

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Fernando Albregard Cassas

O Acompanhamento Terapêutico como prática do
analista do comportamento: uma caracterização
histórica com base no behaviorismo radical.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

SÃO PAULO

2013

Fernando Albregard Cassas

O Acompanhamento Terapêutico como prática do
analista do comportamento: uma caracterização
histórica com base no behaviorismo radical.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Tese apresentada à Banca Examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, como exigência parcial para
obtenção do título de Doutor em
Psicologia Experimental: Análise do
Comportamento sob a orientação do
Prof. Dr. Sergio Vasconcelos de Luna.

SÃO PAULO

2013

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos de fotocopiadora ou eletrônicos.

São Paulo, 08 de abril de 2013

Assinatura: _____

Dedicatória

À Cláudia, por ter sido tudo o que eu precisei durante todos os momentos da tese e da minha vida: conselheira, companheira, amiga, audiência, namorada e esposa. Todo o seu carinho, precisarei de uma vida para recompensar.

Ao Sergio, pela presença constante, pelo cuidado. Sua dedicação e compromisso com seus alunos e com a vida acadêmica é um modelo para mim. Se eu conseguir repetir uma pequena parcela de toda essa dedicação, saiba que terei cumprido meu objetivo como professor.

Aos meus pais, por estarem sempre e incondicionalmente ao meu lado.

Agradecimentos

Ao Roberto, por conseguir, com poucas ações, ser tão presente e determinante em minha vida acadêmica e profissional.

Ao Jazz e à Natália, por serem companheiros de trabalho e de vida que ajudam a dar significado a tudo o que faço. Por, juntos com a Clau, serem a grande ‘audiência dos pares’ que me manteve trabalhando e produzindo durante esses quatro anos.

À Roberta, por ter me introduzido ao mundo do AT, sempre confiando em meu trabalho e incentivando ao longo desses sete anos.

Ao Denis, pelo constante apoio e incentivo.

À Amália, pelo incentivo desde o primeiro encontro, sempre disponível e com palavras de apoio.

À Maria Elisa, pelos comentários cuidadosos e atenciosos durante a qualificação.

À Téia (*in memoriam*), por partilhar um pouco de sua sabedoria. Seu legado nunca deve ser esquecido.

Aos meus alunos, que durante esses quatro anos, me incentivaram e apoiaram.

Ao Jan, pelo apoio e incentivo nessa reta final.

Aos companheiros de doutorado, Fernanda, Panetta, Daniel, Ana Beatriz, Ziza, Cássia, Aline, Nicodemos, Renata, Julia, Maria, por partilharem das angústias e alegrias desse trajeto.

Ao Felipe e Mateus, por serem tão presentes no início do curso.

À Paula Gióia, pelo carinho e preocupação.

À Si, Beth e Lucas por indiretamente me mostrarem que minhas escolhas foram importantes até aqui.

Aos amigos do Paradigma, Yara, Joana, Lygia, Dante, Dri, Aninha, Gi, Lívía, Sueli, Marcio, Marcelo, Tati, Lú, por serem um ambiente tão acolhedor.

À Dinalva, Magali, Roseli e Marina que, mesmo sem saberem, apoiaram sempre em todas as questões operacionais.

Sumário

Apresentação	1
Seção I: Categorias para a Análise das Propostas Terapêuticas	7
Capítulo 1: A Questão do Controle do Comportamento Humano	8
Capítulo 2: As dimensões da pesquisa aplicada como ponto de partida de análise das propostas terapêuticas	18
Práticas Terapêuticas Originadas na Análise do Comportamento	24
Seção II: As Bases da Terapia Comportamental.....	28
Capítulo 3: Análises e propostas de Skinner relativas à terapia e a intervenção	29
Capítulo 4: O Desenvolvimento da Modificação de Comportamento e a Questão da Generalização dos Resultados.....	42
Trabalhos que Tratam da Questão da Generalização de Resultados.....	46
Capítulo 5: Ferster e a Análise dos Fenômenos Clinicamente Relevantes.....	53
Seção III: As Propostas Terapêuticas de Consultório.....	59
Capítulo 6: Desenvolvimento do trabalho em consultório.....	60
<i>Clinical Behavior Analysis (CBA)</i>	60
<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	63
<i>Functional Analytic Psychotherapy (FAP)</i>	74
<i>Behavioral Activation (BA)</i>	79
Capítulo 7: A Terapia Brasileira de Base Behaviorista Radical	84
Terapia Analítico-Comportamental	85
Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR).....	97
Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP)	101
Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA).....	104
Capítulo 8: Análise da literatura sobre Acompanhamento Terapêutico	107
Capítulo 9: Comparação entre as propostas terapêuticas e o AT	114
Conceitos centrais para o diagnóstico.....	114
Efetividade	115
Síntese	116
Estratégias para a intervenção.....	116
Generalidade	118

Síntese	119
Comparação entre as propostas e as bases da terapia comportamental.....	120
Comparação entre as propostas e o AT	121
Síntese	124
Discussão.....	131
Referências Bibliográficas	135
Apêndice	146
Proposta de Curso de Formação em AT: Conteúdo Programático.....	147

Lista de Figuras

<i>Figura 1:</i> Modelo hexagonal das psicopatologias. Extraído de Hayes et al. (2011).	68
<i>Figura 2:</i> Modelo Hexagonal dos processos terapêuticos da ACT. Extraído de Hayes et al. (2011).....	70
<i>Figura 3:</i> Triângulo epistêmico que representa as possibilidades de produção e atuação em Análise do Comportamento. Extraído de Tourinho e Sérgio (2010).....	126
<i>Figura 4:</i> Proposição de representação gráfica das propostas terapêuticas inseridas no triângulo epistêmico proposto por Tourinho e Sérgio (2010).....	128

Cassas, F.A. (2013). O Acompanhamento Terapêutico como prática do analista do comportamento: uma caracterização histórica com base no behaviorismo radical. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Resumo

A tese aqui apresentada é motivada por um trabalho de intervenção clínica que começou a ser praticado por analistas do comportamento brasileiros no início da década de 1990. Essa forma prioriza o trabalho em ambiente natural e, com isso, maior chance de atuar diretamente nas contingências controladoras do comportamento do cliente. Esse tipo de controle parece ter estabelecido, na literatura da área, uma polarização entre o Acompanhamento Terapêutico (AT) e o consultório com base na maior ou menor possibilidade de controle a ser assumido sobre o comportamento do cliente. A pesquisa aqui apresentada se propõe a resgatar e analisar as práticas terapêuticas de base behaviorista radical com vistas a estabelecer uma comparação entre elas e o AT para, assim, definir se é possível afirmar a existência dessa polarização. Para isso, quatro conjuntos de trabalhos foram analisados: bases da terapia comportamental: publicações de Skinner e de Ferster respeito da terapia, e sobre a Modificação de Comportamento; a literatura sobre as seguintes propostas terapêuticas: *Functional Analytic Therapy*, *Acceptance and Commitment Therapy*, *Behavioral Activation*; a literatura sobre as propostas terapêuticas nacionais: Terapia Analítico-comportamental, Terapia por Contingências de Reforçamento, Psicoterapia Comportamental Pragmática e Terapia Molar e de Autoconhecimento, além da literatura acerca do Acompanhamento Terapêutico. Para compor essa análise, foram desenvolvidas quatro categorias analíticas: conceitos centrais para o diagnóstico, estratégias de intervenção, efetividade e generalidade. A análise dos trabalhos citados apontou que a polarização, nos termos formulados acima, não acontece, pois todas as propostas programam formas garantir a generalização dos resultados. Foi possível definir, no entanto, a existência de um “repertório mínimo de cliente”. Esse repertório diz respeito a modelagem de comportamento verbal que permitirá ao cliente modificar, sozinho, o próprio ambiente. E essa é a justificativa do trabalho em ambiente natural, quando o cliente não tem repertório para modificar o seu próprio ambiente de forma independente, o terapeuta opera mudando o ambiente do cliente de maneira a construir uma condição de aprendizagem melhor para esse cliente. A partir disso, sugestões para pesquisas futuras são feitas ao final do trabalho.

Palavras-chave: História da Prática clínica comportamental, acompanhamento terapêutico, terapias de base behaviorista radical, análise histórica de intervenções.

Cassas, F.A. (2013). *The Therapeutic Accompaniment as practicing of the behavior analyst: a historical characterization based on radical behaviorism.* (Doctoral Thesis). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Abstract

The work presented here is motivated by a clinical intervention that began to be practiced by behavior analysts in Brazil in the early 1990s. This form prioritizes the work in the natural environment and, therefore, more likely to act directly on controlling contingencies of client behavior. This type of control seems to have established in the literature, a polarization between Therapeutic Accompaniment (TA) and the clinical based on the greater or lesser ability to control to be undertaken on the client behavior. The research presented here aims to resume and analyze the therapeutic practices of radical behaviorist base in order to establish a comparison between them and the TA, thus define whether it is possible to assert the existence of this polarization. Four sets of papers were analyzed: bases of behavior therapy: publications Skinner and Ferster about therapy, the Behavior Modification; literature on the following therapeutic approaches: *Functional Analytic Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Behavioral Activation*, the literature on the brasilian therapeutic proposals: Analytical Behavioral Therapy, Therapy of Contingencies of Reinforcement, Pragmatic Behavioral Psychotherapy and Molar and Self Therapy, beyond literature about the TA. To compose this analysis, four analytical categories were developed: core concepts for the diagnosis, intervention strategies, effectiveness and generality. The analysis of the studies cited showed that the polarization in the terms formulated above, is not true because all proposed schedule forms to ensure the generalizability of the results. Could be defined, however, the existence of a "minimum repertoire client". This concerns the modeling repertoire of verbal behavior that will allow the client to modify alone, the environment itself. And that is the reason for this study in a natural environment where the client does not have the repertoire to modify their own environment independently, the therapist operates the changing client environment in order to build a better learning condition for that client. From this, suggestions for future research are made at the end of the work.

Key-word: history of Behavior therapy, therapeutic accompaniment, behavioral analytic therapies, historical analysis of interventions.

Cassas, F.A. (2013). Acompañamiento Terapéutico como práctica del analista del comportamiento: una caracterización historia basada en el conductismo radical. (Tesis Doctoral). Pontificia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Resumen

La tesis que aquí se presenta es motivado por una intervención clínica que comenzó a ser practicada por los analistas del comportamiento en Brasil en la década de 1990. Esta forma prioriza el trabajo en el entorno natural y, por lo tanto, más propensos a actuar directamente en el control de contingencias de comportamiento de los clientes. Este tipo de control parece haber establecido en la literatura, una polarización entre el Acompañamiento Terapéutico (AT) y la consultorio sobre la base de la mayor o menor capacidad para controlar a realizar sobre el comportamiento del cliente. La investigación que aquí se presenta tiene como objetivo rescatar y analizar las prácticas terapéuticas de base conductista radical a fin de establecer una comparación entre ellos y la asistencia técnica así definir si es posible afirmar la existencia de este sesgo. Para ello, cuatro conjuntos de documentos se analizaron: las bases de la terapia de la conducta: las publicaciones de Skinner y Ferster acerca de la terapia, y sobre la Modificación de la Conducta; literatura sobre los enfoques terapéuticos siguientes: *Functional Analytic Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Behavioral Activation*; literatura sobre los enfoques terapéuticos brasileños: Terapia Analítico-comportamental, Terapia por Contingências de Reforçamento, Psicoterapia Comportamental Pragmática e Terapia Molar e de Autoconhecimento, allá de la literatura sobre el Acompañamiento terapéutico. Para redactar este análisis, hemos desarrollado cuatro categorías de análisis: conceptos básicos para el diagnóstico, estrategias de intervención, eficacia y generalidad. El análisis de los estudios citados muestran que la polarización en los términos formulados anteriormente, no es cierto porque todas las formas de programación propuestas para garantizar la generalización de los resultados. Podría ser definido, sin embargo, la existencia de un " repertorio mínimo para el cliente". Este repertorio se refiere a la aprendizaje del comportamiento verbal que le permitirá al cliente para modificar solo, el mismo ambiente. Y que es la razón para este estudio en un entorno natural donde el cliente no tiene el repertorio para modificar su propio entorno de forma independiente, el terapeuta opera cambiando el entorno de cliente con el fin de crear una condición de aprendizaje mejor para ese cliente. De esto, sugerencias para futuras investigaciones se realizan al final de la obra.

Palabras clave: historia de la terapia conductual, acompañamiento terapéutico, las terapias basadas en el conductismo radical, análisis histórico de las intervenciones.

Apresentação

No início da década de 1990, no Brasil, um grupo de analistas do comportamento dá início a um tipo de trabalho terapêutico com intervenções em ambiente natural. Essa era uma forma diferente da prática corrente da época em que se priorizava o atendimento em ambiente de consultório (Guedes, 1993). A essa modalidade foi atribuído o nome de Acompanhamento Terapêutico (AT)¹, termo emprestado de um tipo de atendimento clínico que, desde o final da década de 1970, trabalhava com intervenções fora do consultório (Zamignani, 1997).

A característica principal desse tipo de trabalho era a possibilidade de acesso ao ambiente natural do cliente e, com isso, uma chance maior de atuar diretamente nas contingências controladoras do comportamento do cliente. Esse fato permitia uma ampliação na capacidade de controle do comportamento do cliente por parte do terapeuta, tornando a realização de uma intervenção mais efetiva. (Zamignani, 1997)

Essa intervenção combinava com um debate que vinha sendo feito pela Análise Aplicada do Comportamento (principalmente em trabalhos publicados no *Journal of Applied Behavior Analysis - JABA*²) sobre a questão da generalização dos resultados obtidos a partir de uma intervenção. Esse debate buscava uma definição de qual a melhor forma de garantir ganhos obtidos ao longo de intervenções comportamentais; assim, o AT aparecia como uma possibilidade de intervenção que atingiria tal objetivo.

Diante disso, seria esperado que a literatura sobre AT se utilizasse desse conjunto de trabalhos para refinar sua prática ou ampliá-la. No entanto, a preocupação central dessa literatura parece estar em: definir o AT em termos da sua origem, diferenciá-lo do atendimento de consultório descrevendo a sua forma de intervenção e caracterizar o tipo de profissional a que poderia ser atribuído o nome acompanhante terapêutico.

¹ Doravante, a sigla AT designará a modalidade de atendimento terapêutico, o profissional que atende segundo essa modalidade será designado como ATe.

² Uma análise pormenorizada desse debate está apresentada no capítulo 4 dessa pesquisa.

Essa lacuna deixa de lado a questão mais central que trouxe a proposta inicial de AT: a possibilidade (pelo menos enquanto proposta) de uma intervenção com mais ganhos do que aquela do consultório. O que está em jogo, quando se discute o sucesso de uma prática terapêutica é sua efetividade e a sua generalidade. Efetividade aqui se refere a uma aplicação que seja capaz de produzir mudanças e resultados importantes para o próprio indivíduo e para a sociedade. Já o termo generalidade diz respeito àquela mudança que não acontece apenas no âmbito da intervenção e nem apenas em relação ao comportamento foco do procedimento, mas se estende para outros ambientes, classe de estímulos antecedentes e para a toda a classe operante, mesmo após o término da intervenção.³ (cf. Baer, Wolf e Risley, 1968).

Nesse sentido, o que parece estar em questão é o tipo de controle sobre o comportamento do cliente que pode ser exercido na intervenção de consultório e o tipo de controle que o AT é capaz de garantir. A literatura sobre AT parece sugerir que a intervenção de AT é indicada para um tipo de público para o qual a intervenção de consultório não é suficiente do ponto de vista de resultados (Zamignani, Kovac e Vermes, 2007; Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani, 1999).

Sendo assim, ao adotar o AT, o terapeuta estaria optando por uma intervenção mais efetiva e com alto grau de generalidade. É possível afirmar, até esse ponto da apresentação da tese aqui proposta, que AT passa a ser um nome atribuído a toda intervenção em ambiente natural.

Guedes (1993), apesar de não fazer menção ao termo AT, já havia salientado a importância da intervenção em ambiente natural. Para ela, com o final da modificação de comportamento, alguns analistas do comportamento buscaram a intervenção de consultório e que, do ponto de vista da autora, estavam abandonando alguns princípios que deveriam nortear a intervenção comportamental; por exemplo, o compromisso com a mudança nas contingências mantenedoras do comportamento e a produção de resultados efetivos para os clientes e para a sociedade. Ou, usando outros termos, o que a autora parece sugerir é que na intervenção em

³ Tanto a questão da efetividade como a generalidade estão mais bem descritas e analisadas no capítulo 2 desta pesquisa, inclusive salientando-se o motivo que levou à opção desses conceitos para a presente pesquisa.

ambiente de consultório há um abandono da busca por uma intervenção mais efetiva com procedimentos com alto grau de generalidade.

Esse panorama pode ser expresso em termos de uma polarização na qual de um lado se tem uma intervenção de consultório, em que o controle sobre o comportamento do cliente seria restrito ao controle verbal e, de outro lado, uma intervenção em ambiente natural em que o terapeuta possuía total controle sobre o comportamento do cliente. Levando em consideração a questão da efetividade e da generalidade, ter-se-ia uma intervenção pouco efetiva e com baixa generalidade – de consultório – e outra efetiva e com alto grau de generalidade – AT.

Porém, a análise feita por Guedes (1993) – e que inicia essa polarização – dá conta de discutir apenas algumas práticas clínicas daquele momento e de salientar a necessidade do trabalho em ambiente natural. A autora, no entanto, não faz uma avaliação da literatura que se tinha até então sobre intervenção em consultório, nem da literatura sobre trabalho em ambiente natural. Uma análise da literatura a respeito dos dois temas se mostra oportuna. Sem ela, não é possível classificar o AT ou a intervenção em consultório como mais ou menos efetiva/alto grau de generalidade.

Por essas razões, a pesquisa aqui apresentada resgatou e analisou as práticas terapêuticas de base behaviorista radical com vistas a estabelecer uma comparação entre elas e o AT para, assim, estabelecer algum *status* para o AT.

Soma-se a essa questão, um envolvimento pessoal com a questão da validade ou não do acompanhamento terapêutico como uma proposta inovadora e diferenciada do trabalho de consultório. Esse envolvimento pessoal está ligado a atendimentos tanto como AT quanto em consultório, mas principalmente com a coordenação de um curso de formação de acompanhantes terapêuticos. A busca pela definição, então, também teve o objetivo de auxiliar na construção do conteúdo programático de um curso de formação em AT que abarcasse as reais características de uma intervenção em ambiente natural.

Em síntese, a proposta da presente pesquisa foi dividida nos seguintes objetivos:

1. Estabelecer uma comparação entre as propostas terapêuticas em função do tipo de controle que exerce sobre o comportamento do cliente.
2. Confrontá-las com as definições teóricas do AT.
3. Atribuir *status* possível para o AT.

Para o cumprimento do objetivo 1, foi necessária a realização de duas tarefas precedentes: uma descrição de cada uma das propostas e o estabelecimento de categorias de análise para a comparação entre elas. A construção das categorias de análise levou em consideração dois elementos: a noção de controle do comportamento para Skinner e algumas das dimensões da pesquisa aplicada propostas por Baer, Wolf e Risley (1968). Essa primeira etapa, então, constitui a Seção I da tese aqui apresentada e está dividida em dois capítulos:

- Capítulo 1: a questão do controle do comportamento para Skinner.
- Capítulo 2: Uma análise das dimensões de Baer, Wolf e Risley (1968)

Com o objetivo de auxiliar a compreensão das terapias de base behaviorista radical a tese apresenta a Seção II que estabelece as bases da terapia comportamental. Essa sessão está dividida em três capítulos:

- Capítulo 3: análises e propostas de Skinner quanto à terapia e à intervenção, englobando trabalhos desde 1953 até 2004.
- Capítulo 4: o desenvolvimento da Modificação de Comportamento e a questão da generalização dos resultados.
- Capítulo 5: os trabalhos de Ferster relativos à prática terapêutica.

A Seção III apresenta, então, a caracterização das propostas terapêuticas de consultório bem como uma análise da literatura sobre AT. Ela está organizada nos seguintes capítulos:

- Capítulo 6: engloba o desenvolvimento do trabalho em consultório – que abrange a década de 1980 até os dias atuais.
- Capítulo 7: a intervenção clínica praticada no Brasil.
- Capítulo 8: análise da literatura sobre o acompanhamento terapêutico.

⁴ Trabalho publicado de forma póstuma no ano de 2004 no *JEAB*.

Ao final de cada um destes capítulos é apresentada uma análise acerca das propostas de trabalho quanto a objetivos e resultados. Essa análise auxiliará na comparação entre as modalidades.

Na seção IV é apresentada, então, uma comparação entre as propostas terapêuticas, uma comparação das propostas com as bases da terapia comportamental e, finalmente, a comparação delas com o AT. Além disso, ao final da seção está apresentada uma proposta de organização didática das bases da terapia comportamental e das propostas terapêuticas analisadas na tese aqui apresentada com base no triângulo epistêmico proposto por Tourinho e Sérgio (2010). Essa seção é composta pelo capítulo 9 e contempla o objetivo 2 da presente pesquisa.

Ao final, está a seção Discussão que, além de apresentar as conclusões que o trabalho possibilitou, atribuiu algum *status* para o AT completando, assim, o objetivo 3.

Ao longo do trabalho, alguns termos foram empregados com significados específicos e, portanto, exigem definição.

As diferentes formas de terapia comportamental (modificação de comportamento e *FAP*, por exemplo) serão tratadas aqui como *propostas terapêuticas* ou *formas de intervenção*.

O termo *cliente* será adotado em detrimento de *paciente*. A opção é motivada por esse ser um termo já consagrado na literatura da Análise do Comportamento tanto nacional quanto internacional.

Apesar de Skinner utilizar tanto o termo *terapia* quanto *psicoterapia*, será adotado ao longo deste trabalho o termo *terapia* para designar o tipo de intervenção de consultório.

Uma questão inicial que vale ser discutida é que a denominação de uma proposta terapêutica, mais do que um nome ou expressão, apresenta uma sistematização de princípios e estratégias realizada por um autor ou por um grupo de trabalho, que especifica uma forma de trabalho defendida por eles. O termo *sistematização* também garante que a abordagem seja entendida como o produto de uma

quantidade de trabalhos e não como resultado de apenas uma publicação mas, em geral, tem uma grande quantidade de trabalhos por detrás.

Um último comentário é fundamental antes de iniciar a revisão da literatura: por se tratar de um trabalho histórico-conceitual os dados utilizados para a pesquisa são os textos publicados por autores consagrados de cada uma das áreas. Sendo assim, as afirmações e conclusões que serão apresentadas a seguir se baseiam no estudo das publicações da área. Deve-se dizer, também, que, a rigor, a pesquisa aqui apresentada não se constitui em uma revisão da literatura específica de cada proposta terapêutica. Ela é, no entanto, um levantamento bibliográfico dos principais periódicos da área da Análise do Comportamento e da Psicologia Clínica a fim de garantir representatividade e, com isso, conferir validade às conclusões.

Seção I:
Categorias para a Análise das
Propostas Terapêuticas

Capítulo 1: A Questão do Controle do Comportamento Humano

Para a análise das propostas terapêuticas, serão utilizadas quatro categorias: concepção de comportamento a ser tratado pela proposta, denominado aqui como comportamento-alvo, o tipo de estratégia utilizada para a intervenção e controle do comportamento tratado, a efetividade da proposta e a generalidade da proposta.

Este capítulo apresenta os conceitos fundamentais para a formulação das categorias: comportamento-alvo e estratégias para a intervenção e controle do comportamento a ser tratado. A questão da efetividade e da generalidade será tratada no capítulo 2.

Para a definição das categorias comportamento-alvo e estratégias para a intervenção e controle sobre o comportamento é fundamental a análise de conceitos que Skinner apresenta acerca do tema controle sobre o comportamento. Por isso, seguir-se-á uma análise desses conceitos para uma posterior descrição das definições das categorias de análise apresentadas neste capítulo.

O tema *controle* é tratado por Skinner em sua obra com dois propósitos distintos: um deles é para se referir à análise das relações de controle sobre o comportamento; o outro é debater, com as teorias vigentes de época (da Psicologia e Ciências Sociais, principalmente), quais implicações a noção tradicional de controle tem e quais são as vantagens de se analisar essa questão do ponto de vista da análise do comportamento.

Os dois propósitos serão aqui apresentados iniciando-se pelo debate de Skinner com outras teorias e chegando até a sua análise das relações de controle.

Na tentativa de produzir um debate com outras áreas da Psicologia, Skinner procura além de apresentar sua concepção behaviorista radical, procura analisar e discutir com o que já vinha sendo produzido pela literatura da Psicologia. Isso, em alguns casos, significou que o autor teve de responder a críticas que porventura recebia. Um exemplo disso foi a questão do controle. Skinner recebeu duras críti-

cas por tomar como objetivo da sua ciência a busca pelas relações de controle sobre o comportamento. Como ele próprio afirma em 1971 (Skinner, 1972/1971⁵), o termo controle foi mal interpretado pela Psicologia em geral. Para os autores não analistas do comportamento, Skinner, ao falar de controle, estaria defendendo o uso do controle aversivo. Por esse motivo, o autor, em vários momentos da sua obra, mas em dois trabalhos principalmente (Skinner, 1959; 1972/1971), procurou se defender explicando o conceito de controle e discutindo de que forma as próprias definições oferecidas pela literatura da época tinham relação implícita com o controle aversivo.

Para defender seu argumento Skinner (1972/1971) se debruça sobre o conceito que as teorias “tradicionais” tinham de *liberdade*. Para ele, as teorias definiam liberdade como ausência de controle, de modo que qualquer tipo de controle exercido pelo homem colocaria em cheque seu livre-arbítrio (o livre-arbítrio nesse caso, seria uma característica intrínseca à existência humana). Para Skinner, avaliar a questão da liberdade sob essa ótica é estabelecer que a noção de controle resume-se àquele que 1. é imposto por outra pessoa (social, portanto) e 2. que envolva estimulação aversiva de alguma espécie. Diz o autor,

A luta pela liberdade está interessada em estímulos intencionalmente arranjados por outros indivíduos. A literatura da Liberdade identificou esses indivíduos e propôs meios de fugir deles ou de enfraquecer ou de destruir seu poder. (Skinner, 1971, p. 37)⁶

Para ele, toda a preocupação está voltada para a luta contra a opressão e contra aqueles que, de alguma forma, estabelecem algum tipo de controle aversivo sobre o outro.

⁵ A primeira data refere-se ao ano de publicação da edição consultada e a segunda ao ano da publicação original.

⁶ Cabe aqui um comentário a dois termos utilizados por Skinner em 1959 e 1971: *Literatura da Liberdade e luta pela liberdade*: o primeiro refere-se aos trabalhos produzidos àquela época que discutiam as relações de exploração entre classes sociais e a consequente tecnologia produzida por elas; portanto, estava preocupada com o controle aversivo produzido por outras pessoas; o segundo termo refere-se ao esforço das pessoas para se livrarem desse tipo de controle.

Sendo assim, entender controle apenas como aquele que é social e aversivo levará para uma análise que promove a luta pela cessão do controle aversivo, deixando de lado qualquer outro tipo de controle. Para o autor, essa visão é limitada, pois negligencia outras formas de controle. Para Skinner, falar de controle é dizer de qualquer tipo de variável independente que tenha algum tipo de interferência sobre uma variável dependente (nesse caso o comportamento) seja ela social ou física, aversiva ou positiva.

A mudança que Skinner propõe, portanto, é na concepção de controle. Controle não é apenas aquele imposto, é tudo o que opera sobre o comportamento de um indivíduo, desde aspectos da natureza até o controle social.

Essa proposta leva a uma revisão no conceito de liberdade. Para Skinner, liberdade é mais do que livrar-se do controle aversivo, é atingir o que ele define como autogoverno e autocontrole. Ou seja, relaciona-se com a possibilidade de o indivíduo controlar as consequências que se sucederem à emissão de sua resposta. Sendo assim, ele só será livre na medida em que tiver controle sobre o próprio comportamento.

Assim, o autor responde às críticas que sofria naquele momento. É possível concluir até aqui que Skinner esta atribuindo à análise das relações de controle a explicação do comportamento. Para a definição de controle parece oportuno, aqui, resgatar o que Skinner (2000/1953) define como objetivo da ciência.

Ciência se não preocupa apenas com a descrição dos eventos, tenta descobrir ordem, demonstrar que certos eventos estão em relação com outros eventos. Além disso, existe a predição (dialoga, portanto, com o passado e com o futuro). Controlar é, portanto, descrever, ordenar e prever o comportamento (Skinner, 2000/1953, p. 21).

Essa citação aponta três características fundamentais do controle sob o ponto de vista skinneriano (e também do tipo de ciência com que Skinner estava preocu-

pado). A primeira delas é a necessidade da *descrição* dos eventos estudados, ou seja, identificar quais são as suas características. A segunda é estabelecer algum tipo de relação entre o organismo e o ambiente, já que um dado evento acontece por existir enquanto relação com algum outro. Essa etapa é definida como *ordenação* e é aqui compreendida como organização dos eventos estudados em termos de variáveis dependentes e independentes (Skinner 2000/1953). De posse, então, da *descrição* e da *ordenação* dos eventos, agora é possível estabelecer, com algum grau de confiabilidade, uma *previsão* do funcionamento daqueles eventos – terceira característica fundamental.

Essas três características fundamentais não eram novas na ciência da época. A diferença está no tipo de ordenação proposta por Skinner. Ao invés da clássica relação mecânica entre causa e efeito, ele traz da física de Ernest Mach a existência de uma relação funcional entre os eventos.

Sendo assim, o esforço estava em definir de que maneira essa relação acontece e, para isso, é necessário um breve retorno aos conceitos de resposta, classe de resposta, estímulos e classes de estímulos. Em uma primeira definição, é possível caracterizar estímulo como um evento ambiental que controla uma ação do organismo definida como resposta. A esse respeito o autor afirma:

... uma resposta que já ocorreu não pode (...) ser prevista ou controlada. Apenas podemos prever a ocorrência futura de respostas *semelhantes*. Dessa forma, a unidade de uma ciência preditiva não é uma resposta, mas sim uma classe de respostas (p.71).

Uma classe de respostas se constitui em função do tipo de consequência que estas produzem no mundo. Com isso, Skinner (2000/1953) dá ênfase ao fato de essas respostas operarem no ambiente produzindo consequências, alterando o paradigma *estímulo que produz uma resposta*, para o paradigma *resposta que produz um estímulo modificando a probabilidade futura de respostas da mesma classe*.

Nessa relação, quando as consequências produzidas aumentam a probabilidade de emissão futura de respostas da mesma classe, caracteriza-se, então, um processo de condicionamento operante. Ou seja, uma resposta emitida torna mais provável a emissão de outras respostas da mesma classe quando a mudança que ela provocou no ambiente, retroage sobre o organismo. Essa classe de respostas é chamada de operante.

Há, ainda, outro efeito que essa consequência produz. Estímulos ambientais presentes no momento do condicionamento tornam-se a *ocasião* na qual a emissão daquela resposta produzirá a mudança no ambiente que irá retroagir sobre o organismo. Depois de passar por uma história de reforçamento diferencial, na qual, a resposta é sistematicamente reforçada na presença desta ocasião e não é reforçada em sua ausência, ela adquire a função de estímulo discriminativo. Com isso, tem-se, agora, uma contingência de três termos, na qual, há um estímulo discriminativo, que controla a probabilidade da emissão da resposta, a emissão de uma resposta, que produz uma mudança específica no ambiente, que, por sua vez, retroage sobre o organismo. Essa tríade Skinner definirá como comportamento operante.

O processo envolvido no tipo de relação operante é o *reforçamento*. Como apontado acima, uma consequência específica produzida no ambiente por uma resposta, permite a criação de uma classe de respostas; é a mesma consequência que também altera a probabilidade futura de emissão de respostas da mesma classe. A esse tipo específico de consequência é dado o nome de estímulo reforçador. Há, pelo menos, dois tipos de classificação dos estímulos reforçadores. Uma delas baseia-se na alteração ambiental produzida e são chamados reforçadores positivos quando a consequência é a apresentação do estímulo; e de negativos quando a consequência é a retirada do estímulo. A segunda classificação refere-se à origem da sua função comportamental. São chamados reforçadores primários quando independem de uma história de aprendizagem individual e estão relacionados a história da espécie do sujeito; condicionados quando dependem de uma história de aprendizagem individual; e generalizados que também dependem de uma história individual mas, além disso, tem relação com um estado motivacional anterior.

A despeito de qual seja o tipo de alteração ambiental ou a origem do valor reforçador do estímulo, Skinner (2000/1953) chama a atenção para a possibilidade

de o arranjo das contingências operantes ser de duas maneiras distintas: em uma, a alteração ambiental é direta e mecânica, portanto o próprio organismo produz a alteração; e, na outra, a alteração é indireta e não mecânica, portanto, mediada por outro organismo. A esse tipo de operante Skinner define como comportamento social.

Dentre os comportamentos sociais possíveis, há um “subtipo” (ou outra classificação) proposta por Skinner. Trata-se de uma espécie de operante que os seres humanos não compartilham com outros animais. Nele também há uma alteração no ambiente indireta e não mecânica, portanto mediada por outro organismo; no entanto, aqui, essa mediação foi sistematicamente treinada por uma comunidade. Ou seja, para que esse outro organismo fosse capaz de mediar a relação desse primeiro com seu ambiente, ele, necessariamente, teve de passar por um treino específico. Nesse comportamento, agora definido como *verbal*, reforçadores são disponibilizados por outras pessoas, ou por uma audiência especialmente treinada para consequenciar aquelas respostas da forma mais adequada.

A definição clássica para esse tipo de operante está em Skinner (1992/1957),

Comportamento verbal é comportamento que é reforçado por meio da mediação de outra pessoa, mas apenas quando a outra pessoa está se comportando de maneira que foram modeladas e mantidas por um ambiente verbal que evoluiu. (p. 90)

Uma decorrência deste tipo de comportamento é o fato de o sujeito ser capaz de, a partir deste tipo de relação operante, analisar o tipo de mudança que ele produz no mundo. Ou seja, ele pode emitir uma resposta verbal que descreva seu comportamento. Uma descrição desse tipo cabe dentro da definição do que Skinner chamou de regras. Sendo assim, uma descrição de uma contingência pode adquirir controle sobre o comportamento de outra pessoa ou do próprio indivíduo. (Sério, 2004).

Sério (2004) enfatiza o valor evolutivo da descrição de uma contingência como possibilidade de controle sobre o comportamento de outra pessoa. Para entender essa ideia, deve-se voltar a uma diferenciação que Skinner (1969) faz entre comportamento modelado pela contingência e comportamento controlado por estímulos especificadores da contingência. Para ele, pode-se afirmar que uma resposta foi modelada pela contingência quando aquele comportamento, especificamente, possui uma história de reforçamento anterior, ou seja, ele teve contato direto com a contingência. Já no comportamento governado por regras, o indivíduo não teve experiência direta com aquela contingência e, portanto, não possui uma história de reforçamento específica.

A falta de exposição direta com a contingência pode ser útil, pois evitam-se danos ao próprio indivíduo, economiza-se tempo na instalação de novos repertórios e mantêm a aprendizagem em curso mesmo quando os reforçadores são atrasados.

Aqui está o valor evolutivo destacado por Sérgio (2004), pois é possível ensinar e transmitir padrões culturais sem que todos os participantes daquela comunidade tenham uma história de reforçamento direta com a instalação de todas as práticas culturais já estabelecidas.

Sendo assim, o controle verbal do comportamento acontece em duas especificações que Skinner (1969) fornece ao conceito de regra *conselhos* e *mandos*:

- No *conselho*, o comportamento de seguir aquela regra será reforçado no momento em que ele for emitido e produzir a consequência natural.
- No *mando*, a consequência é liberada pela pessoa que descreveu a regra, ou seja, ao emitir uma resposta sob controle da regra será o sujeito que emitiu a resposta verbal regra que produzirá o reforçador e não a contingência direta.

Há, ainda, uma questão adicional, pois, para que o sujeito siga a regra, é necessária a instalação de um repertório prévio de seguimento de regras, para assim garantir que a regra será seguida.

Tem-se até aqui a descrição de alguns dos controles que são operados pelo ambiente externo. Todos os conceitos são importantes em si, mas, para fins dessa pesquisa, o motivo principal dessa descrição é o fato de todos eles estarem presentes na análise das propostas terapêuticas. As propostas serão discutidas de acordo com as noções de controle do behaviorismo radical.

Um outro tipo de controle também deve ser avaliado: o papel exercido pelos eventos privados. Isso é ainda mais crítico quando se fala do controle sobre o comportamento verbal. A Análise do Comportamento foi muito criticada por, aparentemente, não estudar os comportamentos privados. De fato, para Skinner (1945), existem problemas no que se refere ao estudo desse tipo de comportamento, mas não o suficiente para retirá-lo do escopo da Análise do Comportamento.

Um desses problemas é o tipo de acesso que se tem aos eventos privados. Diferentemente de uma resposta pública que é observável por mais de uma pessoa além do organismo que emitiu tal resposta, os eventos privados só são acessíveis ao próprio organismo que emitiu.

Sendo assim, uma questão que aparece é a maneira pela qual a comunidade é capaz de produzir uma contingência de reforçamento necessária para a contingência verbal. Ou seja, se o dado é observável apenas para o sujeito que se comporta, quais são os recursos que a comunidade verbal trabalhará para produzir uma condição favorável de reforçamento?

Para o autor a comunidade verbal lança mão de quatro possíveis soluções:

- Existe algum acompanhamento que é possível ser feito e é suficiente. Aqui ele refere-se à existência de alguma correspondência entre o evento público e o privado. Por exemplo, é possível ensinar uma criança a nomear uma sensação como *dor* ao observar que ela se machucou após uma queda.
- Uma resposta privada pode ser inferida pelas respostas colaterais emitidas pelo sujeito. Seguindo o exemplo da criança sentindo dor, uma

resposta colateral pode ser o choro, ou as feições características de dor. Diante desses sinais, infere-se que ela está sentindo dor.

Nas duas soluções descritas existe um problema apontado pelo autor que é o fato de a relação entre evento público e evento privado não ser direta e, portanto, não haver garantia de que a comunidade planeje adequadamente as consequências, nesse caso, a associação entre eventos públicos e privados pode ser equivocada.

As duas soluções restantes são as seguintes:

- A pessoa descreve o estímulo privado ao qual respondeu, ou seja, o próprio sujeito ensina a comunidade o que observar.
- A observação pode ser feita por indução e, nesse caso, descreve-se o estímulo privado assemelhando-o a eventos públicos.

Ainda assim, para Skinner (1945), a precisão aqui é duvidosa. A resposta talvez esteja quando a comunidade verbal reforça no momento em que a resposta privada é emitida diante de estímulos públicos. Assim, ela própria aprende a observar, ainda que por inferência, as respostas privadas do sujeito. No entanto, o caráter inferencial do evento privado não tira a necessidade do estudo deste tipo de fenômeno.

Em síntese, para a realização de um dos objetivos da pesquisa aqui apresentada (estabelecimento de comparação entre as propostas terapêuticas com o AT), quatro categorias foram desenvolvidas. Os conceitos apresentados nesse capítulo auxiliaram na definição de duas delas: conceitos centrais para o diagnóstico e estratégias para a intervenção. Sendo assim, cabe, agora, a definição de cada uma delas:

- Conceitos centrais para o diagnóstico: essa categoria refere-se à primeira etapa descrita por Skinner (2000/1953), a *descrição*. Nela estará a descrição do tipo de comportamento que cada proposta seleciona para a intervenção.
- Estratégias para a intervenção: aqui estará a segunda etapa proposta por Skinner (2000/1953), a *ordenação*. Aqui serão apontadas as for-

mas como cada proposta se propõe a estabelecer o controle sobre o comportamento do cliente, levando em consideração o tipo de procedimento (VI) utilizado por elas, estabelecendo uma relação entre comportamento-alvo e procedimento adotado.

Estas são as duas primeiras categorias que serão utilizadas na comparação entre as propostas terapêuticas. O capítulo seguinte se refere à caracterização das outras duas categorias: *efetividade* e *generalidade*.

Capítulo 2: **As dimensões da pesquisa aplicada como ponto de partida de análise das propostas terapêuticas**

Como foi apontado anteriormente, para o estabelecimento da comparação entre as propostas terapêuticas serão utilizadas quatro categorias. Duas delas foram apresentadas no capítulo anterior e se referem ao comportamento eleito como alvo da intervenção e o tipo de estratégia que a proposta oferece para intervenção e para garantir o controle sobre o comportamento tratado. As outras categorias que serão utilizadas são *efetividade* e *generalidade*. Para a conceituação das últimas categorias foi utilizado o trabalho em que Baer, Wolf e Risley (1968) demarcam as dimensões da Pesquisa Aplicada. Este capítulo tem o objetivo de caracterizar o trabalho desses autores e justificar o seu uso na conceituação das categorias de análise.

Até o final da década de 1960, a Análise do Comportamento como abordagem científica já havia alcançado uma razoável compreensão acerca do comportamento humano. De fato, como apontam Baer, Wolf e Risley (1968), a compreensão behaviorista radical do comportamento humano já havia construído, até aquele momento, descrições gerais dos princípios básicos do comportamento suficientes para a sua utilização em situações aplicadas. Isso é demonstrado pelo crescente número de publicações a esse respeito a partir da década de 1960. Para os autores, esse fato justificava a criação de um periódico específico: o *Journal of Applied Behavior Analysis*.

O estabelecimento de uma área de Pesquisa nova levou também à necessidade de desenvolvimento de parâmetros que deveriam nortear uma pesquisa aplicada, bem como avaliar o que já vinha sendo produzido. Por isso, Baer, Wolf e Risley (1968) valeram-se de sete dimensões para a caracterização de uma pesquisa aplicada. São elas: aplicada, comportamental, analítica, tecnológica, sistema conceitual, efetividade e generalidade.

Ao revisitarem essa discussão vinte anos mais tarde, Baer, Wolf e Risley (1987), corroboraram as sete dimensões e afirmaram que, inicialmente, elas eram

descrições das características de uma pesquisa aplicada, mas acabaram adquirindo o valor de prescrição para uma situação de aplicação.

Os autores caracterizam a área da pesquisa aplicada como uma situação em que os comportamentos estudados são aqueles com alguma importância social. Ou seja, diferentemente de uma situação experimental em que o comportamento a ser estudado é definido pela sua relevância teórica, na aplicada o fundamental é a relevância social do comportamento em estudo. Cabe dizer que isso não significa o abandono da validade teórica nem da relevância conceitual da pesquisa aplicada; no entanto, o compromisso fundamental é com a importância social daquele comportamento.

As prescrições de Baer, Wolf e Risley (1968) quanto às características fundamentais de uma pesquisa aplicada também são, em alguma medida, válidas para intervenções comportamentais. Conforme é apontado também por Malavazzi et al, 2011. Por esse motivo, será feita, a seguir, uma análise de cada uma das dimensões apresentadas pelos autores, com vistas a definir quais podem servir de suporte para a análise histórica das propostas terapêuticas que a presente pesquisa se propõe.

- *Aplicada*: uma das características fundamentais refere-se à natureza do fenômeno a ser estudado. Para os autores, uma pesquisa só é aplicada se o objeto for mais relevante para a sociedade do que para a teoria. Nesse sentido, existe uma relação muito próxima entre o comportamento estudado e seus determinantes e o sujeito que está sendo estudado. Ou seja, a questão não é apenas o comportamento X, mas o comportamento X que é emitido pelo sujeito X. Além disso, nesta dimensão aparece uma primeira descrição da questão de *socialmente relevante*. Para os autores ela passa por dois pontos fundamentais: a importância da mudança para o sujeito e para o contexto em que ele vive. Uma mudança não é relevante o suficiente se for importante apenas para o indivíduo ou apenas para o contexto em que ele vive, ela deve atender aos dois critérios. A definição o tipo de importância atribuirá ou não a característica de aplicada.

- *Comportamental*: a pesquisa aplicada refere-se a buscar uma forma de fazer com que o sujeito se comporte de maneira efetiva em seu ambiente. Nesse sentido, é mais relevante para o pesquisador tratar com o comportamento do sujeito medido pela observação direta muito mais do que uma descrição do indivíduo a respeito do que ele fez. A exceção a essa regra é se o comportamento a ser estudado é a forma pela qual o indivíduo relata o que fez em determinada situação.
- *Analítica*: qualquer pesquisa analítico-comportamental busca definir a relação de dependência entre eventos, ou seja, busca a demonstração do tipo de controle que opera sobre um comportamento. Esse tipo de demonstração é possível em um ambiente planejado em que há possibilidade de teste de todas as variáveis para a determinação de qual a influência de cada uma sobre o comportamento estudado. Na pesquisa aplicada, esse tipo de controle é inviável dado o tipo de ambiente em que habitualmente ela ocorre. Por isso, ela tem a necessidade de demonstração do controle tanto quanto for possível. Não significa, nesse caso, o abandono da descrição do controle, mas há necessidade de um esforço metodológico para demonstrar as relações de controle a despeito do meio em que ela é realizada.
- *Tecnológica*: na pesquisa aplicada, há a necessidade de uma descrição do procedimento utilizado em termos dos arranjos de contingências que foram preparados. Isso garantirá a possibilidade de replicação, obtendo-se os mesmos resultados. Ou seja, não basta a descrição dos comportamentos dos sujeitos; é necessário também que se descrevam os comportamentos dos pesquisadores durante a pesquisa realizada.
- *Sistema conceitual*: a descrição dos procedimentos não deve ser apenas tecnológica (como a dimensão anterior sugere); ela deve ser relevante em termos de apontar como os procedimentos utilizados deri-

vam dos princípios básicos do comportamento. Isso evita que um procedimento se torne apenas um conjunto de dicas para a aplicação.

- *Efetividade*: essa questão refere-se à produção de resultados em termos de mudança do comportamento. No entanto, não está em jogo apenas a mudança, mas o valor social que ela teve. Novamente, se coloca a questão do que se pode definir como relevância social. Para os autores, responder à seguinte pergunta pode auxiliar nesse debate: o quanto aquele comportamento selecionado deve ou não ser alterado? Ou seja, qual é o valor social da mudança daquele comportamento? A depender do tipo de resposta, será possível atribuir ou não o valor de efetividade. Para eles, essa não é uma pergunta para a ciência responder, mas é uma reflexão que a prática deve executar. Sendo assim, não há uma resposta pronta, mas apontam a necessidade de reflexão a esse respeito.
- *Generalidade*: uma mudança comportamental tem generalidade comprovada se for demonstrada: a sua duração através do tempo, se ela aparece em uma variedade de possíveis ambientes, se ela estende-se para uma gama de comportamentos relacionados e, além disso, se ela se mostra duradoura após o encerramento da intervenção.

Todas as sete dimensões se mostraram úteis para a análise de uma intervenção; no entanto, para efeito da pesquisa aqui apresentada foram selecionadas aquelas que complementam as duas categorias assinaladas no capítulo 1 (conceitos centrais para o diagnóstico e estratégias para intervenção): *efetividade* e *generalidade*.

Ao se destacar os conceitos centrais para o diagnóstico de cada proposta terapêutica, será necessário avaliar duas questões: uma delas refere-se a quanto o procedimento utilizado pela proposta alterou o comportamento-alvo permitindo afirmar que a intervenção produziu efeito para o cliente; a outra diz respeito a quanto aquela mudança efetivada pela intervenção tem relevância para o contexto

em que aquele cliente está inserido; portanto, um efeito para o grupo. Nesse sentido, as propostas serão analisadas à luz da dimensão *efetividade*.

No que se refere à categoria estratégias para a intervenção, uma análise semelhante se mostrou oportuna. Uma descrição do tipo de estratégia não garante que ela produza efeitos no ambiente natural do cliente. Sendo assim, cada proposta será analisada à luz da dimensão *generalidade*, com vistas a avaliar o quanto cada proposta está ligada à produção e manutenção dos resultados fora do ambiente da intervenção e após o término do trabalho.

Outro ponto que merece comentário nesse momento é a questão dos estudos de validação empírica da Psicoterapia. Desde 1995 algumas Forças-Tarefa foram constituídas nos Estados Unidos pela APA (*American Psychological Association*) (O'Donohue e Ferguson, 2006). Dentre os seus vários objetivos estavam o de divulgar os estudos empíricos já produzidos e elucidar processos ocorridos em uma sessão (Oshiro, 2011). De uma maneira geral, esse investimento trouxe o desenvolvimento de uma grande área de pesquisa que passou a definir os rumos das pesquisas em terapia. A busca passou a ser, então, por uma validação empírica dos processos terapêuticos. Esse movimento da Psicologia como um todo trouxe grande reverberação na Análise do Comportamento que passou a buscar validações empíricas para seus procedimentos. No Brasil, diversos grupos têm investido nesse caminho trabalhando em duas frentes: pesquisa de processo e pesquisa de resultado. Um grupo que se destaca nessa direção é o grupo pertencente ao Instituto de Psicologia da USP liderado pela Dra. Sonia Beatriz Meyer.

Visto que a tese aqui proposta é um trabalho histórico-conceitual e que, portanto, as caracterizações são feitas a partir de publicações da área de cada uma das propostas, os estudos de eficácia não fizeram parte da caracterização. No entanto, eles serviram como elemento para a comparação, como ficará claro no capítulo 9. É importante apontar que não foi feito um estudo exaustivo da validação empírica das propostas, mas consultas a trabalhos de revisão de literatura que apontassem o “estado da arte” da validação empírica de cada proposta.

Em síntese, serão quatro as categorias utilizadas para a análise das propostas terapêuticas: conceitos centrais para o diagnóstico, estratégias para a intervenção, efetividade e generalidade.

Os capítulos 3, 4, 5, 6, 7 e 8 apresentados a seguir, fazem a caracterização das bases da terapia comportamento e das propostas terapêuticas. Ao final da apresentação de cada proposta é feita uma breve análise da proposta em termos das categorias assinaladas até aqui. No capítulo 9 será, então, apresentada a comparação detalhada entre as propostas tomando como base a categorização realizada.

Práticas Terapêuticas Originadas na Análise do Comportamento

A pesquisa aqui apresentada teve como objetivo a comparação do AT com outras propostas terapêuticas de maneira a estabelecer algum *status* para essa modalidade de atendimento. Conforme já indicado, para estabelecer a comparação, quatro categorias foram definidas: comportamento alvo da intervenção, estratégias para intervenção, efetividade e generalidade. Para a realização dessa comparação, uma caracterização das propostas terapêuticas é necessária e será apresentada a seguir.

A história das propostas terapêuticas comportamentais costuma ser dividida em três gerações (ou três ondas) com o objetivo de definir conjuntos de práticas e, dessa forma, entender o processo histórico da intervenção comportamental. Essa classificação foi apresentada por Hayes (2004) e, mais tarde, retomada por Pérez-Álvarez (2006). As gerações são definidas com base nos pressupostos básicos, métodos e objetivos.

A primeira geração, denominada *Terapia Comportamental Tradicional* situa-se entre as décadas de 1950 e 1960. Ela identifica-se com o movimento da psicologia clínica de abordagem científica que vinha no movimento contrário da psicologia clínica tradicional (abordagem que prescindia de dados e observações científicas). Ela tinha como base teórica as noções de condicionamento respondente e operante e as tecnologias que vinham sendo desenvolvidas pela crescente área de pesquisa da Análise Aplicada do Comportamento. Dessas noções, desenvolveram-se técnicas como dessensibilização sistemática e exposição com prevenção de respostas (no paradigma respondente) e reforçamento (no paradigma operante). A área ficou conhecida como *Modificação de Comportamento* e tinha como objetivo a diminuição ou alteração de uma resposta específica ou a instalação de um novo repertório a partir da elaboração de um procedimento. Ela ficou bastante conhecida pelas suas aplicações em instituições fechadas como escolas, hospitais e prisões. (Hayes, 2004)

Segundo Pérez-Álvarez (2006), é possível afirmar que esse tipo de prática não trazia análises acerca do comportamento verbal (no sentido estrito em que Skinner o havia, então, recém definido, em 1957) e, portanto, suas aplicações ti-

nham sucesso em ambientes institucionais em que o controle total do ambiente era possível.

A segunda geração, cognominada *Terapia Cognitivo-Comportamental*, situa-se nos anos 1970. Sua origem está na terapia racional emotiva, na terapia cognitiva e no paradigma respondente. Essa origem trazia a prerrogativa de que todos os problemas de comportamento tinham sua origem nas cognições do indivíduo (suas crenças, pensamentos, expectativas, atribuições); sendo assim, o tratamento deveria ser realizado na direção de transformar essas cognições.

A terceira geração, as chamadas *Terapias Contextualistas*, tem origem no início dos anos 1990 e é mantida até os dias atuais. Para Hayes (2004), elas surgem a partir dos avanços teóricos da Análise do Comportamento durante a década de 1980 (principalmente no campo do comportamento verbal) e, também, nas limitações que as terapias cognitivo-comportamentais apresentavam nos tratamentos de longo prazo. Os avanços, como destacados por Hayes (2004) e Pérez-Álvarez (2006), estão no campo dos estudos com o comportamento verbal e na inclusão dos eventos privados na agenda de pesquisa da Análise do Comportamento, a partir da década de 1980. As propostas que compõem estas práticas são, segundo Hayes (2004): *ACT* (Terapia de Aceitação e Compromisso), *FAP* (Terapia Analítica-Funcional), Terapia Comportamental Dialética, Terapia Comportamental Integrativa de Casais, Terapia de Ativação Comportamental e Terapia Cognitiva de *Mindfulness*.

A análise histórica descrita até aqui faz uma organização das propostas terapêuticas em fases. Esse agrupamento, no entanto, parece simplista, pois não leva em consideração as intervenções de base behaviorista radical existentes entre a geração um (modificação de comportamento) e a geração três (terapias contextualistas), nem em consideração os trabalhos apresentados por Skinner durante esse período que analisam a prática terapêutica. Além disso, assume que todas as propostas behavioristas radicais surgidas após a década de 1990 são classificáveis como Terapia Contextualistas. Essa classificação, por exemplo, não aparece nos

trabalhos apresentados durante a década de 1990 no *JABA* que analisam intervenções⁷.

Uma análise mais fiel à história da intervenção deve levar em consideração uma organização cronológica de todas as propostas de intervenção originadas na Análise do Comportamento.

Banaco (2012) apresenta essa organização. Para o autor, o desenvolvimento da intervenção sempre esteve atrelado aos avanços no campo da ciência básica. Por exemplo, o paradigma respondente, vigente no início do século XX, possibilitou o desenvolvimento de uma proposta de intervenção baseada no condicionamento clássico, assim como a Pesquisa Aplicada (do final da década de 1960) foi base teórica para a fundamentação da Modificação do Comportamento (surgida no início da década de 1970).

Com o objetivo de atender à necessidade de uma descrição das propostas terapêuticas em ordem cronológica, foi, então, selecionado o ano de 1953 como referência. Essa data foi selecionada pelos seguintes motivos:

1. Foi o ano de publicação do primeiro trabalho de Skinner fazendo uso aplicado dos conceitos operantes (Lindsley, Solomon e Skinner, 1953).
2. Foi o ano da publicação de *Ciência e Comportamento Humano* (CCH) que contem uma análise bastante extensa acerca da intervenção de consultório realizada pela psicologia da época e da qual poderia derivar uma primeira proposta terapêutica estritamente operante.
3. As intervenções clínicas realizadas até essa data tinham como mote o paradigma respondente.

Sendo assim, as intervenções anteriores a 1953 foram excluídas por não utilizarem o paradigma operante como mote para a sua intervenção. Esse critério também foi adotado para não incluir outras propostas terapêuticas que surgiram

⁷ Uma análise dessa literatura está apresentada no capítulo 4 dessa pesquisa.

após 1953, a saber, Terapias Cognitivas e Cognitivo-Comportamentais e a Terapia Dialética-Comportamental.

Segundo esses critérios, foram selecionadas para análise as seguintes propostas: aquela derivada dos trabalhos de Skinner, Modificação de Comportamento, a proposta descrita por Ferster, *Clinical Behavior Analysis, Acceptance and Commitment (ACT)*, *Functional Analytic Therapy (FAP)*, *Behavior Activation (BA)*, Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), Terapia Analítico-comportamental (TAC), Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP), Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA) e Acompanhamento Terapêutico (AT).

Todas elas estão agrupadas dentro da Seção II e da Seção II:

Seção II: As Bases da Terapia Comportamental

- Capítulo 3. Análises e propostas de Skinner quanto à terapia, englobando trabalhos desde 1953 até 2004.
- Capítulo 4: O Desenvolvimento da Modificação de Comportamento e a Questão da Generalização dos Resultados.
- Capítulo 5: Ferster e a Análise dos Fenômenos Clinicamente Relevantes.

Seção III: As Propostas Terapêuticas de Consultório

- Capítulo 6: Desenvolvimento do trabalho em consultório – que abranja a década de 1980 até os dias atuais.
- Capítulo 7: A intervenção realizada no Brasil.
- Capítulo 8: Análise da literatura sobre Acompanhamento Terapêutico.

Os capítulos serão então apresentados a seguir.

Seção II: As Bases da Terapia Comportamental

Capítulo 3: Análises e propostas de Skinner relativas à terapia e a intervenção

Como foi apontado anteriormente, será apresentada nos próximos capítulos a caracterização de cada uma das propostas selecionadas. Ao final de cada caracterização será apresentada, também, uma análise da proposta levando em consideração as quatro categorias de análise.

O primeiro conjunto de trabalhos referentes às bases da terapia comportamental a ser analisada será a de Skinner e será apresentada ao longo desse capítulo. O tema terapia aparece em vários trabalhos de Skinner. Analisando-se os seguintes trabalhos Skinner (2000/1953; 1954; 1992/1957; 1963a; 1963b; 1972/1971; 2006/1974; 1975; 2003/1989; 2004), é possível perceber que o tema é abordado de duas formas principais: uma análise científica das formas de terapia existentes na época (em geral de base mentalista e, mais especificamente, a psicanálise freudiana); e uma descrição do que deveria ser feito por um terapeuta comportamental. As duas formas aparecem concomitantemente em alguns trabalhos e, por isso, a apresentação seguirá a ordem cronológica de publicação.

Apesar de escrever a respeito da terapia, Skinner nunca formalizou, em um trabalho único, uma proposta de terapia. No entanto, após uma leitura de todos os trabalhos acima citados é possível estabelecer o que seria uma proposição de Skinner para a terapia. Sendo assim, esse capítulo está organizado de maneira a apresentar de forma cronológica os trabalhos de Skinner e em seguida agrupá-los em uma proposição.

Em 1953, Skinner, em conjunto com Lindsley e Solomon, publica um trabalho descrevendo uma intervenção que viria a ser o embrião da pesquisa aplicada. O trabalho foi realizado na *Harvard Medical School Behavior Research Laboratory* e tinha como objetivo demonstrar a aplicação dos princípios do comportamento para a modelagem do comportamento verbal vocal. Com a manipulação de consequências como cigarros, doces ou moedas liberados por um aparato, e tendo como sujeitos homens residentes há mais de 17 anos em um hospital psiquiátrico norte-

americano, diagnosticados como psicóticos, os pesquisadores testaram formas de diminuir a frequência das falas psicóticas e aumentar a frequência de falas condizentes com o que era observado.⁸

Desse trabalho, surge uma primeira concepção que será importante na definição da proposta terapêutica skinneriana: a noção de que comportamento patológico é um comportamento operante como outro qualquer e que, portanto, pode ser tratado com os mecanismos desenvolvidos até aquele momento.

Skinner, a partir do trabalho com Lindsley e Solomon, organiza essa análise em uma conferência que realizou paraprofissionais da área da medicina (que se tornaria uma publicação de sua autoria em 1959). O título da apresentação foi 'O que é o comportamento psicótico?'. Neste trabalho, Skinner descreve que o comportamento de um dito "enfermo" só pode ser analisado se a sua relação com o ambiente for desvendada. Ou seja, a origem de todo comportamento patológico está na relação deste indivíduo com seu ambiente. Nas palavras dele:

What I have to say rests upon the assumption that the behavior of the psychotic is simply part and parcel of human behavior, and that certain considerations which have been emphasized by the experimental and theoretical analysis of behavior in general are worth discussing in this special application. (p. 205)⁹

Skinner defende que o estudo do comportamento psicótico (assim como de qualquer comportamento) é da esfera das ciências naturais e deve ter: a) em seu objeto uma atividade observável, ou seja, um organismo com sistema fisiológico e biológico se comportando; e b) a sua explicação deve ser dada em termos de even-

⁸ A essa época, *Verbal Behavior* ainda não havia sido publicado; portanto, a descrição do que hoje é definido como tato distorcido aparece como falas psicóticas.

⁹ "O que tenho a dizer se baseia na hipótese de que o comportamento do psicótico é simplesmente parte do comportamento humano, e que certas considerações que têm sido enfatizadas pela análise experimental e teórica do comportamento, em geral, merecem ser discutidas em relação a esse tipo especial de aplicação." (Skinner, 1959, p. 205, tradução livre)

tos externos que agem sobre esse organismo, vale dizer, sua história hereditária (da espécie) e sua relação com o mundo físico à sua volta (presente e passado).¹⁰

Ao definir o estudo do comportamento dessa forma, Skinner critica as formulações tradicionais da época, que se valiam da concepção de vontade ou hereditabilidade. Para ele, a explicação do tipo de “indivíduo fez porque *quis*” não é suficiente. O comportamento só será explicado quando forem elucidados os *porquês* desse *querer* que estão, necessariamente, na relação desse indivíduo com seu ambiente.

O primeiro texto em que Skinner trata especificamente do tema terapia é na obra *Ciência e Comportamento Humano*, de 1953, mais especificamente no capítulo XXIV. Nesse trabalho, o autor trata a terapia como uma das agências controladoras e, portanto, como uma das formas de controle do comportamento em sociedade. A partir dessa visão, faz uma análise científica do que se tinha como prática até aquele momento a terapia psicanalítica.

O autor não está preocupado com as práticas psicanalíticas propriamente ditas, mas está voltado para a análise do controle do comportamento humano pelas agências controladoras (governo, religião, economia e educação) e os efeitos colaterais desta prática. Para Skinner, as agências só garantem o efetivo controle da sociedade lançando mão da punição ou ameaça de uso dela. Para ele, isso, além de não garantir um controle efetivo, gera os chamados subprodutos. Estes podem ser definidos em termos de padrões comportamentais distintos: o de *fuga*, pelo qual o indivíduo foge do controlador, fisicamente (se distancia) dele ou pela descrença no sistema; o de *revolta*, em que o indivíduo contra-ataca o agente controlador, agindo com críticas ou vandalismo; e o padrão de *resistência passiva*: quando todos os comportamentos de fuga e de revolta já se extinguiram, o indivíduo não se comporta de acordo com os padrões (como em uma greve, por exemplo).

Esses padrões, em geral, levam a uma reorganização das agências que intensificam o tipo de controle ou punem preventivamente os indivíduos. São os produ-

¹⁰ Note-se que, a essa altura (1953), Skinner não havia publicado o *Selection by Consequences* (1981) e, portanto, sua definição completa do modelo causal da análise do comportamento ainda não estava finalizada; porém, já aparece de maneira bastante clara a determinação do comportamento pela relação dos três níveis de seleção por consequências.

tos dessa intensificação do controle que levam a problemas para os indivíduos e que constituem o campo de atuação da terapia.

Exemplos do que o autor define como produtos são: *vício em drogas* (como forma de fuga temporária do controle exercido), *comportamento excessivamente vigoroso* (probabilidade de emissão da resposta muito alta e não adaptada à realidade); *comportamento excessivamente restrito* (um padrão inibido ou tímido em excesso); *controle de estímulos deficiente* (respostas discriminativas deficientes ou inexatas); *autoconhecimento deficiente* (indivíduo reage de forma ineficiente aos estímulos gerados pelo próprio comportamento); *autoestimulação aversiva* (o indivíduo busca a estimulação aversiva imediata para evitar uma pior no futuro). Todos eles são, de alguma forma, perigosos para o indivíduo ou para o seu grupo e, por isso, requerem algum tipo de tratamento.

Quanto às formas de intervenção, Skinner (2000/1953) inicia a análise do que se tinha na época como terapia e, assim, sinaliza alguns passos para a formação de um método clínico.

Para ele, inicialmente, o poder do terapeuta está em oferecer algum tipo de alívio para o cliente. Do ponto de vista científico, o que acontece é que esse cliente está em uma condição tão aversiva que qualquer sinalização de término ou diminuição da punição vigente se torna reforçador. O terapeuta é, portanto, a pessoa socialmente determinada para aliviar esse tipo de condição. Esse é o motivador inicial que leva o cliente para o consultório e obriga o terapeuta a ter como primeira tarefa assegurar que terá tempo disponível para, de fato, operar essa mudança toda e diminuir a condição aversiva em que o cliente se encontra.

Cumprida essa tarefa (e agora com tempo), o terapeuta pode sugerir mudanças que alterem condições de privação ou de saciação no cliente. Essas mudanças acontecem, em um primeiro momento, no âmbito verbal, mas adquirem força conforme as mudanças são realizadas pelo cliente. Ou seja, o terapeuta aconselha algumas mudanças na vida cotidiana do cliente e quanto mais este as realiza de forma satisfatória, mais o terapeuta ganha valor de reforço condicionado, tornando a terapia um ambiente reforçador por si só.

Outra técnica que é utilizada na terapia é o que Skinner define como *audiência não punitiva*. Para ele, o terapeuta deve evitar, ao máximo, o uso da punição. Se o que conduziu o cliente para a terapia foram os produtos do controle aversivo exercido pelas agências de controle, é função do terapeuta não reproduzir tal controle em seu consultório e com isso evitar novos subprodutos. Com a redução dos efeitos da punição, ou seja, comportamentos que são punidos na vida cotidiana do cliente passam a não produzir punição, mas sim reforçadores positivos, esses comportamentos começam a aparecer. Principal objetivo da terapia, para Skinner (até esse ponto) é, então, a reverter as mudanças comportamentais que aconteceram como resultado da punição.

A terapia ainda é discutida por Skinner (2000/1953) no subtítulo *Extinção Operante* no capítulo V. Ele afirma que ao longo do processo terapêutico é possível restaurar comportamentos que já foram extintos em algum momento da vida do cliente. Uma das formas de realizar tal processo é o próprio terapeuta oferecer reforçadores ou planejar contingências exteriores para o restabelecimento do comportamento já extinto. Em outra passagem, Skinner afirma que a terapia possui técnicas de criação de reforçadores condicionados, que auxiliam também na instalação de comportamentos novos.

Nesse sentido, além de procurar a diminuição dos efeitos da punição, a terapia também tem como objetivo restabelecer repertórios punidos ou extintos e instalar novos.

Outro problema que deve ser preocupação da terapia aparece quando o autor está analisando o tema ansiedade. Para ele, essa condição também é criada por uma situação de controle aversivo e seu efeito interferirá no comportamento cotidiano do indivíduo como um todo.

Ao longo deste trabalho (Skinner, 2000/1953), fica clara não só a preocupação do autor em analisar o que se tinha à época, mas também em estabelecer que a terapia é uma prática que existe exclusivamente pelos produtos oriundos do controle que é exercido pelas agências controladoras. Diz ele que o objeto da terapia são os *“lamentáveis subprodutos da punição”* (p. 203).

Uma ressalva que fica clara em Skinner (2000/1953) é o fato de que, mesmo preocupada com os subprodutos da punição, a terapia é também uma agência de controle e está sujeita ao mesmo risco.

Seguindo a linha cronológica das publicações de Skinner, foi encontrada uma série de menções à terapia, mas análises como a feita no *CCH* aparecerão novamente apenas na obra *Questões Recentes na Análise Comportamental*.

Na obra *Verbal Behavior*, por exemplo, existe uma série de referências à terapia, principalmente na parte sobre produção do comportamento verbal (parte V). Mais especificamente, no capítulo XV intitulado *self editing*, Skinner analisa o processo que Freud descrevia como repressão. Para ele, esse processo existe, porém não é necessário recorrer a instâncias internas ou mentais para explicá-lo. A explicação para a repressão está na análise da história de punição que o cliente apresenta.

Para Skinner, no momento em que o terapeuta identifica a fala excessiva a respeito de um único assunto por parte do cliente, mesmo sem a requisição por parte do terapeuta, pode ser uma pista de que o cliente está evitando falar de outro. Sendo comprovado, fica evidenciada uma história de punição associada ao assunto evitado.

Nesse sentido, uma tarefa do terapeuta é “liberar o conteúdo reprimido”. Para que isso aconteça, a técnica mais adequada é a que o próprio autor propõe, em 1953, quando fala sobre audiência não punitiva. O terapeuta funciona aqui como um ambiente no qual existe a suspensão da punição envolvida no relato sobre aquele assunto, o que propicia o reaparecimento deste assunto.

No capítulo seguinte da mesma obra (Capítulo XVI – *Special conditions of self editing*), o autor procura descrever de forma precisa a sua hipótese sobre o mecanismo de repressão descrito por Freud. Ele descreve o funcionamento clássico do comportamento punido que pode ser explicado da seguinte forma: imagine-se que um sujeito ingênuo emite uma resposta verbal 1 (Rv1) que é evocada por antecedentes 1 (Ant 1) e é seguida por uma consequência aversiva 1 (Pun 1), constituindo a situação exemplar 1. Essa situação, caracterizada por um episódio de punição de uma resposta verbal, aumentará a probabilidade de emissão de respostas verbais e

não verbais que diminuem a probabilidade de emissão da Rv1. Além disso, aumenta a probabilidade de emissão de respostas que diminuem a probabilidade de aparecimento da condição antecedente 1. Isso significa que qualquer antecedente presente na situação 1 (e que, portanto, evocará Rv1) se tornará aversivo condicionado e, com isso, o indivíduo trabalhará, agora, para evitar o seu aparecimento.

Em uma condição antecedente de nota baixa em uma prova, por exemplo, a Rv do aluno “xingar a professora” será seguida de uma bronca, uma advertência. Essa punição aumentará, então, a probabilidade de emissão de respostas incompatíveis com xingar a professora (murmurar agressões, cerrar a boca) e também com tirar nota baixa (faltar na prova, ficar doente).

O que o autor soma, nessa análise, é o fato de essa estimulação aversiva condicionada ter também um efeito emocional. Quando reduzimos os aspectos aversivos da situação nós também reduzimos as reações emocionais (e isso pode ser um reforço adicional para a fuga/esquiva). Seguindo a mesma lógica, as próprias reações emocionais causadas pela punição tornar-se-ão aversivos condicionados, fazendo com que o indivíduo passe a trabalhar para eliminá-lo antes mesmo que outros antecedentes surjam. Isso é o que Freud define como uma repressão bem sucedida, pois a resposta não chega ao estágio de gerar qualquer padrão emocional.

Para a terapia, isto tem função primordial, pois em muitos casos o que chega ao consultório é o relato, por parte do cliente, do incômodo por sentir-se de determinada forma. Nesse caso, o sentimento descrito pelo cliente é um aversivo condicionado e, portanto, deve ser evitado. Sendo assim, ele tenta esquivar-se/fugir daquele sentimento, ou seja, de qualquer situação que a provoque mesmo que não tenha relação com a situação de punição (evidência de uma história de punição) e de qualquer antecedente que o leve àquela situação punida 1.

Em 1958, Skinner faz uma crítica direta aos terapeutas no trabalho *Reinforcement today*. Neste, o autor discute o uso que vinha sendo feito da teoria do reforçamento. Especificamente em relação ao campo da terapia, ele afirmou que, apesar de disponível, o conhecimento sobre reforçamento não tinha tido qualquer aplicação na intervenção terapêutica, o que mantinha a terapia utilizando-se de técnicas das teorias mentalistas.

Essa questão foi retomada em 1963, no trabalho *Behaviorism at fifty*, em que ele aponta que um dos principais erros das teorias da terapia era tratar de estados mentais e deixar de lado as contingências de reforçamento que os provocaram.

No mesmo ano, em *Operant Behavior*, Skinner (1963b), ao defender o caráter individual da análise científica operante, aponta que esta é uma noção valiosa para disciplinas como neurologia, psicofarmacologia e terapia, em que idiosincrasias devem ser levadas em consideração.

Dada a recorrência dos comentários de Skinner, é concebível que ele se sentisse bastante frustrado em relação à Psicologia, em especial por não perceber utilização da tecnologia que havia sido criada até então pela Análise do Comportamento para o tratamento.

Em *Beyond Freedom and Dignity*, de 1971, o autor retoma a crítica às terapias tradicionais da época, afirmando que as perturbações nos pensamentos, nas ações, ainda estavam sendo tomadas como os sintomas principais do cliente e a contingência em si (ou seja, o propiciador do sintoma) estava recebendo um tratamento superficial.

Outro aspecto retomado por Skinner nesse trabalho é a avaliação de que a terapia, por ser uma agência de controle, também se utiliza de controle aversivo como forma de controle do comportamento do cliente.

Ainda nesse trabalho, o autor analisa o uso da metáfora como uma técnica comum na terapia. Para ele essa técnica tem como objetivo controlar o comportamento do cliente sem ser diretivo, ou seja, propor análises sobre as variáveis de controle do comportamento do cliente de uma forma menos aversiva para ele. O terapeuta descreve metáforas a respeito dos comportamentos do cliente com o objetivo de alterá-lo. A metáfora faz com que o controle fique oculto, aumentando a chance de o cliente se expor durante a sessão.

O fato de a Análise do Comportamento ter uma nova tecnologia que dispensava o uso de análises mentalistas dos fenômenos também aparece bem marcada em *About Behaviorism*, de 1974. Nesse trabalho, Skinner afirma que não era mais necessário o uso das ferramentas de análise de uma vida interior para explicar o

comportamento. A proposta behaviorista radical já possuía uma análise da interação do indivíduo com seu meio que superava a análise mental. Essa mudança obrigava o abandono do uso eclético do vocabulário leigo que, para o autor, permeava as atuações da educação, política, terapia.

Ainda em *About Behaviorism*, Skinner aponta que uma função da terapia é levar seu cliente a compreender-se, o que, do ponto de vista behaviorista radical, significa ensiná-lo a estabelecer relações entre seu comportamento e seu meio que não estavam conscientes¹¹.

O terapeuta faz isso, por exemplo, quando leva seu cliente a imaginar um acontecimento da sua vida cotidiana; isso evoca e elicia respostas semelhantes às aquelas que ocorrem na situação real. Aqui o terapeuta é capaz de analisar e evidenciar as relações de controle existentes no comportamento do cliente, além de fortalecer o comportamento perceptivo do cliente na situação real.

Outra tarefa do terapeuta (ainda em *About Behaviorism*) é a de auxiliar o cliente a identificar e descrever quais são os seus sentimentos e, em seguida, qual contingência produziu tal padrão, ou seja, estabelecer a relação entre emoções e pensamentos e as contingências que o produziram¹². Isso retira a necessidade do uso de conceitos internalistas a respeito das emoções.

Em 1975, no trabalho *A Step and Thorny Way to a Science of Behavior*, o autor descreve que o uso da tecnologia oriunda da análise do comportamento levava a alguns avanços no campo da aplicação. Diz ele que muitos resultados no manejo de contingências e no planejamento do ensino programado estavam sendo observados na Modificação de Comportamento e na Terapia. No entanto, 13 anos mais tarde, ao escrever o prefácio à 7ª edição do *Behavior of Organisms*, Skinner afirma que a terapia ainda não havia tido avanços significativos desde os estudos com sujeito psicóticos de Lindsley e Solomon (Lindsley, Solomon e Skinner, 1953), retomando a crítica da década de 1960 de que, apesar de um grande desenvolvimento tecnológico comportamental, as teorias da terapia tinham feito pouco uso delas.

¹¹ Consciência aqui refere-se à noção de que é consciente aquele que sabe identificar as variáveis de controle de seu comportamento, e não aos processos mentais ou internos da psicologia tradicional.

¹² Para uma análise refinada sobre esse processo, ver Banaco (1999).

Talvez motivado por essa reflexão, o autor publica, em 1989, um capítulo inteiro dentro da obra *Questões Recentes na Análise Comportamental* em que, efetivamente, propõe algumas direções para a terapia comportamental.

Ele inicia afirmando que a grande função da terapia é atribuir a determinação do comportamento ao reforçamento operante ou a contingências de seleção natural e não a estados da mente. Para Skinner, a terapia comportamental deve se preocupar, principalmente com duas instâncias do comportamento (seja ele público ou privado): aqueles que são inatos (produto da seleção natural) e aqueles que são aprendidos (produto da história de reforçamento). Delimita, assim, qual deve ser o foco de uma terapia comportamental: olhar sempre para os antecedentes da emissão daquele comportamento e para o seu produto.

Quanto ao tipo de problema que pode levar o cliente para a terapia, Skinner acrescenta alguns padrões comportamentais àqueles descritos no *CCH*, 36 anos antes:

- Comportamentos mantidos por reforçadores anômalos como drogas e álcool. Para o autor, eles não possuem qualquer vantagem evolucionária; no entanto, o indivíduo é levado a se comportar dessa forma de maneira a aplacar os sintomas de sua abstinência.
- Repertório muito reforçado em um ambiente sofre extinção em outro: isso pode levar ao padrão conhecido como desamparo e conseqüentemente à depressão.
- Tipo de esquema de reforçamento a que o indivíduo está sujeito. Por exemplo, o esquema de razão variável presente nos jogos de azar é um esquema que mantém o comportamento resistente à extinção e que traz, nesse caso, muitos efeitos deletérios associados.
- Falha no condicionamento operante: o reforçador aumenta a probabilidade de emissão de uma resposta, seja qual for a sua topografia. Ocorre que uma resposta pode ser reforçada mesmo causando "efeitos colaterais" para o indivíduo. Conseqüências acidentais e comporta-

mento supersticioso podem levar a comportamentos que não necessariamente produziram aquele reforçador. A punição, como outro exemplo, produz vários efeitos colaterais decorrentes.

Esses padrões são agrupados pelo autor como *contingências perturbadoras* e, em relação a elas, defende a análise operante como ferramenta de intervenção.

Quando se refere à terapia de consultório, ele aponta que existem poucos reforçadores disponíveis para o terapeuta. Em geral, pode-se reforçar comportamentos sociais e principalmente o comportamento verbal que ocorrem dentro de uma sessão.

Mas, não é com o comportamento emitido durante a sessão que o terapeuta deve estar preocupado. Ele deve olhar para as situações da vida cotidiana do cliente e, por isso, após uma análise operante do comportamento do cliente, o terapeuta utiliza-se de conselhos para que o cliente modifique algo em sua vida, tornando o objetivo da Terapia Comportamental o sucesso das pessoas em suas vidas e não nas sessões apenas.

Em sua última referência à terapia, em um trabalho que foi publicado em 2004, chamado *Psychology in 2000*, Skinner retoma a crítica que marcou as suas citações sobre terapia e intervenção. Para ele, a Psicologia como ciência pode auxiliar na criação de ambientes especialmente arranjados e o planejamento de contingências de reforçamento podem auxiliar na mudança comportamental. No entanto, para ele, tanto a psicologia como a psiquiatria não faziam uso dessa tecnologia até aquele momento.

Como foi afirmado anteriormente, Skinner não apresentou em sua obra uma proposta terapêutica formal. No entanto, também como já citado, é possível organizar os seus comentários a respeito da terapia no formato de uma proposta. A seguir será apresentada essa organização.

Uma primeira questão é quanto ao objetivo da terapia. Para ele, a terapia deve preocupar-se em trabalhar com aqueles comportamentos que são resultado do controle aversivo estabelecido pelo contexto social do cliente. Além disso, deve

priorizar a mudança do cliente em sua vida cotidiana e não apenas aquelas que ocorrem dentro da sessão terapêutica.

Os comportamentos descritos como subprodutos do controle aversivo são assim caracterizados: comportamentos excessivamente vigorosos, comportamentos excessivamente restritos, controle de estímulos deficiente, autoconhecimento deficiente, autoestimulação aversiva, comportamentos mantidos por reforçadores anômalos, repertório muito reforçado em um ambiente e que sofre extinção em outro.

No que se refere a procedimento para a mudança destes comportamentos, Skinner aponta os seguintes: diminuição da aversividade inicial e estabelecimento do terapeuta como uma audiência não punitiva, sugestões de tipos de conselhos para mudança que alterem a vida do cliente, restabelecimento de comportamentos extintos e instalação de novos comportamentos, auxiliar o cliente a estabelecer relações causais do seu próprio comportamento fornecendo análises e interpretações de situações cotidianas, uso de metáfora como forma analisar e controlar o comportamento do cliente de forma menos aversiva.

Skinner não faz referência ao local da intervenção, mas toda a sua análise é feita sobre a intervenção de consultório. Por isso, é possível concluir que suas sugestões referiam-se a intervenções em ambiente de consultório.

Levando em consideração as categorias de análise, é possível organizar a proposta skinneriana da seguinte forma:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: os padrões comportamentais excessivamente vigorosos, comportamentos excessivamente restritos, controle de estímulos deficiente, autoconhecimento deficiente, autoestimulação aversiva, comportamentos mantidos por reforçadores anômalos, repertório muito reforçado em um ambiente e que sofre extinção em outro.

2. Estratégias para intervenção: diminuição da aversividade inicial e estabelecimento do terapeuta como uma audiência não punitiva, sugestões do tipo conselhos para mudança que alterem a vida do cliente, restabelecimento de comportamentos extintos e instalação de novos comportamentos, ensinar o cliente a estabelecer relações causais do seu próprio comportamento fornecendo análises e interpretações de situações cotidianas, uso de metáfora como forma analisar e controlar o comportamento do cliente de forma menos aversiva.
3. Efetividade: a proposta skinneriana, foca tanto em um resultado para o cliente quanto em produzir uma mudança que seja valiosa para o contexto dele. A preocupação não é com a mudança apenas do comportamento, mas Skinner insiste que as condições mantenedoras daquele comportamento elegido para intervenção sejam alteradas, o que confere relevância social para a intervenção.
4. Generalidade: propõe que se ensine o cliente a estabelecer relações funcionais do seu comportamento e sugere que ele faça mudanças em sua vida cotidiana. Dessa forma, garantir que a mudança não seja apenas circunstancial no momento da intervenção.

Além das análises de Skinner, outro conjunto de trabalhos também estão alinhados com as bases da terapia comportamental. O conjunto refere-se aos trabalhos da Modificação de Comportamento e os publicados por Ferster (1973;1979) e serão analisados a seguir.

Capítulo 4: O Desenvolvimento da Modificação de Comportamento e a Questão da Generalização dos Resultados

O final dos anos 1960 assistiu a um aumento da atividade de analistas do comportamento que começava a se distanciar da pesquisa básica (que era bastante absorvida pelo *The Journal of Experimental Analysis*, criado em 1958), entrando na intervenção. Essa diversificação criou a oportunidade para a criação de um novo veículo de divulgação: o *Journal of Applied Behavior Analysis*. Como foi apontado anteriormente, o artigo de Baer, Wolf e Risley (1968) foi escrito para servir de baliza do que eles consideravam ser uma pesquisa aplicada e, conseqüentemente, tornar-se critério de publicação na revista. A prática gerada por esse movimento passou a ser conhecida como Modificação de Comportamento, o segundo momento de análise das práticas terapêuticas. Seguindo o mesmo formato do capítulo anterior, após a caracterização da Modificação de Comportamento, será feita uma análise dessa proposta levando em consideração as categorias de análise propostas nos capítulos 1 e 2.

Como foi visto anteriormente a Modificação de Comportamento surgiu no início da década de 1970. Essa prática tinha como objetivo primordial produzir mudanças comportamentais ao alterar as contingências controladoras de um determinado comportamento. Sua intervenção era fundamentalmente no ambiente natural¹³.

Segundo Kazdin (1978), o trabalho do modificador de comportamento possuía quatro características fundamentais:

1. Sua intervenção era baseada na alteração de probabilidade de uma resposta específica. Diante de uma queixa trazida pelo cliente (entende-se cliente aqui como família, o próprio sujeito, escolas ou hospitais) que contrata o serviço, elegia-se a resposta “problema” e planejavam-se procedimentos que a eliminassem, alterassem alguma de suas ca-

¹³ O ambiente natural aqui diz respeito àquele ambiente mais próximo dos reforçadores imediatos existentes no convívio cotidiano. É o ambiente oposto ao de relato verbal do gabinete, onde – teoricamente – há mais distância dos reforçadores imediatos.

racterísticas (frequência, topografia ou duração, por exemplo) ou que instalassem um novo repertório necessário.

2. Toda intervenção era realizada no ambiente em que o “problema” acontecesse (ambiente natural).
3. Por acontecer em ambiente natural, o terapeuta era capaz de manipular reforçadores imediatos e naturais.
4. Utilizava-se de toda a tecnologia descoberta pela Análise Experimental e Aplicada do Comportamento para planejar seus procedimentos.

Trabalhando dentro deste formato, o profissional modificador de comportamentos seria tanto fiel aos preceitos da Análise do Comportamento como capaz de atender a exigências sociais para melhoras clínicas.

Diante deste planejamento, um dos recursos utilizados pelos modificadores do comportamento para o controle das condições naturais que mantinham o comportamento-alvo era o emprego de *paraprofissionais*. Este profissional era responsável pela realização dos procedimentos construídos pelo modificador de comportamento.

Por definição, “*Un paraprofesional es alguien que trabaja con una persona que tiene un grado, un certificado o licencia profesional. Puede ser paraprofesional el asistente de un medico, el técnico en psicología, el asistente de un maestro o tutor*”¹⁴ (O’Leary, 1973, p. 164). Ou seja, um auxiliar que executa procedimentos planejados por um profissional certificado – o modificador de comportamento. São descritos também estudantes de graduação em psicologia, profissionais em início de carreira ou os próprios familiares como pessoas capazes de auxiliarem essa intervenção.

¹⁴ “Alguém que trabalha com uma pessoa que tenha graduação, certificado ou uma licença profissional. Pode ser paraprofissional o assistente de médico, o técnico em psicologia, o assistente de um professor ou um tutor”. (O’Leary, 1973, p. 164, tradução livre).

Em escolas, por exemplo, os paraprofissionais são auxiliares dos professores que têm a função de consequenciar imediatamente alguns comportamentos adequados de um aluno e prevenir a emissão daqueles comportamentos indesejados.

Com isso, é possível descrever a Modificação de Comportamento como uma proposta preocupada em produzir alterações em comportamentos específicos (diminuição, aumento, alteração ou a sua instalação) de acordo com as demandas sociais, realizando suas intervenções em ambiente natural através da manipulação de reforçadores imediatos.

Analisando inicialmente, então, a Modificação de Comportamento à luz das categorias de análise tem-se o seguinte:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: diante de uma queixa trazida pelo cliente ou familiar/ instituição elegia-se a resposta “problema” e planejavam-se procedimentos que a eliminasse, alterasse alguma de suas características ou que instalasse um novo repertório necessário.
2. Estratégia para intervenção: atuação em ambiente natural e, com isso, o uso de reforçadores imediatos e de mudanças na vida do cliente diretamente ou através do treino de paraprofissionais, utilização de técnicas comportamentais sobre respostas específicas.
3. Efetividade: a proposta busca atender às demandas sociais no sentido de trabalhar com o que era solicitado pelo do ambiente em que o cliente esta inserido.
4. Generalidade: essa proposta procura garantir que seus resultados sejam mantidos, quando do final da intervenção (como o treino dos paraprofissionais, por exemplo).

Apesar destas considerações, houve, a partir do final da década de 1970, uma grande reação às intervenções realizadas pelos modificadores de comportamento. Um dos artigos mais relevantes dessa discussão foi o de Holland (1978), em que o autor faz uma série de críticas que serão aqui elencadas e levaram a uma reavaliação das análises feitas nas categorias efetividade e generalidade referente à modificação de comportamento.

Para ele, o modificador de comportamento assumia um papel equivocado durante a sua intervenção. Ao analisar os tipos de tratamento que os *alcoólicos* e *criminosos* (por exemplo) vinham recebendo, o autor afirmou que os modificadores de comportamento estavam priorizando a aplicação de técnicas comportamentais sobre uma resposta específica (resposta-problema) e deixando de lado as condições que instalaram e, principalmente, as que mantinham o comportamento em curso. Ao não intervirem sobre as condições iniciadoras e mantenedoras do comportamento-problema, contribuiriam para sua manutenção e não para sua solução.

Para o autor, embora o analista do comportamento daquele momento tivesse, em suas mãos, ferramentas para elucidar as relações de controle de um determinado comportamento-problema, vinha fazendo, até então, nas suas palavras, “culpar a vítima”, ou seja, trabalhava apenas com a pessoa dita “doente”, tentando modificar apenas o comportamento daquele indivíduo e não os fatores desencadeantes do processo, internando-o em uma clínica de reabilitação (alcoólico) ou prendendo-o em uma cadeia (criminoso). Ou seja, um trabalho apenas com o “doente” em um ambiente distante do natural não modificaria as contingências iniciadoras.

O trabalho em instituições pode resultar na modificação daquele comportamento, porém não acessa as contingências de reforçamento primeiras. Mudanças comportamentais duradouras exigem que se alterem as contingências que produziram e mantêm o comportamento. Contingências do ambiente natural devem ser modificadas para o “problema” ser modificado.

Nesse sentido, para Holland, a análise do comportamento só viria a ser parte da solução de um problema comportamental se utilizasse de suas ferramentas para entender os processos que levaram à instalação e à manutenção do comportamento chamado de “problemático”, desde aspectos de relações entre o indivíduo e seu

grupo mais nuclear, como da relação do indivíduo com a sociedade como um todo (aspectos culturais).

Desse ponto de vista, algumas aplicações da modificação de comportamento, por mais que trabalhassem com os comportamentos-problema do cliente não chegariam a se classificar como efetivas, pois não acessavam parcela fundamental do ambiente, se mantendo apenas nas queixas que chegavam a eles, atendendo apenas parcialmente ao caráter da relevância social. Da mesma forma, essas aplicações não poderiam chegar a atender à *generalidade*, pois as mudanças atingidas com a intervenção não eram transportadas para o ambiente natural e ficavam circunscritas às instituições em que eram aplicadas.

A análise proposta por Holland (1978), além do que foi descrito até aqui, traz à tona a questão da generalização dos resultados obtidos na intervenção. Essa não é, no entanto, uma discussão nova naquele momento. Desde o primeiro número do *JABA* já existiam trabalhos que a discutiam. A seguir serão descritos alguns desses trabalhos.

Trabalhos que Tratam da Questão da Generalização de Resultados

Tighe & Elliott (1968), nesse momento, tinham a preocupação de avaliar a atuação dos modificadores de comportamento. Para eles, havia a necessidade de extensão dos resultados obtidos nas intervenções realizadas em ambientes controlados para os ambientes cotidianos dos clientes. O ambiente controlado das intervenções (em geral escolas, hospitais) não garantia que os resultados obtidos seriam levados para o ambiente natural. Sendo assim, os autores chamaram a atenção para o fato de que parte fundamental da intervenção do modificador de comportamento era essa extensão. Ainda neste momento, os autores não propunham um procedimento para produzir essa “extensão”, mas afirmavam que isto deveria ser função do profissional modificador de comportamento.

Em 1973, Lovaas, Koegel, Simmons & Long apresentam um trabalho com algumas propostas para garantir a extensão dos resultados, preocupação de Tighe & Elliott (1968). Dizem os autores que, para obter tal resultado, a solução é, a partir da literatura produzida no campo da generalização, criar medidas de generalização

dos resultados da intervenção. Essa medida seria produzida por observadores treinados. O procedimento é o seguinte: após uma intervenção feita sob comportamentos de interação social, com 20 clientes autistas, internados em instituições, e em atendimento em clínicas especializadas, pais treinados registravam o comportamento dos filhos em sessões de 35 minutos. Os pais/observadores deveriam registrar os comportamentos dos filhos e testar o quanto a mudança ocorrida após a intervenção se mantinha após um tempo. Os resultados, fruto dos registros dos pais, apontavam algumas melhoras; no entanto, os autores fazem uma ressalva quanto aos resultados avaliados pelos pais/observadores: é possível que não só a presença do pai/mãe possa ter interferido no dado, mas eles também podem ter ajudado o filho/participante durante a sessão de avaliação de maneira a aumentar a quantidade de acertos e com isso demonstrar que ele estava reabilitado. Nesse sentido, aquela forma de medida de generalização era questionável.

Johnson & Lobitz (1974) discutem, em seu trabalho, a forma como os observadores podem alterar eles mesmos o ambiente a ser avaliado. Discutem, inicialmente, que a observação é, sem dúvida, um método com maior confiabilidade do que meios indiretos, como questionários e escalas. No entanto, apontam que a própria observação pode alterar o ambiente. A conclusão do trabalho é de que existe inicialmente uma reação ao observador, mas logo ocorre adaptação e sua presença não interfere diretamente no dado.

Neef, Iwata & Page (1978), diferentemente dos autores de trabalhos citados anteriormente que tratam da generalização de resultados, discutem a eficácia do treino em ambiente natural x um treino em espaço de sala de aula (controlado). A pesquisa utilizou duas formas de treino de utilização de transporte público para clientes internados entre 18 e 20 anos e com algum tipo de deficiência mental. Os procedimentos consistiam em: treino por regras em uma sala de aula (onde os participantes obtinham instruções verbais de como se deveria pegar um ônibus e simulações do tipo *role-playing* da situação); ou treino por modelagem direta dessas respostas em situação natural (participantes recebiam uma breve instrução verbal de como pegar o ônibus e rapidamente iam para a situação natural, onde o pesquisador reforçava diferencialmente aproximações sucessivas àquele padrão esperado de pegar ônibus). A conclusão do trabalho foi a de que o treino em situação na-

tural traz alguns resultados melhores no que se refere à instalação de repertório de 'pegar ônibus'; no entanto, o custo é elevado e isso torna o treino por regras mais indicado. Ou seja, o custo do treino ao vivo, pelo menos no caso em questão, não justificou a sua utilização.

O trabalho de Handleman (1979) retoma a preocupação com a generalização dos resultados. Para os autores, assim como para Tighe & Elliott (1968) e Lovaas e cols. (1973), o sucesso do tratamento realizado dentro de instituições ou clínicas não garante sucesso no ambiente natural. É necessário um treino de generalização para garantir essa eficácia, e essa generalização pode ser dividida em generalização de estímulos e generalização de respostas. Para isso, desenvolveram dois tipos de treino: treino um-a-um (realizado em uma sala de aula com um pesquisador) e treino em diferentes locais da escola (nos ambientes que ele define como naturais). Todos os sujeitos da pesquisa eram diagnosticados com autismo. A conclusão do estudo revela que o treino em vários locais da escola produziu o maior grau de generalização dos resultados (avaliando a sua incidência em casa) do que os que treinos restritos.

Foxx, McMorro, Bittle & Ness (1986) também estavam preocupados com a generalização dos resultados produzidos. Nesse caso, os participantes eram residentes em uma casa assistida para pessoas com algum distúrbio mental. A proposta era trabalhar com treino de habilidades sociais. Os resultados apontam que o treino desenvolvido por eles não produziu generalização. Os participantes emitiam respostas adequadas de interação social apenas nas situações de treino e não com pessoas que não tivessem sido envolvidas no treino.

Kohler (1986), com a mesma preocupação, defendeu a importância do planejamento das contingências de reforçamento no ambiente natural como forma de garantir a generalização dos resultados obtidos em uma intervenção anterior. O autor apontou, ao avaliar a literatura produzida na área, que mesmo ao destacar a importância da generalização dos resultados, os trabalhos analisados tendem a incorrer em problemas, ou como o autor diz, a cair em armadilhas ao tentar garanti-la. Como forma de evitar essas armadilhas, descreve cinco propostas:

- A primeira é com relação ao conceito de generalização utilizado; alguns trabalhos a têm definido como ocorrência de uma mudança de comportamento sem planejamento prévio; no entanto, têm-se esquecido da presença de reforço natural, ou seja, prioriza-se a ocorrência de uma resposta em um ambiente diferente do planejado, mas não se leva em consideração o fato da manutenção do comportamento ser motivada pelo reforçador natural ou não.
- A segunda é observar se existe manutenção da mudança após a retirada do treino original.
- A terceira refere-se à necessidade de identificação e descrição do estímulo social que foi planejado para a generalização e, posteriormente, a manutenção.
- A quarta refere-se à análise funcional do estímulo social descrito na 3ª forma via procedimento de reversão.
- A quinta aponta para a necessidade de replicações sistemáticas dos procedimentos em diferentes sujeitos e diferentes contextos.

Bank, Patterson & Reid (1987), preocupados em garantir a generalização dos resultados, incluem no procedimento de intervenção o treino de pais. Nesse treino, os pais são instruídos a manter o procedimento no ambiente natural com o objetivo de garantir a manutenção dos resultados obtidos.

Koegel & Koegel (1990) conduziram uma pesquisa em que compararam resultados obtidos em intervenções em ambiente natural e em sala de aula. Participantes autistas receberam treinos de autocontrole para respostas estereotipadas em salas especiais ou em ambientes naturais (tais como restaurantes e mercados). Os resultados apontam que tanto o treino em salas especiais, quanto os treinos em ambiente natural obtiveram resultado, ou seja, o padrão de estereotipia diminuiu.

Nesse sentido, o procedimento produz resultado independentemente do ambiente em que a intervenção foi realizada.

Halle & Holt (1991) também trabalharam com avaliação de resultados das intervenções medindo mudanças no ambiente natural. Nessa pesquisa, participantes com algum grau de comprometimento intelectual foram instruídos a acrescentar 'por favor' nas requisições que faziam em sala de aula. Os treinos eram conduzidos em uma sala da escola e a avaliação era feita em outras condições da própria escola (como por exemplo, ginásio e outras aulas). Os resultados indicaram que apenas um participante (dos 4 pesquisados) mostrou generalização da requisição adequada para outros ambientes que não o de sala de aula.

Asmus, Wacker, Harding, Berg, Derby & Kocis (1999) defendem que a análise funcional deve ser feita em ambiente natural. As intervenções que a realizam apenas no ambiente institucional serão incompletas, pois prescindem da análise das condições iniciadoras e mantenedoras do comportamento alvo da intervenção.

Analisando os trabalhos descritos até aqui, é possível perceber uma semelhança importante entre eles: todos os textos encontrados e selecionados que tratam do tema da generalização de resultados tratam de participantes com algum grau de comprometimento, e, na sua maioria, autistas. Esse problema foi levantado por Allen e Warzak (2000), que afirma que as pesquisas aplicadas têm olhado para esse tipo de público e não para os ditos 'normais'.

*If so, what new horizons await applied behavior analysts working with common childhood problems? The answer lies, in part, in understanding that the success of an intervention is dependent not only upon its effectiveness but also upon its precise delivery by a clinician and the consistency with which parents implement that treatment with all of its essential features.*¹⁵ (p. 373)

¹⁵ "Se sim, quais novos horizontes aguardam os analistas do comportamento aplicados que trabalham com problemas comuns da infância? A resposta esta, em parte, na compreensão de que o sucesso de uma intervenção não é dependente apenas da sua efetividade, mas também na aplicação

É possível, com isso, destacar dois pontos importantes: o primeiro refere-se ao fato de que os trabalhos sempre utilizam participantes com algum grau de comprometimento e o segundo é que as preocupações giram em torno do planejamento de generalização dos resultados obtidos em ambiente interno ou com manutenção desses resultados após a retirada do procedimento.

Uma hipótese para esse panorama é o fato do tipo de controle sobre o próprio ambiente que participantes com esse perfil possuem. Esse grupo não é capaz de, sem auxílio, transformar o próprio ambiente, diferentemente daqueles que podem produzir transformações em seu ambiente de forma autônoma.

Esta tese também é defendida por Hayes e Wilson (1993) quando criticam a produção daquela época por tratar apenas de participantes internados em alguma instituição para tratamento prescindirem da análise com pessoas que não estão não internadas. Afirmam os autores que uma característica dos trabalhos com o público internado é a possibilidade total de manipulação do ambiente de intervenção, bem como o ambiente em que o cliente reside. Para os autores, existe um campo de intervenção com cliente não internados em que não é possível o controle ambiente do cliente e, portanto, é dependente de uma análise adequada de eventos verbais.

*Part of what distinguishes the outpatient from the inpatient setting is the decreased ability to manipulate environmental contingencies directly and the reliance on verbal reports for data collection and verbal exchanges as a form of intervention. Thus, the entire field of clinical radical behaviorism is dependent upon an adequate analysis of verbal events.*¹⁶ (p. 283)

precisa pelo clínico e na coerência com a qual o país implementam o tratamento com todos os seus principais recursos.” (Allen e Warzak, 2000, p. 373, tradução livre).

¹⁶ “Parte do que distingue o ambiente de trabalho com um paciente internado e um não internado é a diminuição na habilidade de manipular diretamente as contingências ambientais e a na confiança no relato verbal como dado e na interação verbal como uma forma de intervenção. Assim, todo o campo da clínica behaviorista radical é dependente de uma análise do comportamento verbal adequada.” (Hayes e Wilson, 1993, p. 283, tradução livre).

O que os autores estão defendendo aqui é a necessidade das pesquisas aplicadas debruçarem-se, também, sobre o ambiente de consultório onde não é possível um controle total do ambiente de intervenção nem do ambiente em que vive o cliente.

A literatura descrita até refere-se a publicações no *JABA* que analisaram intervenções no que se refere a sua efetividade e generalidade. Além disso, foi problematizada a questão do perfil do participante das pesquisas e a falta de pesquisa com participantes não internados em instituições. Com essa leitura é

O que fica claro com essa análise é o fato de que as pesquisas aplicadas estavam preocupadas com o desenvolvimento de uma tecnologia para trabalho em ambiente natural por entender que isso traria maior chance de generalização de resultados obtidos durante a intervenção. Pode-se concluir também que existia a necessidade de se produzirem pesquisas que trabalhassem com o ambiente de consultório e, com isso, mais análises acerca dos eventos verbais. Nesse sentido, é possível separar as intervenções em dois blocos: aquelas que trabalham com a total manipulação do ambiente da intervenção e aquelas que não podem manipular o ambiente da intervenção e, portanto, devem atuar sobre o comportamento verbal.

Capítulo 5: Ferster e a Análise dos Fenômenos Clinicamente Relevantes

A análise científica que Ferster fez do processo clínico tem sua origem em trabalhos que ele havia realizado anteriormente. Neles, o objetivo do autor era o de apresentar modelos científicos para a explicação de problemas psicopatológicos. Nesses trabalhos (como Ferster, 1972, por exemplo), o autor procurou, por meio de uma análise operante, oferecer uma alternativa ao modelo médico vigente que atribuía as causas das doenças mentais a questões orgânicas do indivíduo. Ferster propunha que uma análise das contingências de reforçamento de comportamentos do cliente seria o caminho para descobrir de que maneira o comportamento patológico havia se instalado e quais condições operavam para a sua manutenção.

Para Ferster (1979), esse tipo de proposta é um exemplo da tarefa que uma análise científica do comportamento deve executar: definição do comportamento de forma objetiva (dentro de classes funcionais e em termos de mensuração (por exemplo, frequência, duração), elucidação das circunstâncias que alteram o comportamento (por exemplo, mudança nesta frequência ou duração) e a formulação de uma “regra” geral de funcionamento do fenômeno.

Apesar dessa tarefa, o que Ferster (1979) observava era que as terapias naquele momento (nesse caso o autor se refere às terapias psicodinâmicas daquele momento) não se norteavam por esses procedimentos científicos e negligenciavam grandes descobertas decorrentes de pesquisas

No entanto, fazer uma descrição científica não significa fazer pesquisa com todos os clientes que chegam para a terapia. Para o autor, existe uma diferença grande entre a prática clínica e a produção de conhecimento acerca do fenômeno clínico. De um lado, se tem um desenvolvimento conceitual científico que define as bases pelas quais os fenômenos humanos podem ser analisados. De outro, está a prática clínica que, ao utilizar essa base científica, é capaz de produzir uma intervenção adequada. Ferster (1979) ressalta que, mesmo assim, o clínico analista do comportamento, com suas descrições, também é capaz de apontar à ciência algum

fenômeno que não está bem descrito ou que merece maior análise, estabelecendo, assim, uma relação de interdependência entre ciência e clínica. Diz o autor: “O psicólogo experimental requer a colaboração do clínico para saber quais são as experiências humanas importantes a serem formuladas cientificamente.” (Ferster, 1979, p. 126)

Sendo assim, o autor desenvolve uma análise do processo clínico de consultório e procura descrever de que forma a relação terapeuta-cliente acontece. Para ele

A terapia é uma interação na qual o reforçamento do comportamento do terapeuta (...) é um componente tão importante quanto o desempenho da criança reforçado pelas contingências ou instruções fornecidas pelo terapeuta. (p. 133)

Ou seja, a relação entre os dois é tão importante quanto a mudança que se opera na vida do cliente. A razão para o autor defender uma análise como essa é que, do seu ponto de vista, a terapia é um espaço onde terapeuta e cliente são ambientes discriminativos e selecionadores dos comportamentos um do outro. Sendo assim, essa relação é tão importante quanto as outras que o cliente estabelecerá com seu ambiente. O que existe, é uma interação verbal terapeuta-cliente e sua análise é tão importante quanto os resultados obtidos pelo cliente.

A primeira questão que ele levanta a esse respeito é a da validade da descrição verbal, por parte do cliente, dos fatos ocorridos em sua vida. Para o autor, pode existir uma correspondência fraca entre o que o cliente relata e o que de fato ocorreu em sua vida. O que está em questão, aqui, é o relato como uma resposta verbal que pode estar sob controle do reforçador liberado pelo terapeuta, mais do que sob controle de uma descrição fiel. Sendo assim, o repertório de descrições fiéis é algo a ser modelado durante o processo terapêutico.

Existem ainda, outros processos verbais envolvidos na terapia. Ferster (1979) os descreve da seguinte maneira:

1. *Controle inicial da fala do cliente*: o estado de privação específico do cliente estabelece o terapeuta como uma audiência positivamente reforçadora, mesmo não havendo história prévia entre cliente e terapeuta. Com isso, as falas do terapeuta adquirem função selecionadora das respostas do cliente, o que refinará a descrição da queixa por parte do cliente.
2. *Reforçamento do comportamento verbal pelo terapeuta*: os eventos comportamentais que ocorrem na terapia fornecem uma oportunidade de interpretação e descrição da vida cotidiana por guardarem alguma relação com o ambiente externo. A fala do cliente, assim, pode ter duas funções: tato impuro sobre o controle de fatos da vida imediata ou do passado, ou um desempenho que tem sua forma modelada pelos falantes da história de vida do cliente. “Quando o cliente está contando ao terapeuta, por exemplo, sobre sua infância, o efeito que é produzido no terapeuta, como um ouvinte, é característica mais importante do comportamento verbal do que o evento que ele descreve.” (p. 140).
3. *Ensino da observação do próprio comportamento, pelo cliente, e da descrição das suas interações com o terapeuta*: reação diferencial do terapeuta que reforça o comportamento verbal sob controle dos eventos privados.

Esse processo, além de descrever o que acontece em uma sessão, procura apontar algumas direções possíveis para o terapeuta seguir. Nesse sentido, deve-se analisar também o efeito das falas do terapeuta sob o cliente. Ferster (1979) organiza essas falas seguinte forma:

1. *Repertório interpessoal com o terapeuta*: o terapeuta avalia como o cliente está reagindo na sessão e em quais outras situações é possível que isso ocorra; ajuda-o, portanto, a identificar o controle do seu comportamento usando a sessão como um exemplo.
2. *Repertório verbal do terapeuta aumenta a observação*: descrições se puderem ser estendidas da terapia para a vida diária mudarão o controle funcional do comportamento do cliente de forma encoberta para a aberta e para além dos limites da terapia.
3. *Repertório verbal aumenta o reforçamento positivo e reduz o controle aversivo*: os procedimentos na terapia podem levar à alteração da vida cotidiana do indivíduo, o que significa mudança no tipo de consequência que o cliente produzirá.

Outro aspecto fundamental apontado por Ferster, ao analisar uma sessão, é o tipo de reforçador que é utilizado pelo terapeuta. Para o ele, o uso deliberado de reforçadores arbitrários na aprendizagem de repertório novo ou no refinamento do existente pode ser um problema caso a intervenção se encerre na sua instalação e prescindir de planejamento para colocar aquele repertório sob controle dos reforçadores naturais.

Contudo, a proposta de Ferster pode ser assim resumida: em termos de objetivo, o autor estava preocupado em produzir uma análise científica dos fenômenos clinicamente relevantes, o que significa definir o comportamento de forma objetiva, elucidar as circunstâncias de sua alteração e a formulação de uma regra geral de funcionamento.

Em termos de atuação, Ferster propõe que a intervenção em consultório seja feita levando em consideração o tipo de interação verbal que ocorre em uma sessão terapêutica: comportamentos ocorridos em uma sessão podem ser interpreta-

dos por guardarem semelhanças com os comportamentos emitidos fora da sessão; deve-se ensinar ao cliente a observação sobre o próprio comportamento; e o uso de reforçadores naturais é fundamental no planejamento da mudança do cliente para o ambiente exterior. Além disso, cabe lembrar que as interpretações feitas na sessão sobre o comportamento ocorrido lá podem auxiliar na mudança do controle do comportamento do cliente em seu mundo.

Analisando, então, a proposta em termos das categorias de análise propostas anteriormente, tem-se:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: o comportamento que o cliente apresenta em sessão é uma amostra do comportamento-queixa que ele traz para o tratamento.
2. Estratégias para a intervenção: formulação de uma regra geral de funcionamento do comportamento do cliente e elucidação das circunstâncias que alterem o comportamento dele. Ensino de observação do próprio comportamento e uso de reforçadores naturais em sessão para garantir que a mudança ocorra fora da sessão. Audiência não punitiva no início para estabelecer o terapeuta como audiência reforçadora e, assim, seja possível modelar no cliente repertório de descrição mais precisa da queixa do cliente. Análise do comportamento na sessão como forma de acessar comportamentos que ocorrem fora dela. Análise da fala do cliente com duas finalidades: fala como tato impuro acerca dos controles da vida dele, ou como uma amostra da história de reforçamento verbal do cliente. Análise de situações da vida do cliente como forma de aumentar a chance de o cliente mudar em seu ambiente natural.
3. Efetividade: o autor não faz menção explícita à análise da relevância social da mudança do comportamento do cliente. Pode-se, no entanto, entender que, por afirmar a necessidade de uma análise operante

completa do comportamento-alvo, Ferster indica que a mudança não é importante apenas para o indivíduo, mas também para o contexto social em que o cliente vive. Do ponto de vista da relevância social, essa proposta busca uma mudança que seja relevante tanto para o cliente quanto para o contexto em que ele se insere.

4. Generalidade: a proposta procura atender à generalidade ao buscar garantir que o cliente seja capaz de produzir uma observação de contingências que controlam seu próprio comportamento; além disso, que ele seja capaz de analisar as mudanças ocorridas na sessão. Outra forma de garantir a generalidade é planejar o uso de reforçadores naturais durante a sessão como forma de garantir a mudança do cliente no ambiente externo, além do uso de análises acerca de situações da vida do cliente como forma de garantir a manutenção da mudança fora.

Sendo assim, a proposta de Ferster descreve algumas orientações que uma terapia científica deve seguir. Algumas outras propostas seguem a mesma direção, como poderá ser observado a seguir.

Seção III:
As Propostas Terapêuticas de Consultório

Capítulo 6: Desenvolvimento do trabalho em consultório

O capítulo que será apresentado a seguir contém as caracterizações das seguintes propostas terapêuticas: *Acceptance and Commitment Therapy*, *Functional Analytic Psychotherapy* e *Behavioral Activation*. Todas essas propostas referem-se à intervenção de consultório e, da mesma forma que a proposta skinneriana, a modificação de comportamento e o trabalho de Ferster, serão, além de descritas, avaliadas à luz das categorias de análise.

No início dos anos 1970, um debate a respeito da validade da intervenção comportamental de consultório começava a ser feito. A preocupação dos analistas do comportamento era, de um lado, definir, seguindo a linha de Skinner (2000/1953), uma forma de intervenção científica que pudesse ser aplicada ao ambiente de consultório (o caso de Ferster, 1979); de outro, avaliar se as técnicas desenvolvidas até então eram suficientes para a utilização em ambiente de consultório e, no caso de não o serem, desenvolver novas (o caso da *Acceptance and Commitment Therapy*, *Functional Analytic Psychotherapy* e *Behavioral Activation*).

No início dos anos 1990, foi publicado um trabalho em que foram reunidas algumas definições de práticas comportamentais que existiam até o momento e, a partir disso, uma definição de uma área de conhecimento dentro da análise do comportamento que deveria se preocupar exclusivamente com a análise e definição das aplicações da análise do comportamento ao ambiente de consultório. Esse trabalho será analisado a seguir.

Clinical Behavior Analysis (CBA)

O objetivo de Kohlemberg, Tsai e Dougher (1993) com esse trabalho era propor uma base conceitual para a análise do processo clínico de consultório e sugerir novas formas de tratamento. Os autores estão preocupados aqui com os atendimentos a clientes adultos que não são internos de nenhuma instituição, o que torna pouco provável que o terapeuta tenha controle direto sobre a vida cotidiana do cliente.

Para cumprir esse objetivo, Kohlemberg, Tsai e Dougher (1993) partem da seguinte questão: de que maneira uma conversa entre terapeuta e cliente durante uma sessão, pode mudar o comportamento do cliente em sua vida cotidiana? Para formular uma resposta eles propõem que se estabeleça uma área específica dentro da Análise do Comportamento que se preocupe em analisar e pesquisar a intervenção de consultório: Análise do Comportamento Clínica (*CBA - Clinical Behavior Analysis*).

Para eles, essa área específica deveria se preocupar em trabalhar com tratamentos de pessoas em consultório e não com intervenções em ambiente natural ou de instituições. No entanto, a diferença não é apenas no ambiente, mas também no perfil da queixa que necessita de atendimento. Para os autores, o foco deve ser exclusivamente com comportamentos que não podem ser manipulados diretamente durante uma sessão e necessitam do uso de recursos da interação verbal para garantir sua mudança. Exemplos de queixas que devem ser alvo da *CBA*, estabelecimento e manutenção de relacionamento interpessoais íntimos, conflitos com o chefe, com familiares. Por não se tratar de comportamento presente em sessão, não seria possível a realização de uma intervenção direta, sendo necessários procedimentos focados na interação verbal.

Se os comportamentos não acontecem diretamente na sessão, assim como Ferster (1979), os autores defendem que a sessão terapêutica seja um espaço para a intervenção e chamam a atenção para algumas características da sessão:

- O tipo de relação que se estabelece entre terapeuta e cliente é um indicativo da história de reforçamento do cliente, ou seja, existe uma grande chance de que a forma como o cliente se comporta durante uma sessão seja semelhante ao que ele faz em seu ambiente natural, trazendo para o terapeuta informações acerca da sua história de vida.
- A queixa inicial que o cliente traz nem sempre é o problema de fato.

- Sentimentos e pensamentos ruins sempre estão relacionados ao padrão de comportamentos problemáticos.
- Clientes, em geral, estabelecem relações mecânicas entre eventos; por isso, um dos objetivos da terapia pode ser ajudar o cliente a atribuir as causas dos pensamentos e sentimentos à sua história de interação com o ambiente e não a um fato isolado.
- A terapia é um espaço que deve ser perfeito o suficiente para evocar aqueles comportamentos inadequados que ocorrem fora dali.

Sendo assim, já que o comportamento que o cliente tem como queixa não é manipulável em sessão, o ambiente de consultório se torna um espaço para análise dos comportamentos tidos como problemáticos e também o momento para a intervenção sobre eles.

Nesse sentido, a *CBA* se propõe a:

- No caso de cliente com história de punição, a terapia deve analisar o comportamento verbal do cliente como uma metáfora das contingências aversivas vividas por ele.
- O terapeuta deve analisar as regras trazidas pelo cliente: geralmente, o cliente vem para a terapia com um conjunto grande de regras que acabam por tornar sua vida muito rígida. Além disso, é oportuna, para o terapeuta, a utilização de regras que auxiliem na mudança do cliente na vida cotidiana.
- Influência do próprio comportamento do cliente sobre outro, subsequente a ele: pensamentos podem ser vistos como regras, como atos, ou, ainda, como mandos que são inicialmente responsáveis por outros comportamentos subsequentes. Com isso, analisar os pensamentos pode trazer elucidação dos motivos que levam o cliente a se comportar de determinada maneira.

Diante disso, é possível entender a *CBA* como uma proposta que enfatiza a necessidade de análise do processo terapêutico de consultório, na mesma direção do que Ferster (1979) já havia sinalizado. Em termos de proposta terapêutica, pode ser sintetizada da seguinte forma:

1. O objetivo é trabalhar com comportamento em sessão como forma de atingir os comportamentos da vida cotidiana do cliente.
2. As queixas e problemas que o cliente tem em sua vida podem acontecer também na sessão e, portanto, podem ser observados e serem alvo de intervenção.
3. A ocorrência desse tipo de comportamento nas sessões é importante, pois aumenta a chance de generalização dos resultados na vida cotidiana do cliente.

Dessa forma, foi definido um campo em que o interesse deveria ser a atividade de clínica de consultório. Dentro dessa perspectiva, três propostas terapêuticas de base behaviorista radical aparecem: *ACT*, *FAP* e *BA*. Elas serão explicitadas a seguir.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Para Hayes e Wilson (1993), assim como para Ferster (1979) e para Kohlenberg, Tsai e Dougher (1993), existia, no início dos anos 1990, a necessidade de explicação científica da interação verbal que ocorria dentro de uma sessão terapêutica. Mas, diferentemente destes autores, Hayes e Wilson (1993) viam a necessidade de um desenvolvimento conceitual específico que atendesse às necessidades da análise da interação verbal de consultório. Seguir-se-á uma análise desse desenvolvimento conceitual e a aplicação dele à clínica.

Uma das questões centrais com que os autores estavam preocupados, nesse momento, era a forma de trabalho clínico com os comportamentos verbalmente controlados. Sendo assim, segundo Zettle (2005), a *ACT* tem sua origem na tentativa de S. Hayes e K. Wilson em estabelecer um protocolo de intervenção capaz de

lidar com o comportamento verbal (a partir do que Skinner, (1992/1957, havia proposto) e com o comportamento governado por regras (a partir do trabalho de Skinner, 1968).

De fato, a produção dos autores ao longo da década de 1980, como apontado por Zettle (2005), revela a busca dos dois autores de explicações acerca dos processos verbais envolvidos no seguimento de regras por parte do indivíduo. Esse caminho levou Hayes e Wilson (1993) a uma revisão do conceito de comportamento verbal.¹⁷

Para eles, comportamento verbal é o “comportamento de relacionar estímulos ou eventos de uma forma específica” (Törneke, 2010, p. 68) e o termo que os autores utilizam para defini-lo é *responder relacional arbitrariamente aplicado*.

O estabelecimento de relações entre estímulos já havia sido explicado pelo paradigma da equivalência de estímulos; no entanto, para os autores, as relações que se estabelecem, não são mais apenas de equivalência, mas incluem: maior que/menor que, oposto a, diferente de, antes/depois. Outra diferença é que, para os autores, esse relacionar é um operante e que, portanto, pode ser treinado.

Sendo assim, o conceito de comportamento verbal passa a abarcar diferentes relações entre estímulos e, com isso, o trabalho clínico deveria levar em consideração a forma pela qual o cliente estabelece as diferentes relações entre estímulos.

É possível resumir da seguinte maneira algumas implicações do responder relacional arbitrariamente aplicado para a terapia (Ruiz, 2010):

1. Uma vez que uma pessoa tenha um repertório mínimo de “relacionar” (portanto, tenha sido modelado o operante responder relacionar arbitrariamente aplicado), a aquisição de função aversiva por parte de alguns estímulos (pelo processo já descrito como transformação de fun-

¹⁷ Alguns desses trabalhos, somados à linha de pesquisa que Hayes desenvolvia (baseados nos trabalhos da teoria da equivalência de M. Sidman) levaram ao desenvolvimento da área da *Relational Frame Theory (RFT)* e, inclusive, a novas proposições a respeito do conceito de comportamento verbal.

ção) acontece de acordo com a forma como o cliente estabelece a relação entre aquele estímulo e outros.

2. Uma vez tendo o estímulo adquirido a função aversiva, não é possível mudar ou suprimir seu conteúdo de forma direta. Da mesma forma que a aquisição da função de um estímulo não foi feita por experiência direta, mas pelo estabelecimento de uma relação entre esse estímulo com outros, a mudança não deve ser feita de forma direta. O autor define que a tentativa direta de mudança leva a uma extensão da rede, ou seja, novos estímulos passarão a adquirir tal função.

3. Levando em consideração que o responder relacional arbitrariamente aplicado é controlado pela, assim chamada, dica contextual, é impossível mudar diretamente o contexto das redes relacionais sem mudar o seu conteúdo. Sendo assim, ao mudar o tipo de relação que é estabelecida entre os estímulos pela dica contextual, muda-se o conteúdo da função. Por exemplo, estabelecida uma relação de "maior que" entre os estímulos A e B, no caso A maior que B, o sujeito responderá a B de acordo com a relação estabelecida e independentemente de sua história prévia com B. Quando se altera a dica contextual para "menor que", muda-se o tipo da relação e, portanto, a forma pela qual o sujeito responderá a B. Nesse sentido, muda-se o conteúdo, ou seja, a forma como o sujeito responderá a B.

A aquisição de função aversiva por parte de alguns estímulos é um processo que, no seres humanos, pode estabelecer alguns eventos privados como aversivos – a depender da dica contextual estabelecida –, fazendo com que o sujeito passe a trabalhar para evitá-los. Isso foca a sua ação em controlar esses eventos privados (agora aversivos), ou seja, esquivar-se deles. Este padrão é definido pela *ACT* como esquiva experiencial. (Törneke, 2011).

Por exemplo, um indivíduo, após ser demitido de uma empresa, consegue um trabalho em outra (S1). Esse indivíduo não possui qualquer experiência direta com esse novo trabalho; no entanto, ao se comparar com os anteriores (S2, S3, S4) em termos de salário, localização, plano de carreira etc, o novo emprego é pior. Portanto, existe uma relação entre os estímulos e trabalho conseguido (S1) e os anteriores (S2, S3, S4) definida pela dica contextual 'pior que'. O cliente não possui uma história específica com o trabalho novo, mas pelo fato de se encontrar em uma relação de 'pior que' com os outros trabalhos ele tenderá a responder a S1 com relação a S2, S3, S4 etc. Isso irá provocar as sensações e pensamentos característicos de alguém que se vê fracassado em sua profissão, pois, além de demitido, consegue apenas um trabalho inferior aos anteriores. A questão importante aqui está na função aversiva que o S1 adquire ao se estabelecer uma comparação do tipo 'pior que' com S2, S3 e S4. E, mesmo desconhecendo a trabalho que conseguiu, o indivíduo encontra-se agora em uma contingência aversiva.

Para a *ACT*, existe, ainda, outro conflito se passando com esse indivíduo. Ao mesmo tempo em que se sente fracassado, ele também se sente mal por se sentir assim. Entra em conflito uma regra que ele possui de que 'não se pode reclamar do emprego que se tem' com o sentimento de fracasso por estar em um emprego pior do que o anterior. Ou seja, apesar de se sentir mal por estar em um emprego ruim ele não pode se sentir assim visto que, para ele, alguém que reclama do trabalho é uma pessoa pior. O sentimento que ele tem (estímulo) está relacionado a outros sentimentos, seguindo a dica contextual 'pior que'. Ele passará, então, a trabalhar para evitar esse tipo de sensação. Irá para esse novo emprego e se obrigará a sentir-se bem na nova ocupação. Passa a se esquivar da experiência de se sentir fracassado.

Com isso, a esQUIVA experiencial torna-se uma classe funcional de comportamento que é negativamente reforçada pelos efeitos da fuga/esQUIVA deste tipo de desconforto. Para a *ACT*, esse padrão leva a um funcionamento paradoxal, pois o cliente trabalha para esQUIVAR-se daquele aversivo imediato (sentir-se ou pensar de uma forma errada); no entanto, por não alterar a condição iniciadora (quadro relacional) do estímulo, ela se manterá, ou se intensificará no futuro. (Törneke, 2011; Zettle e Hayes, 1986)

Esse processo, em muito se assemelha ao que Skinner (1992/1957) aponta ao descrever o mecanismo de repressão de Freud. Não acabe aqui uma nova revisão desse processo visto que ele já foi apresentado anteriormente; no entanto, um comentário é oportuno: existe uma relação direta entre os dois processos, nos dois casos, indivíduo trabalha para esquivar-se de eventos privados (seja um sentimento ou pensamento). A diferença está no fato de que, para Skinner, isso pode ser explicado pelo processo que faz os estímulos privados adquirirem função de aversivos condicionados em uma situação de punição sobre uma resposta verbal. Já para a *ACT*, o processo envolvido é o de transformação de função do estímulo definido pela dica contextual.

Essa necessidade infinita de esquivar-se do aversivo imediato leva a uma restrição no repertório do cliente, visto que ele precisa responder em fuga/esquiva sempre. A essa restrição a *ACT* atribuiu o nome de *inflexibilidade psicológica*.

Para Luoma, Hayes e Walser (2007), essa inflexibilidade se manifesta na forma das psicopatologias. Para eles, ela promove a inabilidade da pessoa em persistir ou mudar sua vida de maneira a construir um futuro mais condizentes com os seus valores pessoais.

Um modelo hexagonal (fig. 1) foi criado por Hayes et al (2011) para representar a inflexibilidade psicológica e as psicopatologias derivadas:

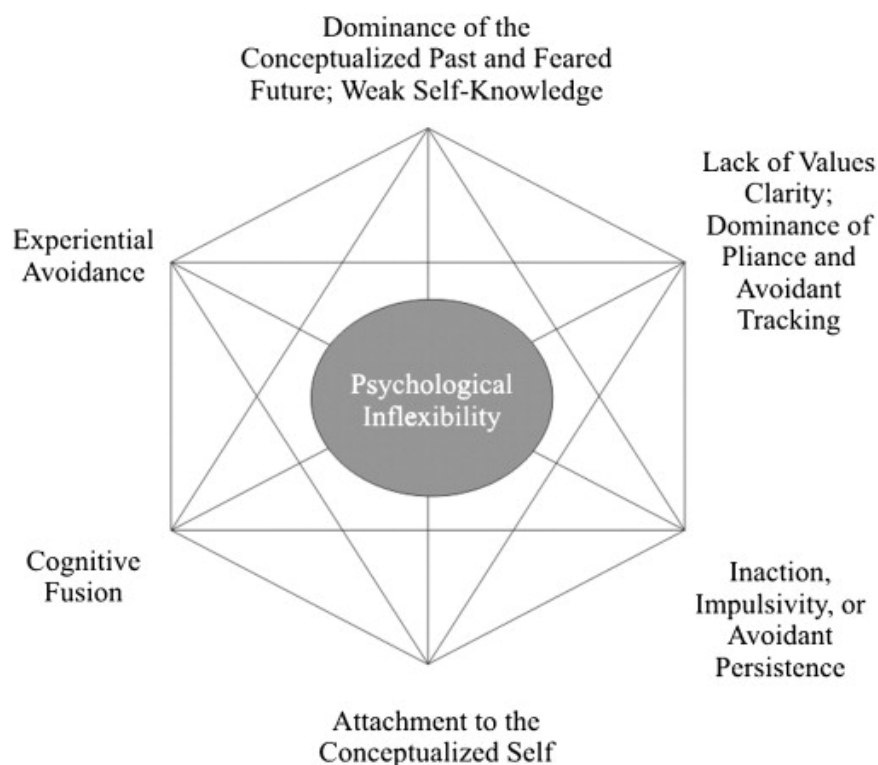


Figura 1: Modelo hexagonal das psicopatologias. Extraído de Hayes et al. (2011).

Cada extremidade é descrita da seguinte forma por Luoma, Hayes e Walser, 2007:

1. *Esquiva experiencial* (ou controle experiencial): refere-se à tentativa de controlar ou alterar a forma, frequência ou sensibilidade das experiências internas. É um processo natural que emerge da tentativa de avaliar, prever e evitar eventos. Por exemplo, tentar controlar a ansiedade envolve pensar na ansiedade e isso tende a evocar ansiedade. Para esse cliente, existe uma regra que define ansiedade como algo a ser evitado dada a quantidade de consequências aversivas que podem resultar dela. No entanto, por ser uma emoção, ela não é controlada racionalmente por ser um efeito da contingência. Há outra regra que diz ser necessário sentir-se bem a qualquer custo e que o correto é sentir-se bem. Se isso não acontece, o indivíduo deve buscar sentir-se bem a qualquer custo. Com isso, o que é sentido (produto da contingência)

esta equivocado, pois como é possível o indivíduo sentir-se mal em um contexto em que deve sentir-se bem? Daí deriva-se a esquiva experiencial.

2. *Fusão cognitiva*: quando o pensamento (resposta pensar) e sobre o que se pensa (estímulo) tornam-se uma coisa só. Ou seja, quando o evento verbalmente interpretado e a interpretação dele se tornam uma coisa só ao invés de duas. Sendo assim, o problema está na forma como se relaciona com o que pensamos e não o que se pensa. "Construções verbais substituem o contato direto com os eventos". (p. 14);
3. *Autoconhecimento limitado e predominância de um passado e futuro conceitualizado*: a fusão cognitiva e a esquiva experiencial distanciam o indivíduo da contingência imediata. Isso é problemático por: A, a consciência flexível da experiência privada é reduzida e, portanto, saber o que pensa e sente será altamente punido; e B, leva o cliente a prever o futuro e sofrer pelo passado ao invés de agir no presente.
4. *Colado no eu-conceitualizado (Self-conceptualized)*: O cliente conta histórias sobre ele mesmo e dessas histórias que tira o 'eu conceitual': é uma autodescrição de quais são os atributos dele e como eles podem ser analisados e descritos. Por isso, quando o cliente está mais colado nesse 'eu conceitual' do que na situação que vive, mas inflexível ele se torna. Ou seja, o indivíduo constitui regras que definem o seu próprio funcionamento. O problema reside no fato de reagir às situações mais por conta dessas regras do que pela contingência propriamente dita;
5. *Falta de clareza dos próprios valores*: valores são padrões nos quais nos baseamos para tomar nossas decisões. Esses valores podem ser suprimidos ou negados gerando sofrimento pois, mesmo suprimidos, eles operam nas decisões.
6. *Esquiva persistente, impulsividade e inatividade*: ação do cliente balizada na consequência a curto prazo em detrimento da possibilidade de mudança futura.

As psicopatologias podem ser descritas a partir dos seis elementos descritos acima. Para tratá-las, a *ACT* desenvolveu seis terapêuticas, representados na figura 2:

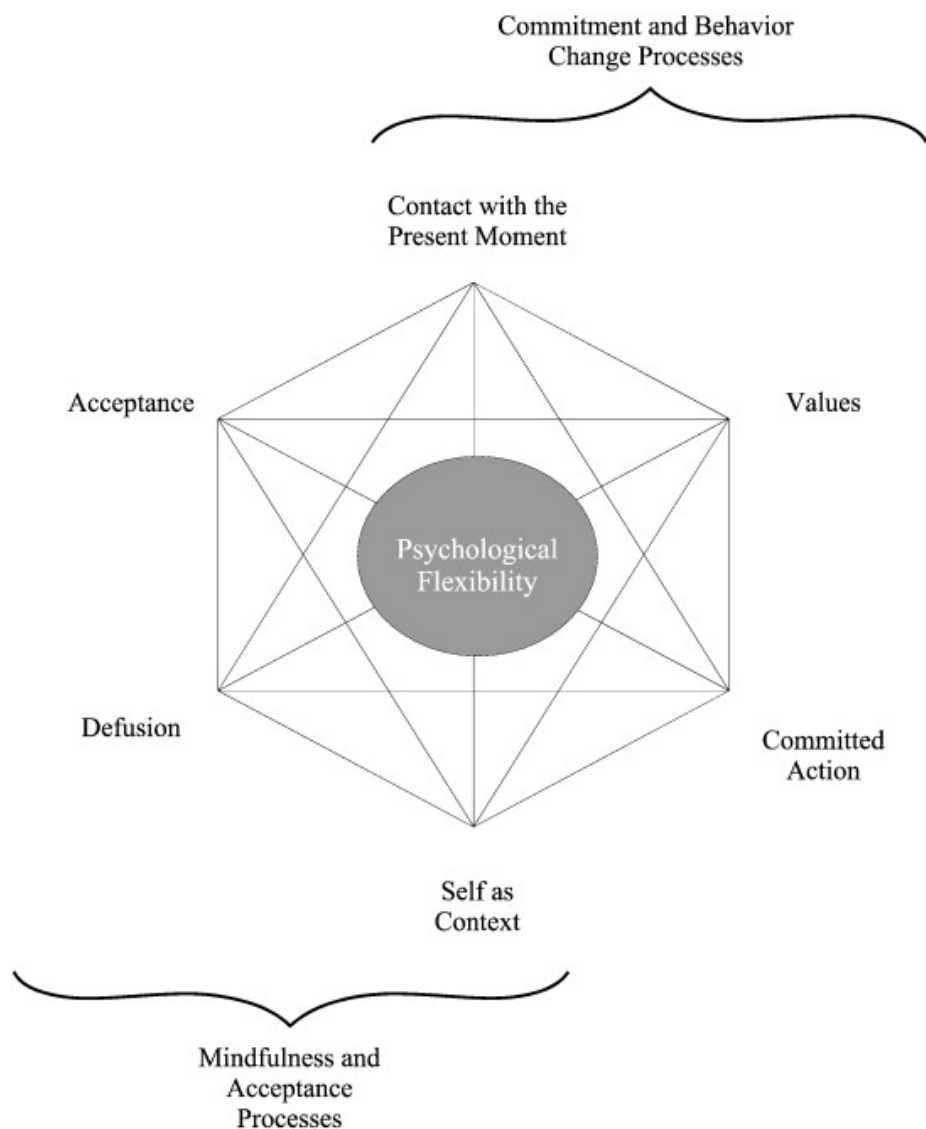


Figura 2: Modelo Hexagonal dos processos terapêuticos da *ACT*. Extraído de Hayes et al. (2011).

Eles são descritos da seguinte forma por, Luoma, Hayes e Walser (2007):

1. *Aceitação*: aceitação dos eventos privados é uma alternativa à esquiva experiencial. Adoção de que eventos privados são ocasionados pela

história e pela contingência presente de cliente e que, portanto, não são controláveis pelo esforço psicológico. Ela é um método para aumentar ações com base nos valores pessoais.

2. *Defusão cognitiva*: para a *RFT*, esforços para mudar as redes relacionais geralmente as expandem e fazem o evento em que a pessoa está focada mais importante. Defusão é o processo de criar contextos nos quais a linguagem pode ser compreendida no contexto atual e momentâneo.
3. *Estar presente*: quando o indivíduo está presente no momento e não pensando no futuro (ou esquivando-se do presente), ele é responsivo e capaz de ser mais flexível perante a situação.
4. *Self* como contexto: um contínuo e seguro local para o EU onde os eventos são experienciados, mas onde também acontece a diferenciação entre EU e evento.
5. *Definindo direções valorosas*: clarificação dos valores pessoais, dar um passo atrás e pensar no sentido da vida, com isso dirigir as ações para caminhos mais condizentes com os próprios valores.
6. *Ação compromissada*: cliente deve passar a se comportar de acordo com seus valores de vida.

Os seis elementos descritos acima estabelecem objeto de trabalho e método de trabalho da *ACT*. No que se refere ao objetivo da proposta, um dos centrais é a recontextualização dos eventos privados do cliente. Ou seja, para a *ACT*, a questão não é mudar ou diminuir os pensamentos e sensações, mas, alterar a sua função de maneira que a reação a estes eventos privados seja mais flexível e condizente com os valores pessoais do cliente. (Kohlembert, Hayes e Tsai, 1993; Luciano 2006).

Luciano (2006) sumariza da seguinte forma as técnicas da *ACT* que derivam do modelo hexagonal:

1. Promover esclarecimento dos valores e das ações que estão de acordo com esses valores. Nessa fase, as seguintes etapas devem ser cumpridas:
 - a. Desesperança criativa; tem o objetivo de fazer com que o cliente discrimine as consequências a curto e longo prazo dos comportamentos que tem emitido com o objetivo de controlar ou esquivar-se do eventos privados temidos e, além disso, experienciar incapacidade de tentar controlá-los.
 - b. Esclarecimento dos valores: facilitar a percepção por parte do cliente do que é importante para ele em sua vida e, se necessário, estabelecer hierarquia entre eles.
 - c. Promoção de vontade para experienciar os eventos privados temidos, com o objetivo de fazer com que o cliente se comporte em concordância com seus valores e pare de esquivar-se dos eventos privados;

2. Promover defusão cognitiva: Essa técnica envolve práticas de experienciar os próprios pensamentos, memórias e sensações como eles são. A experiência do *self* como contexto tem relação com percepção de que existe um *eu* atrás de todos os eventos privados; isso permite que o cliente vivencie esses eventos privados como um episódio e não como se ele *fosse* esse evento privado (por exemplo, ao sentir medo a pessoa não *é* o medo, ela *está sentindo* esse medo).

Fica clara, aqui, que a proposta clínica oferecida pela *ACT* esta voltada para análise da interação verbal que ocorre dentro de uma sessão e como ela pode ser mote para a mudança na vida do cliente.

Com isso, analisando essa proposta de acordo com as categorias de análise, tem-se:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: estímulos adquirem função aversiva por relacionar-se com outros já aversivos e, com isso, sentimentos e pensamentos ganham valor aversivo isso pode levar à esqui-va experiencial – processo que mantém o cliente respondendo para esquivar-se eventos privados aversivos –, com isso o cliente fica dis-tante da situação presente. Fusão cognitiva (interpretação verbal que o cliente faz de uma situação a torna aversiva mesmo ela não sendo na situação), regras rígidas que distanciam o cliente da contingência fa-zendo-o reagir mais por elas do que pela contingência direta.
2. Estratégias para a intervenção: através da recontextualização (mu-dança na dica contextual que estabelece a relação entre os estímulos – ou mudança no quadro relacional) dos eventos privados, alterar a sua função aversiva de maneira a fazer com que o cliente esquive menos dos pensamentos e sentimentos aversivos e, assim, seja capaz de rea-gir de acordo com os seus valores pessoais, análise das regras, aceita-ção do evento privado aversivo como correto para que o cliente passe a se comportar com ele e não contra ele, definição dos valores impor-tantes para a vida do cliente.
3. Efetividade: do ponto de vista da *ACT* as queixas do cliente residem na forma com que ele aprendeu a estabelecer relações entre estímulos, levando-se em consideração que ela trata desse tipo comportamento, ao alterar o comportamento que é importante para o cliente ela pro-cura mudança de um padrão que terá reverberação no mundo externo e, portanto, fundamental para o contexto em que ele vive, pois é a ori-gem dos problemas existentes tanto nos comportamentos do cliente quanto nas relações dele com seu contexto.
4. Generalidade: os procedimentos da *ACT* têm como objetivo a mudança do cliente em sua vida cotidiana. Sendo assim, alterando o comporta-mento privado do cliente ele será capaz de realizar mudanças em seu mundo, garantindo a mudanças de longo prazo e em vários contextos.

Com essa caracterização foi possível perceber que a *ACT* se propõe a construir uma nova forma de observar a interação verbal que ocorre em sessão. No entanto, assim como as outras propostas terapêuticas estudadas até aqui, ela apenas busca outras formas de garantir que o cliente opere suas mudanças em seu ambiente e não apenas no consultório.

Outra proposta que busca analisar a interação verbal ocorrida no consultório é a *FAP* e ela será analisada a seguir.

Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

A *FAP* é uma proposta desenvolvida por Kohlemberg e Tsai e nasce também da preocupação de que analisar a interação verbal que acontecia em sessão. Assim como, Ferster (1979) e Hayes e Wilson (1993), Kohlemberg e Tsai (2004/1991) propõem uma forma de analisar a interação verbal de uma sessão terapêutica de maneira utilizá-la como fonte de informação e também como momento de intervenção.

Para a *FAP*, a sessão de consultório é um ambiente rico e que propicia a emissão de comportamentos que merecem ser analisados. Por isso, a abordagem, entendendo que o terapeuta funciona como estímulo discriminativo e reforçador para o comportamento do cliente, procura analisar o evento da sessão e, a partir disso, montar um programa terapêutico.

Sendo assim, a marca da *FAP* está na *relação terapêutica*. Para os autores, esse é um tipo de relação que pode ser utilizada de maneira a produzir mudanças comportamentais nos clientes. Ao compreender que o terapeuta é um agente reforçador para o comportamento do cliente, é possível analisar o tipo de consequência que o terapeuta tem em suas mãos e que pode disponibilizar.

Na mesma direção que Ferster (1979) trabalha, os autores fazem uma análise dos tipos de reforçadores utilizados em uma sessão. Para eles, reforçadores arbitrários usados em terapia são interessantes para a instalação de alguns repertórios principalmente em clientes que vivem em ambientes controlados (escolas, hospitais e prisões), mas para clientes que necessitam que as mudanças sejam obtidas em sessão sejam generalizadas para a vida cotidiana, o seu uso é insuficiente. Um

reforçador natural disponibilizado pelo terapeuta em uma sessão aumentará a chance da mudança que ocorre em sessão, ocorrer no ambiente externo. (Kohlenberg, Hayes e Tsai, 1993).

Para os autores, isso significa que o terapeuta deve comunicar ao cliente as suas opiniões acerca dos acontecimentos da vida dele, mas o mais importante aqui é o terapeuta compartilhar com o cliente o que ele sente com relação às suas atitudes. Por exemplo, o cliente, ao sentir-se mal com alguma análise feita pelo terapeuta, passa a reagir de forma extremamente agressiva com o terapeuta. O papel aqui seria o terapeuta revelar ao cliente como ele está se sentindo com essa forma de reação. Isso é uma consequência natural à forma com que o cliente se manifestou. E, do ponto de vista da *FAP*, isso aumenta a chance de o cliente mudar em sua vida cotidiana.

Uma forma que os autores encontraram para descrever o tipo de interação verbal ocorrida em uma sessão é classificar os comportamentos do cliente. Por isso, a *FAP* define os comportamentos clinicamente relevantes (*Clinical Relevant Behaviors – CRB*) (Kohlenberg e Tsai, 2004/1991). Eles são os tipos de comportamento aos quais o terapeuta deve ficar atento durante uma sessão. Existem três tipos de *CRB*'s que serão apresentados a seguir, utilizando a descrição de Kohlenberg e Tsai (2004/1991) e Kohlenberg, Hayes e Tsai (1993).

1. *CRB* 1: o comportamento-problema do cliente que acontece em sessão: comportamentos que são relacionados à queixa do cliente e que devem ter sua frequência diminuída. Estes comportamentos podem ser de esquiva ou aqueles que produzem atenção das pessoas de “formas inadequadas” (entendidas aqui como respostas verbais que produzem algum grau de sofrimento para o cliente e que se encaixa na queixa). Por exemplo, o cliente, ao ser contrariado, reage de forma muito agressiva ao terapeuta.

2. *CRB 2*: Melhoras do cliente que acontecem durante a sessão: este comportamento é relacionado ao *CRB 1* e se refere a mudanças do cliente na situação em que antes aparecia o *CRB1*. Como no exemplo anterior, o cliente ao ser contrariado pelo terapeuta não o agride, mas conversa de forma menos contundente (nesse sentido, diminuiu-se a intensidade do padrão caracterizado como *CRB 1*, caracterizando-o como um *CRB 2*).
3. *CRB 3*: interpretações que o cliente faz sobre seu próprio comportamento: *CRB 3* é uma descrição em termos de contingências operantes e respondentes de seus comportamentos; portanto, em termos de definição de quais estímulos discriminativos, reforçadores e eliciadores controlam o seu comportamento. Essa descrição pode auxiliar o cliente a obter reforçadores na vida cotidiana.

Dessa classificação surgem cinco regras principais para a intervenção segundo a *FAP*:

1. Procure por *CRB's*: terapeuta deve ser atento a todos os comportamentos do cliente que possam ser classificados e frutos de intervenção.
2. Evocar *CRB's*: para os autores, a relação cliente-terapeuta é a situação ideal para o aparecimento de *CRB 1*, pois é um ambiente onde ele pode ser analisado e, com isso, há possibilidade de modelagem de *CRB 2*.
3. Reforçar *CRB 2*: quando um *CRB 2* aparecer na sessão, ele deve ser reforçado. A ressalva que os autores fazem é que o terapeuta deve levar em consideração a questão do tipo de reforçador utilizado. Nesse caso, o reforçador natural ganha importância por permitir o estabelecimento de uma relação verdadeira entre terapeuta e cliente e, com isso, o que aumenta a chance de mudança na vida cotidiana do cliente.

4. Observar os efeitos dos potenciais reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRB's do cliente: observar o quanto aquilo que o terapeuta faz é de fato reforçador para o cliente.
5. Dar interpretações das variáveis que afetam o comportamento do cliente.

Para a *FAP*, as emoções têm um papel importante no processo terapêutico. Segundo Kohlemberg e Tsai (2004/1991), a expressão dos sentimentos aumenta a probabilidade de que as necessidades do cliente sejam atendidas. Entendendo as emoções como produto da contingência e também como uma via de acesso a ela, a partir do momento em que o indivíduo relata de forma correta suas emoções, o ambiente ao seu redor é capaz de prever o seu comportamento.

Outro elemento importante da *FAP* é seu desenvolvimento acerca do conceito de *self*. Esse conceito relaciona-se com a autopercepção ou autoconceito que o indivíduo cria de si. Para os autores, ele está baseado no relato que a pessoa faz a respeito da própria experiência de *self*. A justificativa, aqui, é de que algo que interfere na experiência, também o fará no relato e seu respeito.

É, portanto, uma hipótese sobre a resposta verbal de relatar sobre o *eu*. Para definir esse conceito, devem-se especificar os estímulos controladores da resposta verbal EU. Com isso, o terapeuta terá uma descrição acurada da noção de *self* do cliente. A formação desse conceito se dá ao longo do desenvolvimento humano e pode ser dividida em 3 estágios:

1. Primeiro se forma uma unidade funcional grande. Por exemplo, eu estou com calor ou estou com fome. Uma noção de vontade sempre ligada a alguma coisa específica;
2. A segunda etapa é a emergência de unidades funcionais menores: agora não mais relacionadas a alguma coisa específica, mas sim ao estado particular do indivíduo: eu quero, eu vejo;

3. Em seguida, há a emergência de uma unidade menor ainda que defina a própria experiência: o *eu*.

Nos dois primeiros estágios é possível observar que a resposta verbal referente à experiência de *self* está sob controle de estímulos públicos simples (portanto, com propriedades físicas) e serve para atender a um estado de privação imediato. Já na terceira etapa, a resposta está sob controle de estímulos pessoais e complexos privados e que não possuem características físicas.

Há ainda trabalhos que utilizam de estudos de casos e condições experimentais, em ambos os casos os resultados indicam que a *FAP* produz mais resultados quando comparada com intervenções cognitivistas.

Feita a caracterização, é possível analisar *FAP* em função das categorias de análise já apresentadas:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: comportamentos-queixa que o cliente traz para a terapia e comportamento clinicamente relevantes (*CRB 1*), expressão fidedigna dos sentimentos.
2. Estratégias para a intervenção: Uso da sessão como ambiente de coleta de dados sobre o funcionamento do cliente e também de intervenção, sendo assim, toda a intervenção estará calcada na relação terapêutica. Por isso, é fundamental o uso de reforçadores naturais como forma de aumentar a chance da intervenção ser efetiva (nesse caso significa o terapeuta expressar aqui que sente e pensa sobre o cliente). Esse processo pode ser resumido em evocar *CRB 1*, modelar *CRB 2* e reforçar *CRB 3*. Expressão correta dos sentimentos faz com que o mundo do cliente seja capaz de atender as demandas dele, tornando a relação desse cliente com o ambiente dele melhor. Análise da autopercepção e autoconhecimento (*self*) do cliente.
3. Efetividade: a *FAP* busca em sua intervenção focar na mudança de comportamentos do cliente que venham a produzir mudanças no ambiente externo. Sendo assim, não são apenas mudanças relevantes pa-

ra os clientes, mas que sejam também para o contexto em que ele esta inserido.

4. Generalidade: a *FAP* busca a mudança do cliente fora da sessão, e, para isso, modela um repertório novo e ensina o cliente a analisar a própria mudança em sessão. Isso pode garantir generalidade à intervenção.

Até aqui foram analisadas propostas que estavam em busca de analisar a interação verbal que ocorre dentro de uma sessão terapêutica. A *BA* segue um caminho diferente que procura desenvolver uma terapêutica para um tipo específico de comportamento: o padrão conhecido como depressão. Essa proposta será explicitada a seguir.

Behavioral Activation (BA)

Diferentemente das propostas terapêuticas descritas anteriormente, a *BA* não desenvolve um sistema explicativo dos problemas comportamentais ou analisa a interação verbal existente em uma sessão. A sua proposta é a definição de um protocolo de tratamento dos casos descritos como depressão.

Segundo Barraca (2008), essa proposta terapêutica tem como um dos princípios resgatar a análise científica realizada por Ferster (1972) e continuada por Lewinsohn (1974) – não cabe aqui descrevê-la novamente, mas vale lembrar que é uma leitura operante do diagnóstico da época descrito como depressão.

Além desse resgate, essa abordagem tem as seguintes contribuições a somar:

1. Uma elaboração teórica para explicar tanto a origem quanto a manutenção do estado depressivo.
2. Um novo enfoque motivacional para comprometer o cliente com o tratamento.
3. Um protocolo de tratamento baseado em pesquisas empíricas.
4. Análise comportamental dos processos cognitivos.

5. Desenvolvimento de alguns instrumentos de avaliação do processo terapêutico.
6. Busca por evidências empíricas para incluir esse tipo de tratamento nas terapias empiricamente validadas.

Dessa forma, se propõe a criar uma forma de tratamento para os casos de depressão que envolva a análise dos processos internos do cliente nas relações que ele estabelece com seu meio e, particularmente, com as consequências de suas ações no ambiente.

Para Lewinsohn (1974), o padrão descrito como depressão é definido por uma emissão de baixa frequência de respostas que produzam reforçadores positivos, somada pela presença de uma inadequação social importante.

Para essa proposta terapêutica, o início da depressão está em um evento gatilho que retira, da vida do indivíduo, reforçadores importantes fazendo com que ele, mesmo se comportando da mesma forma que antes, não produza os mesmos reforçadores. Isso gera sentimentos e pensamentos decorrentes da falta de reforçamento que se definem como o padrão depressivo. Esse estado se mantém por dois fatores: um deles é o fato de o indivíduo se comportar da mesma forma que antes produzia reforçadores, mas agora, sem a produção deles. Outro fator é a pouca disponibilidade de reforçadores para os comportamentos 'não depressivos' e a grande disponibilidade de reforçadores para os comportamentos 'depressivos'. O que passa a acontecer é que o indivíduo se esquia das situações de não reforço levando a um novo padrão depressivo que tende a se agravar conforme o indivíduo restringe seu repertório.

Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch & Rusch (2010) fizeram um extenso trabalho de revisão da literatura acerca das variações da *Behavioral Activation*. Nessa revisão, os autores definem as oito técnicas principais que a *BA* aponta: monitoração da atividade, avaliação dos valores e objetivos, agendamento de atividades, treino de habilidades, treino de relaxamento, gerenciamento das contingências,

procedimento focados no comportamento verbal, procedimentos focados nas esquivas¹⁸.

Elas aparecem com maior ou menor incidência dentre as variações da BA, como afirmam os autores. Para uma análise mais pormenorizada de cada uma das técnicas, ver Kanter et al. (2010).

As oito técnicas podem ser brevemente descritas da seguinte forma:

1. **Monitoração da atividade:** realizada com o objetivo de definir uma linha de base dos níveis de atividade do cliente e o seu humor relacionado a elas. Isso possibilita a demonstração para o cliente da relação entre a atividade dele e o humor em que ele se encontra. Além disso, o próprio monitoramento pode servir como uma intervenção.
2. **Avaliação dos objetivos e valores:** o passo inicial é auxiliar o cliente a identificar quais são os seus objetivos e valores com relação a relações familiares, relações sociais em geral, estudo, questões de saúde e de espiritualidade. A identificação desses valores pode funcionar, por exemplo, como um motivador para manter o cliente respondendo mesmo quando as consequências forem muito atrasadas.
3. **Agendamento de atividades:** combinados com o cliente para ele se engajar em atividades que o coloquem em contato com atividades que geraram reforçadores positivos.
4. **Treino de habilidades:** treinos para o desenvolvimento de repertórios de que envolvem habilidades sociais (incluem-se assertividade, habilidades interpessoais, habilidades de comunicação), além de treinos de repertórios não sociais como resolução de problemas.
5. **Treino de relaxamento:** treino desenvolvido para clientes que tenham problemas quanto a dificuldade de dormir e também fazer com que o

¹⁸ Do original em inglês: *activity monitoring, assesment of goals and values, activity scheduling, skills training, relaxation training, contingency management, procedures targeting verbal behavior, procedures targeting avoidance.* (Kanter et al., 2010, p. 608).

cliente aproveite de forma mais intensa algumas atividades em que ele se insere.

6. Gerenciamento de contingências: define-se pela programação da resolução das situações em que o comportamento do cliente produz punição ou extinção. Pode ser feito por meio de planejamentos durante as sessões ou através de lições de casa.
7. Procedimentos focados no comportamento verbal: técnica que se foca nos comportamentos encobertos do cliente e podem incluir monitoramento dos pensamentos, substituição de pensamentos negativos por pensamentos positivos, supressão direta dos pensamentos, ensaio de pensamentos positivos sobre ele mesmo, modelagem autorelatos positivos. Há procedimentos quanto ao automonitoramento, autoavaliação e autoreforçamento, análise funcional dos pensamentos caracterizados como “ruminação”.
8. Procedimentos focados nas esquivas: existe um ciclo em que o cliente deprimido está preso. Ele é definido pela sigla *TRAP*: *Trigger* (situação gatilho), *Response* (padrão depressivo), *Avoidance Pattern* (padrão de esquiva). *TRAP* também faz referência à palavra em inglês “armadilha”, referindo-se ao fato de o indivíduo, quando entra nesse ciclo, entra em uma armadilha que, pelo tipo de reforçador que está disponível, se mantém nela. Para encerrar este ciclo, é necessária o que os autores definem como a *ativação comportamental*. Isso significa fazer com que o indivíduo passe a investir em comportamentos alternativos e que venham a produzir outro tipo de reforçador. Ou seja, ao invés de se manter respondendo por esquiva e em função dos reforçadores disponíveis, a *ativação comportamental* procura instalar outros repertórios no indivíduo que o façam produzir outros reforçadores que o ‘tirem’ da armadilha. Essa mudança de caminho é definida como *TRAC* - *Trigger* (situação gatilho), *Response* (padrão depressivo), *Alternative Coping* (ativação comportamental).

Analisando essa proposta terapêutica à luz das categorias de análise, tem-se:

1. Conceitos fundamentais para o diagnóstico: padrão de depressão, entendido como emissão de baixa frequência de respostas que produzem reforçadores positivos, somada pela presença de uma inadequação social importante.
2. Estratégias para a intervenção: monitoração da atividade, avaliação dos valores e objetivos, agendamento de atividades, treino de habilidades, treino de relaxamento, gerenciamento das contingências, procedimento focados no comportamento verbal, procedimentos focados nas esquivas
3. Efetividade: *BA* trata do planejamento da emissão de novos comportamentos alternativos aos da depressão. Nesse sentido, a *BA* está bastante voltada para o comportamento que é relevante para o cliente e com a mudança dele, o seu ambiente será alterado também.
4. Generalidade: a *BA*, apesar de buscar mudanças na vida do cliente, circunscreve sua intervenção apenas naquele episódio depressivo e não no padrão do cliente; isso pode levar a um novo episódio depressivo na vida do cliente.

Foram caracterizadas e analisadas, ao longo desse capítulo, as propostas terapêuticas que sugeriram uma análise científica dos problemas psicopatológicos, da interação verbal de consultório e no desenvolvimento de um protocolo de intervenção para a depressão. Todas elas dizem respeito à produção internacional acerca da terapia de consultório. Existe uma literatura nacional que foi produzida a esse respeito e que também será discutida. O capítulo que se segue, portanto, caracteriza e analisa a produção nacional sobre terapia. Em seguida, será descrita a literatura sobre o AT e, após isso, será feita a comparação entre todas as propostas terapêuticas apresentadas.

Capítulo 7: A Terapia Brasileira de Base Behaviorista Radical

Como foi descrito no início da seção Propostas Terapêuticas, a análise destas propostas segue uma linha cronológica de seu surgimento: o capítulo 3 apresentou análises de Skinner sobre a terapia, o capítulo 4 apresentou a modificação de comportamento e o capítulo 5 apresentou os trabalhos de Ferster – juntos, os três capítulos configuram as bases da terapia comportamental; o capítulo 6 apresentou as propostas terapêuticas de consultório. As terapias comportamentais brasileiras foram agrupadas em um capítulo à parte. Apesar de elas guardarem semelhanças com as propostas apresentadas no capítulo 6, tiveram o seu desenvolvimento de uma forma diferente. A seguir, então, serão descritas as propostas terapêuticas nacionais.

A intervenção comportamental no Brasil seguiu um curso diferente quando comparado ao desenvolvimento de propostas de origem internacional. Bellodi (2011) realizou uma pesquisa que avaliou a história de 13 terapeutas brasileiros considerados pioneiros da terapia comportamental. Os participantes fizeram referências a diversos tipos de trabalhos que serviam de subsídio para a prática clínica, dentre os mais citados estão: Skinner (11 referências), JABA (5 referências) e Keller & Schoenfeld (5 referências). Isso demonstra que, em sua maioria, os terapeutas tinham como referencial, para a o desenvolvimento de um trabalho clínico, textos teóricos sobre a Análise do Comportamento e os trabalhos de análise aplicada do comportamento. Menos citados (4 referências cada) mas também relevantes, aparecem também os trabalhos de Bandura (1969) e Bijou & Baer (1969).

Assim, como afirma Bellodi (2011), os terapeutas pioneiros no Brasil não tiveram acesso a manuais específicos de terapia comportamental de consultório ou à publicações a respeito de uma atuação clínica behaviorista radical. A literatura a que tinham acesso e que serviam como base para a construção da intervenção resumia-se à: manuais de psicoterapia, manuais de análise do comportamento e alguns periódicos de análise aplicada e experimental do comportamento.

Talvez por essa razão que nunca foi estabelecida uma expressão para definir o tipo de atuação no Brasil, diferentemente de outros países. Segundo Costa

(2011), foi apenas em 2001 que apareceu, pela primeira vez, uma referência a uma expressão específica “Terapia Analítico-Comportamental”, para designar o tipo de intervenção brasileira. Essa expressão, naquele momento, surge como uma forma de “demarcar a fundamentação [da prática] na Análise do Comportamento e o afastamento de modelos que usam outros pressupostos, sobretudo, os cognitivistas” (Costa, 2011, p. 47). Sendo assim, a pretensão, naquele momento, era de definir um *locus* conceitual que delimitasse a intervenção comportamental. Essa expressão viria a se tornar um consenso entre um grupo de analistas do comportamento após uma reunião realizada em 2005 com vistas à fundamentá-lo como nomenclatura vigente.

Em paralelo, também no início dos anos 2000, outra expressão aparece: “Terapia por Contingências de Reforçamento”. Esta proposta também tinha como objetivo delimitar um tipo de atuação clínica que um grupo de analistas do comportamento realizava. Ainda segundo Costa (2011), durante o ano de 2010, duas outras nomenclaturas surgem: “Terapia Molar e de Autoconhecimento” e “Psicoterapia Comportamental Pragmática”.

Para efeitos da pesquisa aqui apresentada e, como forma de levantar mais elementos para estabelecer a comparação com outras sistematizações internacionais, (já descritas anteriormente), será feita uma análise pormenorizada de cada uma das denominações de propostas de intervenção baseadas no Behaviorismo Radical..

Terapia Analítico-Comportamental

Como afirmou Costa (2011), a primeira vez que se usou esta expressão em trabalhos brasileiros, como forma de designação da prática de consultório, foi em 2001 (Tourinho e Cavalcante, 2001). Mas, apenas em 2005 que esta denominação foi oficialmente escolhida para designar a prática clínica de analistas do comportamento brasileiros. Segundo Zamignani, Silva Neto e Meyer (2008), essa escolha deveu-se à necessidade de diferenciar essa prática da de outros tipos de terapia. Eles estavam especialmente preocupados em diferenciar-se das práticas mediacionais (cognitivas) e respondentes que estavam vinculadas ao uso do termo “Terapia Comportamental”, até aquele momento.

Zamignani et al. (2008) definem que a expressão *terapia analítico-comportamental* é suficiente para anunciar que ela é uma intervenção com base na análise do comportamento. Em termos de aplicação para a clínica, a visão analítico-comportamental defende que os assim chamados sintomas psicopatológicos sejam entendidos como comportamentos e, portanto, produtos de uma história de interação de um organismo com seu ambiente. Isso garante uma diferenciação clara com as perspectivas cognitivistas.

Para Zamignani et al. (2008), outra marca fundamental que a terapia analítico-comportamental traz da análise do comportamento é a influência do contexto cultural na determinação do comportamento humano. O papel da cultura nessa determinação ficará bastante evidenciado com o trabalho de Banaco (2012), que será discutido mais adiante.

Um dos trabalhos que apresentam a terapia analítico-comportamental é o de Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno e Tourinho (2010). Esse trabalho é particularmente interessante, pois revê uma série de publicações anteriores desses autores e de outros que apresentaram uma visão ampla da terapia analítico-comportamental. Por essa razão o trabalho será discutido a seguir.

Um dos elementos iniciais que o trabalho apresenta é a opção pelo uso do termo análise de contingências em detrimento de análise funcional ou avaliação funcional. Para os autores, o termo análise funcional refere-se a uma análise que depende de um rigor experimental, de uma manipulação e do controle de variáveis, processo impossível de ser realizado na clínica. O segundo termo, avaliação funcional, não é suficiente para descrever o tipo de análise proposta pela TAC – descrição em termos de antecedentes (estímulos discriminativos e Operações motivacionais), respostas e consequências. Dizem os autores “. . . o termo análise de contingências será preferido em relação ao termo avaliação funcional, uma vez que toda a análise já é uma avaliação, mas nem toda avaliação é uma análise.” (p. 160).

Para Meyer et al. (2010), a análise de contingências é, então, a base para a formulação de uma intervenção analítico comportamental. Com isso, toda a queixa e todo o problema clínico poderão ser definidos em termos das contingências e, portanto, em termos de estímulos e respostas. Ao analisar o problema clínico tra-

zido pelo cliente por essa perspectiva, algumas hipóteses podem assim ser definidas:

1. O cliente pode não estar suficientemente motivado para a emissão das respostas necessárias em determinadas condições.
2. O cliente pode não ter um controle de estímulos apropriado que estabeleça a ocasião para responder quando o reforçador estiver disponível (história insuficiente ou ineficaz de reforço diferencial).
3. O cliente pode não apresentar o repertório necessário para que sua ação produza estímulos reforçadores.
4. O ambiente (social ou físico) pode disponibilizar consequências de maneira inconsistente ou dispensar reforçadores para respostas que, a médio ou longo prazo, podem produzir algum tipo de estimulação aversiva

Esses casos exemplificam como a análise de contingências como ferramenta pode definir um problema trazido pelo cliente de uma maneira em termos de contingência.

Já no que se refere ao andamento do processo clínico, os autores se valem de dois trabalhos para a descrição das etapas de uma intervenção: Follette, Naugle e Callaghan (1996) e Follette, Naugle e Linnerooth (2000). O primeiro trabalho é citado como forma de enfatizar a relação terapêutica como uma fonte de informações sobre o comportamento do cliente, bem como uma possível estratégia para a intervenção; já o segundo aponta as etapas de uma análise de contingências. Essas etapas apontam a forma de condução de um processo terapêutico desde o seu início, passando pela intervenção, até chegar ao final do processo.

De uma maneira geral, o que Meyer et al. (2010) propõem é, a partir da identificação de qual elo da cadeia comportamental deve ser alvo da intervenção, analisar as condições mantenedoras desse comportamento e realizar uma intervenção.

As etapas que Follete et al. (2000) descrevem refere-se à coleta de dados para a formação de uma avaliação funcional. No entanto, conforme o que Meyer et al. (2010) apontaram, a avaliação funcional não apresenta a complexidade de uma análise de contingências. Sendo assim, mesmo descrevendo as etapas de Follete et al. (2010), o trabalho que Meyer et al. (2010) apresentam alguns elementos que complementam a proposta dos primeiros autores.

Para Follete et al. (2000), o processo terapêutico inicia-se com o estabelecimento do terapeuta como um reforçador social para o cliente. Isso significa afirmar que as consequências que o terapeuta manipula podem ter valor de reforçador social e, com isso, formar o que se define como uma aliança terapêutica, ou seja, tornar o terapeuta um reforçador condicionado. Feito isso, é possível avançar para a etapa de coleta de dados para a formação de uma análise de contingências. Nessa etapa, os passos são os seguintes:

1. Identificação do comportamento de interesse: identificar os excessos comportamentais daquele sujeito ou os seus déficits comportamentais. Além disso, defini-los em termos de classes funcionais mais amplas e não apenas na emissão (ou não emissão) isolada de um comportamento específico; nesse caso, os autores afirmam que a análise pode ser feita considerando-se a queixa em relação a outros aspectos da vida do cliente.
2. Organização por meio de uma análise dos comportamentos do cliente em termos de princípios comportamentais: nesse caso, definir o comportamento de interesse em termos de antecedentes, respostas e consequências. Sendo assim, os problemas podem ser descritos não existir controle discriminativo, ou controle discriminativo inapropriado. Quanto ao responder do cliente, ficam as possibilidades de excessos comportamentais, déficits comportamentais ou comportamentos intervenientes. Pode, ainda, haver questões quanto às consequências que se referem à inexistência de consequências que seriam apropria-

das, consequências concorrentes, controle inapropriado pelas consequências;

Os autores apontam duas estratégias fundamentais para a coleta das informações referentes ao caso: a entrevista e a observação. Na entrevista, é feita uma solicitação ao cliente para descrever as situações em que ele vive além do relatar seus sentimentos e pensamentos. A outra forma é a observação direta da interação terapêutica; nesse caso, o terapeuta formula hipóteses sobre o funcionamento geral do cliente a partir da forma como ele se relaciona com o terapeuta durante as sessões. Sinais físicos do cliente também podem funcionar como pistas para a descrição e análise do comportamento fora de sessão do cliente.

Esses elementos garantem a realização de uma análise de contingência e, cumprida essa etapa, o passo seguinte é a transposição dessa análise para a intervenção. Isso significa que, identificado qual o elo da cadeia comportamental que deve ser alvo de intervenção, o terapeuta de estabelecer os procedimentos que serão utilizados. Meyer et al. (2010) descrevem os seguintes procedimentos:

1. Quando não existem eventos antecedentes apropriados para a emissão de respostas: a proposta é a mudança no ambiente do cliente por meio de uma intervenção em ambiente natural ou na mudança de contexto social por parte do cliente em busca de condições que disponibilizem tais eventos antecedentes. A mudança de ambiente pode ser sugerida diretamente para o cliente ou por meio de uma interpretação do relato do cliente.
2. Quando não há controle discriminativo ou ele é inapropriado: a recomendação é a modelagem desse repertório no caso de ele não existir, ou a modelagem de repertórios funcionalmente equivalentes, no caso de controles inapropriados.

3. Quando há excessos comportamentais: a sugestão é a modelagem de repertórios incompatíveis com a resposta que acontece em excesso e também o aumento na frequência de outros comportamentos desejáveis.
4. Quando há consequências concorrentes ou controle inapropriado pelas consequências: a sugestão é realizar intervenções em ambiente natural para a diminuição da probabilidade das respostas, por meio da restrição do acesso à contingência ou por meio do aumento do custo de resposta. No consultório, a recomendação é formular junto com o cliente uma análise da contingência em que ele está inserido. Dessa forma, aumentar a chance de que o cliente possa emitir respostas de autocontrole em seu ambiente.

Dessa forma, a TAC estabelece as etapas de uma intervenção-analítico comportamental, partindo da análise de contingências e chegando à intervenção propriamente dita.

As estratégias definidas pela TAC levam em consideração dois tipos de intervenção: uma em ambiente natural e outra em ambiente de consultório. Diferentemente das outras propostas terapêuticas analisadas até aqui, a TAC admite a possibilidade do uso de intervenções fora do consultório. O AT, nesse caso, pode ser considerado como uma das alternativas de intervenção analítico-comportamental. Essa proposição será tratada mais à frente. A intervenção em consultório levará em consideração algumas outras questões principalmente no que se refere à interação verbal que ocorre nas sessões.

Em síntese, como aponta Meyer (2004), também citada por Meyer et al. (2010) e Zamignani et al. (2008), os processos envolvidos em uma sessão terapêutica de consultório são: fornecimento de regras pelo terapeuta, favorecimento da formulação de autorregras pelo cliente, fornecimento de estimulação suplementar pelo terapeuta que também modela novos repertórios.

Essas propostas trazem a questão a respeito do controle verbal do comportamento, ou seja, sobre o tipo de controle que as relações verbais existentes na terapia exercem sobre o comportamento do cliente em seu ambiente pessoal. Para Meyer (2004), esse recurso é particularmente importante nas situações em que as consequências sobre o comportamento a ser modelado são escassas ou muito atrasadas ou ainda quando os comportamentos que podem ser modelados pela contingência em vigor são indesejados.

Nesse caso, as regras construídas em uma sessão de consultório seriam suficientes para garantir a mudança do cliente em seu ambiente natural. Outra forma de garantir que o cliente de fato mude em seu ambiente é conduzir a intervenção no próprio ambiente do cliente: a indicação seria, então, de AT. Essa questão será melhor explorada a seguir; no entanto, o que tem se delineado até aqui é que o AT aparece como uma possibilidade de intervenção analítico-comportamental.

Ainda no que se refere à TAC, Banaco (2012) oferece alguns novos elementos para essa proposta. Da mesma forma que Meyer et al. (2010), Banaco (2012) aplica resultados obtidos por pesquisas experimentais e conceituais da análise do comportamento ao fenômeno clínico.

Inicialmente, Banaco (2012), com base em Andery, Micheletto e Sérgio (2005), caracteriza a sessão terapêutica como um entrelaçamento de contingências do tipo *troca recíproca*. Nesse tipo de entrelaçamento, terapeuta e cliente são agentes selecionadores e discriminativos para respostas um do outro. Sendo assim, todos os reforçadores que ocorrem nesse entrelaçamento específico – entre terapeuta e cliente – são mediados pela outra pessoa. Logo, do ponto de vista de Skinner (1992/1957), esse entrelaçamento pode ser considerado também um episódio verbal.

A partir disso, Banaco (2012) sugere que a análise seja feita em dois níveis: sobre os episódios verbais e sobre a relação terapêutica. No que se refere aos episódios verbais, é possível dividi-los em dois grupos:

- Episódios verbais de investigação: nos quais o terapeuta faz perguntas para o cliente (perguntas que podem ser hipotetizadas como respos-

tas verbais de mando) e o cliente descreve fatos para o terapeuta (descrições que podem ser hipotetizadas como tatos).

- Episódios verbais de informação em que o cliente faz perguntas ao terapeuta (hipotetizadas aqui como respostas verbais de mando) e informações que o terapeuta oferece ao cliente (hipotetizadas aqui como respostas verbais de tatos ou intraverbais).

No caso da relação terapêutica, a análise deve levar em consideração o que conduziu o cliente para a terapia. Para o cliente, existe uma operação motivadora aversiva operando no momento da sessão terapêutica, um problema em sua vida que o trouxe para a terapia. Há, ainda, uma operação motivadora aversiva para o terapeuta, pois, para ele, o problema é como fazer para retirar o cliente da situação aversiva em que se encontra.

Assim, o autor caracteriza inicialmente a terapia. Uma análise desse tipo levanta algumas questões. Uma delas refere-se à correspondência entre dizer e fazer tanto do comportamento do terapeuta, como o do cliente. Essa é uma questão crítica, pois se há correspondência por parte do cliente, o terapeuta é capaz de fazer boas análises e que podem levar a mudanças efetivas na vida do cliente.

No que se refere ao comportamento do terapeuta, a correspondências relaciona-se com o conhecimento do terapeuta a respeito da *ciência*. Ou seja, se o terapeuta conhecer a respeito da ciência ele será capaz de analisar o comportamento do cliente de uma forma fidedigna com os preceitos científicos; portanto, com maior chance de serem executadas análises correspondentes com a vida do cliente – o que também aumenta a chance da mudança na vida do cliente ser efetiva.

Sendo assim, o terapeuta deve conhecer a respeito de um comportamento verbal de outra pessoa (ou grupo): o cientista. Nesse sentido, o entrelaçamento de contingências iniciais entre terapeuta e cliente envolve outro entrelaçamento, agora, com o cientista. As explicações produzidas pelo cientista acerca do mundo no que se refere à formulação de conceito, descoberta de processos e métodos, ser-

vem de regras para o terapeuta na formulação de interpretações acerca do funcionamento do cliente.

O comportamento verbal do cientista, aqui, abarca as produções que se referem à pesquisa básica, à pesquisa aplicada e à pesquisa conceitual. Estas três esferas de produção de conhecimento abarcam, conforme proposto por Tourinho e Sérgio (2012), três das possibilidades de atuação do analista do comportamento¹⁹.

Para Banaco (2012), existem, ainda, outras contingências em vigor quando se analisa o processo terapêutico. São as assim definidas por Andery, Micheletto e Sérgio (2005), contingências de suporte. Para o autor, a manutenção do processo terapêutico também depende das mudanças produzidas pelo cliente em seu ambiente; isso significa que existe outro entrelaçamento, agora entre o cliente e seus familiares, amigos etc. que, a depender do seu funcionamento, manterá ou não o cliente em terapia. Dito de outra forma, o cliente emitirá respostas novas (discutidas e elaboradas em sessão) nas situações exteriores; no caso de elas produzirem reforçadores (portanto, as mudanças forem efetivas), também serão reforçadas as respostas do terapeuta de formular hipóteses e do cliente em segui-las. Sendo assim, a mudança que do cliente em seu ambiente manterá o entrelaçamento de contingência terapeuta-cliente.

Há, ainda, outras contingências de suporte e elas referem-se ao comportamento do terapeuta. Além de se comportar de acordo com os parâmetros científicos, o terapeuta deve seguir aquilo que foi definido pelas associações e comunidades profissionais como o que é certo ou errado do ponto de vista das leis da profissão. Além disso, existem os colegas de profissão que atribuem reconhecimento profissional na medida em que ele conquista sucesso com os clientes, ou seja, que o cliente realize mudanças efetivas em sua vida cotidiana. Isso significa dizer que o fato de o cliente ter mudado em sua vida cotidiana além de manter o entrelaçamento terapeuta-cliente, mantém o entrelaçamento entre terapeuta e associações profissionais e terapeuta e outros colegas de profissão.

¹⁹ Os autores ainda fazem referência a uma quarta atividade do analista do comportamento que é a prestação de serviços.

Essa análise operante do processo clínico permite a elucidação de algumas das variáveis que operam sobre o comportamento do cliente e do terapeuta no momento da realização de uma sessão de terapia.

Banaco (2012) ressalta, no entanto, que isso é apenas um ponto de partida para a discussão acerca do processo clínico. Para dar continuidade, ele seleciona uma parte desse grande entrelaçamento para uma análise particular: o entrelaçamento terapeuta-cliente. Essa análise está balizada também no trabalho desenvolvido por Zamignani (2008), e Banaco (2012) a descreve obedecendo a uma linha cronológica do atendimento (desde a chegada do cliente, passando pela intervenção, até a alta).

Retomando o que foi descrito acima, existe uma operação motivacional aversiva que traz o cliente para a terapia. Esta condição é, geralmente, produzida pelo que o autor define como um conflito entre os três níveis de seleção do comportamento (filogênese, ontogênese e cultura). O conflito estabelece-se no momento em que existe uma diferença entre as necessidades específicas do indivíduo e as necessidades do grupo em que ele está inserido. Nesse caso, para a sobrevivência da cultura, a necessidade do grupo deve ser atendida e o grupo utilizar-se-á da punição para garantir que isso ocorra.

Sendo assim, aquela condição “natural” de privação do indivíduo não pode ser atendida, pois se o for causará um problema ao grupo. Isso estabelece a condição aversiva que traz o indivíduo para a terapia.

Para Banaco (2012), o terapeuta deverá, inicialmente, construir um contexto terapêutico em que é permitido ao cliente emitir comportamentos que são passíveis de punição no ambiente externo. O autor, utilizando o sistema desenvolvido por Zamignani (2008), define que o terapeuta deve, nesse momento, responder de acordo com a categoria *Empatia*²⁰, ou seja, de maneira a construir um espaço amistoso e não punitivo para o cliente. Esse espaço fará com que o cliente relate eventos da sua vida cotidiana, especialmente aqueles referentes à sua queixa inicial. Esse ambiente, agora amistoso ao cliente, poderá gerar relatos de melhora. Para

²⁰ Os termos: solicitar o relato, interpretar, meta, melhora, solicitar reflexão, estabelecimento de relações que aparecerão a seguir também são referência ao sistema desenvolvido por Zamignani (2008).

Banaco (2012), isso se refere ao fato de que algumas respostas do cliente, que em geral produzem punição no ambiente externo, não a produzirem na terapia.

No entanto, o relato inicial feito pelo cliente ainda não é aquele esperado pelo terapeuta. Ou seja, pela necessidade de criação de um ambiente amistoso, o terapeuta reforça todas as descrições do cliente. Criado esse ambiente, o terapeuta deve *solicitar o relato* de situações específicas e, mais ainda, de detalhes específicos das situações cotidianas. Isso permitirá a ele a elaboração de uma hipótese funcional acerca do problema trazido pelo cliente. O terapeuta também solicitará relatos de eventos encobertos para obter informações mais completas sobre as contingências da vida do cliente. Nesse sentido, o terapeuta está preocupado em modelar um repertório de descrição de eventos, ações, sentimentos que permita ao cliente estabelecer as relações funcionais entre seu comportamento e ambiente.

De posse, agora, dessas descrições o terapeuta pode *interpretar*, ou seja, construir descrições de regularidades e padrões recorrentes, uso de metáforas ou analogias explicativas, suposições sobre eventos não relatados pelo cliente, previsões, confrontação, normalização e descrição do processo.

Essa interpretação produz, em algum grau, mais autoconhecimento por parte do cliente e o início da obtenção de um controle maior sobre o ambiente em que ele está inserido. Com isso, passa a ser esperado do cliente que ele emita respostas do tipo *meta* (cf. “categoria meta” em Zamignani, 2008) em no sentido de planejar estratégias de ação por conta própria e fazer propostas de ação futura para a solução de problemas específicos; e (categoria) *melhora*, no sentido de ganhos terapêuticos relacionados ao fato de atingir as metas planejadas, mudança no comportamento do cliente, relatos da emissão de respostas de autocontrole.

Com isso, o terapeuta pode, agora, *solicitar reflexão*. Essa categoria é definida por solicitação de análise, solicitação de avaliação, de previsão e de observação. Isso permitirá ao cliente a emissão de respostas do tipo *estabelecimento de relações*, que se referem ao padrão do cliente em emitir respostas que descrevam de forma funcional, correlacionais ou de contiguidade os eventos de sua vida cotidiana. Assim, possibilita maior e melhor controle sobre o seu ambiente.

Com isso, o autor descreve uma análise operante do processo clínico e, a partir dela, uma proposta terapêutica.

Em síntese, seria possível organizar da seguinte forma a proposta descrita por Banaco (2012): existe uma operação motivacional aversiva operando na vida do cliente que o leva à terapia; o terapeuta, por sua vez, emite respostas de *empatia* de maneira a criar um espaço de acolhimento para o cliente. O cliente, por sua vez relata (de forma leiga) o seu problema; o terapeuta, então, *solicita relato* com o objetivo de modelar respostas de observação que estabeleçam um relato, agora baseado agora em aspectos relevantes da vida do cliente do ponto de vista da análise de contingências. Esse relato permite que o terapeuta *interprete* os fatos trazidos pelo cliente. Isso possibilitará autoconhecimento por parte do cliente e levará ao aparecimento de respostas de *melhora* e *metas* por parte do cliente. O terapeuta pode, então, *solicitar reflexão* para o cliente que o levará ao *estabelecimento de relações, metas e melhora*. Todo esse processo manterá o entrelaçamento terapeuta-cliente acontecendo.

Os trabalhos de Meyer et al. (2010), Zamignani et al. (2008) e Banaco (2012) descrevem o que seria uma intervenção analítico-comportamental. Uma característica marcante nos três trabalhos é a utilização das pesquisas conceituais e experimentais da análise do comportamento para a definição do processo clínico. Com isso, é possível analisar a TAC em função das categorias de análise propostas anteriormente.

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: excessos ou déficits comportamentais definidos por uma análise de contingências prévia. Nesse caso, a intervenção será realizada sobre algum dos elos da cadeia comportamental do cliente (antecedentes, respostas ou conseqüências).
2. Estratégias para intervenção: parte do estabelecimento de uma situação de atendimento positivamente reforçadora que permite (*empatia*) episódios verbais de investigação e de informação (*solicitação de rela-*

to); com isso, o terapeuta pode *interpretar* a situação que ocorre na vida do cliente, o que leva a início do autoconhecimento por parte do cliente e o desenvolvimento de respostas relacionadas a *metas* para a vida do cliente, além de respostas relacionadas à *melhora* (que envolve emissão de respostas de autocontrole), assim torna possível a *solicitação de reflexão* e, com isso, respostas do tipo *estabelecimento de relações*. Desenvolve-se, assim, autoconhecimento e autocontrole no indivíduo o que, nesse caso, significa o próprio cliente se tornar capaz de descrever as relações funcionais das situações em que vive e propor e planejar mudanças em seu curso de maneira a diminuir a condição avversiva que inicialmente se encontra.

3. Efetividade: a TAC procura mudança não apenas no comportamento do cliente, mas também nas condições que propiciaram esse comportamento. Dessa forma, não está preocupada apenas com mudanças importantes para o cliente, mas por meio da mudança do comportamento dele, produzir mudanças importantes para o contexto em que o cliente esta inserido.

4. Generalidade: a proposta tem, como foco da intervenção, a mudança do cliente em seu mundo fora do *setting* clínico, ensinando-o a estabelecer relações funcionais sobre o seu próprio comportamento, ensinando-o respostas de planejamento e de, conseqüentemente, autocontrole de maneira que seja possível uma mudança duradoura na vida cotidiana do cliente.

Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)

Diferentemente das outras propostas terapêuticas, a TCR não descreve quais comportamentos o terapeuta deve tratar nem quais procedimentos utilizar. O que a TCR parece defender é uma abordagem operante do processo terapêutico, levando em conta a origem dos comportamentos que trazem o cliente para a terapia.

Sendo assim, será feita uma caracterização dessa proposta e, em seguida, uma organização dela em termos de seus objetivos.

Guilhardi (2004) define como características principais da TCR o forte compromisso com o Behaviorismo Radical e com os avanços da Ciência do Comportamento. Isso significa que a TCR “. . . oferece o modelo de organização dos eventos comportamentais como fenômenos interacionais do organismo humano com o ambiente, eventos funcionais compreendidos a partir das contingências de reforçamento que os regulam” (Guilhardi, 2009). Além disso, outros dois compromissos são marcados pelo autor: a utilização de procedimentos e técnicas derivadas da Análise do Comportamento; e a utilização da linguagem para a descrição dos fenômenos comportamentais à luz da análise do comportamento verbal de Skinner (1992/1957).

Para o autor, a intervenção deve ser feita exclusivamente sobre as contingências de reforçamento e não sobre os sentimentos e pensamentos do cliente. A proposta, então, é intervir sobre as condições que propiciaram o surgimento desses episódios privados.

Com isso, o objetivo da TCR é assim descrito pelo autor:

. . . uma pessoa (terapeuta), influencia comportamentos de outra pessoa (cliente) que solicitou, da primeira, ajuda para alterar comportamentos e sentimentos aversivos e cuja mudança está incapacitada de fazer por si mesma. (p. 7)

Mais à frente, o autor define outras três características fundamentais da TCR:

- Tem o comportamento como objeto de estudo e de interesse: o que significa que o terapeuta trabalha, exclusivamente, com a forma pela qual o cliente se relaciona com o mundo. Comportamento, aqui, o autor se refere tanto ao operante como o respondente. Sendo assim, a

via de acesso a eles são as contingências de reforçamento passíveis de identificação e manejo.

- É monista: por isso não cabe na proposta a consideração de um fenômeno mental ou interno como determinante do comportamento. Assim, as causas dos comportamentos, sejam eles públicos ou privados, não estão na mente, mas sim na contingência.
- Considera a existência da dicotomia público-privado: para a TCR, existem fenômenos internos; no entanto, eles não são de uma natureza diferente do que aquele comportamento que é público. A diferença existente entre eles está no acesso; a resposta pública é acessível tanto para o terapeuta quanto para o cliente, enquanto a resposta privada é acessível apenas ao cliente. Assim como para Skinner (1945), existem algumas formas que podem auxiliar o terapeuta na busca da descrição desses fenômenos internos (para a descrição pormenorizada delas, ver o capítulo 1 da tese aqui apresentada).
- “O mais relevante a se esperar do terapeuta é, diante da intrincada e única teia de contingências que emerge da interação com o cliente [e do conhecimento prévio dos procedimentos consagrados na literatura], que seja criativo (apresente variabilidade comportamental) dentro dos limites da adoção do modelo conceitual e experimental descrito (Behaviorismo Radical e Ciência do Comportamento) e sensível às consequências do próprio comportamento advindas do cliente, as quais modelarão procedimentos terapêuticos apropriados para cada caso.” (Guilhardi, 2004, p. 39).

Diante disso, é possível propor a seguinte descrição da TCR levando-se em conta as categorias de análise propostas:

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: não existe a descrição de um comportamento específico, o que a TCR aponta é que o terapeuta deve trabalhar com as queixas que o cliente traz que, em geral, relacionam-se com incapacidade do cliente em produzir, sozinho, mudanças em sua vida que amenizem ou encerrem condições aversivas.
2. Estratégias para a intervenção: para TCR, não parece haver uma estratégia ou estratégias particulares nesta proposta. O que existe é a necessidade de o terapeuta aplicar a tecnologia desenvolvida pela Análise Aplicada do Comportamento e as técnicas comportamentais e utilizá-las de forma “criativa”, no sentido de adaptá-las a cada tipo de cliente.
3. Efetividade: a TCR se propõe a trabalhar sobre as condições iniciadoras dos comportamentos do cliente; nesse sentido, não apenas sobre aquele comportamento que é importante para o indivíduo, mas também para o contexto daquele indivíduo, o que deverá garantir relevância social para a mudança e não apenas para o cliente.
4. Generalidade: na TCR, parte dos objetivos da intervenção é garantir que o cliente seja capaz de alterar sua vida cotidiana. Para essa proposta, a análise operante da situação de vida do cliente pode levá-lo a uma mudança de longo prazo.

Em síntese, a TCR se mostrou uma proposta terapêutica que indica um caminho em que o terapeuta, primariamente, deverá estar sob controle de princípios e procedimentos da análise do comportamento e servir-se deles para atingir seus objetivos em relação ao cliente.

Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP)

A Psicoterapia Comportamental Pragmática é uma proposta que se insere dentro das Terapias Analítica-Comportamentais que tem como características fundamentais a não diretividade na intervenção e a atribuição ao cliente de alguns papéis que costumeiramente são definidos ao terapeuta. Para Medeiros e Medeiros (2011), o uso de regras, interpretações, conselhos apresentados pela TAC tornam a terapia excessivamente diretiva e, por essa razão, os autores afirmam fazer sentido a proposição de uma nova nomenclatura para descrever uma terapia com um cunho menos diretivo. Define-se por uma aplicação da Análise do Comportamento ao contexto clínico. O trabalho que apresentou essa proposta foi Medeiros e Medeiros (2011) e ele será descrito a seguir.

Existem dois comentários prévios a essa descrição que são importantes: os autores utilizam o termo psicoterapia ao invés de terapia e terapeutizando ao invés de cliente. A primeira mudança, segundo os autores, define que o analista do comportamento também trata dos eventos internos em uma sessão o que atribui a ele o *status* de psicoterapeuta e não apenas terapeuta (o que não está apontado pelo autor é o fato de *psico* ser um termo consagrado e ter a sua origem na definição de um psiquismo, algo imaterial que determina o comportamento). O segundo, diz respeito a uma crítica ao uso do termo cliente. Os autores entendem que esse termo refere-se a relações comerciais que não são condizentes com uma relação terapêutica; além disso, o termo terapeutizando oferece uma idéia de uma pessoa mais ativa no processo terapêutico do que apenas um cliente.

Apesar da opção feita pelos autores, a caracterização aqui apresentada manterá a utilização dos termos terapia e cliente com vistas a facilitar a análise que a pesquisa aqui apresentada se propõe. Além disso, como foi discutido anteriormente, os dois termos são consagrados na literatura da análise do comportamento.

Do ponto de vista filosófico o que os autores apontam é que a PCP se baseia na visão de homem, definição de comportamento e modelo selecionista de causalidade do behaviorismo radical.

No que se refere à terapêutica, a PCP define como comportamentos-alvo aqueles que devem ter sua frequência aumentada – os desejáveis – e aqueles que

devem ter sua frequência diminuída – os indesejáveis. Os desejáveis são definidos pelos autores como aqueles que produzem reforçadores positivos de curto e longo prazo, além de serem responsáveis por minimizar o contato do cliente com estímulos aversivos. Os indesejáveis são definidos como aqueles comportamentos que produzem reforçadores positivos ou negativos a curto prazo, mas que, no entanto, produzem também a apresentação de estímulos aversivos ou perda de reforçadores a longo prazo.

A caracterização em comportamentos desejáveis ou indesejáveis é baseada em uma análise funcional prévia realizada com cada cliente. Além disso, a PCP se propõe a trabalhar com aqueles comportamentos que aparecem em sessão da mesma forma que a *FAP* o faz. No entanto, como Medeiros e Medeiros (2011) apontaram, a *FAP*, do ponto de vista deles, negligencia o relato dos comportamentos ocorridos fora da sessão. Sendo assim, a PCP, também, intervêm sobre comportamentos que são relatados pelo cliente durante uma sessão.

Desse ponto de vista, os autores descrevem a atuação do terapeuta como um modelador e um mantenedor de comportamentos desejáveis que ocorrem na sessão. Além disso, com os comportamentos relatados pelo cliente, o terapeuta cria condições para que o cliente modifique as condições aversivas e pouco reforçadoras, adquira repertórios mais bem sucedidos, e descreva com precisão as variáveis controladoras do seu comportamento e do comportamento das pessoas que o cercam.

No que se refere à sessão, a PCP a organiza da seguinte maneira: dizem os autores que durante as sessões o terapeuta fala menos do que em uma sessão de um terapeuta de base na TAC. As poucas falas do terapeuta referem-se à: coleta de informações para análise funcional (acerca de antecedentes do comportamento, frequência do comportamento, topografia e consequências dele), reforço do comportamento de ouvinte (terapeuta, através de pergunta modela o comportamento verbal de descrição do cliente), teste de hipóteses (sequências de perguntas com vistas a testar, através do relato do cliente, se uma hipótese levantada por ele é condizente com o que acontece na vida do cliente), criar estímulos discriminativos para abordar assuntos (modelar respostas de relato de assuntos que são relevantes pa-

ra a terapia), participação em outros procedimentos (a PCP define alguns procedimentos que funcionam basicamente com perguntas que o terapeuta emite).

Para a PCP a intervenção deve ser realizada sobre o comportamento verbal do cliente e por esse motivo ele é o foco do comportamento a ser trabalhado. Sendo assim, os operantes verbais são utilizados como forma de classificar e analisar o comportamento dos clientes. As regras desempenham um papel importante durante o processo; no entanto, para os autores, a descrição de uma regra por parte do terapeuta sobre o cliente tem pouca chance de que o cliente reaja em conformidade com ela em sua vida cotidiana.

Por isso, a PCP dá ênfase na formulação de autorregras por parte do cliente. Para auxiliar nessa formação, a estratégia a ser utilizada é o questionamento reflexivo. Esse processo tem as seguintes características: terapeuta deve utilizar-se de perguntas abertas e reforçamento diferencial de maneira que o cliente formule as suas próprias regras, modifique regras imprecisas, desenvolvimento de repertório de observação e descrição e desenvolvimento de repertório de fazer análises funcionais. A formulação das autorregras por meio do questionamento reflexivo, segundo os autores, aumenta a chance de que o cliente modifique o seu comportamento em seu ambiente natural.

Outra estratégia desenvolvida por eles é o pensamento pragmático, que consiste também em o terapeuta fazer perguntas abertas ao cliente, o que visa conduzir o cliente ao estabelecimento de um repertório de análises mais úteis de situações complexas e ambíguas e, com isso, levar o cliente a ele mesmo fazer as perguntas que o terapeuta propõe. Isso conduz o cliente a desenvolver um repertório de autoconhecimento e, assim, realizar as próprias observações e análises funcionais.

Com essa apresentação é possível organizar a PCP dentro das categorias de análise propostas anteriormente.

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: coleta de informações para análise funcional, reforço do comportamento de ouvinte, teste de hipóteses, criar estímulos discriminativos para abordar assuntos
2. Estratégias para intervenção: classificação do comportamento verbal do cliente em termos dos operantes verbais, favorecimento da formulação das autorregras por meio do questionamento reflexivo. Utilização do pensamento pragmático como forma de construir um repertório de observação funcional no cliente.
3. Efetividade: é possível entender que a proposta da PCP, por buscar uma análise funcional, tem como objetivo não apenas a mudança do comportamento que seja relevante para o cliente, mas também que o seja para o ambiente em que ele está inserido.
4. Generalidade: o ensino de respostas relacionadas ao autoconhecimento (observação funcional) e a formulação de autorregras garante que a intervenção tenha efeito não apenas no comportamento manifestado na sessão terapêutica, mas também seja mantida no ambiente natural do cliente.

Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA)

A TMA é uma proposta terapêutica defendida por Marçal e Dutra (2010) que, assim como as outras propostas nacionais descritas até aqui, tem como base a Análise do Comportamento e se propõe a ser uma aplicação dela ao ambiente clínico.

Os autores descrevem como característica fundamental uma análise do comportamento do cliente como um todo e não apenas o comportamento específico. Ou seja, ela se propõe a intervir sobre o repertório mais amplo do cliente e não

apenas sobre o comportamento queixa que chega ao consultório. Assim como todas as outras.

Para os autores a TMA tem as seguintes características fundamentais:

1. Análises funcionais amplas que buscam a vida do cliente e não apenas uma análise molecular.
2. Intervenção sobre o indivíduo como um todo e não apenas nos comportamentos queixa
3. Uso restrito de técnicas comportamentais tradicionais
4. Incorpora estratégias da *ACT* e *FAP*

Sendo assim, ela procura abarcar os problemas do cliente em um sentido mais amplo na história do cliente e não apenas aquele comportamento queixa de sessão nem apenas naquele momento da história de vida do cliente que ele chegou para o tratamento.

Para a TMA, a queixa que o cliente traz é uma forma de acessar padrões mais amplos do cliente. Sendo assim, ao realizar uma análise molar do caso, o será mais facilmente desenvolvido o autoconhecimento. Para os autores, o desenvolvimento de um repertório de autoconhecimento é vantajoso para o cliente pois diminuem a probabilidade de respostas de fuga e esquiva por parte do cliente e, com isso, aproxima o cliente do cumprimento do objetivo terapêutico definido por ele. Nesse sentido, a TMA estabelece o autoconhecimento como uma estratégia e como objetivo a ser alcançado

Pela falta de publicações nessa área a caracterização da TMA é bastante restrita. O único trabalho encontrado a respeito dessa prática foi um curso apresentado pelos autores durante encontro da ABPMC em 2010.

1. Conceitos centrais para o diagnóstico: Análise funcional de padrões mais amplos do comportamento do cliente.

2. Estratégias para intervenção: uso restrito de técnicas comportamentais, utilização de técnicas da *FAP* e *ACT*, desenvolvimento de autoconhecimento.
3. Efetividade: por utilizar-se da análise funcional como ferramenta para a análise do caso, é possível entender que a TMA se propõe a alterar comportamentos que não são relevantes apenas para o cliente, mas que seja relevante para o ambiente em que ele está inserido
4. Generalidade: o ensino de autoconhecimento como meta da TMA garante que a mudança que o cliente desempenhe em sessão seja generalizada para seu ambiente natural.

Capítulo 8: **Análise da literatura sobre Acompanhamento Terapêutico**

Até aqui, foi feita uma caracterização e uma análise inicial de algumas propostas terapêuticas de base behaviorista radical. Para complementar essa parte da pesquisa aqui apresentada, será descrita, a seguir, uma análise da literatura em análise do comportamento sobre o AT, publicada no Brasil. A partir dessa análise, será realizada a comparação entre as diferentes propostas e o AT de maneira a estabelecer algum *status* a este.

Como foi descrito anteriormente, a literatura sobre o AT preocupa-se em: descrever a história do AT na análise do comportamento; diferenciá-lo do atendimento de consultório descrevendo a sua forma de intervenção; e caracterizar o tipo de profissional a quem poderia ser atribuído o nome acompanhante terapêutico. As três preocupações estarão descritas a seguir. Cabe comentar que esse capítulo não está dividido em itens de acordo com as três características apontadas acima; no entanto, elas servem como linha condutora para o texto

Foram localizados na literatura analítico-comportamental nove textos relacionados ao AT. Sete constituíam capítulos selecionados da Coleção Sobre Comportamento e Cognição. Todos os seus autores possuíam filiação institucional na cidade de São Paulo. Outro texto é uma dissertação de mestrado defendida na UNESP (Universidade Estadual Paulista). Finalmente, contou-se com o livro de Zamignani, Kovac e Vermes (2007) também publicado em São Paulo. Ou seja, dos nove trabalhos encontrados, oito são de São Paulo.

A revisão dos trabalhos inicia-se com uma primeira diferenciação entre o AT e a intervenção de consultório. Alguns trabalhos, como será descrito a seguir, estão preocupados em diferenciar o AT da atividade de consultório em termos do ambiente de intervenção: ambiente natural versus ambiente de consultório. Em outro momento, a questão parece ser o tipo de repertório que o cliente deve ter para ser apto ao trabalho com uma ou outra modalidade. Para Zamignani, Kovac e Vermes (2007), a questão é apresentada da seguinte forma: para alguns tipos de queixa trazidos pelo cliente, o ambiente de consultório não é suficiente.

Antes disso, Zamignani e Wielenska (1999) apontam que o AT é indicado para clientes com dificuldades para cumprir tarefas terapêuticas propostas pelo terapeuta no caso de sessões de consultório. Isso significa que, feita uma avaliação do caso e um planejamento da intervenção, em geral algumas sugestões são dadas pelo terapeuta para que o cliente as realize em sua vida cotidiana. Se um cliente não é capaz de cumpri-las, o acompanhante terapêutico (ATe) é chamado para, indo ao ambiente natural do cliente, aumentar a chance de o cliente realizar os combinados.

Essa questão tem como pano de fundo uma intenção classificatória dos comportamentos dos clientes. Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani (1999) especificam de que forma o comportamento do cliente poderia ser indicativo de *dificuldades em cumprir tarefas terapêuticas*:

Quando há acentuado deficit de repertório, outro tipo de intervenção torna-se necessário – um trabalho que estabeleça através da relação terapêutica contingências semelhantes àquelas relações primárias necessárias para a construção do repertório básico. Assim, a intervenção, ou seja, a natureza da estimulação, é definida de acordo com o repertório do cliente. (p. 166).

Para os autores, alguns indivíduos podem apresentar deficits nas habilidades primárias ou repertório básico de comportamento, que seriam: habilidades sociais específicas que permitem interação; habilidades de linguagem; habilidades físicas e motoras. Se existe deficit dessas habilidades, o cliente, provavelmente, não terá condições de seguir uma terapia de consultório.

Para Nico e Thomaz (2007), essa questão tem relação com o fato de o cliente não ter habilidade suficiente para uma intervenção que seja calcada no controle verbal. Para elas, uma terapia de consultório, em que o controle sobre a mudança do cliente é estritamente verbal, não seria suficiente para garantir a mudança do cliente em sua vida cotidiana.

Sendo assim, o critério de escolha entre AT ou terapia de consultório está contido na seguinte afirmação:

O terapeuta procura disponibilizar condições de desenvolvimento comportamental que, por qualquer motivo na história do cliente, não foram dispostas. E é sobre essas condições que está baseada a decisão de intervenção no consultório ou no ambiente natural do cliente (Baumgarth et al., 1999, p. 166).

Para eles, o ATe possui maior acesso a variáveis de controle do comportamento, o que leva à maior chance de ocorrência de novos comportamentos e maior probabilidade de generalização. A classificação dos comportamentos como deficits parece levar em consideração a existência de um parâmetro de comportamento ideal. No entanto, não há afirmações a respeito de quais seriam esses comportamentos primários fundamentais. O que está sugerido aqui, é que, no processo de desenvolvimento do cliente, houve alguma falha que ocasionou a queixa. Sendo assim, existe a necessidade de uma intervenção que atenda ao desenvolvimento desse comportamento primário. A proposta que os autores apresentam é que a forma de desenvolvimento desse repertório é diretamente no ambiente natural do cliente.

Essa proposta também é compartilhada por outros autores como Oliveira (2000), Vianna e Sampaio (2003), Balvedi (2003) e Cruz, Lima e Moraes (2003) que também defendem AT como processo que, ao acessar as contingências naturais, é capaz de estabelecer aquele repertório mais básico que não foi modelado na vida do cliente.

Conclui-se, assim, que a intenção de separar os casos – aqueles são capazes de seguir as tarefas designadas em sessão e aqueles em que há necessidade de facilitação desse cumprimento no mundo natural – é que determina a escolha do AT ou da terapia de consultório.

Essa reflexão pode ser complementada pela análise que Marco (2011) fez de treze entrevistas que realizou com ATe's para a caracterização da sua atuação profissional. Segundo os entrevistados, o ATe é um: aplicador de técnicas, observador e participante privilegiado de interações cotidianas, orientador para os pais e familiares, planejador de intervenções e treinador de repertórios alternativos.

Ou seja, do ponto de vista dos ATe's, o seu papel (em termos de respostas emitidas pelo profissional em sessão) não são muito diferentes de uma atuação clínica tradicional. Essa questão é compartilhada por Del Prette e Garcia (2007), ao afirmarem que algumas técnicas comportamentais utilizadas em intervenção de consultório têm seu efeito amplificado quando utilizadas em ambiente natural. Um exemplo é a modelagem: para as autoras, o fato de o terapeuta estar no ambiente natural do cliente dá a ele maior possibilidade de identificar as condições controladoras do comportamento e, com isso, um planejamento mais efetivo desse procedimento.

Outro aspecto levantado pela literatura sobre AT (principalmente por Baumgarth et al., 1999 e Vermes, Zamignani e Kovac, 2007) é o tipo de relação terapêutica que se estabelece entre ATe e cliente. Para eles, diferentemente do que ocorre na terapia de consultório, o ATe, por acessar o ambiente natural do cliente (casa, família etc.), tem acesso a reforçadores naturais e, portanto, estabelece uma relação mais próxima com o cliente. O uso de reforçadores naturais, em tese, agiliza o processo de instalação de novas respostas, de extinção daquelas inadequadas e a generalização dos ganhos obtidos durante a sessão.

Sendo assim, os trabalhos que inicialmente parecem atribuir ao ambiente a diferença crítica entre AT e consultório, concluem que a questão central é o tipo de repertório que o cliente possui. A depender desse repertório de entrada, o cliente será encaminhado a uma sessão de consultório ou a um tratamento de AT.

Uma segunda questão que a literatura aponta como importante para a definição do AT é o tipo de profissional que desempenha o papel de ATe. Zamignani e Wielenska (1999) apontam que

O AT[e] é o profissional²¹ ou estudante, cuja função não compreende analisar o caso e decidir quais atividades e procedimentos utilizar na sua intervenção. Suas ações são, necessariamente, subordinadas às decisões anteriormente elaboradas pelo profissional ou equipe com o/a qual trabalha. (p. 159)

Essa perspectiva é compartilhada por Oliveira (2000) ao definir ATe como um auxiliar que ajudaria o cliente na realização das tarefas terapêuticas. A citação a seguir resume a proposta da autora:

O AT[e] pode ser um profissional ou estudante treinado e/ou mesmo um familiar treinado e supervisionado pela equipe que acompanha o caso. O seu papel é acompanhar o cliente nas suas atividades diárias, tendo como enfoque a queixa/dificuldade do cliente, auxiliando-o a fazer os exercícios e servindo de modelo reforçador. (p, 257)

Vianna e Sampaio (2003), da mesma forma, definem o AT como o tipo de atendimento realizado fora do consultório por um profissional ou estudante que trabalha subordinado a uma equipe multiprofissional que toma todas as decisões clínicas do caso.

Essa perspectiva atribui ao AT o *status* secundário em uma intervenção. Pois, o ATe não é responsável pela análise do caso, ele apenas executa o planejamento definido pelo profissional formado. Uma das motivações apontadas pela literatura para o uso de estudantes ou de profissionais com pouca experiência relaciona-se com o custo da intervenção. Visto que a ida ao ambiente do cliente mobiliza mais recursos por parte do terapeuta do que uma intervenção em consultório, optou-se

²¹ Embora não fique claro nesta citação, o termo “profissional” aqui refere-se à trabalhadores não-psicólogos ou psicólogos recém-formados e com pouca experiência.

por um profissional mais barato para a realização de tal intervenção (Zamignani e Wielenska, 1999).

Essa afirmação é contraditória quando comparada com a questão do acesso ao ambiente natural, pois inicialmente a defesa era feita pelo acesso aos reforçadores naturais; no entanto, o argumento que surge em seguida é a motivação financeira.

Em síntese, as três preocupações apontadas no início desse capítulo podem ser assim sumarizadas: o AT surge da *necessidade* de uma intervenção em ambiente natural e essa *necessidade* é resultado do tipo de repertório com que o cliente chega ao tratamento; isso caracteriza o AT como diferente daquele atendimento que acontece no consultório, ou seja, o AT é indicado para casos em que o repertório do cliente não garante a mudança fora da sessão; além disso, as técnicas utilizadas para a intervenção são as mesmas utilizadas no consultório; o profissional ATe, por questões financeiras, é caracterizado com um estudante ou um profissional recém formado.

Um aspecto que chama a atenção é que das propostas analisadas na pesquisa aqui apresentada apenas uma delas leva em consideração a intervenção em ambiente natural, a Terapia Analítico-comportamental. Como foi descrito no capítulo 6, a TAC aponta como uma possibilidade de estratégia para a intervenção a realização do atendimento em ambiente natural. Sendo assim, é possível descrever o AT como um complemento à TAC. Enquanto a TAC propriamente dita trabalha com intervenção de consultório e, por isso, necessita que um repertório específico tenha sido instalado em algum momento da vida do cliente, o AT operara justamente no tipo de repertório que não permite ao cliente participar de uma intervenção de consultório. Essa proposição será melhor discutida no capítulo seguinte (8).

Ao analisar o AT do ponto de vista das categorias de análise apresentadas nos capítulos 1 e 2, é possível afirmar que:

1. Comportamentos-alvo selecionados para intervenção: habilidades sociais específicas que permitem interação; habilidades de linguagem; habilidades físicas e motoras, desenvolvimento de habilidades refe-

rentes ao repertório de seguimento das regras terapêuticas combinadas.

2. Estratégias para a intervenção e o controle dos comportamentos-alvo selecionados para intervenção: manipulação do ambiente natural por meio do acesso as condições naturais do comportamento além do uso de reforçadores naturais e a aplicação de técnicas comportamentais adaptadas à situação natural.
3. Efetividade: O AT propõe mudanças sobre os comportamentos que sejam importantes para o indivíduo, mas também sejam para o contexto em que ele está inserido. Por estar diretamente no ambiente, o AT é capaz, inclusive, de definir quais seriam essas mudanças mais relevantes. Além disso, se propõe a trabalhar com comportamentos não apenas do cliente, mas também de quem estiver no seu entorno.
4. Generalidade: o AT, ao buscar uma intervenção que acesse diretamente os reforçadores naturais, aumenta chance de garantir a generalização dos ganhos obtidos nas sessões para o ambiente natural.

Com isso, encerram-se as descrições e análises iniciais das propostas terapêuticas. A seguir, então, será apresentada uma comparação entre as propostas e com o AT, para, assim, definir um *status* a ele.

Capítulo 9: Comparação entre as propostas terapêuticas e o AT

O objetivo da presente pesquisa foi o de resgatar e analisar as práticas terapêuticas de base behaviorista radical com vistas a estabelecer uma comparação entre elas e o AT para, assim, estabelecer algum *status* para esta modalidade de prática terapêutica. Para que isso fosse possível, foi realizada, inicialmente, uma caracterização e análise de algumas propostas de base comportamental – etapa cumprida até aqui – para então seguir em direção a uma comparação entre elas, uma comparação entre elas o AT e, então, atribuir ao AT algum *status*. O capítulo que se segue tem como objetivo a comparação entre as propostas (levando em consideração as categorias de análise descritas nos capítulos 1 e 2), a comparação delas com as bases da terapia comportamental e comparação entre elas e o AT.

Para a comparação das propostas terapêuticas, as categorias foram agrupadas da seguinte forma: os dados referentes à categoria “conceitos centrais para o diagnóstico” relativos a cada proposta foram analisados junto com os dados da categoria “efetividade”; os dados da categoria “estratégias para a intervenção” foram analisados em conjunto com os dados da categoria “generalidade”. Como foi descrito no capítulo 2, essa organização tem a função de estabelecer ponte entre uma categoria descritiva (categoria comportamento e estratégia) e uma categoria analítica (efetividade e generalidade).

Conceitos centrais para o diagnóstico

A *FAP* descreve, especificamente, o trabalho com o comportamento que ocorre em sessão. Além disso, ela aponta trabalhar com eventos privados (pensamentos e sentimentos) e com as regras que controlam o comportamento do cliente.

Tanto a TCR e quanto a TAC afirmaram utilizar o comportamento-queixa e o de sessão como uma forma de avaliar a contingência na qual o cliente está inserido. Para a TAC, essa análise de contingências leva à descrição dos excessos ou déficits comportamentais presentes no repertório do cliente.

Essa posição é compartilhada pela PCP que afirma haver comportamentos indesejáveis que ocorrem com uma frequência alta e comportamentos desejáveis que acontecem com uma frequência baixa. Uma diferença, no entanto, é o processo que se emprega para chegar à definição desses comportamentos.

Na TMA, também há utilização da análise funcional para a descrição, do que os autores definem como, padrões comportamentais mais amplos na história do cliente.

Outra proposta (*ACT*) tem como conceitos fundamentais três tipos de comportamento privado: as regras que controlam o comportamento do cliente, o padrão definido como esQUIVA experiencial e a forma como o cliente aprendeu a relacionar estímulos (no caso, a forma como ele aprende a relacionar as situações da sua vida com situações passadas – e daí atribuir valor aversivo ou não a elas).

Uma proposta (*BA*) trabalha exclusivamente com todos os comportamentos diagnosticados como depressão, definidos como emissão de baixa frequência de respostas que produzam reforçadores positivos. Além disso, há trabalho quanto à inadequação social, característica que também auxilia na manutenção do quadro depressivo.

Efetividade

Na questão da efetividade, cinco propostas (*ACT*, *FAP*, *TAC*, *PCP* e *TMA*) afirmaram propor a mudança no comportamento do cliente para, com isso, produzir uma mudança no ambiente em que ele vive. Ou seja, a primeira mudança a ser realizada é a mudança sobre o comportamento do cliente, seja ela importante ou não para o meio para, então, o cliente mudar o próprio ambiente. Para a *TAC*, por exemplo, se a mudança não for importante também para o ambiente do cliente a terapia tenderá a acabar; sendo assim, o comportamento importante para o cliente é o ponto de partida da intervenção. Mesmo assim, as seis propostas estão preocupadas em conquistar a mudança fora do ambiente do consultório, o resultado para elas é uma mudança na vida cotidiana do cliente.

A *TCR* também demonstrou preocupação não apenas com a mudança do cliente, mas também com uma mudança que seja importante para o contexto. Já a *BA*

demonstrou buscar a mudança do comportamento do cliente como forma de garantir mudança também no ambiente.

Síntese

Analisando as duas categorias em conjunto, algumas questões aparecem:

De uma maneira geral as propostas também demonstraram preocupação com as contingências do ambiente do cliente. Todas as propostas afirmaram que o que causou a queixa do cliente foi algum problema na contingência. No entanto, para que isso seja resolvido, há diferenças na atuação: as propostas de consultório demonstraram planejar a intervenção sobre o comportamento do cliente para que ele altere o ambiente; nesse caso apenas a TAC demonstrou preocupação em garantir a mudança no ambiente do cliente, pois estabeleceu em seu protocolo a modelagem de repertório de mudança e até mesmo a utilização de intervenção em ambiente natural, as outras procuram garantir mudança com a intervenção sobre o comportamento de sessão.

A maior parte das propostas descreveu a necessidade de intervenção com eventos privados do cliente. Para elas, uma intervenção sobre pensamentos e sentimentos do cliente ou mesmo sobre regras que controlam o seu comportamento é parte fundamental de uma intervenção em consultório. A *ACT*, especificamente, apontou que a intervenção deve ser eventos privados, pois são neles que os problemas residem. Ou seja, apenas mudando esse padrão que a vida do cliente melhorará.

Estratégias para a intervenção

Com relação às estratégias, foi possível perceber que quatro propostas (*FAP*, *TAC*, *PCP* e *TMA*) afirmam ensinar ao cliente observação – aqui entendido como modelagem de respostas de análise científica do comportamento – tanto do próprio comportamento como de situações em que o cliente participa em sua vida cotidiana.

Isso significa também definir a utilização das regras como forma de intervenção, pois, no momento em que o cliente aprende a descrever o seu próprio comportamento, ele formula regras sobre o seu próprio comportamento que podem controlar o seu comportamento.

Outra forma do trabalho com as regras é a interpretação do comportamento do cliente por parte do terapeuta. Ou seja, o próprio terapeuta formula regras de funcionamento do cliente, estratégia que a TAC explicitamente descreveu.

Quatro propostas (*FAP*, TAC, PCP e TMA) demonstraram se utilizarem de intervenções sobre o comportamento que ocorre na própria sessão. A *FAP*, define que, para essa modelagem do comportamento de sessão ser mais efetiva, ela deve utilizar-se do uso de reforçadores naturais na sessão.

Além disso, três propostas descreveram explicitamente o uso de análise do comportamento verbal do cliente (*ACT*, *BA* e TAC). Nesse caso, a análise refere-se ao tipo de operante verbal que no qual a resposta do cliente pode ser classificada; para a TAC, inicialmente os episódios verbais podem ser classificados como de investigação e de informação – falando aqui da interação entre terapeuta e cliente –, mais adiante os episódios verbais poderão ser classificados como solicitação de relato, de reflexão interpretação. Para a *ACT*, essa questão também é crítica, pois é sobre o comportamento verbal que toda a sua intervenção esta balizada. Essa proposta descreveu seus procedimentos levando-se em consideração que a intervenção acontecerá, sempre, sobre as relações verbais que o cliente estabelece. Já a *BA* utiliza-se de procedimentos que têm como objetivo a alteração do comportamento verbal, principalmente com comportamentos encobertos.

A PCP também descreve um trabalho sobre o comportamento verbal do cliente na direção de classificá-lo em termos de operantes verbais, assim como a *FAP*. A TMA aponta que se utiliza de técnicas da *ACT* e da *FAP*, por isso é possível concluir que utiliza de intervenções sobre o comportamento verbal do cliente.

A *FAP*, ainda, descreveu trabalhar sobre a questão do *self* do cliente; portanto, uma intervenção também sobre o comportamento verbal do cliente.

A *FAP* defendeu a utilização de reforçadores naturais para uma estratégia mais bem aplicada. Para ela, um reforçador natural seria o terapeuta disponibilizar consequências mais próximas daquilo que ele sente com relação ao cliente, ou seja, o quanto o terapeuta tem repertório para ser honesto (no sentido de descrever os seus sentimentos e pensamentos da forma mais correspondente possível) com o seu cliente.

A *FAP* e a TAC descreveram explicitamente a utilização da análise sobre o comportamento privado do cliente como dado para a intervenção. Já a *ACT* apontou um trabalho exclusivamente com os eventos privados, para essa proposta o relevante é a mudança sobre o tipo de comportamento privado.

Duas propostas descreveram diretamente o uso da audiência não punitiva (*FAP* e TAC), como uma forma de iniciar o trabalho clínico. A TAC ainda aponta que se utiliza de planejamento mudança e modelagem de repertório de autocontrole como uma forma de garantir a mudança no mundo do cliente. Apesar de não comentar a respeito, a *FAP* salientou a importância da construção de uma boa relação terapêutica, o que leva a concluir que também fazem uso da audiência não punitiva.

A *BA* possui outras características que tem se assemelham a outras propostas como utilização monitoração da atividade junto com o planejamento de mudanças na contingência. A semelhança, nesse caso esta na formulação de regras para que o cliente modifique, ele mesmo, a contingência da sua vida.

Generalidade

Nessa questão, cinco propostas (*FAP*, TCR, TAC, PCP e TMA) descreveram a ensinar ao cliente observação científica do próprio comportamento e das situações em que vive como uma das formas de garantir a generalidade. A TAC, além disso, utiliza-se de modelagem de respostas de autocontrole de maneira a aumentar a chance de que a mudança se mantenha no ambiente natural.

Levando-se em consideração que a observação sobre o próprio comportamento implica na construção de uma regra sobre o funcionamento, é possível afirmar que todas as cinco utilizam-se das regras como forma a manutenção da mudança no ambiente natural do cliente.

Para a *FAP*, uma forma de garantir a mudança do cliente em seu ambiente natural é a utilização de reforçadores naturais. Nesse caso, ela define como reforçador natural, aquela consequência que o terapeuta emite que é próxima daquilo que ele realmente pensa e sente pelo cliente. Ou seja, quanto as respostas verbais do terapeuta forem tatos, mais natural será a consequência e, assim, maior a chance do cliente generalizar os ganhos para o ambiente natural.

A *ACT* demonstrou priorizar sua intervenção sobre o comportamento verbal do cliente, pois isso que garantirá a mudança permanente do comportamento do cliente.

A *BA*, através do planejamento da mudança, garante a manutenção do cliente em seu ambiente natural.

Síntese

Diante da análise feita algumas conclusões surgiram:

A maior parte das propostas descreveu que se utiliza de audiência não punitiva no início do processo terapêutico. Esse fato aponta um consenso entre elas de que o cliente que chega a terapia está em alguma condição aversiva e que, o ambiente criado pela audiência não punitiva, pode oferecer algum alívio para ele. Esse alívio pode significar a chance do terapeuta iniciar o seu trabalho (TAC) ou mesmo uma primeira intervenção (*FAP*).

Com relação ao trabalho sobre o comportamento verbal, as propostas descreveram duas linhas de trabalho: uma delas refere-se ao trabalho com as regras que controlam o comportamento do cliente, aqui estão ensino de observação para que o cliente formule as suas próprias e o uso da interpretação por parte do terapeuta que formula as regras para o cliente; outro caminho é a análise sobre as respostas verbais do cliente em sessão, aqui está desde uma análise em termos de

operantes verbais, passando por uma análise dos diferentes episódios verbais que acontecem na sessão e dos processos privados que ocorrem com o cliente.

Há ainda, o trabalho sobre o comportamento do cliente em sessão, a modelagem em sessão e o ensino de respostas de autocontrole apareceram como estratégias para a intervenção. Isso revela uma preocupação com o comportamento que esta aparente na sessão e que, portanto, pode ser manipulado durante a sessão.

Uma proposta (TAC) ainda demonstrou a possibilidade de construção de intervenções em ambiente natural do cliente para, assim garantir a manutenção da mudança.

Em síntese, a comparação apresentada até aqui possibilitou o agrupamento de algumas estratégias que a literatura demonstrou como fundamentais e esse agrupamento possibilitará a comparação com o AT:

- Intervenção sobre o comportamento verbal regras: ensino de observação e interpretação e análise das interações verbais entre terapeuta e cliente.
- Intervenção sobre o comportamento de sessão: modelagem de respostas de autocontrole e estabelecimento de uma boa relação terapêutica incluindo ambiente natural;
- Intervenção sobre eventos privados: trabalho sobre as relações verbais que o cliente estabelece e mudança no controle de estímulos.

A seguir, então será apresentada a comparação das propostas com o AT e, ao final, o estabelecimento do *status* para a proposta.

Comparação entre as propostas e as bases da terapia comportamental

Algumas aspectos que estão descritos nas propostas terapêuticas podem ser validadas pelas bases da terapia. Ou seja, alguns aspectos que são apontados como relevantes pelas propostas terapêuticas já haviam sido descritas nos trabalhos da base da terapia. A retomada desses aspectos corrobora o que já havia sido apresentado anteriormente. Algumas questões, no entanto, apontam refinamento de aprimoramento do que havia sido proposto.

Por exemplo, a questão do reforçador natural enfatizado pela *FAP*, já havia sido apontado por Ferster (1979), no entanto, a proposta refina e define estratégias para garantir a utilização de consequências naturalmente reforçadoras.

Outro ponto bastante enfatizado pelas propostas é a questão da criação de um ambiente amistoso e a construção de uma relação terapêutica sólida. Essa questão já havia sido apontada por Skinner como fundamental. A diferença é que as propostas descreveram estratégias específicas de como criar um ambiente não punitivo e que permita o aparecimento de relatos acerca de eventos que o cliente não pode descrever em outros espaços.

Outro aspecto, já apontado no capítulo 6, que o processo nomeado como esquiiva experiencial pela *ACT*, havia sido citado por Skinner (1992/1957) quando discutia a questão da punição sobre o comportamento verbal. Mais uma vez a diferença é que a *ACT* propõe estratégias para a modificação desse padrão.

A questão da modelagem de comportamentos de sessão é bastante apontada pelas propostas terapêuticas, da mesma forma é algo que já foi assinalado por Skinner (2000/1953), no entanto, a menção é apenas um alerta sobre a importância do trabalho com o comportamento de sessão.

A literatura sobre AT traz a questão da importância do trabalho em ambiente natural, como já havia sido apontado pela Modificação de Comportamento, no entanto a forma que o AT se propõe a ir ao ambiente natural é diferente do proposto pela Modificação de Comportamento.

Essa breve análise levanta uma questão importante que é a validação de todas as propostas estudadas como behavioristas radicais. Pois todas elas, sem exceção, partem de aspectos relacionados ao comportamento humano.

Comparação entre as propostas e o AT

Para o estabelecimento da comparação a literatura sobre AT foi organizada em função das categorias de análise. A partir das informações organizadas foi feita, então a comparação com as outras propostas terapêuticas.

No que se refere aos conceitos centrais para o diagnóstico, a literatura demonstrou que o AT foca em: habilidades sociais específicas que permitem interação, habilidades de linguagem, habilidades físicas e motoras. A seleção sobre esses comportamentos tem relação com o fato de que esses comportamentos são importantes para o indivíduo, mas também são para o contexto em que ele está inserido.

Nesse sentido, o AT, diferente das outras propostas, tem como objetivo o desenvolvimento de algumas habilidades básicas. A literatura sobre AT já apontava tal caminho, no entanto, dois aspectos não estavam claros: o que significam habilidades sociais específicas e de linguagem; e de qual forma devem ser construídos os procedimentos para a modelagem dessas habilidades.

Ao comparar o AT com as outras propostas, é possível definir as essas habilidades, tanto as sociais quanto de linguagem tenham relação com o desenvolvimento do comportamento verbal do cliente. Essas habilidades, definidas aqui como *repertório mínimo de cliente*, seriam, então, descritas como: repertório de comportamentos verbais ecóicos, mandos, tatos, intraverbais, isso daria suporte para que o cliente fosse capaz de observar e formular regras sobre o próprio comportamento, analisar os seus eventos privados, além do estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

Porém, apenas esse ponto não resolveria a questão do ambiente de intervenção, pois essas habilidades poderiam ser desenvolvidas em consultório. A questão parece ser também, a existência um perfil de clientes em que o tipo de condição de aprendizagem que o consultório oferece não é suficiente para modelar e, mais do que isso, manter esse tipo de repertório. Isso significa dizer que os reforçadores existentes em uma sessão de consultório, para esse público, não são suficientes para a modelagem e manutenção de algumas respostas novas. Para que seja possível a modelagem e a manutenção delas é necessária uma mudança direta no ambiente desse cliente. Ou seja, ao alterar o funcionamento do ambiente desse perfil de cliente, aumenta-se a chance de modelagem e manutenção desse novo padrão.

Uma dificuldade que surge dessa proposta é definir qual o perfil, então, desse cliente. Allen e Warzak (2000), ao analisar os motivos das pesquisas aplicadas que tratam da problemática da generalização dos resultados obtidos em algum proce-

dimento, sempre o fazerem com sujeitos com algum grau de comprometimento. Os autores levantam a hipótese de que isso se deve a necessidade de pesquisa com um perfil de público não é capaz de, sozinho, modificar o próprio ambiente. É possível utilizar essa afirmação, então, como forma de caracterizar o perfil ao qual o AT é indicado: aquele cliente que não é capaz de modificar as condições da sua vida cotidiana sozinho.

No que se refere às estratégias para a intervenção e o controle dos comportamentos-alvo, a literatura sobre o AT demonstrou que um dos recursos principais é a manipulação do ambiente natural, o que permite o uso de reforçadores naturais além da aplicação de técnicas comportamentais adaptadas à situação natural.

A manipulação do ambiente natural como estratégia fundamental, combina com o que foi discutido anteriormente, pois a questão fundamental do atendimento com o esse perfil de cliente é a possibilidade de que o terapeuta altere as condições ambientais naturais do cliente.

É possível, com isso, diferenciar o AT das outras propostas, descrevendo-o como uma forma de criar um ambiente de aprendizagem em que o ambiente natural do cliente é manipulado para que se possível o desenvolvimento do, como definido anteriormente, repertório mínimo de cliente.

Apesar de guardar alguma semelhança com relação à Modificação de Comportamento, o AT, definido dessa forma, mostrou uma diferença importante: o objetivo com o estabelecimento de um repertório mais complexo que permita ao cliente modificar o próprio ambiente de maneira à poder seguir com um tratamento de consultório.

Como foi citado no capítulo anterior, a TAC é a única das propostas terapêuticas a levar em consideração uma intervenção em ambiente natural. Nesse sentido, e levando-se em consideração o fato do AT trabalhar com esse repertório mínimo de cliente, é possível definir o AT como uma complementação à TAC.

Isso significa dizer que a existência desse repertório mínimo permitiria ao cliente passar por um tratamento definido como propriamente da TAC, do contrá-

rio um arranjo especial deve ser montado para o desenvolvimento desse repertório. O que define o AT como forma para que isso ocorra.

Na seção Apresentação dessa pesquisa foi descrita uma polarização da intervenção comportamental que a literatura sugeria. Nela, de um lado estaria a intervenção de consultório sem qualquer controle sobre o comportamento do cliente e, de outro, a intervenção em ambiente natural que traria total controle sobre o comportamento do cliente. Diante do que foi exposto até aqui existe uma polarização entre esses dois ambientes de intervenção (ambiente natural e consultório), no entanto, o que faz sentido afirmar é que de um lado se tem o consultório que é recomendado para um perfil de cliente que é capaz de, a partir das mudanças acontecidas em consultório mudar por ele próprio o ambiente em que ele se insere e, de outro lado, um intervenção em ambiente natural – defendida agora aqui como AT – indicada para clientes que seja necessária a manipulação do ambiente natural para a mudança do comportamento do cliente.

Sendo assim, não é possível afirmar, conforme aponta a literatura, que o consultório traz menos controle sobre o comportamento do cliente, pois ele muda a própria contingência a despeito do terapeuta intervir junto com ele.

Síntese

A análise das propostas terapêuticas realizada na pesquisa aqui apresentada levou em consideração aquelas que têm como base o behaviorismo radical. Apesar de compartilharem da mesma base conceitual, elas demonstraram estar em “momentos” de desenvolvimento científicos diferentes. Algumas propostas possuem análises puramente interpretativas (Skinner), outras apresentam pesquisas de validação empíricas sobre seus processos (*FAP*, *ACT* e *BA*), a TAC apresenta pesquisas na área de definição dos processos existentes em uma sessão terapêutica; outras, ainda, apresentam apenas relatos de casos clínicos (TCR, PCP e AT).

Como forma de organização e visualização dessa diferença, optou-se por inserir todas as terapias estudadas (Skinner, Ferster, MC, *FAP*, *ACT*, *BA*, TAC, TCR, PCP, TMA e AT) dentro do triângulo epistêmico proposto por Tourinho e Sérgio (2010). A proposta dos dois autores é a representação dos tipos de produção e de

atuação pertinentes ao campo da Análise do Comportamento. Cada vértice representa uma forma de atuação/produção em análise do comportamento, a saber: produções reflexivas ou metacientíficas, produções investigação básica de processos comportamentais e intervenções voltadas para a solução de problemas humanos. A figura 3 apresenta como poderia ser o triângulo proposto pelos autores. A organização espacial da figura é meramente ilustrativa, por isso a localização de cada *box* não representa o *locus* conceitual de cada tipo de produção.

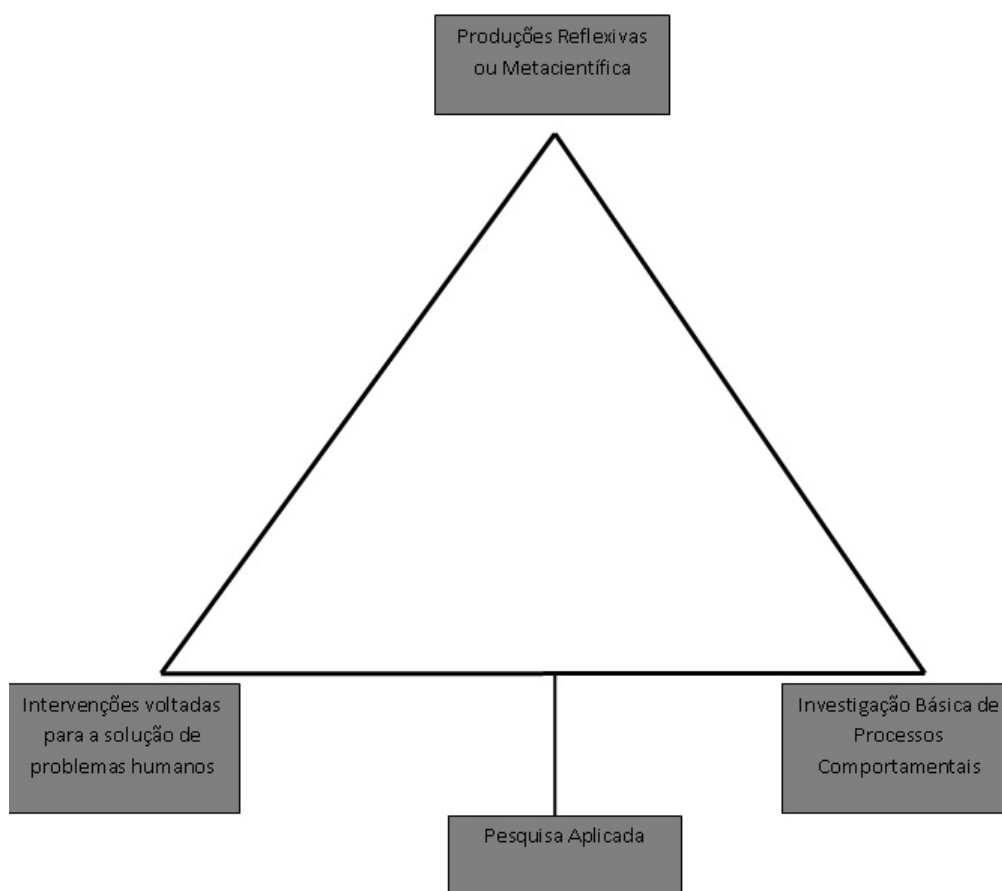


Figura 3: Triângulo epistêmico que representa as possibilidades de produção e atuação em Análise do Comportamento. Extraído de Tourinho e Sérgio (2010).

O vértice “produções reflexivas ou metacientíficas” refere-se à produção de pesquisas teórico-conceituais, de cunho filosófico ou de caráter histórico, além de estudos metacientíficos em que há análise do próprio processo de produção de conhecimento em análise do comportamento. O vértice “investigação básica de processos comportamentais” agrupa as pesquisas voltadas para a produção de conhecimento acerca das relações comportamentais; reúnem, assim, produções de conhecimento tipicamente experimentais. Já o vértice “intervenções voltadas para a solução de problemas humanos” agrupa as atuações comportamentais não voltadas à produção de conhecimento, mas para a prestação de serviços à sociedade. Em um local intermediário entre as “investigações básicas” e a “intervenção” está a

“pesquisa aplicada”, pois refere-se à produção de conhecimento, mas em contextos aplicados e com objetivo de atender a demandas sociais.

Para os autores, esse triângulo epistêmico representa o “caráter multidimensional da Análise do Comportamento e do processo em curso de diversificação das produções em seu âmbito.” (p. 11). Além disso, para eles, essa representação destaca a interrelação entre as diferentes áreas da Análise do Comportamento, ou seja, todas as produções são mais ou menos influenciadas pelas outras áreas. Um trabalho de intervenção, por exemplo, deve ter sua base nas produções da pesquisa básica e ser condizente com os princípios filosóficos da área, assim como uma investigação aplicada deve ter seu método condizente com as experimentações já validadas, com os princípios filosóficos da área e ter algum grau de validade para a população à qual se destina.

A organização que se propõe aqui com relação às terapias de base behaviorista radical ficaria da forma ilustrada abaixo. A descrição dos motivos de cada localização seguem à figura:

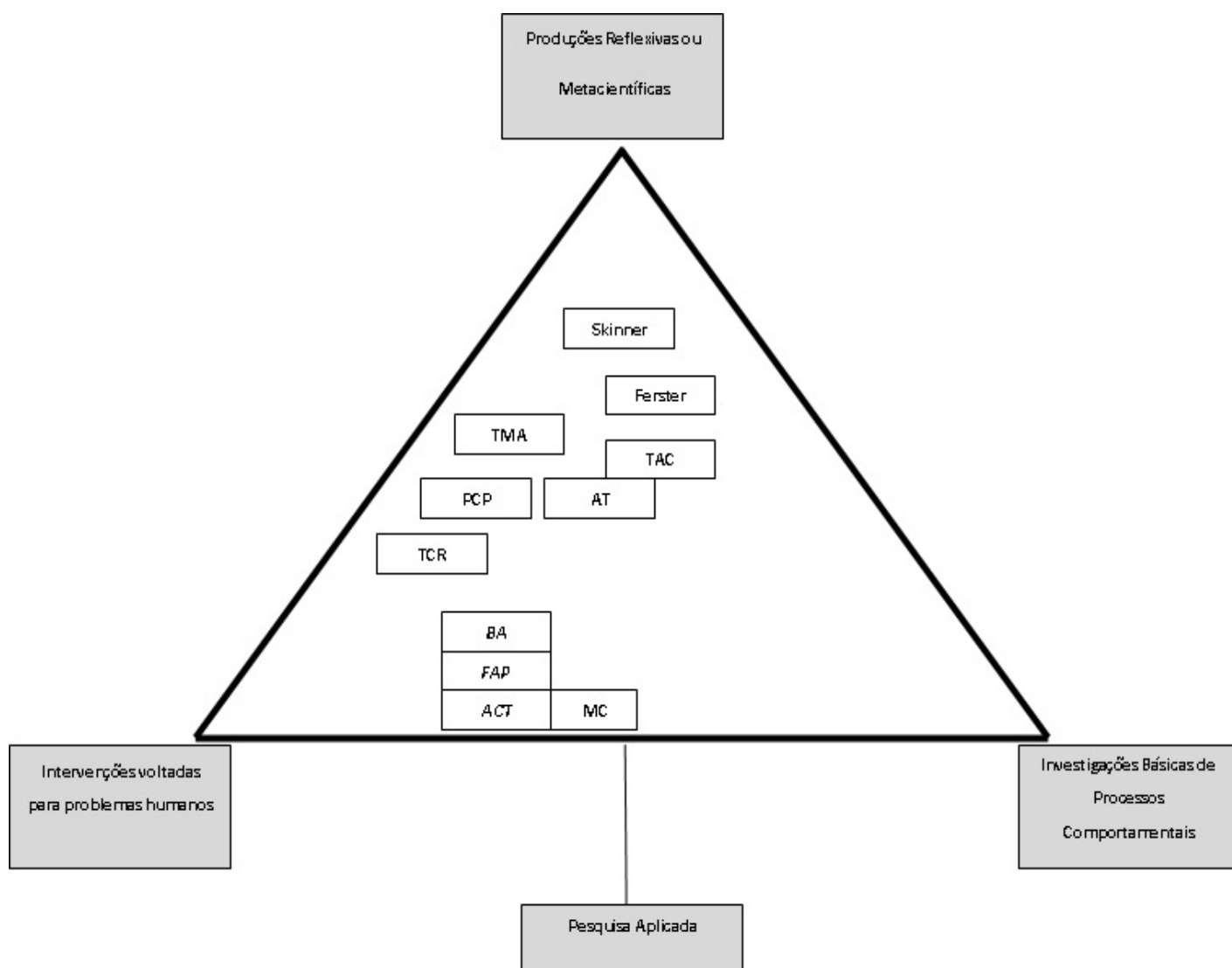


Figura 4: Proposição de representação gráfica das propostas terapêuticas inseridas no triângulo epistêmico proposto por Tourinho e Sérgio (2010)

É possível observar que as terapias se dividem dentro do triângulo representando o que foi comentado como “momento científico diferente”. Essa organização não coloca valores relativos ao maior ou menor desenvolvimento; ela pretende ser uma organização de maneira a situar cada uma das produções dentro da área de Análise do Comportamento.

Mais próximas do vértice “produções reflexivas ou metacientíficas” estão duas propostas que são duas das bases da terapia comportamental: Skinner e Ferster.

O trabalho de Skinner é, principalmente, uma leitura científica interpretativa da terapia das décadas de 1950 e 1960 e uma proposição de uma prática terapêutica comportamental (Skinner, 1989). Isso aproxima seu trabalho do vértice “produção reflexiva”. Sendo assim, é possível caracterizá-lo como uma produção reflexiva a respeito de uma intervenção. O fato de existir uma produção inicial de pesquisa aplicada (Lindsley, Solomon e Skinner, 1953), coloca a sua posição mais para o centro e não completamente a esquerda do triângulo. O trabalho de Ferster está localizado na mesma direção horizontal que Skinner por também ser uma produção reflexiva a respeito da clínica; no entanto, estaria mais próxima ao vértice “investigações básicas”, por possuir também, em sua base, trabalhos com modelos experimentais de psicopatologia (Ferster, 1973).

A TAC ocuparia uma posição mais centralizada da figura. Ela estaria próxima da “produção reflexiva” pelo suporte rigoroso no behaviorismo radical; no entanto, estaria localizada mais à direita, pois possui, em seu corpo conceitual, bases nas novas descobertas das pesquisas experimentais da área da análise do comportamento. Ela não estaria mais próxima da “pesquisa aplicada” por não possuir, ainda, pesquisas que tragam validação empírica para suas atuações (cf. Tourinho e Sério, 2010). O AT estaria próximo à TAC pois, como foi visto nos capítulos 7 e 8, ela é uma prática que se insere dentro do escopo da TAC, servindo como um complemento a sua atuação.

A TMA ocuparia, na posição vertical, um lugar pouco abaixo de Skinner e na posição horizontal mais próximo da “intervenção” do que da “pesquisa aplicada”. Esse local refere-se ao fato dela ser uma análise interpretativa da situação de atendimento de consultório e não possuir pesquisas de validação. Além disso, ela não faz referências a bases experimentais.

A PCP e a TCR estariam próximas do vértice “produção reflexiva”, pois apontam uma influência grande dos princípios do behaviorismo radical aplicado à intervenção clínica. Mas, ficariam mais abaixo da TMA, pois possuem alguns relatos de casos clínicos que descrevem a sua atuação. Do ponto de vista de produção de conhecimento, não trazem validação para a sua atuação; no entanto, conforme aponta Skinner (1998/1953), esse tipo de relato é o passo inicial para a produção

de conhecimento, sendo o passo seguinte, a busca por alguma sistematicidade nos relatos.

A *FAP*, *ACT* e *BA* ocupariam, em uma linha horizontal, um local próximo à “pesquisa aplicada” e à “intervenção”. As três propostas possuem pesquisas que trazem grau de validação empírica²² a elas, trazendo-as próximas à “pesquisa aplicada” mais do que à “produção reflexiva”. Esse fato garante, também, que não sejam apenas formas de intervenção, mas proposições com algum grau de validação empírica. Em uma linha horizontal elas ocupam um lugar distante da reflexão filosófica, mas com alguma proximidade por que todas as três nasceram de análises interpretativas da situação de consultório para em seguida buscar validações em pesquisas.

A *MC*, na linha horizontal, estaria em um lugar intermediário entre a “pesquisa aplicada” e a “intervenção”, pois ela é uma aplicação dos resultados da pesquisa aplicada à situação de intervenção.

Conforme apontam Tourinho e Sérgio (2010), uma produção em análise do comportamento de uma área específica é regulada pelas produções nas outras áreas. Se essa ideia for aplicada à organização proposta acima, uma intervenção deve ter sua base conceitual bastante sólida e ser condizente com as pesquisas experimentais mais atuais além de possuir validação empírica demonstrada por pesquisas aplicadas.

No que se refere ao *AT* é possível definir que existe a necessidade de busca por validação empírica dos seus processos. O *AT* possui trabalhos que descrevem o seu funcionamento (como apontando no capítulo 7); no entanto, não há trabalhos que apontem medidas de resultado e nem avaliem o seu processo no que se refere à sua efetividade. A *Modificação de Comportamento* e a literatura de *Pesquisa Aplicada* que foi consultada demonstram alguns caminhos possíveis; mesmo assim, existe a necessidade de organização da literatura nacional sobre *AT* em um protocolo de pesquisa que demonstre de forma empírica a sua validade.

²² Para mais a respeito da validação empírica da *FAP*, *ACT* e *BA*, consultar os trabalhos de revisão de literatura a esse respeito apresentados por Ruiz (2010) a respeito da validação empírica da *ACT*; o de García (2008) sobre a os resultados empíricos da *FAP*; e o de Kanter *et al.* (2010) a respeito da *BA*.

Discussão

A pesquisa apresentada teve como meta o estudo das propostas terapêuticas de base behaviorista radical com vistas a estabelecer uma comparação entre elas e, com isso, atribuir algum *status* para o AT.

Os seguintes objetivos foram buscados:

1. Estabelecer uma comparação entre as práticas terapêuticas de base behaviorista radical em função do tipo de comportamento-alvo com o qual trabalha e o tipo de controle que exerce sobre o comportamento do cliente.
2. Compará-las com as definições teóricas do AT.

Para tanto, realizou-se uma caracterização histórica das propostas terapêuticas seguida por uma análise com base em quatro categorias: conceitos centrais para o diagnóstico, estratégias para intervenção, efetividade e generalidade. Tanto a caracterização quanto a análise, permitiram o estabelecimento de uma comparação entre as propostas e o AT, para, assim, ser possível a atribuição do *status* de proposta terapêutica para o AT. Esse trajeto trouxe algumas conclusões além daquelas referentes aos objetivos iniciais da pesquisa.

Uma delas refere-se à forma de organização da história da terapia comportamental. Como descrito no início da seção “Práticas Terapêuticas Originadas da Análise do Comportamento”, Hayes (2004) oferecia uma organização histórica em gerações. Conforme foi apontado, também a forma de organização se mostrou parcial por não incluir todas as propostas de base behaviorista radical e por inserir algumas que possuem outra base conceitual. A opção, então foi utilizar uma organização cronológica e, com isso, inserir apenas as propostas de base behaviorista radical e que tivessem sido apresentadas após 1953. Essa organização permitiu a inclusão de algumas propostas que não estavam contempladas na organização de Hayes (2004): as terapias brasileiras, bem como as bases da terapia comportamental. Da mesma forma, foi possível a exclusão daquelas propostas que não tinham como base o behaviorismo radical, circundando a análise a propostas estritamente derivadas de uma análise operante do comportamento.

Com relação às propostas terapêuticas, foi possível organizar as estratégias em três grandes blocos: intervenções sobre o comportamento verbal (especificamente sobre o comportamento verbalmente controlado): ensino de observação e interpretação e análise das interações verbais entre terapeuta e cliente; intervenções sobre o comportamento de sessão: modelagem de respostas de autocontrole e estabelecimento de uma boa relação terapêutica incluindo ambiente natural; e intervenções sobre eventos privados: trabalho sobre as relações verbais que o cliente estabelece e mudança no controle de estímulos.

Além disso, todas as propostas se mostraram preocupadas com formas e procedimentos que pudessem aumentar a chance de o cliente mudar em sessão e manter essa mudança em sua vida. Para isso, se valeram de intervenções sobre comportamento verbal, sobre a relação terapêutica e sobre eventos privados. O que a literatura mostrou é que, independentemente do foco da intervenção, a questão central parece ser sempre qual a melhor forma de garantir que o cliente mude seu comportamento e mantenha essa mudança em sua vida cotidiana.

Como Banaco (2012) afirmou, existem duas condições aversivas na terapia, que são: o fato de o cliente possuir um problema e não saber como resolvê-lo; e o terapeuta ter um cliente em uma situação aversiva e ter que tirá-lo de lá. Sendo assim, a análise geral permite afirmar que o objetivo central em todas as propostas terapêuticas estudadas é transformar o comportamento do cliente sempre olhando para formas de promover essas mudanças e mantê-las acontecendo em ambiente cotidiano e ao final da intervenção.

Sendo assim, a questão agora não é apenas definir objetivos, pois todas elas compartilham do mesmo, mas definir quais procedimentos de cada uma das propostas é mais efetivo. Por isso, a condução mais oportuna parece seguir na seguinte direção: pesquisas de processo, com o objetivo de descrever quais processos comportamentais envolvidos nessas intervenções; e pesquisa de resultado para definir quais são os resultados viáveis para cada tipo intervenção. Nesse sentido, tratar de cada procedimento oferecido pelas propostas e avaliá-las em pesquisas experimentais. Essa não é uma conclusão nova, pois nos últimos anos tem acontecido uma grande empreitada na direção de buscar validação empírica para a tera-

pia analítico-comportamental. (Para mais a esse respeito ver: Oshiro, 2011 e Starling, 2011).

Essa conclusão aponta um caminho necessário para o AT. Ao analisar a literatura sobre o AT, foi possível afirmar que o AT trabalha com o que foi definido anteriormente como “repertório mínimo de cliente” e tem sua atuação no ambiente natural. Esse repertório diz respeito à modelagem de comportamento verbal que permitirá ao cliente modificar, sozinho, o próprio ambiente. E essa é a justificativa do trabalho em ambiente natural: quando o cliente não tem repertório para modificar o seu próprio ambiente de forma independente, o terapeuta opera mudando o ambiente do cliente de maneira a construir uma condição de aprendizagem melhor para esse cliente.

Essa descrição combina com o que vem sendo apresentado nos estudos aplicados sobre generalização. Conforme discutido no capítulo 4, as pesquisas têm demonstrado que a intervenção em ambiente natural gera mais resultados do que em ambiente controlado (sala de aula, consultório em instituições). Esses resultados são aplicados a sujeitos com algum grau de comprometimento (cf. Allen e Warzak, 2000), o que valida a sugestão de que o trabalho em ambiente natural seja realizado com a aquela parcela de clientes que não possuem o “repertório mínimo de cliente” e cujo ambiente precisa de mudança no para criar condições para a aprendizagem.

Nesse sentido, uma sugestão para pesquisas futuras, é a realização uma avaliação quanto ao processo e aos resultados do AT. Nesse caso, os comportamentos definidos como “repertório mínimo de cliente” podem funcionar como um indicativo de resultado. A proposta seria, então, estabelecer a modelagem de comportamentos referentes ao “repertório mínimo de cliente” como resultado e, a partir disso, estabelecer um protocolo de pesquisa para avaliar o quanto o AT pode atingir tais objetivos.

Além disso, um objetivo secundário da pesquisa aqui apresentada era a construção do conteúdo programático de um curso de formação em AT. A partir das conclusões descritas nessa sessão e no capítulo 9 foi, então, desenvolvida uma

proposta de conteúdo para um curso de formação em AT. A proposta está apresentada na seção Apêndice.

Referências Bibliográficas

- Abreu, P. R. & Hübner, M.M.C. (2012). O Comportamento Verbal para B.F. Skinner e para S.C. Hayes: uma síntese com base na mediação social arbitrária do reforçamento. *Acta Comportamentalia*, 20(3), 367-381.
- Allen, K.D. & Warzak, W.J. (2000). The Problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: effective treatment in not enough. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 373-391.
- Anderly, M.A.P.A., Micheletto, N., & Sério, T.M.A.P. (2005). A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. Em: J.C. Todorov, Martone, R.C., & M.B. Moreira (orgs.). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. (pp. 129-148). Santo André/SP: ESETec Editores Associados.
- Asmus, J.M., Wacker, D.P., Harding, J., Berg, W.K., Derby, K.M., & Kocis, E. (1999). Evaluation of antecedent stimulus parameters for the treatment of escape-maintained aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 495-513.
- Baer, D.M., Wolf, M., & Risley, T.R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 313-327.
- Baer, D.M., Wolf, M., & Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Balvedi, C. (2003). Acompanhamento Terapêutico: a terapia no ambiente do paciente. Em: M.Z.S. Brandão et al. (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 11 (285-293). Santo André: ESETec.
- Banaco, R.A. (2012, agosto). O que mantêm a cultura da terapia? Em: Reunião do Grupo de Trabalho: Investigações Conceituais e Aplicadas em Análise do Comportamento da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). São Paulo.

- Banaco, R.A. (1999). O Acesso a Eventos Encobertos na Prática Clínica: um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental*, 1(2), 135-142.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Bank, L., Patterson, G.R., & Reid, J.B. (1987). Delinquency Prevention Through Training Parents in Family Management. *The Behavior Analyst*, 10(1), 75-82.
- Barraca, J. (2008). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TCAD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de activación conductual. *Edupsykhé: Revista de Psicología e Pedagogía*, 8(1), 23-50.
- Baumgarth, G.C.C., Guerrelhas, F.F., Kovac, R., Mazer, M., & Zamignani, D.R. (1999). A intervenção em equipes de terapeutas no ambiente natural do cliente e a interação com outros profissionais. Em: R.R. Kerbauy & R.C. Wielenska (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 4. (pp. 166-173). Santo André: Arbytes.
- Bellodi, A.C. (2011). *Terapia Comportamental no Brasil: História de Terapeutas*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bijou, S.W. & Baer, D.M. (1969). *Psicología del Desarrollo Infantil: teoría empírica y sistemática de la conducta*. México: Editorial F. Trillas.
- Costa, N. (2011). O Surgimento de Diferentes Denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental*, 13(2), 46-57.
- Cruz, F.C., Lima, L.A., & Moraes, P.B. (2003). Acompanhamento Terapêutico e clínica escola: um novo campo de exploração. Em: M.Z.S. Brandão et al. (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 11, (pp. 300-310). Santo André: ESETec.
- De Rose, J.C. (1993). Análise Comportamental da Cognição. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(2), 283-303.

- Del Prette, G. & Garcia, R.M. (2007). Técnicas Comportamentais: possibilidades e vantagens no atendimento em ambiente extraconsultório. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, J. Vermes (orgs.). *A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*, (pp. 183-200), São Paulo: Paradigma/ESETec
- Ferster, C.B. (1972). A Functional Analysis of Depression. *The American Psychologist*, 28 (10), 857-870.
- Ferster, C.B. (1979). Psychotherapy from the standpoint of a behaviorist. Em: J.D. Keehn (ed). *Psychopathology in Animals*. Academic press Inc.
- Follette, W.C., Naugle, A.E., & Linnerooth, P.J. (2000). Functional Alternatives to Traditional assessment and Diagnosis. Em: J.M. Dougher. *Clinical Behavior Analysis*. (pp. 99-125). Reno: Context.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A Radical Behavioral Understanding of Therapeutic Relations in Effective Change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Foxx, R.M., McMorro, M. J., Bittle, R. G. & Ness, J. (1986). An Analysis of Social Skills Generalization in Two Natural Settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19 (3), 299-305.
- García, R.F. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 239-249.
- Gross, A.M. & Fox, E.J. (2009). Relational Frame Theory: an overview of the controversy. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25, 87-98.
- Guedes, M.L. (1993). Equívocos na Terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85.
- Guilhardi, H.J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em: Abreu, C.N. e Guilhardi, H.J. (orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Editora Roca.

- Guilhardi, H.J. (2009). Terapia por Contigências de Reforçamento (TCR). Texto disponível em <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Terapiarefor-camento2009.pdf>. Acesso em 03/03/2013.
- Halle, J.W. & Holt, B. (1991). Assessing stimulus control in natural settings: an analysis of stimuli that acquire control during training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 579-589.
- Handleman, J.S. (1979). Generalization by autistic-type Children of verbal responses across settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 273-282.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior Analytic Account of Verbal Events. *The Behavior Analyst*, 16(2), 283-301.
- Hayes, S. (1978). Theory and Technology in Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 1(1), 25-33.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2003). Behavior Analysis, Relational Frame Theory, and the Challenge of Human Language and Cognition: a reply to the commentaries on relational frame theory: a post skinnerian account of human language and cognition. *The Analysis of Verbal Behavior*, 19, 39-54.
- Hayes, S.C. & Hayes, L.J. (1989). The Verbal Action of the Listener as a Basis for Rule-Governance. Em: S.C. Hayes (ed). *Rule-governed Behavior: cognition, contingencies and instruction control*. New York: Plenum.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J. (2011). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 42, 976-1002.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: altering the verbal support for experimental avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(1), 289-303.

- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior-Analytic Account of Verbal Events. *The Behavior Analyst*, 16(2), 283-301.
- Holland, J. (1978). Behaviorism: part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 163-174.
- Johnson, S.M. & Lobitz, G.K. (1974). Parental Manipulation of Child Behavior in Home Observations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 23-31.
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Bove, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.M., Rusch, L.C. (2010). What is a Behavioral Activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of Behavior Modification*. Baltimore: University Park Press.
- Keller, F. & Schoenfeld, W.N. (1966/1950). *Princípios de Psicologia*. São Paulo: Herder.
- Koegel, R.L. & Koegel, L.K. (1990). Extended Reductions in stereotypic behavior of students with autism through a self-management treatment package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 119-127.
- Kohlemberg, R.J., & Tsai, M. (2004/1991). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André/SP: ESETEC Editores Associados.
- Kohlemberg, R.J, Tsai, M., & Dougher, M.J. (1993). The Dimensions of Clinical Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271-282.
- Kohlemberg, R.J., Tsai, M., & Hayes, S.C. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohler, F.W. (1986). Toward a Technology of Generalization: The Identification of Nature Contingencies of Reinforcement. *The Behavior Analyst*, 9(1), 19-26.

- Lewinsohn, P. M. (1974). A Behavioral Approach to Depression. Em: R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: John Wiley.
- Lindsley, O. R., Solomon, H., & Skinner, B. F. (1953). Study of Psychotic Behavior: studies in behavior therapy. *Status Report I*. Waltham, MA: Metropolitan State Hospital.
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J.Q., & Long, J.S. (1973). Some Generalization and Follow-up Measures on Autistic Children in Behavior Therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6(1), 131-166.
- Luciano, M. C., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Edupsykhé: Revista de Psicología e Psicopedagogía*, 5 (2), 173-201.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2007). *Learnig ACT: an acceptance and commitment therapy. Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Malavazzi, D.M., Malerbi, F.E.K., Del Prette, G., Banaco, R.A., & Kovac, R. (2011). Análise do Comportamento Aplicada: interface entre ciência e prática? *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(2), 218-230.
- Marco, M. N. da C. (2011). *Acompanhante Terapêutico: Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.
- Marçal, J.V. & Dutra, A. (2010, setembro). Terapia Molar e de Autoconhecimento. Em: XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.
- Marinotti, M. M. & Souza e Silva, A. (2001). Algumas considerações sobre o atendimento de um cliente com diagnóstico de “autista de alto funcionamento”, por dois terapeutas em ambiente natural e de consultório. Em: H.J. Guilhardi,

- M.B.B.P. Madi, P.P. Queiroz & M.C. Scoz (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição, 8* (pp. 14-28). Santo André: ESETec.
- Medeiros, C.A. & Medeiros, N. N. F.A. (2011). Psicoterapia Comportamental Pragmática. Em: C.V.B.B. Pessoa. C.E. Costa & M.F. Benvenuti. *Comportamento em Foco. 1* (pp. 417-436). São Paulo: ABPMC.
- Meyer, S.B., Del Prette, G., Zamignani, D.R., Banaco, R.A., Neno, S. & Torinho, E.Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-comportamental. Em: E. Z. Tourinho & S.V. Luna (orgs.). *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. (pp. 153-174). São Paulo: Roca.
- Meyer, S.B. (2004). Processos Comportamentais na Psicoterapia. Em: A.C. Cruvinel, A.L. Dias & E. N. Cillo (org.) *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar. 8* (pp. 151-157). Santo André: ESETec.
- Moore, J. & Cooper, J. O. (2003). Some proposed relations among the domains of behavior analysis. *The Behavior Analyst, 26*, 69-84.
- Najdowski, A.C., Wallace, M.D., Doney, J.K., & Ghezzi, P.M. (2003). Parental assessment and treatment of food selectivity in natural settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36* (3), 383-386.
- Neef, N.A., Iwata, B.A., & Page, T. (1978). Public Transportation Training: in vivo versus classroom instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*(3), 331-344.
- Nico, Y. & Thomaz, C. R. C. (2007). Quando o Verbal é insuficiente: possibilidades e limites da atuação clínica dentro e fora do consultório. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, J. Vermes (orgs.). *A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extra-consultório*, (pp. 47-76), São Paulo: Paradigma/ESETec
- Nolasco, N.C. (2002). *A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: uma revisão histórica*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- O'Donohue, W., & Ferguson, K.E. (2006). Evidence-Based Practice and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 335-350.
- O'Leary, K. D. (1973). El ingreso del paraprofessional en el aula. Em: S.W. Bijou & E. R. Iniesta. *Modificación de Conducta: problemas y extensiones*. México: Editora Trilhas.
- Oliveira, S.G. (2000). O Acompanhante Terapêutico. Em: R.R. Kerbauy (org.) *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp. 257-260). Santo André: ESETec.
- Osborne, J.G. (2003). Beyond Skinner? A Review of Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition by Hayes, Barnes-Holmes, and Roche. *The Analysis of Verbal Behavior*, 19, 19-27.
- Oshiro, C.K.B. (2011). *Delineamento Experimental de Caso Único: a psicoterapia analítica funcional de dois clientes difíceis*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, SP.
- Palacios, A.G. (2006). La Terapia Dialético-Comportamental. *EduPsykhé: Revista de Psicología e Pedagogía*, 5(2), 255-271.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La Psicoterapia Desde Punto de Vista Conductista*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera Generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología e Psicopedagogía*, 5 (2), 159-172.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcomes studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Salzinger, K. (2003). On the Verbal Behavior of Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition. *The Analysis of Verbal Behavior*, 19, 7-9.
- Sério, T.M.A.P. (2004). Comportamento Verbal e Controle do Comportamento. Em: T.M.A.P. Sério, M.A.P.A. Andery, P. Gióia, e N. Micheletto. *Controle de Estímulos e*

Comportamento Operante: uma nova introdução (pp. 139-164). São Paulo: EDUC.

Sievert, A.L. (1988). Training Self-Advocacy Skills to adults with mild handicaps. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21(3), 299-309.

Skinner, B.F. (2004). Psychology in 2000. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 81(2), 207-213.

Skinner, B.F. (2003/1989). *Questões Recentes na Análise Comportamental*. (4ª Ed). São Paulo: Papirus.

Skinner, B.F. (1988). A preface to *The Behavior of Organisms* (7ª ed). *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 50 (2), 355 – 358

Skinner, B.F. (1987/1981). Selection by Consequences. Em: B.F. Skinner. *Upon ruther reflection*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Skinner, B. F. (1975). The step and thorny way to a science of behavior. Em: R. Harre (ed.) *Problems of scientific revolution: progress and obstacles to progress in the sciences*. Oxford: Clarendon Press

Skinner, B. F. (2006/1974). *Sobre o Behaviorismo*. (10ª Ed). São Paulo: Cultrix.

Skinner, B. F. (1972/1971). *Mito da Liberdade*. Rio de Janeiro: Edições Bloch.

Skinner, B.F. (1972/1968). *Tecnologia do Ensino*. São Paulo: EPU.

Skinner, B. F. (1963a). Behaviorism at fifty. *Science*, 140, 951–958.

Skinner, B. F. (1963b). Operant behavior. *The American Psychologist*, 18, 503–515.

Skinner, B.F. (1959). *Cumulative record*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B.F. (1958). Reinforcement today. *The American Psychologist*, 13, 94–99.

Skinner, B.F. (1992/1957). *Verbal Behavior*. Cambridge, Massachusetts: Copley Publishing Group.

Skinner, B.F. (2000/1953). *Ciência e Comportamento Humano*. (10ª Ed). São Paulo: Martins Fontes.

- Skinner, B.F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Starling, R. R. (2010). *Prática Controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, SP.
- Tighe, T.J. & Elliott, R. (1968). A Technique for Controlling Behavior in Natural Life Settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(3), 263-266.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, EUA: New Harbinger Publications, Inc.
- Törneke, N., Luciano, C., & Salas, S. V. (2011). Rule-governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (2), 141-156.
- Tourinho, E. Z. & Sérgio, T. M. A. P. (2010). Definições contemporâneas da Análise do Comportamento. Em: E. Z. Tourinho & Luna, S. V. (orgs.) *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*, (pp 1-14), São Paulo: Ed. Roca.
- Tourinho, E.Z. & Cavalcanti, S. N. (2001). Por que Terapia Analítico-comportamental. *Boletim Contexto*. 23 (10). Campinas: ABPMC.
- Vargas, E. A., Vargas, J. S., & Knapp, T. J. (2007). Análise do Comportamento Verbal Segundo B. F. Skinner: um estudo. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental*, 9 (2), 175-194.
- Vargas, E. A., Vargas, J.S., & Knapp, T.J. (2007). Análise do Comportamento Verbal Segundo B.F. Skinner: um estudo. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental*, 9 (2), 175-194.
- Vermes, J. S, Zamignani, D.R., & Kovac. R. (2007). A Relação Terapêutica no Atendimento Clínico em Ambiente Extraconsultório. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, J. Vermes (orgs.). *A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*, (pp. 201-228), São Paulo: Paradigma/ESETec

- Vianna, A.M. & Sampaio, T.P. de A. (2003). Acompanhamento terapêutico: da teoria à prática. Em: M.Z.S. Brandão et al. (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 11, (pp. 285-293). Santo André: ESETEC.
- Zamignani, D.R. & Meyer, S.B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos - SIMCCIT. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2, 25-45.
- Zamignani, D.R. (2008). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, SP.
- Zamignani, D.R., Silva Neto, A.C. & Meyer, S.B. (2008). Uma Aplicação dos Princípios da Análise do Comportamento para a Clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*. 3, 9-16.
- Zamignani, D.R., Banaco, R.A. & Wielenska, R.C. (2007). O mundo como *setting* clínico do analista do comportamento. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, J. Vermes. (orgs.) *A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*, (pp. 21-32), São Paulo: Paradigma/ESETEC.
- Zamignani, D.R. & Wielenska, R.C. (1999). Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. Em: R.R. Kerbauy & R.C. Wielenska (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 4. (pp. 157-165). Santo André: Arbytes.
- Zamignani, D.R. (1997). O Trabalho de Acompanhamento Terapêutico: a prática de um analista do comportamento. Taubaté, *Revista Biociências*, 3(1), 77-90.
- Zettle, R.D. (2005). The Evolution of Contextual Approach to Therapy: from comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 1(2), 77-89.
- Zettle, R.D. & Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional Control by Client Verbal Behavior: The Context of Reason-Giving. *Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

Apêndice

Proposta de Curso de Formação em AT: Conteúdo Programático

1. Análise de Contingências: conceitos básicos da Análise do Comportamento e suas aplicações às situações cotidianas.
2. História do atendimento em ambiente natural na análise do comportamento: a fundamentação do AT como uma proposta terapêutica.
3. Quando o cliente deve ser tratado com sessões de AT: os diferentes objetivos de uma sessão de consultório e de AT. Descrição de quando o cliente tem repertório para mudar o seu próprio ambiente e quando o ambiente deve ser alterado para criar condições adequadas de ensino.
4. A questão da generalização dos resultados obtidos em sessão e o tratamento em ambiente natural.
5. O conceito de “repertório mínimo de cliente”:
 - a. Comportamento verbal (operantes verbais, regras): definição de operantes verbais, conceito de regra e de comportamento verbalmente controlado.
 - b. Ensino de observação funcional: o cliente analisando a sua própria contingência.
 - c. Análise de eventos privados: conceito de eventos privados para análise do comportamento e ensino de autodescrição/autodiscriminação.
 - d. Estabelecimento de relação terapêutica:
6. Técnicas comportamentais aplicadas ao AT: modelagem, modelação, esvanecimento, reforço diferencial, exposição com prevenção de respostas e dessensibilização sistemática.
7. Planejamento de contingências de ensino no AT: na situação em que o cliente não é capaz de alterar o seu ambiente, formas de planejar mu-

dança do ambiente trabalhando com a família, instituição e outros profissionais.

