se a ataques com sintomas limitados a ansiedade generalizada, não ocorrendo na maioria dos dias e condição emocional intensa como: o constrangimento ou medo de ser julgado negativamente pelos outros, devido aos sintomas visíveis de pânico, preocupações acerca do funcionamento mental normal, conforme as classificações para o “transtorno de pânico, DSM-5 (2014)”. Já o transtorno de ansiedade não especificado nesta categoria aplica-se apresentações em que os sintomas característicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes da vida do indivíduo, predominam, mas não satisfazem os critérios para qualquer transtorno na classe de diagnóstica dos transtornos de ansiedade, DSM-5 (2014).

2.3 DADOS MUNDIAIS

A Síntese literária das epidemiológicas disponíveis, sobre a prevalência de depressão e outros transtornos mentais comuns tem sido realizada como parte de interações anteriores do Estudo Global de Carga de Doença (Global Burden of Disease - GBD), incluindo revisões publicadas para as edições de 2000 e 2010. O mais recente conjunto de estimativas globais de saúde disponibilizada pela OMS é para 2015, que inclui dados regionais e também estimativas de mortes específicas de cada país, anos de vida perdidos e vividos com deficiência por causa, OMS (2015),

Para fornecer as informações de forma mais atualizadas sobre o número de pessoas com transtornos mentais comuns, a OMS (2015), trabalhou com o líder em

pesquisas em transtornos mentais e comportamentais, GBD, (Feito na Escola de Saúde Pública da universidade de Queensland, Austrália) para produzir e apresentar os dados específicos de cada país, estimativas para o ano de 2015.

A proporção da população global com transtornos de ansiedade em 2015 é estimada para ser de 3,6%. Tal como acontece com a depressão, os distúrbios de ansiedade são mais comuns entre mulheres do que homens (4,6% comparado a 2,6% no nível global). Na Região das Américas, 7,7% da população feminina são estimados a sofrer de algum transtorno de ansiedade, já de homens, 3,6%, OMS (2015).

As taxas de prevalência não variam substancialmente entre grupos etários, embora exista uma tendência observável para menor prevalência entre os grupos etários mais velhos. O número total estimado de pessoas vivendo com transtornos de ansiedade no mundo é 264 milhões. Esse total para 2015 reflete 14,9% aumento desde 2005, em resultado do crescimento demográfico e do envelhecimento.

Em suma, o levantamento realizado pela OMS (2015), constatou-se que na região das Américas, prevalência dos casos para o Brasil; Na América Latina, sendo o maior em taxas, cerca de 9% dos brasileiros possui algum transtorno de ansiedade, cerca de 18,6 milhões de pessoas, a média mundial é de 3,6% da população mundial.

2.4 A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E O PANORAMA DA ANSIEDADE

O conceito psicológico de "ansiedade" tem sido apontado (e.g., Friman, Hayes & Wilson, 1998) como impreciso, no sentido de que é empregado em sistemas explicativos diversos sob controle de eventos diferentes. Segundo Friman, Hayes et al., essa imprecisão seria favorecida pelo constante uso de metáforas, o que acaba por dificultar a construção de definições consistentes dos fenômenos para os quais os cientistas se voltam. Mesmo em um sistema explicativo avesso ao uso de metáforas, porém, o problema da imprecisão aparece. Esse é o caso da Análise do Comportamento que tras as definições de ansiedade como estímulos aversivos condicionados e incondicionados, relacionados a respostas de ansiedade (reforço positivo, punição positiva e punição negativa, e contingências coercivas (Coelho *et al.* 2008, p. 171).

A ansiedade compreendida por meio da teoria behaviorista pode ser vista como: um estímulo que precede um reforçador negativo e como resultado terá um efeito duradouro. Como consequência da ansiedade ocorre o condicionamento do

comportamento; na presença de “ameaças semelhantes” e também respostas emocionais acentuadas, Skinner (1979).

Quase todos os estímulos aversivos acentuados, são precedidos por estímulos marcantes que podem gerar episódio ansioso, Skinner (1979). As contingências estão organizadas de modo que o controle do comportamento, na maioria está interligado com a punição. Entretanto como característica biológica a evitação ocorrerá de forma esperada, neste caso o padrão emocional da ansiedade parece não ter aplicação útil ou definitiva. Uma vez que o evento é caracterizado por atribuições distintas variável de pessoa para pessoa.

O comportamento do indivíduo poderá ficar desorganizado, podendo vir a atrapalhar suas atividades. O condicionamento pode acontecer como resultado do alinhamento de estímulos, um único evento aversivo pode levar a ansiedade e ficar sob comando de estímulos incidentais. É preciso considerar que exista a hipótese, que indique, a condição emoção aversiva. Sobre as respostas seguintes, após a evitação, não é possível compreendê-las como um todo, mas considera-las como “fuga”, que seria um dos exemplos das características variáveis da ansiedade. Skinner (1979)

Então evitamos ir ao consultório de um dentista não apenas porque precede a estimulação dolorosa considerada, portanto, um reforçador negativo, mas porquê, tendo precedido essa estimulação, origina uma condição emocional complexa que também é aversiva (Skinner, 1979, “p. 197”).

Para Skinner os efeitos podem ocorrer com intensidades poderosas, soldados de guerra poderiam apresentar possíveis comportamentos de evitação, associado a doenças fingidas, deserções ou colapsos nervosos. É preciso considerar ansiedade e antecipação, Skinner ressalta os efeitos de estímulos que precede um reforço positivo podendo ser observado respostas características de alegria e contentamento. (Skinner 1979)

Ao compreender a ansiedade como um caso especial da emoção é necessário cuidado para qualquer esclarecimento usual. Em suma os efeitos da ansiedade vistos aqui como um estado (causa), sendo uma classificação didática do comportamento. Para a intervenção clínica para a redução dos efeitos da ansiedade é preciso o conjunto de predisposições emocionais atribuídas pelo o cliente aquele tipo especial de evento (características), e não sobre o estado interveniente. Para Skinner (2000) o termo médio não possui significado funcional, seja nos casos de análise e no controle prático do comportamento. As classificações e diferenças entre análise da função e análise da

topografia, segundo análise do comportamento, entende-se que análise funcional é a análise que busca dos determinantes da ocorrência do comportamento, esses determinantes estão entre a interação do organismo com o meio. Analisar o comportamento funcionalmente refere-se a busca da função do comportamento, já a topografia busca a estrutura ou forma do comportamento. (Skinner 1982)

Segundo Ferreira *et al.* (2010) na sociedade moderna pode compreender o comportamento ansioso da seguinte maneira: como aquele que sente dificuldade de falar em público, mesmo quando possui um repertório verbal amplo, aquele que sem qualquer razão aparente não consegue sair de casa para encontrar um conhecido. Sendo assim, fenômenos complexos dignos de investigação. No texto os autores ressaltam a importância em tentar abordar o fenômeno da ansiedade considerando os componentes respondentes, operantes não verbais e operantes verbais.

A exposição do indivíduo a estímulos aversivos e pré-aversivos, controláveis ou incontroláveis, seguindo de uma condição fisiológica exclusiva, sendo responsável por uma mudança na forma normal de agir. Podendo considerar que a condição fisiológica como um sintoma, que neste caso é mais complexo contendo relações comportamentais inter-relacionadas. Nas relações operantes não verbais em casos de eventos que estão ligados a extinção ou punição, segundo os autores: podem gerar comportamento de fuga ou esquiva junto a função de estímulos discriminativos específicos (Skinner 1979)

De acordo com, Ferreira *et al* (2010), na retirada de outros estímulos, como exemplo, manutenção de respostas ansiosas por meio de reforçador positivo, destaca-se na forma de atenção e de outros reforçadores sociais. É preciso considerar nos operantes não-verbais as seguintes possibilidades: (a) aumento do efeito reforçador de certas consequências; (b) aumento da probabilidade de respostas que tenham produzido reforços estabelecidos no passado e (c) aumento da efetividade evocativa de estímulos discriminativos associados a reforços estabelecidos, são alguns exemplos discutidos.

Para os autores Zamignani *et al* (2005), a antecipação do estímulo aversivo é fundamental para a aparição da ansiedade, alguns especialistas preferem o conceito de estímulo aversivo condicionado. O caso dos estímulos neutros para respostas por exemplo de medo, se analisarmos os estímulos aversivos incondicionados, poderão ter um padrão de respostas aversivas e poderão eliciar respostas semelhantes ao medo.

Estas respostas de antecipação segundo Zamignani *et al* (2005), não estão sob o controle de estímulos aversivos futuros, mas sob o controle de estímulos aversivos

condicionado presente (pré-aversivo). A resposta da ansiedade é neste caso entendida como similar ao medo; é preciso considerar a possibilidade de que algumas respostas são meramente representativas da ansiedade.

Entendendo o conceito da ansiedade dentro de uma teoria behaviorista ao longo do tempo:

Para Coêlho *et al.* (2008), a análise skinneriana tem ponto de vista diferentes, apontando para:

Um estímulo pré-aversivo que elicia respostas fisiológicas emocionais; (b) essas respostas emocionais podem elas mesmas adquirir funções aversivas; (c) um outro efeito da exposição às contingências que produzem ansiedade (estimulação aversiva com pré-sinalização) consiste da redução na taxa de resposta antes mantida por reforço positivo (a supressão condicionada); e (d) um estímulo verbal pode vir a adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional), a partir de uma associação com o estímulo eliciador incondicionado, (Coêlho, 2008, p. 175).

3. DISCUSSÃO

Nos resultados deste ensaio de pesquisa, buscamos um parâmetro de definição e classificação de transtornos ansiosos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10 OMS e também como são qualificados os transtornos de ansiedade, segundo as definições do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM- 5)

A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais, e foi elaborado pela OMS. O DSM-5 abrange apenas os transtornos mentais e tem sido mais utilizado em ambientes de pesquisa, porque possui itens mais detalhados, em forma de tópicos. Foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria.

A classificação dos transtornos fóbicos e ansiosos em ambas as definições demonstram como a ansiedade pode ser diagnosticada, e como os sintomas são levantados, levando assim a diagnóstico ou não segundo as definições, sendo que sempre devem ser considerados um número mínimo específico de sintomas observados com maior frequência, conforme os manuais para que sejam efetivamente qualificados ou levantar hipóteses no diagnóstico diferencial,

Dados divulgados pela OMS (2015) 3,6 % da população global, sofre com algum tipo de transtorno de ansiedade, cerca de 264 milhões de pessoas. Dados alarmantes e cada vez mais crescentes, que comprovam os dados publicados no início dos anos 2000. Já previam o crescimento da incidência de problemas relacionados à saúde mental. Compreende-se as principais contribuições que os autores comportamentais têm deixado ao longo do tempo. Skinner ao contribuir para a psicologia mundial com a teoria da análise do comportamento assinala quando um estímulo está vinculado ao reforço negativo terá um efeito permanente. Os estímulos aversivos mais intensos são precedidos por estímulos marcantes que posteriormente levam ao episódio crítico ansioso. (Skinner 1979)

A desordem decorrente do comportamento de evitação prejudica o indivíduo em seu comportamento normal. Em alguns casos Skinner (1979) direciona para um único evento, sendo este marcante o suficiente para ficar sob comando de estímulos incidentais, ou seja, uma pessoa que foi assaltada numa determinada rua de maneira violenta ao passar

próximo ao lugar, mesmo que o assaltante já tenha sido preso, manifestará condição emocional intensa e aversiva.

Para Skinner (1979) a ansiedade como componente emocional não é isenta de classificações, entretanto os termos servem exclusivamente para esclarecimento didático. Na clínica por exemplo, no processo terapêutico é preciso considerar os componentes emocionais atribuídos pelo o cliente ao evento e as características em torno do pensamento, não apenas o estado de experiência.

Outros autores atuais como Ferreira, discute a ansiedade nas sociedades modernas considerando principalmente os componentes relacionais respondentes, operantes e os não verbais, aquele que é exposto aos estímulos pré-aversivos, aversivos, muda a maneira normal de agir. Nos casos não-verbais estes eventos estão associados a extinção ou punição, gerando comportamento de fuga ou esquiva.

Como Ferreira, Zamignani *et al.* (2008), aponta para considerações interessantes acerca do fenômeno ansioso, de acordo com o seu artigo: “Um Panorama Analítico-Comportamental Sobre os Transtornos de Ansiedade”, alguns analistas do comportamento preferem o termo “estímulo aversivo condicionado” para explicar a ansiedade. Para os casos de identificação de estímulos neutros, poderão apresentar padrão considerado aversivo e estas respostas são similares ao medo. De acordo com o autor as respostas de antecipação não exercem controle sobre estímulos aversivos futuros, mas sim para estímulos condicionados presentes. Sendo necessário ao analista do comportamento que esteja fazendo uma intervenção, a utilização dos termos representativos para o que chamamos de ansiedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As implicações entre ansiedade e análise do comportamento fazem parte de uma pequena amostra de como um evento, pode gerar um comportamento duradouro. Essas pesquisas são importantes para o tratamento das fobias, a análise do comportamento acrescenta ainda um componente das relações que definem a ansiedade em seus diferentes graus de complexidade, onde os analistas do comportamento começam a intervir e melhorar a qualidade de vida das pessoas. A psicologia enquanto ciência está apenas começando a desvendar como e por que as pessoas desenvolvem os transtornos psíquicos, buscando aplicar o método mais eficaz.

No artigo de Coêlho *et al.* (2008), é possível identificar as diversas variações do termo ansiedade e ênfases em torno das pesquisas. Hora essa diferença aponta para análise dos operantes não-verbais, enfatizando as contingências que trazem os estímulos pre-aversivos juntamente há respostas emocionais eliciadas, em exemplo: Skinner (1979), desenvolvedor da análise do comportamento e suas implicações. Nas pesquisas que levam há um outro caminho as variações dos termos apontam para a linguagem como fonte de análise das respostas ansiosas e suas relações indiretas entre os estímulos, podendo citar Hayes (2005) pesquisador e fundador da Act (Terapia de Aceitação e Compromisso).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (2014) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 / American Psychiatric Association; trad. I C N, Maria, rev. V C, Aristides-2014 – Porto Alegre: Artmed 5ª edição, 189-234.

Coêlho, Nilzabeth Leite, & Tourinho, Emmanuel Zagury. (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>

Ferreira, Darlene Cardoso, Tadaiesky, Liany Tavares, Coêlho, Nilzabeth Leite, Neno, Simone, & Tourinho, Emmanuel Zagury. (2010). A Interpretação de Cognições e Emoções com o Conceito de Eventos Privados e a Abordagem Analítico-Comportamental da Ansiedade e da Depressão. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 78-81. Recuperado em 13 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482010000200001&lng=pt&tlng=pt.

Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2005) (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.

Hessel, A., Borloti, E. B. & Haydu, V. B. (2012). O Pensar e o Sentir Numa Análise Comportamental da Ansiedade. In C. V. B. B. Pessoa, C. E. Costa & M. f. Benvenuti (Orgs.). *Comportamento em Foco* (vol. 1, pp. 283-292). São Paulo: ABPMC. Recuperado em 26 de abril de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/263159885_O_pensar_e_o_sentir_num_a_analise_comportamental_da_ansiedade

Moreira, Márcio; Medeiros, Carlos. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007

Medeiros, 2000 J. B. *Redação científica*. 4 ed. São Paulo: Atlas.

OMS (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10-*

OMS: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organização Mundial de Saúde; trad. C, Dorgival. – Porto Alegre: Artmed, 1993. 10ª edição, p. prefácio, 132 – 140.

25

OMS (2015) Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017 Acesso em: 07, Março, 2019. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Skinner B. F. (1979-2000) Skinner Ciência e Comportamento Humano – trad. Todorov, J. C.,

Azzi, R. – São Paulo: Martins Fontes, 2003. 11ª edição, p. 195-198.

Skinner, B.F. (1982). Sobre o behaviorismo. ‘Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix/EDUSP. Trabalho original publicado em 1974.

Zamignani, Denis Roberto, & Banaco, Roberto Alves. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental Sobre os Transtornos de Ansiedade. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 7(1), 82-83. Recuperado em 27 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100009&lng=pt&tlng

Análise do comportamento e ansiedade