



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Terapia Comportamental Abrangente: Caracterização e Efeitos de seu Treinamento
sobre Processos e Resultados Clínicos**

Nicolau Chaud de Castro Quinta
Orientador: Prof. Dr. Cristiano Coelho

Goiânia, abril de 2021



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Terapia Comportamental Abrangente: Caracterização e Efeitos de seu Treinamento sobre Processos e Resultados Clínicos

Nicolau Chaud de Castro Quinta

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strito Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dr. Cristiano Coelho

Goiânia, abril de 2021

Q7t Quinta, Nicolau Chaud de Castro

Terapia comportamental abrangente : caracterização e efeitos de seu treinamento sobre processos e resultados clínicos / Nicolau Chaud de Castro Quinta.-- 2021.

199 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês

Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021

Inclui referências: f. 175-199

1. Comportamento humano. 2. Terapia do comportamento. 3. Terapia cognitiva. I.Coelho, Cristiano. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - 2021. III. Título.

CDU: 159.9.019.4(043)

Ficha de Avaliação

Quinta, N. C. C. (2021). *Terapia Comportamental Abrangente: Caracterização e Efeitos de seu Treinamento sobre Processos e Resultados Clínicos*. Orientador: Cristiano Coelho.

Esta Tese foi submetida à banca examinadora:

Prof. Dr. Cristiano Coelho
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca

Prof. Dr. André Amaral Bravin
Universidade Federal de Jataí
Membro convidado externo

Prof. Dr. Carlos Augusto Medeiros
Centro Universitário de Brasília
Membro convidado externo

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi
Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento
Membro convidado externo

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof^a. Dra. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro suplente

Prof. Dr. Lauro Eugênio Guimarães Nalini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro suplente

Agradecimentos

À minha família, em especial ao meu pai e aos meus irmãos Gabriel e Matheus por me darem a fundação sobre a qual pude construir tudo.

Ao Vinícius, que foi a primeira pessoa a acreditar na TCA e cuja paixão por ela inspirou muita gente, inclusive a mim mesmo.

À Marisa, pelos inúmeros papos enriquecedores e pela convicção e dedicação com que luta para tornar a TCA algo concreto e acessível para todas as pessoas.

À Norma pela solicitude incondicional e pelo jeito de falar que me ajuda a ver beleza onde nem sempre eu via.

Ao Sérgio por estar sempre presente e por compartilhar meu gosto em pensar fora da caixinha.

Ao Matheus pelo apoio infalível, pelas inúmeras contribuições diretas a essa trabalho, por ter levado a TCA para São Paulo, e pela empolgação incansável e contagiante com a qual travamos longas conversas sobre terapia.

A todos os participantes do grupo de WhatsApp da TCA pelo intercâmbio rico, diverso e estimulante de ideias e pelos feedbacks que ajudam a TCA a se manter viva.

A todos os meus clientes que tanto me ensinaram e continuam me ensinando.

Ao pessoal de Belém que apoiou e viabilizou o curso da TCA: Sebastião, Anna Carolina, Ana Paula e Kenji, os paraenses mais acolhedores que conheço.

Aos terapeutas e clientes participantes deste estudo pela valiosa contribuição.

Ao meu orientador Cristiano Coelho, por ter sido a primeira pessoa a acreditar que eu poderia ser um pesquisador, por mais de 20 anos de ensinamentos, por me apoiar mesmo nas ideias mais ousadas e malucas e pelo cuidado em tornar a experiência do doutorado a mais leve e reforçadora possível.

À CAPES pelo apoio financeiro a este trabalho.

Resumo

Os movimentos históricos que deram origem às atuais formas de terapia analítico-comportamental no Brasil são diversos, resultando em uma pluralidade de práticas que torna desafiadoras as tentativas de definir a identidade dessas terapias. Observam-se agrupadas sob um mesmo rótulo práticas que diferem largamente entre si tanto em seus procedimentos quanto nos conceitos que subjazem suas análises. Uma maneira de enfrentar esse desafio é delimitando diretrizes de atuação específicas em um modelo terapêutico próprio compatível com os preceitos gerais da terapia analítico-comportamental. Neste contexto surgiu em 2018 a Terapia Comportamental Abrangente (TCA). A primeira parte do presente trabalho apresenta a caracterização da TCA. Seus elementos prescritivos são fundamentados em outras áreas da Psicologia que investigam aquilo que faz com que pessoas sintam-se satisfeitas com a própria vida, sobretudo na Psicologia Positiva. A explicação dos processos de mudança necessários para que se atinjam os objetivos terapêuticos enfatiza o comportamento verbal enquanto responder relacional e a reversão dos efeitos de contingências aversivas. Os procedimentos clínicos priorizam a modelagem e modelação de repertórios verbais abrangentes mediante o diálogo terapêutico natural e o direcionamento planejado de interações sociais extra-consultório. Para além de sua atuação em consultório, os princípios norteadores da TCA direcionam também os caminhos pelos quais o terapeuta pode-se desenvolver pessoal e profissionalmente. A segunda parte do trabalho constitui-se de uma pesquisa clínica experimental pela qual se observou o efeito do treinamento nas diretrizes da TCA sobre a prática de terapeutas analítico-comportamentais. A variável independente foi caracterizada de duas formas: comparando-se terapeutas adeptos da TCA desde sua concepção (terapeutas experientes) com terapeutas que a desconheciam (terapeutas aprendizes), e comparando a prática desses últimos antes e depois de um treinamento formal em TCA. Terapeutas de ambos os grupos realizaram atendimentos com um único cliente cada ao longo de até dez sessões, sendo que os terapeutas aprendizes receberam treinamento antes da quinta. O comportamento dos terapeutas em cada sessão foi categorizado mediante o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT) e avaliado separadamente por um instrumento de compatibilidade com as diretrizes da TCA. Além disso, os resultados terapêuticos foram medidos com o *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2). O instrumento de compatibilidade diferenciou terapeutas experientes de aprendizes, embora não tenham sido observados efeitos do treinamento. Todos os terapeutas atingiram melhoras com seus clientes, sendo os resultados dos terapeutas aprendizes, de forma geral, melhores. Ainda assim, os resultados dos terapeutas aprendizes oscilaram menos após o treinamento, e a aderência às diretrizes da TCA que envolvem análises e intervenções focadas em repertórios abrangentes do cliente foram melhores preditoras dos resultados, sobretudo nas medidas associadas a relacionamentos interpessoais. São discutidas as implicações para inserção da TCA no rol de terapias analítico-comportamentais brasileiras e os caminhos a serem percorridos para continuidade da construção de evidências que dão suporte à sua prática.

Palavras-chave: psicologia clínica, terapia analítico-comportamental, pesquisa em psicoterapia, pesquisa de processo em psicoterapia, Terapia Comportamental Abrangente

Abstract

Comprehensive Behavior Therapy: Characterization and Training Effects on Clinical Processes and Results

The historical movements that gave rise to the current forms of behavior-analytic therapy in Brazil are diverse, resulting in a plurality of practices that make all attempts to define the identity of these therapies challenging. Practices that differ widely both in terms of their procedures and in the concepts that underlie their analyses are grouped under the same label. One way to face this challenge is to define specific work guidelines in a distinct therapeutic model compatible with the general principles of behavior-analytic therapy. Comprehensive Behavior Therapy (*Terapia Comportamental Abrangente* - TCA) emerged in this context in 2018. The first part of the present study presents the characterization of TCA. Its prescriptive elements are based on other areas of Psychology that investigate what makes people feel satisfied with their own lives, especially in Positive Psychology. The explanation of the change processes necessary to achieve therapeutic goals emphasizes verbal behavior as relational responding and the reversal of aversive contingencies effects. Clinical procedures prioritize shaping and modeling of comprehensive verbal repertoires by way of the natural therapeutic dialogue and the directed instruction of out-of-office social interactions. Along with these working guidelines, the basic principles of TCA also direct ways in which therapists can develop themselves both personally and professionally. The second part of this work consists of an experimental clinical research by which the effect of TCA guidelines training on the practice of behavior-analytic therapists was observed. The independent variable was characterized in two ways: comparing therapists who were adept to TCA since its conception (experienced therapists) with therapists who were previously unfamiliar with it (apprentice therapists), and comparing the latter's practice before and after formal TCA training. Therapists from both groups worked with a single client each for up to ten sessions, and apprentice therapists received training before the fifth one. The behavior of therapists in each session was categorized using the Multidimensional System for Coding Behavior in Therapeutic Interaction (SiMCCIT) and evaluated separately by an instrument assessing compatibility with TCA guidelines. Furthermore, therapeutic results were measured using the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). The compatibility instrument distinguished experienced therapists from apprentices, although training effects were not observed. All therapists achieved improvements with their clients, and the results of apprentice therapists were overall superior. The results of apprentice therapists fluctuated less after training, and adherence to TCA guidelines concerning analyses and interventions focused on the clients' comprehensive repertoires were the best results predictors, especially in measures associated with interpersonal relationships. The implications for the inclusion of TCA in the set of Brazilian behavior-analytic therapies and the subsequent steps for the development of evidence that support its practice are discussed.

Key words: clinical psychology, behavior-analytic therapy, psychotherapy research, psychotherapy process research, Comprehensive Behavior Therapy

Sumário

| | |
|---|-----|
| Introdução | |
| História e (crise de) identidade das terapias analítico-comportamentais | 1 |
| Bases teóricas | 23 |
| Intervenções | 68 |
| A identidade da TCA diante de outras terapias analítico-comportamentais | 99 |
| Método | |
| Racional do estudo | 104 |
| Participantes | 106 |
| Materiais e instrumentos | 110 |
| Procedimento | 117 |
| Delineamento do estudo | 121 |
| Análise de dados | 122 |
| Resultados | |
| Avaliação de compatibilidade com a TCA | 126 |
| Categorias do SiMCCIT | 129 |
| Correlações entre a compatibilidade com a TCA e as categorias do SiMCCIT | 139 |
| OQ-45.2 | 142 |
| Correlações entre a compatibilidade com a TCA e resultados do OQ-45.2 | 147 |
| Discussão | |
| A caracterização da prática da TCA | 151 |
| Resultados clínicos | 154 |
| Efeitos do treinamento | 157 |
| Indicações para futuras pesquisas | 160 |
| A inserção da TCA no rol das terapias analítico-comportamentais brasileiras | 163 |
| Referências | 166 |

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figura 1 | Fluxograma do processo terapêutico na Terapia Comportamental Abrangente..... | 93 |
| Figura 2 | Escore médio nas fases inicial e final dos seis itens da Avaliação TCA para todos os terapeutas. | 127 |
| Figura 3 | Proporção média de caracteres para as categorias do comportamento verbal do terapeuta nas fases inicial e final..... | 130 |
| Figura 4 | Proporção média de caracteres para as categorias do comportamento verbal do cliente nas fases inicial e final..... | 132 |
| Figura 5 | Proporção média de caracteres para as categorias de tema da sessão nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna)..... | 134 |
| Figura 6 | Proporção média de caracteres para as categorias do tempo em que o tema era tratado nas sessões nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna)..... | 135 |
| Figura 7 | Frequência das categorias de condução de tema da sessão nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna)..... | 137 |
| Figura 8 | Proporção média de caracteres das falas do terapeuta nas fases inicial e final..... | 138 |
| Figura 9 | Razão dos escores inicial, máximo e mínimo das três subescalas do OQ-45.2..... | 143 |
| Figura 10 | Razão dos escores totais e para as três subescalas do OQ-45.2 por sessão.... | 144 |

Lista de Tabelas

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 1 | Exemplos da intervenção multiuso..... | 86 |
| Tabela 2 | Gênero, idade, tempo de conclusão da graduação (em anos), tipo de pós-graduação, tempo de conclusão da pós-graduação (em anos) dos terapeutas experientes e terapeutas aprendizes do estudo, e gênero e idade de seus respectivos clientes..... | 109 |
| Tabela 3 | Categorias e comportamentos que compõem o Eixo I.1 do SiMCCIT – Comportamento verbal vocal do terapeuta..... | 111 |
| Tabela 4 | Categorias e comportamentos que compõem o Eixo I.3 do SiMCCIT – Comportamento verbal vocal do cliente..... | 113 |
| Tabela 5 | Eixos e categorias que compõem o Eixo II do SiMCCIT – Tema da sessão..... | 115 |
| Tabela 6 | Itens da avaliação de compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente..... | 116 |
| Tabela 7 | Coefficiente de correlações de Spearman rho e valores p entre os itens da avaliação TCA..... | 126 |
| Tabela 8 | Coefficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre as categorias do SiMCCIT do comportamento do terapeuta e os itens da avaliação TCA..... | 139 |
| Tabela 9 | Coefficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre as categorias do SiMCCIT do comportamento do cliente e os itens da avaliação TCA..... | 141 |
| Tabela 10 | Resultados dos testes de regressão linear dos escores totais e das subescalas do OQ-45.2..... | 147 |
| Tabela 11 | Coefficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre os itens da Avaliação TCA e os escores do OQ-45.2 duas sessões depois..... | 148 |
| Tabela 12 | Análise post-hoc: coeficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre os itens da Avaliação TCA e os escores do OQ-45.2 duas sessões depois eliminando-se sessões pré-treino para terapeutas aprendizes..... | 149 |

História e (crise de) identidade das terapias analítico-comportamentais

O que caracteriza uma psicoterapia analítico-comportamental? A resposta a essa pergunta é mais controversa do que se pode parecer em um primeiro olhar. Parte da controvérsia tem a ver com o fato de que, bem diferente do que aconteceu com algumas outras abordagens da Psicologia, a Análise do Comportamento é uma ciência que nasceu desconectada do consultório. Quando se fala de outras abordagens clínicas como Psicanálise, Psicodrama ou Terapia Cognitiva, a origem de seus modelos teóricos e de seus métodos clínicos é coincidente. No caso da Análise do Comportamento, as preocupações com suas aplicações em consultório vieram décadas depois de sua origem.

A caracterização da aplicação do conhecimento analítico-comportamental à prática clínica é resultado de diversos movimentos históricos, nem sempre convergentes. O resultado disso é a composição de práticas muito plurais, que englobam procedimentos tão distintos como recompensar um comportamento desejado com fichas de plástico e construir metáforas para flexibilizar o comportamento verbal.

Em meio a uma imensa variedade de práticas, delimitar aquilo que confere identidade às terapias analítico-comportamentais, distinguindo-as de outras terapias e traçando diferenciação entre seus próprios modelos, é especialmente desafiador. As terapias analítico-comportamentais vivem hoje uma crise de identidade, que só pode ser entendida pela compreensão dos fatores históricos que levaram às práticas que existem atualmente. Segue-se uma breve revisão dessa história.

A inauguração do Behaviorismo é comumente datada a 1913 com a publicação de *A psicologia como o behaviorista* a vê por John Broadus Watson. Sua preocupação principal era romper com o apelo a entidades não observáveis para a explicação do comportamento e com o método introspeccionista na Psicologia. Para Watson, a Psicologia deveria ser uma

ciência puramente objetiva, experimental, cujo objeto de investigação fosse o comportamento observável, explicado através de princípios e leis universais a qualquer animal, sem que a consciência seja tratada com qualquer status exclusivo. Watson é considerado por alguns como o psicólogo mais influente de sua época (Strapasson, 2016), e as sementes plantadas pelo seu manifesto behaviorista foram prolíficas. Ainda que muitas outras versões do Behaviorismo tenham surgido desde então, elas têm mais em comum do que divergem da proposta original de Watson, cujas características penetraram na Psicologia como um todo (Roediger, 2004).

As primeiras aplicações do behaviorismo watsoniano foram voltadas não para solução de problemas concretos, mas para testar a generalidade dos princípios do comportamento descobertos em laboratórios com animais em seres humanos. Destacam-se os trabalhos consagrados de Watson e Rayner (1920) com o condicionamento de respostas de medo, conhecido como “experimento do pequeno Albert”, e de Mary Cover Jones (1924) sobre eliminação de medos e fobias em crianças. A partir de então, outros autores desenvolveram técnicas para o tratamento de diversos problemas de comportamento baseadas em princípios do comportamento respondente (Barcellos & Haydu, 1998). Essas foram as primeiras instâncias do que posteriormente passou a ser caracterizado como terapia comportamental. O termo terapia comportamental engloba diversas modalidades de trabalho clínico que têm em comum o fato de terem seus procedimentos baseados em princípios de aprendizagem descobertos em laboratório, geralmente de tradição respondente, sem que necessariamente pertençam à mesma base epistemológica (Thoma et al., 2015).

Paralelamente ao desenvolvimento das versões do Behaviorismo sustentadas no paradigma respondente e ao crescimento das terapias comportamentais, surge o Behaviorismo Radical de Skinner, que ganhou força no início da década de 50 com algumas

de suas publicações mais importantes como *Ciência e comportamento humano* (1953/1998) e *O comportamento verbal* (1957/1992). A ciência epistemologicamente baseada no Behaviorismo Radical recebe o nome de Análise do Comportamento. O Behaviorismo skinneriano se diferencia das versões anteriores em vários aspectos, sendo os principais a adoção do modelo selecionista para a explicação do comportamento, rompendo com o paradigma estímulo-resposta da tradição respondente, e o tratamento dado a fenômenos como sentimentos e cognição, que passam a ser vistos como fenômenos comportamentais sujeitos aos mesmos princípios que os demais. Ainda que sua investigação experimental tenha priorizado estudos com animais não-humanos, a obra de Skinner abordou uma gama bastante ampla de fenômenos psicológicos. A partir de princípios derivados de achados em laboratório, Skinner mostrou o potencial explicativo da teoria analítico-comportamental através de vários esforços interpretativos, abordando fenômenos psicológicos diversos como o *self*, mecanismos de defesa, a linguagem, resolução de problemas, o comportamento social, e o controle de agências sociais sobre o comportamento. A Análise do Comportamento se apresenta como uma possibilidade de ciência unificada da Psicologia, dispensando a necessidade de criação de teorias distintas para tratar do comportamento humano em diferentes campos, como em empresas, na publicidade, na psicopatologia e no consultório.

O principal e mais imediato impacto da Análise do Comportamento foi tecnológico, através de aplicações de procedimentos derivados do condicionamento operante. Essas primeiras aplicações ocorreram prioritariamente em contextos institucionais, para atender demandas que não eram do próprio alvo da intervenção. A título de exemplo, destaca-se o trabalho de Ayllon e Azrin (1965), que introduziram um programa de economia de fichas baseado no reforçamento operante em um hospital psiquiátrico para aumentar a frequência de

comportamentos desejados de pacientes psicóticos, como lavar pratos, tomar banho, escovar os dentes e servir refeições.

Com o rápido crescimento da análise do comportamento aplicada, surge em 1968 o *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA). Em seu artigo inaugural, Baer et al. (1968) delimitam critérios que devem nortear o delineamento de estudos em Análise do Comportamento Aplicada. Para os autores, tais estudos devem buscar respeitar as seguintes dimensões:

Aplicada – promover mudanças socialmente relevantes;

Comportamental – afetar diretamente os comportamentos relevantes, e não relatos sobre eles;

Analítica – demonstrar relações entre comportamentos e suas variáveis de controle;

Tecnológica – Descrever os procedimentos de forma suficientemente clara para viabilizar replicações;

Efetiva – produzir resultados de tamanhos significativos;

Conceitualmente sistemática – ter seus procedimentos e resultados descritos dentro do referencial conceitual da Análise do Comportamento;

Generalizável – promover resultados que se estendem ao longo do tempo, entre ambientes ou para outros comportamentos.

Ainda que muitos estudos não consigam atingir tais critérios na íntegra (McIntyre et al., 2007), eles continuam sendo considerados os padrões de excelência para estudos em Análise Comportamental Aplicada. Observe que, ainda que o termo “Análise Comportamental Aplicada” refira-se a qualquer área de aplicação dos conhecimentos da Análise do Comportamento, é mais tipicamente utilizado em contextos de intervenção muito específicos, sobretudo naqueles nos quais as demandas não são do próprio alvo da

intervenção (como crianças ou indivíduos institucionalizados), ocorrem em ambiente natural, com métodos e delineamentos que a aproximem das pesquisas experimentais. Ainda que, estritamente falando, a clínica analítico-comportamental constitua uma subárea da Análise Comportamental Aplicada, suas diretrizes se construíram por caminhos diferentes.

As primeiras aplicações clínicas da Análise do Comportamento seguiram as mesmas tendências do restante da Análise Comportamental Aplicada no que tange às técnicas utilizadas, aos delineamentos empregados, e às populações-alvo, mudando apenas o ambiente da intervenção (Keeley et al., 1976). Essa prática clínica ainda se distanciava muito daquilo que era observado em outras formas de psicoterapia, como a psicanálise, as terapias humanistas, e mesmo as terapias comportamentais de tradição respondente. Ainda que a tecnologia operante tenha possibilitado formas de intervenção sobre populações que antes não eram passíveis de tratamento psicológico (como aquelas não-verbais), ainda não havia desenvolvido formas de lidar com demandas clínicas típicas de pacientes adultos sem problemas de desenvolvimento, como questões de intimidade em relacionamentos afetivos (Kohlenberg et al, 1993).

Mesmo antes do desenvolvimento de modelos clínicos analítico-comportamentais, alguns analistas do comportamento mostraram interesse em reinterpretar o trabalho realizado por outras abordagens psicoterapêuticas a partir de processos comportamentais. Nesse sentido, destacam-se os trabalhos de Charles Ferster e Israel Goldiamond. Para Ferster (1972), uma descrição da relação terapêutica em termos de contingências operantes pode deixar o terapeuta mais sensível às contingências de reforçamento responsáveis pelos avanços do cliente, além de facilitar o ensino da prática clínica. O autor ofereceu uma reinterpretação dos efeitos de procedimentos terapêuticos clássicos como a terapia de dessensibilização, a economia de fichas e a terapia de insight, mostrando como a consequenciação de respostas

verbais poderia explicar aquilo que era considerado o resultado terapêutico. Goldiamond fez um trabalho semelhante observando sistematicamente sessões de atendimento de seu colega psicanalista Jarl Dyrud e oferecendo sugestões a partir de suas análises (Goldiamond & Dyrud, 1968). Os insights gerados pelo trabalho de Goldiamond não só enriqueceram a prática de seu colega, mas deram origem a um prolífico empreendimento de pesquisa e construção de novos métodos clínicos (Layng, 2009; Vandenberghe, 2007).

Embora tais esforços sugerissem que princípios comportamentais pudessem descrever de forma produtiva o trabalho terapêutico nas mais variadas vertentes, entre as décadas de 1960 e 1970 as terapias comportamentais ainda trabalhavam com um escopo de demandas e comportamentos-problema relativamente restrito. O entendimento de que essas terapias não estavam adequadamente equipadas para lidar com eventos associados à experiência subjetiva do paciente, como suas cognições e emoções, forneceu contexto para o surgimento das chamadas terapias cognitivas. Esse contexto foi fortalecido pela proliferação de estudos experimentais da Psicologia Cognitiva na década de 1960, com investigação de fenômenos como memória, percepção, atenção, etc. Diversas modalidades de terapia cognitiva se desenvolveram nesse período, mas tinham em comum a adoção de um modelo explicativo que tomava como central o papel dos pensamentos e cognições na determinação dos problemas clínicos, e na utilização de intervenções que tinham como alvo central a modificação dessas cognições. Destaca-se o modelo de Aaron Beck, tipicamente considerado o fundador da Terapia Cognitiva (Beck, 1993).

A integração de intervenções das terapias comportamentais que já vinham se mostrando eficazes às terapias cognitivas deu origem às chamadas terapias cognitivo-comportamentais (TCC). Ainda que a fusão dos termos “cognitivo” e “comportamental” possa ser epistemologicamente problemática, foi possível pelo fato de que essas terapias têm

muitos elementos comuns que as diferenciam de outras modalidades psicoterapêuticas: são terapias focais, com duração e objetivos terapêuticos delimitados, que utilizam de métodos integrados e cientificamente testados de intervenção (Thoma et al., 2015). Assim como acontecia com o termo “terapia comportamental”, o rótulo “terapia cognitivo-comportamental” refere-se não a um modelo, mas um conjunto de modelos terapêuticos com tais características em comum.

A dificuldade de lidar com demandas associadas a emoções e cognições no contexto clínico pela Análise do Comportamento na época do surgimento das terapias cognitivo-comportamentais era um problema mais tecnológico do que teórico. A obra de Skinner está recheada de esforços interpretativos sobre fenômenos psicológicos complexos, com destaque especial para *O Comportamento Verbal* (1957/1992) e para o conceito de comportamento governado por regras (1974/2006). Para além de Skinner, destaca-se o trabalho de Sidman (Sidman & Tailby, 1982) sobre equivalência de estímulos, que delimitou um panorama para investigação experimental de fenômenos tidos como associados a processos cognitivos complexos e ao simbolismo do comportamento verbal. Como uma expansão do trabalho de Sidman, Hayes e seus colaboradores desenvolveram a Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory – RFT*), fornecendo um escopo de investigação e interpretação ainda mais amplo para o comportamento simbólico (Hayes et al., 2001).

Diante da possibilidade de melhor exploração do potencial de aplicação clínica do conhecimento analítico-comportamental sobre o comportamento verbal e processos cognitivos complexos, distanciando-se em vários sentidos das práticas dos modificadores de comportamento, surge nos Estados Unidos a Análise Comportamental Clínica. A Análise Comportamental Clínica não é um modelo terapêutico, mas um conjunto de modelos delimitados que compartilham algumas características em comum, sendo elas: uma

interpretação funcional dos comportamentos clinicamente relevantes sob o referencial analítico-comportamental, sobretudo associado a princípios ligados ao comportamento verbal, como regras, equivalência e molduras relacionais; uma visão contextual do comportamento, afastando-se de uma descrição topográfica dos comportamentos-problema; a observação do comportamento do cliente na própria interação terapêutica como exemplar da classe de comportamentos-problema, o que viabiliza não só o acesso mas a intervenção sobre comportamentos clinicamente relevantes (Kohlenberg et al., 1993). O termo “Análise Comportamental Clínica” engloba essencialmente três modelos terapêuticos que surgem no final da década de 1980, que são a Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* – FAP) (Kohlenberg & Tsai, 2001); a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) (Hayes et al., 1999) e a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectic Behavioral Therapy* – DBT) (Linehan, 2010). O advento desses modelos terapêuticos traz a reinserção de terapias analítico-comportamentais no rol das terapias comportamentais ou, mais amplamente falando, do conjunto de terapias cognitivo-comportamentais.

Hayes denomina os modelos da Análise Comportamental Clínica de terceira geração (ou “terceira onda”) das terapias comportamentais, sendo a primeira onda composta pelas terapias comportamentais de tradição respondente e pela modificação do comportamento de base operante, e a segunda onda composta pelas terapias cognitivo-comportamentais. Com essa classificação, o autor propõe não só uma cisão entre a Análise Comportamental Clínica e as formas anteriores de terapias comportamentais e cognitivas, mas sugere uma evolução. O autor sumariza a identidade das terapias de terceira geração da seguinte forma:

Enraizada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e às

funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e assim tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias mais diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos acima de uma abordagem eliminativa de problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância dos problemas tanto para os clientes como para os clínicos. (Hayes, 2004, p.658)

A classificação de Hayes não é unânime. Hoffman et al. (2010) entendem que as terapias consideradas de terceira geração (como a ACT) são apenas membros de um grupo mais amplo de terapias cognitivo-comportamentais, não se distinguindo fundamentalmente das outras formas TCC. Além disso, como será discutido adiante, a classificação das etapas de desenvolvimento histórico da terapia comportamental em ondas parece se restringir apenas à realidade norte-americana, refletindo pouco o que aconteceu no Brasil (Guilhardi, 2012).

Para melhor compreender o desenvolvimento das terapias comportamentais de terceira geração, assim como das demais terapias cognitivo-comportamentais, faz-se necessário discutir elementos do contexto político e econômico dos Estados Unidos, lugar onde se desenvolveram primariamente. Nesse sentido, destaca-se o sistema de atenção gerenciada (*managed care*), instaurado a partir da década de 1980, como um conjunto de esforços para reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos assegurados (Iglehart, 1992). A atenção gerenciada privilegia formas de tratamento mais rápidas e que apresentassem maior grau de evidência sobre sua eficácia. Os critérios estabelecidos pelo sistema de atenção gerenciada criaram uma pressão sobre os profissionais de saúde para que aderissem a métodos prescritos de trabalho. Essa pressão gerou opiniões divididas, uma vez que limita a liberdade de tomada de decisões desses profissionais, e direciona o desenvolvimento das pesquisas em saúde por interesses econômicos, que nem

sempre irão coincidir com aqueles dos profissionais e usuários dos serviços (Iglehart, 1992; Neno, 2005).

Alinhado ao paradigma da atenção gerenciada e com o intuito de “educar psicólogos clínicos, pagadores terceirizados e o público sobre psicoterapias efetivas” (Chambless, 1993, p.1), a Society of Clinical Psychology, Divisão 12 da American Psychological Association (APA), instaurou uma força tarefa para estabelecer diretrizes de investigação e determinar quais tratamentos eram empiricamente sustentados. De modo a constituir de forma a mais clara possível a variável independente dessas investigações, os modelos terapêuticos deveriam ser manualizados, ou seja, ter suas diretrizes de trabalho descritas de forma explícita, incluindo número de sessões, passos a serem adotados no tratamento, e estratégias desejadas e indesejadas de intervenção (Neno, 2005).

Buscando-se estabelecer enquanto psicoterapias empiricamente sustentadas, terapeutas comportamentais de terceira geração, sobretudo da ACT e da DBT, engajam-se em empreendimentos de pesquisa de eficácia. Uma vez que estudos dessa natureza devem especificar o tipo de demanda ou população-alvo submetida à terapia, cada modelo terapêutico focou em um, ou um grupo pequeno de demandas, geralmente descritas na forma de diagnósticos psiquiátricos.

De modo geral, revisões sistemáticas de estudos sobre efeitos da ACT sobre transtornos ligados a depressão, ansiedade e abuso de substâncias revelam que tratamentos realizados a partir desse modelo alcançam resultados superiores a grupos de controle ou placebo e equiparáveis a intervenções tradicionais da TCC (Fang & Ding, 2020; Hacker et al., 2016). Estudos similares sobre a eficácia da DBT têm apontado efeitos significativos desse tratamento sobre o comportamento suicida (DeCou et al., 2019) e comparações da DBT

com a TCC sobre problemas como depressão, suicídio e transtornos alimentares mostram resultados também equiparáveis (Lammers et al., 2020; Lin et al., 2019).

De forma paralela e conjunta ao crescimento e investigação dos modelos terapêuticos da Análise Comportamental Clínica, origina-se a chamada Ciência Comportamental Contextual (*Contextual Behavioral Science – CBS*) (Hayes et al., 2012). A CBS surge como uma ciência dissidente da Análise do Comportamento. Ainda que, do ponto de vista epistemológico, as duas ciências sejam fundamentalmente muito próximas, a diferenciação foi motivada por fatores essencialmente sociais. Hayes et al. (2012) sugerem que, nos últimos anos, a comunidade da Análise do Comportamento tem apresentado práticas anacrônicas e desfavoráveis ao próprio crescimento: excesso de foco no comportamento animal e de populações com deficiência na pesquisa básica; aplicação restrita a populações com transtornos de desenvolvimento; rejeição ao estudo de processos cognitivos superiores à luz de novos achados e teorias, sobretudo da RFT; dificuldade de estabelecer pontes com outras tradições científicas afins. Diante do enorme crescimento da Ciência Comportamental Contextual e do estigma existente associado ao termo “behaviorista” nos Estados Unidos, as terapias antes conhecidas como Análise Comportamental Clínica passam a se denominar de Terapias Contextuais, mudando sua afiliação tanto do ponto de vista epistemológico quanto social, à medida que seus eventos-sede e publicações são realocados de forma correspondente (Hayes et al., 2012). Atualmente, as principais Terapias Contextuais são a FAP, a ACT, a DBT, a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (*Integrative Behavioral Couple’s Therapy – IBCT*) (Jacobson & Christensen, 1998) e a Ativação Comportamental (*Behavioral Activation – BA*) (Jacobson et al., 2001).

Diante do panorama apresentado, é possível dizer que, atualmente, nos Estados Unidos, não existem modelos psicoterapêuticos auto-intitulados analítico-comportamentais.

Aqueles que mais se aproximam são as terapias contextuais ou terapias comportamentais de terceira-geração. Para além de suas características técnicas e teóricas supracitadas, são caracterizadas por procedimentos de trabalho bem delimitados, preocupação com sustentação empírica de sua eficácia, com estudos voltados para o atendimento de demandas clínicas específicas.

Mais recentemente, alguns autores têm sugerido a criação de uma quarta geração de terapias comportamentais. A quarta geração se propõe a preencher duas lacunas deixadas pela anterior: a falta de uma sistematização rigorosa de possíveis integrações entre os modelos de terceira, e o uso de diagnósticos nosológicos, que deveriam ser substituídos por avaliações funcionais. Mantém-se o uso de manuais e a preocupação com a validação dos pacotes de intervenção através de estudos controlados (Abreu & Abreu, 2017; Callaghan & Darrow, 2015).

A linha do tempo traçada até o momento descreve a história e o panorama atual das terapias analítico-comportamentais sobretudo nos Estados Unidos. Ainda que todos esses eventos tenham influenciado o desenvolvimento das terapias analítico-comportamentais no Brasil, nossa história seguiu rumos próprios que culminaram na existência de modelos particulares, em grande parte diferentes dos modelos norte-americanos.

A história da Análise do Comportamento no Brasil começa com a chegada de Fred Keller em 1961. Dentro da Universidade de São Paulo, que sediava o primeiro curso de Psicologia do país, Keller ministrou disciplinas de psicologia comparada, história da psicologia e análise experimental do comportamento (Matos, 1998). Em 1963, alguns dos alunos de Keller ajudam a fundar o curso de Psicologia na Universidade de Brasília nos modelos do Sistema de Ensino Personalizado de Skinner (*Personalized Instruction System* – PSI). A formação desses primeiros analistas do comportamento brasileiros baseava-se

sobretudo no estudo de obras sobre princípios básicos e em estudos de laboratório. Um marco da difusão da Análise do Comportamento no Brasil ocorre com a demissão em massa de professores da UnB em 1965, fazendo com que muitos professores retornassem às suas universidades de origem, levando o conhecimento adquirido sobre aquela essa ciência (Guilhardi, 2012).

A primeira clínica de Análise do Comportamento do Brasil surgiu em Campinas em 1969, e aos poucos outros analistas do comportamento no país passaram a buscar formas de aplicar o conhecimento da ciência do comportamento ao trabalho de consultório. Naquela época, mesmo nos Estados Unidos, ainda não existiam modelos clínicos analítico-comportamentais consolidados. Muito do trabalho realizado envolveu a reinterpretação do trabalho de terapeutas comportamentais de tradição respondente em termos operantes. Nas palavras de Guilhardi, “o treino assertivo foi conceituado em termos operantes, o termo mentalista ‘assertividade’ foi delegado a segundo plano; a dessensibilização sistemática foi substituída por modelagem, *fading in* dos eventos aversivos e descartou-se o conceito de inibição recíproca” (2012, p.7). A construção desses primeiros modelos clínicos analítico-comportamentais foi gradual e, em grande parte, modelada pelas contingências do trabalho desses terapeutas, mas caracterizada pela constante preocupação com a coerência teórica e epistemológica entre a descrição desse trabalho e os fundamentos da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical (Guilhardi, 2012).

Assim como aconteceu nos Estados Unidos, o advento das terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais no Brasil impactou no desenvolvimento das psicoterapias comportamentais, ainda que de formas distintas. Enquanto alguns abandonaram o esforço de adaptação dos princípios do comportamento para aquilo que estava se constituindo como uma nova modalidade de terapia analítico-comportamental e se converteram em terapeutas

cognitivo-comportamentais, outros analistas do comportamento encararam esses novos modelos como uma nova fonte de incorporação de técnicas e reinterpretação nos princípios operantes. “Começamos a falar em conceitos até aquele momento adormecidos: controle do comportamento por regras e autorregras... Ou seja, a TCC foi uma poderosa operação motivacional que nos levou a redescobrir o *Verbal Behavior* (1957, 1978) de Skinner” (Guilhardi, 2012, p. 9). Desse modo, as terapias analítico-comportamentais brasileiras acompanharam muito da evolução trazida pelos modelos cognitivos, mas mantiveram o esforço de coerência teórica e epistemológica.

Portanto, mesmo antes do advento das terapias de terceira geração nos Estados Unidos, no Brasil já existiam modelos psicoterapêuticos analítico-comportamentais que privilegiavam a relação terapeuta-cliente como veículo de mudança, analisada mediante princípios operantes e, sobretudo, verbais do comportamento. Aqui, a consolidação das terapias cognitivas foi posterior à das terapias analítico-comportamentais, o inverso do que aconteceu lá fora. Por esse motivo, a classificação do desenvolvimento histórico da terapia comportamental em três ondas não descreve a realidade brasileira (Guilhardi, 2012; Vandenberghe, 2011).

Diversas terminologias já foram utilizadas para denominar os modelos clínicos analítico-comportamentais desenvolvidos no Brasil, como terapia comportamental, psicoterapia comportamental, psicologia clínica comportamental (Leonardi, 2015) e mesmo análise comportamental clínica (de-Farias, 2010), equiparando nossas terapias às norte-americanas. Buscando diferenciar as terapias de base analítico-comportamental de outras terapias comportamentais e uniformizar a terminologia utilizada, apaziguou-se o termo Terapia Analítico-Comportamental (TAC) para se referir à forma como o analista do comportamento brasileiro conduz sua prática clínica (Tourinho & Cavalcante, 2001).

Segundo Costa (2011), a caracterização da TAC pode ser resumida pelos seguintes aspectos (p.48):

1. As intervenções têm como base os pressupostos filosóficos, conceituais e metodológicos da Análise do Comportamento;
2. A terapia objetiva “promover mudanças no comportamento através de mudanças nas contingências”;
3. O instrumento essencial de análise e intervenção consiste na análise funcional ou análise de contingências;
4. O processo terapêutico é sempre individualizado, já que cada indivíduo possui uma história de vida singular;
5. A relação terapêutica é considerada fundamental para mudanças nas contingências a serem implementadas pelo cliente, cabendo ao terapeuta funcionar como uma audiência não punitiva.

Ainda que essas características sejam consensuais, podem ser consideradas excessivamente amplas para delimitar um modelo terapêutico. Para além delas, não existe uma sistematização clara de como deve atuar um terapeuta na TAC, assim como fazem os manuais das terapias de terceira geração. As publicações em TAC em sua maioria são estudos de caso ou textos teóricos que abordam alguns aspectos específicos da prática clínica, como o estabelecimento de objetivos terapêuticos (Marçal, 2005; Quinta, 2018a) ou a condução de uma análise funcional (Neno, 2003). Nota-se que, nos materiais que abordam aspectos específicos do trabalho clínico analítico-comportamental, não há um consenso sobre como devem ser conduzidos (como nos exemplos apontados); nos trabalhos empíricos, as diretrizes gerais de atuação do terapeuta analítico-comportamental são apresentadas de forma muito

vagas, descrevendo de forma inespecífica comportamentos do terapeuta (como “modelar”) (Santos, 2018).

Na prática, a atuação do terapeuta analítico-comportamental brasileiro é bastante plural. Para ilustrar tal pluralidade, compare as seguintes três publicações sobre tratamento de quadros depressivos. O trabalho de Pinto (2007) descreve a depressão como associada a uma baixa densidade de reforçadores na vida do indivíduo, sobretudo sociais. Sua proposta de intervenção envolve o treinamento de habilidades sociais como ferramenta para o aumento de acesso a esses reforçadores e, portanto, melhora da depressão. Já o trabalho de Oliveira (2004) destaca o aumento de verbalizações negativas e redução de verbalizações positivas em quadros depressivos. Diante disso, a autora adotou um procedimento de reforçamento diferencial de verbalizações positivas com reforçadores generalizados (verbalizações da terapeuta do tipo “muito bom!”, “que ótimo!”) e punição de falas negativas (terapeuta dizia algo como “pode não ser bem assim!”, “está errado!”). Por fim, o trabalho de Melo e Gongora (2003) trataram a depressão como um problema secundário a outras queixas da cliente, como seu apego a experiências traumáticas do passado e relações conjugais insatisfatórias. As intervenções das terapeutas consistiram em mudar autorregras referentes ao passado, ao relacionamento, e inclusive à assunção do diagnóstico de depressão.

Esses três trabalhos mostram um mesmo problema sendo conceituado e tratado de formas bastante distintas entre si, ainda que todas coerentes com princípios da Análise do Comportamento e com as diretrizes da TAC. Argumenta-se que a designação “analítico-comportamental” é insuficiente para caracterizar uma prática terapêutica. Por esse motivo, ainda que alguns textos da área utilizem o termo Terapia Analítico-Comportamental para se referir a um modelo aparentemente unificado de terapia praticado no Brasil, sugere-se o uso

de terapias analítico-comportamentais (plural) para descrever qualquer modelo terapêutico fundamentado nas características acima descritas por Costa (2011).

Tal diversidade pode ser compreendida por particularidades de seu desenvolvimento histórico. Enquanto as terapias de terceira geração norte-americanas foram concebidas por um pequeno grupo de autores que sistematizaram seus princípios através de livros e manuais que serviram como diretriz para atuação de outros praticantes, o mesmo não aconteceu no Brasil. Aqui, é possível afirmar que cada terapeuta ou comunidade de terapeutas concebeu um padrão próprio de trabalho, integrando procedimentos oriundos de fontes diversas (como outras terapias comportamentais, a modificação do comportamento e as terapias cognitivas), reinterpretados em um olhar analítico-comportamental, e historicamente modelados pelas contingências de sua atuação. Esses modelos de atuação não foram cuidadosamente sistematizados, mas transmitidos dentro de pequenas comunidades de terapeutas, lideradas pelos seus respectivos supervisores, ou comunicados de forma fragmentada em publicações teóricas ou empíricas.

Dentro do cenário brasileiro, as terapias de terceira geração tiveram o efeito de enriquecer ainda mais a pluralidade de práticas dos terapeutas analítico-comportamentais. Ainda que existam terapeutas que pratiquem os modelos como ACT, FAP e DBT enquanto pacotes fechados, muitos terapeutas nacionais apenas incorporaram parte de seus procedimentos e conceitos à sua prática pré-existente (e.g. Silva & de-Farias, 2018). Uma vez que essas terapias têm seu berço na Análise do Comportamento, essa mescla de práticas ocorre de forma mais natural, sem tanta necessidade de releitura de conceitos e reinterpretções teóricas. Ainda que nos Estados Unidos as terapias de terceira geração tenham se desligado da Análise do Comportamento, no Brasil são consideradas terapias analítico-comportamentais por muitos autores (Zamignani et al., 2019), embora esse ainda

seja um tema de debates (Hübner et al., 2012). Eventos e revistas de Análise do Comportamento discutem terapias de terceira geração ao lado das terapias analítico-comportamentais de origem brasileira (e.g. ABPMC, 2017).

O contraste com as terapias de terceira geração, caracterizadas pela sua maior concisão e preocupação com validação empírica, fez com que a identidade e validade das terapias analítico-comportamentais brasileiras fosse colocada em cheque. Em sua tese de doutorado, Leonardi (2016) fez uma revisão de 54 trabalhos empíricos da área, incluindo estudos de caso e experimentos de caso único (delineamentos de grupo não foram encontrados). O autor concluiu que, dada a escassez de trabalhos, a pouca clareza dos procedimentos descritos e a falta de rigor metodológico em seus delineamentos, é possível afirmar que as terapias analítico-comportamentais brasileiras “carecem de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia” (p.118). Segundo Leonardi e Meyer (2016), analistas do comportamento acreditam que suas práticas críticas sejam cientificamente respaldadas pelo fato de que seus procedimentos são baseados em achados de laboratório de pesquisa básica. Os autores denominam essa visão de “excesso de confiança translacional”, uma vez que “a mera transposição direta desse conhecimento para os mais diversos tipos de problemas clínicos não garante, a priori, a efetividade da intervenção” (p. 1473).

Diante desse quadro, Leonardi (2016) aponta três opções para os analistas do comportamento brasileiros: orientar suas práticas clínicas apenas por princípios básicos, o que é insuficiente para garantir a eficácia de suas intervenções; abandonar suas práticas atuais e abraçar um dos modelos de terceira geração; ou sistematizar e manualizar a TAC para que, então, sua efetividade possa ser investigada. Desde então, aumentaram os esforços para sistematização da TAC (Santos, 2018), que culminaram na criação da REDETAC, uma rede

de colaboradores comprometida com a sistematização e produção de evidências das terapias analítico-comportamentais no país (REDETAC, 2020). A rede vem fomentando o volume e a qualidade da produção de pesquisas nacionais da área.

Ao longo do desenvolvimento das terapias analítico-comportamentais no Brasil, esforços já foram feitos para sistematizar diretrizes bem delimitadas de atuação para terapeutas fundamentados na Análise do Comportamento, que deram origem a modelos específicos. O mais antigo e mais conhecido deles é a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), proposta e sistematizada por Guilhardi (2004). Quando propôs o termo, o autor buscava diferenciar as terapias comportamentais de base analítico-comportamental de outras terapias comportamentais. A TCR é caracterizada, sobretudo, pelo seu comprometimento com o arcabouço técnico, teórico e epistemológico do Behaviorismo Radical. Nesse modelo, qualquer demanda terapêutica deve ser conceitualizada na forma de comportamentos público ou privados sob controle de contingências ambientais, e as intervenções terapêuticas adequadamente descritas enquanto alterações nestas contingências. Dentre os modelos sistematizados de terapia analítico-comportamental no Brasil, a TCR é de longe a mais antiga e disseminada, formando alunos em um curso de especialização oferecido pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento, fundado em Capinas em 2004.

Marçal e Dutra (2007) propõem um modelo denominado Terapia Molar e do Autoconhecimento (TMA). A proposta parte do reconhecimento de uma falta de sistematização na condução de análises funcionais e do trabalho do terapeuta analítico-comportamental no Brasil. A TMA privilegia análises molares, não circunscritas apenas à queixa e a episódios específicos, mas que consideram o comportamento-problema como parte de um padrão comportamental amplo, observável em contextos diversos da vida do cliente, relacionados a classes de estímulos antecedentes e consequentes também amplas. O trabalho

clínico parte de uma ampliação da queixa, tirando o foco do comportamento-problema, buscando analisar funcionalmente padrões comportamentais a partir de sua construção histórica. Os focos de intervenção são a promoção do autoconhecimento e a exposição a contingências capazes de promover ampliação do repertório, com pouca utilização de técnicas tradicionais.

Medeiros (2020) desenvolveu a Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP), caracterizada como uma versão menos diretiva da terapia analítico-comportamental. Para o autor, procedimentos comumente utilizados por terapeutas como a emissão de regras, a psicoeducação, tarefas de casa, orientações e devolutivas conferem ao cliente papel passivo na terapia. O autor utiliza o adjetivo pragmático para definir a diretriz de que qualquer intervenção deva ser utilizada somente caso seja útil aos objetivos terapêuticos. Seu procedimento principal é o questionamento reflexivo, que consiste em uma sequência de perguntas abertas formuladas para evocar e reforçar diferencialmente regras emitidas pelo próprio cliente que podem levá-lo a emissão de comportamentos desejáveis, enfraquecendo comportamentos indesejáveis. De forma a minimizar vieses do terapeuta, evitar o fortalecimento de tatos distorcidos e aumentar o papel ativo do cliente, as intervenções terapêuticas são reduzidas e formuladas predominantemente na forma de perguntas, seja com o objetivo de coletar dados, testar hipóteses, evocar ou reforçar comportamentos. Medeiros & Medeiros (2012) apontam que “vários atendimentos e orientações bem-sucedidos foram conduzidos de acordo com a PCP, alguns deles já relatados na literatura (Medeiros 2010). Existem vários terapeutas clinicando nessa perspectiva atualmente em Brasília” (p.418). Além dos relatos de caso, pesquisas clínicas vêm sendo realizadas para investigar processos clínicos responsáveis pelo funcionamento do modelo (Silva & Medeiros, 2019).

Costa (2011) questiona o uso de denominações diferentes para essas vertentes terapêuticas da Análise do Comportamento por acreditar que podem produzir “desarticulação e enfraquecimento deste grupo, além do risco de ocasionar uma aplicação fragmentada do corpo de conhecimento que a ciência fornece e que fundamenta as intervenções do analista do comportamento” (p. 55). A sugestão da autora é que seja utilizado um único termo para denominar todos esses modelos terapêuticos, o mesmo raciocínio por trás do uso do termo Terapia Analítico-Comportamental em sentido unitário. No entanto, partindo da ideia já discutida de que a “aplicação fragmentada do corpo de conhecimento que a ciência fornece” é inevitável, parece vantajoso utilizar nomes diferentes para designar práticas diferentes.

Em resumo, as terapias analítico-comportamentais no Brasil estão passando por um período de autocrítica e revisão da própria identidade. Observando-se a pluralidade da produção da área e partindo do contraste com os modelos norte-americanos, tem-se chegado à conclusão de que descrever a própria atuação clínica a partir de conceitos analítico-comportamentais parece insuficiente para caracterizar e sustentar empiricamente uma prática terapêutica. Os profissionais nacionais têm buscado enfrentar essas lacunas de diferentes maneiras. Alguns procuram assimilar o conhecimento trazido pelas terapias comportamentais de terceira geração, por serem modelos clínicos com diretrizes bem delimitadas e um ativo empreendimento de pesquisas para produção de evidências sobre seu funcionamento. Outros almejam aprimorar a própria TAC, delineando de forma mais clara seus métodos de trabalho e produzindo evidências de melhor qualidade metodológica. Por fim, há aqueles preocupados em diferenciar suas práticas daquelas existentes, formulando e sistematizando modelos que possam proporcionar a terapeutas analítico-comportamentais respostas para perguntas críticas da atuação clínica.

Os três modelos terapêuticos brasileiros apresentados – TCR, TMA e PCP – foram desenvolvidos por terapeutas que se dedicam também ao ensino e supervisão de psicoterapia. A iniciativa de sistematizar e nomear suas práticas provavelmente se deu em função da necessidade de diferenciar aquilo que fazem de outras formas de terapias comportamentais e analítico-comportamentais.

A Terapia Comportamental Abrangente (TCA) surgiu guiada por motivações semelhantes. Diante do desafio de sistematizar princípios norteadores de sua prática e de terapeutas formados por ele, o autor julgou relevante dar um nome próprio ao modelo terapêutico, uma vez que muitos desses princípios não são compartilhados por outros terapeutas analítico-comportamentais. A proposta inaugural da TCA foi publicada em março de 2018 no portal Comporte-se (Quinta, 2018b). A partir de então, através de reuniões, cursos e discussões dentre os praticantes e interessados pela TCA, a proposta se fortaleceu, sua sistematização ficou mais clara, e seu número de adeptos aumentou. Além de pequenos manuscritos e vídeos informalmente divulgados sobre temas específicos na TCA, já foram produzidos seis trabalhos de conclusão de curso com estudos de caso em TCA, cinco de pós-graduação (Assis, 2018; Campos, 2019; França, 2019; Machado, 2019; Quinta et al., 2018) e um de graduação (Rodrigues, 2018).

Sendo uma proposta bastante recente, a Terapia Comportamental Abrangente encontra dois grandes desafios: definir e sistematizar seus princípios de atuação de forma a diferenciar-se de outras modalidades de terapias analítico-comportamentais e direcionar o trabalho de terapeutas adeptos; e produzir evidências que amparem sua prática. Como discutido no trabalho de Leonardi (2016), estas são demandas de todas as terapias analítico-comportamentais no Brasil. A sistematização e investigação das terapias analítico-

comportamentais brasileiras representam um caminho para valorização da produção nacional, e o fortalecimento da Análise do Comportamento no país.

Bases teóricas

Uma prática psicológica deve ser caracterizada não só pelos seus procedimentos, mas pelos seus objetivos. Uma perspectiva funcional sobre tais práticas nos leva a pensar que a definição dos procedimentos é subordinada aos objetivos: respostas às perguntas “como?” ou “o que?” dependem das respostas de “para que?” ou “onde quero chegar?”. Coloca-se, assim, a pergunta: “para que serve a psicoterapia?”. A forma como é respondida deverá impactar diretamente no delineamento de seus procedimentos e métodos.

Os objetivos explícitos da psicoterapia diferem entre diferentes modelos: nas terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais, o objetivo é reestruturar crenças e cognições subjacentes a sentimentos negativos e comportamentos desadaptados (Beck, 1997); na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), o objetivo é promover flexibilidade psicológica (Hayes et al., 1999); na Psicoterapia Analítico-Funcional, busca-se o desenvolvimento de repertórios interpessoais necessários para o estabelecimento de relações de intimidade (Kohlenberg & Tsai, 2001), e assim por diante.

Sob a ótica analítico-comportamental, independente da forma como o objetivo seja enunciado, as metas da terapia envolvem necessariamente a alteração na frequência de classes de respostas. Assim sendo, os objetivos de qualquer psicoterapia estão sempre atrelados à definição de classes comportamentais delimitadas sobre as quais as intervenções vão atuar. Algumas intervenções terapêuticas não têm objetivos comportamentais enunciados a priori: esses são definidos de acordo com as demandas específicas do caso. Por exemplo, no caso relatado por Medeiros (2018), os objetivos terapêuticos envolviam a redução da

frequência dos comportamentos de estudar, acatar de forma acrítica as demandas da namorada, e operantes associados à dor de cabeça, paralelamente ao aumento da frequência de engajar-se em atividades de lazer individuais e sociais e reportar insatisfação à namorada. A expectativa subjacente a tais mudanças é que se aumente o contato com reforçadores positivos e diminua-se o contato com estimulação aversiva.

Definidas as classes comportamentais cuja frequência pretende-se alterar, as técnicas e procedimentos terapêuticos são definidos a partir dos efeitos sobre tais categorias comportamentais, e o sucesso da psicoterapia é avaliado pela observação de mudanças nesses comportamentos, medidas direta (contagem de frequência) ou indiretamente (observação assistemática, relatos e inventários verbais) (Delitti, 2002; Martin & Pear, 2017).

Objetivos terapêuticos definidos na forma de categorias comportamentais podem ser considerados o que é chamado por Tengland (2009) de objetivos operativos ou instrumentais. Para esse autor, objetivos operativos são aqueles explicitamente enunciados pelo modelo terapêutico, geralmente definidos através de construtos teóricos. De acordo com o autor, há pelo menos dois problemas em conceituar objetivos terapêuticos desta maneira. Primeiro, pode-se questionar a relevância dos objetivos em relação aos impactos positivos na qualidade de vida e no bem-estar do cliente. Por exemplo, até que ponto mudanças cognitivas vão se refletir em uma vida mais satisfatória? Em que medida a flexibilidade psicológica promove qualidade de vida? Em que medida é vantajoso para o bem-estar de um indivíduo que se expresse de forma assertiva? Segundo, torna-se difícil comparar o resultado de diferentes modelos psicoterápicos, uma vez que estão efetivamente buscando atingir resultados qualitativamente diferentes uns dos outros.

Uma alternativa é definir os resultados almejados da psicoterapia em termos de objetivos finais, sendo os objetivos operativos avaliados enquanto requisitos necessários e/ou

suficientes para atingi-los. Objetivos finais abordariam conceitos mais amplos, como qualidade de vida, saúde mental, bem-estar e autonomia (Tengland, 2009). Uma definição analítico-comportamental de tais termos envolveria não apenas a descrição de classes de resposta, mas de padrões de interações ou contingências das quais classes comportamentais como aquelas acima descrita podem ou não fazer parte. Propõe-se, portanto, que os objetivos finais de uma psicoterapia sejam estabelecidos em termos de padrões comportamentais de interação entendidos como desejáveis e de alguma forma associados aos conceitos mencionados (qualidade de vida, saúde mental, etc.), e que as classes de resposta sobre as quais as intervenções vão atuar (objetivos instrumentais) sejam aquelas responsáveis pela manutenção de tais padrões de interação.

A pergunta é, portanto: quais padrões de interação estão associados a um maior grau de felicidade, satisfação e qualidade de vida? A resposta para essa pergunta é empírica, e algumas disciplinas psicológicas têm se encarregado de buscar respondê-la. A principal delas é a Psicologia Positiva, definida como

(...) o estudo científico do funcionamento humano otimizado. Em um nível metapsicológico, visa corrigir o desequilíbrio na prática e pesquisa psicológica chamando a atenção aos aspectos positivos do funcionamento e da experiência humana, e integrando-os com nossa compreensão dos aspectos negativos do funcionamento e da experiência humana. No nível pragmático, trata-se de entender as fontes, processos e mecanismos que levam a resultados desejáveis. (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2005, p.8, tradução do autor)

Dito de forma mais simples e compatível com a presente discussão, a Psicologia Positiva “trata-se de perspectivas cientificamente informadas sobre aquilo que faz a vida valer a pena” (Journal of Positive Psychology, 2005 apud Linley et al., 2005, p.5). Ainda que

se trate de uma disciplina científica própria, as premissas centrais da Psicologia Positiva não são incompatíveis com aquelas da Análise do Comportamento. Pelo contrário: para a Follette et al. (2001) a assunção de pressupostos behaviorista radicais e o manejo de princípios comportamentais podem ser úteis aos empreendimentos almejados pela Psicologia Positiva. Para esses autores, a promoção do funcionamento positivo de indivíduos depende, antes de tudo, do estabelecimento de um ambiente positivo.

A interlocução feita entre a Psicologia Positiva e a Terapia Comportamental Abrangente visa, portanto, estabelecer objetivos terapêuticos finais definidos em termos de padrões de interação associados a uma vida satisfatória, teórica e empiricamente embasada por conhecimentos originários da Psicologia Positiva e disciplinas afins, reinterpretados à luz do paradigma analítico-comportamental. A enumeração e conceituação exata desses fatores (ou “pilares”) pode variar entre diferentes autores (Schueller & Seligman, 2010; Smith, 2017). Em seguida será apresentada uma proposta possível.

Aceitação, pertencimento e relações sociais de qualidade

Seres humanos são sociais em sua natureza. A necessidade de se vincular a outras pessoas é tão primitiva e essencial quanto a necessidade de se alimentar ou de se proteger de perigo. Não temos presas, garras, e geramos proles que permanecem bastante vulneráveis por um longo período de tempo. Biologicamente, somos mal-equipados para viver em isolamento. Por esse motivo, aqueles que se afiliam a um grupo têm claras vantagens evolutivas, não só na sobrevivência, reprodução e proteção de predadores, mas na troca e compartilhamento de recursos (DeWall & Bushman, 2011). Assim, nossa história evolutiva selecionou traços que nos equiparam para estabelecer relações com outras pessoas e nos tornaram sensíveis ao ambiente social.

Ainda que a falta de vínculos sociais opere de forma mais sutil do que a falta de alimentos, pode também causar prejuízos na saúde e funciona como fator de mortalidade. O risco de mortalidade de pessoas que apresentam indicadores objetivos ou subjetivos de isolamento social é até 32% maior (Holt-Lunstad et al., 2015), estando ao lado de fatores já clinicamente bem estabelecidos como o uso de tabaco, e acima de fatores como obesidade e colesterol elevado (Pantell et al., 2013). As relações entre o isolamento social e o aumento da incidência de problemas psicológicos é também bem estabelecida (Kawachi & Berkman, 2001), com evidências separadas que associam o isolamento à depressão (Chou et al., 2011; Matthews et al., 2016), ao abuso de substâncias, transtorno de ansiedade generalizada e fobia social (Chou et al., 2011) e ao agravamento de sintomas de esquizofrenia (Jiang et al., 2013).

Alguns trabalhos recentes vêm tentando operacionalizar o conceito de isolamento social e os mecanismos responsáveis pela sua associação com a saúde psicológica (Kawachi & Berkman, 2001). Wang et al. (2017) desenvolveram um modelo que conceitua os diferentes fatores associados ao isolamento social em cinco dimensões: quantidade de rede social, estrutura da rede social, qualidade da rede social, apreciação emocional dos relacionamentos, e recursos de apreciação dos relacionamentos. No estudo de Matthews et al. (2016), foram obtidas medidas independentes para isolamento social e solidão. O isolamento social foi conceituado como falta de acesso a redes sociais de suporte, e a solidão como percepção subjetiva de insatisfação, desgaste e falta de sentimento de conexão, sendo este segundo fator mais fortemente correlacionado à depressão. O que esses modelos revelam é que o impacto das relações sociais no bem-estar psicológico não depende só de sua existência, quantidade ou frequência, mas de sua qualidade.

Dois conceitos frequentemente utilizados para descrever as dinâmicas das relações sociais são os de aceitação social e rejeição social. Socializar-se é mais do que estar no meio

de pessoas, mas ser aceito e sentir-se pertencente ao um grupo. Leary (2010) define aceitação social como a sinalização de que outras pessoas desejam incluir você em seu círculo de relacionamentos, sendo a rejeição social o oposto: a sinalização de que outras pessoas têm pouco desejo de incluir você em seus grupos. Aceitação envolve desde eventos grandes como a resposta sim a um pedido de casamento até o simples fato de alguém rir de uma piada. A rejeição também pode variar desde o ostracismo e banimento de um grupo até um pequeno olhar de desprezo. Leary (2010) considera que as reações sociais ao nosso comportamento não podem ser classificadas dicotomicamente, mas variam num contínuo entre extremos de aceitação e rejeição.

Aceitação e rejeição social são, portanto, estímulos sociais que sinalizam a desejabilidade ou adequação do indivíduo para integração em relações ou grupos sociais. Funcionalmente, são eventos ambientais que consequenciam e modelam nosso comportamento social, sendo a aceitação social uma categoria de estímulos reforçadores, e a rejeição uma categoria de estímulos aversivos.

Nos textos analítico-comportamentais, a consequência social reforçadora comumente é descrita como “atenção”, que é considerada um reforçador condicionado generalizado, ou seja, estímulo cujas propriedades reforçadoras originam-se do emparelhamento com vários outros reforçadores (Skinner, 1953/1998). A descrição da atenção como reforçador relevante às análises funcionais é bastante comum em textos clínicos de terapias analítico-comportamentais (Costa & Barros, 2010; Zamignani & Banaco, 2005). No entanto, os termos “atenção” e “aceitação” têm conotações distintas. Atentar-se é estar sob controle de determinada fonte de estimulação (Skinner, 1953/1998), de forma que a atenção enquanto estímulo social descreveria apenas o fato de que o comportamento de outra pessoa está sob controle do meu comportamento. Essa definição é topográfica e demasiadamente ampla, e

incluiria também situações nos quais a atenção é dada de forma negativa, o que geralmente constitui eventos considerados aversivos em análises funcionais clínicas. Portanto, o termo “atenção” parece inapropriado para descrever amplamente eventos sociais positivamente reforçadores. Além disso, dada as bases evolutivas da aceitação e da rejeição social, é razoável aceitar que os eventos sociais mantenedores do comportamento têm função primária, e não condicionada (DeWall & Bushman, 2011), embora as diferentes formas que adotam nas dinâmicas sociais sejam construídas por uma história de condicionamento.

A presente conceituação dos termos aceitação e rejeição oferece uma delimitação mais clara e funcional de quais eventos sociais são reforçadores e quais são aversivos. Uma vez que são definidos pela inclusão ou exclusão do indivíduo em determinados grupos, a função de um evento social não pode ser definida isolada ou topograficamente, mas somente pela sua participação em dinâmicas sociais mais amplas.

Diferentes trabalhos empíricos já atribuíram a motivação de comportamentos diversos à busca de aceitação social, como esforçar-se para obter boas notas, buscar aumentar o desempenho esportivo, praticar sexo seguro, colar em provas, ter transtornos alimentares e usar de drogas (Leary, 2010). Dada a amplitude de comportamentos e a universalidade da aceitação social enquanto evento reforçador, é possível afirmar que uma porção bastante significativa de nosso repertório comportamental – possivelmente a totalidade dos comportamentos relevantes do ponto de vista de saúde mental e do trabalho psicoterapêutico – é modelada e mantida pelo grau em que tais comportamentos fazem com que o indivíduo aumente o seu grau de pertencimento a determinados grupos ou comunidades.

A rejeição social, por sua vez, está associada a um grande número de efeitos psicológicos indesejáveis: afetivamente, gera sentimentos de tristeza, ansiedade, raiva, depressão e ciúmes; cognitivamente, reduz o desempenho das pessoas em tarefas

cognitivamente desafiadoras e torna o indivíduo mais sensível a sinais percebidos como hostis, ainda que sua capacidade de interpretação desses sinais seja pior; no nível da ação, intensifica comportamentos agressivos, e deteriora a autorregulação, aumentando a probabilidade de comportamentos impulsivos (DeWall & Bushman, 2011). Os efeitos descritos contemplam um grande número de demandas comuns na psicoterapia.

Ainda que os papéis da aceitação e da rejeição social já tenham sido amplamente discutidos na modelagem do comportamento humano, Leary (2010) considera que sua centralidade na determinação da conduta humana ainda é subestimada. Embora menções a consequências sociais sejam comuns na análise funcional de comportamentos explicitamente sociais, ou seja, aqueles que ocorrem na presença de e direcionados a outras pessoas, é menos frequente o reconhecimento do papel da aceitação e da rejeição na determinação de comportamentos que ocorrem quando o indivíduo está sozinho. Esses últimos incluiriam muitos comportamentos de relevância clínica, como hábitos de rotina, a organização, o autocuidado, e todos os pensamentos que fazem parte do monólogo interno. Uma análise funcional de qualquer comportamento humano deve considerar os efeitos positivamente reforçadores da aceitação social e aqueles negativamente reforçadores da rejeição.

Na clínica, tais noções têm duas implicações importantes. Primeiro, a investigação de qualquer demanda deve passar pela compreensão das dinâmicas do ambiente social do cliente, considerando os efeitos positivamente reforçadores da aceitação social, os efeitos negativamente reforçadores da rejeição social, assim como os suprodutos da interação dessas contingências na determinação de comportamentos clinicamente relevantes. Em segundo lugar, as estratégias de intervenção devem sempre ser orientadas para a construção de relações sociais pautadas em comportamentos capazes de produzir aceitação social e minimizar a rejeição. Em outras palavras, o trabalho da psicoterapia deve envolver a

investigação da qualidade das relações do cliente como determinantes de suas demandas, e a busca da construção de relações de qualidade como caminho para o bem-estar psicológico.

Engajamento, controle e progresso

Há diversas evidências que sustentam a noção de que a satisfação e o bem estar não dependem somente do contato que temos com eventos reforçadores ou aversivos, mas do grau em que exercemos controle sobre eles. Na psicologia experimental, contingências nas quais não existe uma relação entre a emissão de respostas e as consequências apresentadas são chamadas de incontroláveis. A literatura vem mostrando que a história de exposição a contingências incontroláveis origina o fenômeno comportamental denominado desamparo aprendido, caracterizado por dificuldade de aquisição de novas respostas, implicando num comprometimento para capacidade adaptativa no indivíduo. O indivíduo aprende que não tem controle sobre o ambiente. O desamparo aprendido é frequentemente utilizado como um modelo experimental para explicar a depressão (Ferreira & Tourinho, 2013). A vasta maioria dos estudos sobre desamparo baseia-se nas relações de incontrolabilidade entre uma resposta e uma consequência aversiva (Sanabio-Heck & Motta, 2005). As evidências de que a exposição a contingências incontroláveis de reforçamento positivo também podem gerar efeitos semelhantes ao desamparo são mistas (O'Rourke et al., 1980; Ferreira & Tourinho, 2013).

Guilhardi (2015) chama de “reforço livre” o reforçamento positivo apresentado de forma independente do comportamento, aproximando-se do conceito de incontrolabilidade. Para o autor, o reforço livre pode ser responsável pelo desenvolvimento de padrões comportamentais característicos de um grande número de demandas clínicas, como sentimentos distorcidos de confiança, depressão, empobrecimento do repertório, apatia,

impotência e indiferença ao outro. Evidências adicionais indicam a falta de controle ou controle percebido como associada a estados depressivos (Glass et al., 1993), assim como fator central na origem e manutenção da ansiedade normal e crônica (Chorpita et al., 2016; Mineka & Kelly, 1989).

O conceito de controlabilidade, definido aqui como a relação entre o comportamento e as consequências obtidas, abarca diversos outros fenômenos psicológicos estudados por tradições de pesquisa diversas, cujos achados podem ser de interesse para esta discussão. Alguns deles serão discutidos em seguida.

A noção de controle como percepção da relação entre o comportamento e seus resultados é uma das características para o estado psicológico denominado na Psicologia Positiva de *flow*. Nakamura e Csikszentmihalyi (2014) definem *flow* como um estado psicológico de experiência otimizada. Tal estado é caracterizado por:

- Concentração intensa e focada no que se faz no presente momento;
- Fusão entre ação e atenção;
- Perda da autoconsciência reflexiva (i.e., perda da consciência de si mesmo como ator social);
- Uma sensação de controle sobre as próprias ações; ou seja, a sensação de que se pode, em princípio, lidar com a situação porque se sabe como responder ao que vai acontecer depois;
- Distorção da experiência temporal (tipicamente, a sensação de que o tempo passou mais rápido que o normal);
- Experiência da atividade como intrinsecamente recompensadora, a ponto de que muitas vezes o objetivo final é apenas uma desculpa para o processo.

(Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014, p.240)

Alcançar um estado de *flow* depende de que exista compatibilidade entre o nível de habilidade do autor e a dificuldade da tarefa, sendo que altos níveis de habilidade para tarefas de baixa dificuldade geram tédio e desmotivação, enquanto alta dificuldade e baixa habilidade provocam vigilância e ansiedade. O *flow* depende também da existência de objetivos claros e próximos, com feedbacks fornecidos de forma imediata em relação ao progresso na tarefa (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014).

A experiência do *flow* permeia o bem-estar sentido em um grande número de atividades, como tocar um instrumento, jogar um jogo eletrônico, realizar uma cirurgia ou engajar-se em uma conversa estimulante. O *flow* está associado ao elemento intrinsecamente reforçador de tarefas. Pessoas que experienciam esse estado de funcionamento otimizado com maior qualidade relatam maior grau de felicidade e satisfação com as próprias vidas (Collins et al., 2009). Para Nakamura e Csikszentmihalyi, “uma boa vida é aquela caracterizada pela completa absorção no que se faz” (p. 239).

Ainda que os estudos sobre controlabilidade e *flow* gerem formulações que podem ser utilizadas para compreender um grande número de fenômenos psicológicos, são de especial interesse ao comportamento laboral. Não há dúvidas de que o desempenho de atividades laborais está intimamente ligado à satisfação com a própria vida (Tait et al., 1989), sendo o desemprego um fator preditor de maiores taxas de suicídio (Agerbo, 2003). A satisfação trazida pelo trabalho, no entanto, não está associada apenas à sua remuneração. Tem-se descoberto que um dos principais fatores de motivação de trabalhadores é a percepção de resultados, avanços e progressos em suas atividades, não importa se grandes ou pequenos. Isso recebe o nome de *princípio do progresso*, e é maior preditor de satisfação com o trabalho do que a remuneração (Amabile & Kramer, 2011), sendo a alienação laboral (Hirschfeld, 2002) e a falta de desafios (Cavanaugh et al., 2000) fatores de insatisfação.

A importância da relação trabalho-produção também é descrita pelo fenômeno conhecido como efeito IKEA, nomeado a partir da marca de móveis norte-americana montados pelos próprios clientes. O efeito IKEA sugere que atribuímos mais valor (Norton et al., 2011), sentimo-nos mais competentes e satisfeitos (Mochon et al., 2012) diante de objetos e produtos quando se originaram do nosso próprio esforço, em oposição a objetos que são nos entregues prontos, independentemente de nosso trabalho.

Em conjunto, esses dados apontam que o desempenho de atividades de engajamento, nas quais existe percepção de controle entre o comportamento desempenhado e os resultados obtidos estão associadas a menores níveis de depressão, ansiedade, e maiores graus de motivação, auto-eficácia e satisfação com a própria vida. Tais noções têm diversas implicações clínicas. Em primeiro lugar, análises funcionais amplas podem revelar a ligação entre queixas ligadas a depressão e ansiedade a contingências incontroláveis (ou incontroladas) nos contextos mais importantes do cliente, como no trabalho e nas relações interpessoais, assim como na falta de atividades de engajamento na rotina do cliente. Em segundo lugar, comportamentos geralmente descritos como patológicos podem ser funcionalmente analisados e compreendidos como tentativas de exercer controle sobre o ambiente, como acontece por exemplo com rituais do transtorno obsessivo-compulsivo. Tais comportamentos seriam mais frequentes diante de cenários de incontrolabilidade (Vermes & Zamignani, 2002). Por fim, os objetivos terapêuticos devem buscar o aumento das relações de controle entre o comportamento do cliente e seu ambiente, assim como a construção de atividades de engajamento em sua rotina, através das quais possa exercer suas habilidades de forma compatível com os desafios enfrentados. Nas palavras de Skinner, “os homens são felizes em um meio ambiente no qual o comportamento ativo, produtivo e criativo é reforçado de forma efetiva.” (1969, p. 64).

Altruísmo, propósito e serviço ao outro

Uma vez que os mecanismos biológicos responsáveis pela seleção natural implicam em algum grau de competição entre indivíduos pelos recursos disponíveis, é tema de discussão na biologia evolutiva o comportamento altruísta, ou seja, aquele que beneficia o outro em detrimento de si próprio. Uma explicação possível ao comportamento altruísta está ligada às funções adaptativas da organização dos indivíduos em grupo. Desta forma, indivíduos sensíveis às consequências sociais de seu comportamento – o impacto positivo de seu comportamento no outro ou no grupo – teriam maior capacidade de organizar-se socialmente e, portanto, maior sucesso adaptativo (Simon, 1990).

Na presente perspectiva, dá-se que o impacto positivo no outro se configura como evento reforçador importante no controle do comportamento humano, e também como determinante central de felicidade e satisfação com a própria vida. De fato, existe um corpo de pesquisas que vem mostrando que a prática de atividades altruístas está associada a maiores graus de felicidade, saúde e longevidade (Post, 2005). Um estudo que comparou os impactos do engajamento em atividades hedônicas com atividades altruístas mostrou que, ainda que as atividades de autogratificação tenham gerado maior bem-estar imediato, a prática de atividades altruístas gerou maior bem-estar em longo prazo, além de produzir sentimentos de sentido e conexão com algo maior (Huta & Ryan, 2010).

Evidências adicionais correlacionam felicidade à extroversão (Hills & Argyle, 2001) e à maior frequência de comportamentos pró-sociais (Aknin et al., 2012). Paralelamente, indivíduos introvertidos, focados em si mesmo, e com maior frequência do uso de pronomes da primeira pessoa do singular em seu discurso mostram-se menos felizes e mais propensos à depressão (Zimmermann et al., 2016). Em conjunto, as evidências sugerem que a orientação

para o outro parece ser um importante determinante do bem-estar subjetivo e da satisfação com a própria vida.

Quando uma pessoa tem objetivos de longo prazo associados ao desejo de fazer diferença no mundo e contribuir positivamente com a vida de outras pessoas, diz-se que ela tem um propósito de vida (Damon et al., 2003). Pessoas com propósitos descrevem suas vidas como mais significativas e satisfatórias; são mais resilientes e mais motivadas (Smith, 2017); têm melhor desempenho acadêmico e menor probabilidade de se engajar em comportamentos de risco, como uso de drogas (Damon et al., 2003).

Canale (1990) aponta que, apesar de todo o conhecimento construído na Psicologia sobre os efeitos do altruísmo no bem-estar, a maior parte das psicoterapias ainda coloca foco excessivo no prazer e na auto-gratificação do cliente. Isso acontece, por exemplo, quando se qualifica um comportamento que beneficia outras pessoas à custa de si mesmo como inassertivo, sendo sua eliminação, ou a instauração de novos comportamentos que beneficiem o cliente às custas do outro, alvo de intervenções terapêuticas. Uma análise funcional que considere o valor reforçador do impacto positivo das próprias ações sobre o outro e a importância da prática altruísta à satisfação com a própria vida revelará o lado adaptativo de comportamentos que, de outra forma, poderiam ser considerados inassertivos e indesejados. Assim como acontece em outros raciocínios interventivos analítico-comportamentais, intervenções que visem enfraquecer comportamentos mantidos por consequências altruístas, mas que também trazem prejuízo ao cliente, devem apenas instaurar novos repertórios capazes de propiciar os mesmos reforçadores; ou seja, ajudar o cliente a desenvolver novas atividades que produzam impacto positivo sobre seu grupo social.

Os três fatores descritos acima como pilares para construção de uma vida satisfatória e com sentido podem ser sintetizados da seguinte forma: indivíduos são felizes quando experienciam relações de qualidade e são capazes de empregar produtivamente suas habilidades de maneiras que contribuem para o bem-estar de outras pessoas ou grupos.

Este desenho de o que seria uma vida satisfatória tem caráter tanto prescritivo quanto analítico. Enquanto prescrição, delimita os objetivos finais do trabalho clínico, em torno dos quais todas as intervenções serão circunscritas. Partindo da definição daquilo que caracteriza uma vida feliz e satisfatória, o terapeuta pode investigar quais elementos já estão presentes e quais estão deficitários na vida do cliente para, assim, direcionar seus esforços terapêuticos. A escolha das intervenções e a definição dos objetivos instrumentais adotados como relevantes deverão estar a serviço de tais objetivos finais. Sem uma definição cientificamente informada dos pilares que sustentam uma vida satisfatória, os objetivos finais tornam-se inexistentes ou confusos, vagamente extraídos das falas do cliente sobre aquilo que acredita que deveria conseguir mudar em sua vida e, também, por regras pessoais do terapeuta sobre aquilo que as pessoas deveriam almejar. No entanto, tanto o conjunto de regras do cliente quanto aquelas do terapeuta sobre o que deveriam buscar para serem felizes são culturalmente construídas (Oishi & Gilbert, 2016), e muitas vezes são as mesmas regras responsáveis pelos comportamentos problemáticos do cliente e, conseqüentemente, seu mal-estar (Meyer, 2005; ver também Holland, 1978).

Paralelamente, o reconhecimento das contingências e dos eventos reforçadores que definem uma vida satisfatória oferece subsídios para a condução das análises funcionais dos casos clínicos. Conforme descrito acima, a busca pela aceitação social, pelo controle sobre o ambiente e pela relevância social do próprio comportamento pode justificar, de um ponto de vista funcional, muitos dos comportamentos clinicamente relevantes. Ao mesmo tempo, a

rejeição social, a falta de controle e o prejuízo social enquanto estímulos aversivos podem gerar padrões de fuga e esQUIVA que caracterizam demandas clínicas. Por fim, a ausência de eventos reforçadores definidos como centrais ao bem-estar do cliente pode gerar padrões tipicamente descritos como de depressão, desânimo, desmotivação.

Análises funcionais baseadas em eventos reforçadores e aversivos definidos *a priori* desta forma contribuem para uma leitura verdadeiramente funcional dos comportamentos clinicamente relevantes do cliente. É comum na prática da terapia analítico-comportamental que análises funcionais sejam conduzidas para identificar as variáveis de controle de comportamentos previamente definidos como problemáticos (Matos, 1999). Se a condução da análise funcional é posterior à identificação do comportamento-problema, essa identificação se dá por bases necessariamente topográficas, provavelmente a partir dos vieses culturais mencionados acima. O terapeuta primeiro define o comportamento inadequado, e só depois busca identificar suas variáveis de controle. Essa identificação é feita já com o intuito de traçar estratégias para enfraquecer o comportamento dito problemático, o que gera um paradoxo: se o comportamento é funcional, por que é um problema? Essa armadilha pode ser contornada se a análise funcional começa pelas consequências, e não pelas respostas. Troca-se a pergunta por “quais reforçadores estão mantendo o comportamento-problema?” por “quais comportamentos estão sendo utilizados para produzir os reforçadores importantes?”. O resultado de análises funcionais que partem dessa segunda pergunta poderá revelar déficits de repertório, mas muitas vezes revelará também que aquele comportamento aparentemente problemático não é, de fato, um problema.

O comportamento verbal

Definindo-se os pilares daquilo que compõe uma vida satisfatória e com significado, o próximo passo é definir os atributos pessoais necessários para que esses possam ser atingidos, o que, na definição de Tengland (2009), seriam chamados os objetivos instrumentais. Como mencionado acima, em uma visão analítico-comportamental, objetivos instrumentais são sempre definidos em termos de classes de respostas cuja frequência pretende-se aumentar ou diminuir.

A modificação de qualquer classe de comportamentos envolve a alteração das suas contingências de controle. Um questionamento comumente levantado à prática clínica da Análise do Comportamento envolve a dificuldade de acesso às contingências que controlam os comportamentos-alvo da terapia (Kohlenberg et al., 1993). Esse foi o motivo pelo qual os analistas do comportamento permaneceram por muito tempo longe dos consultórios, investindo seus esforços em intervenções em ambientes naturais nos quais o comportamento-problema ocorre. No consultório, tem-se contato apenas com relatos do cliente sobre aquilo que acontece na sua vida, o que pode ser considerado um acesso indireto aos comportamentos-alvo da terapia, o que geraria inúmeros problemas ligados à correspondência entre o que é dito e o que de fato ocorre (Beckert, 2005).

O crescimento das terapias analítico-comportamentais foi favorecido pelo entendimento de que o próprio comportamental verbal está no centro dos problemas trazidos pelo cliente ao consultório. Nessa perspectiva, a fala do cliente não seria uma forma indireta de acesso aos comportamentos cuja frequência pretende-se modificar, mas seriam os próprios comportamentos clinicamente relevantes (Kohlenberg et al., 1993). Os objetivos instrumentais da terapia envolvem, assim, a modificação de comportamentos verbais responsáveis pela manutenção do bem-estar do cliente. O papel do analista do

comportamento no consultório é o de dispor contingências verbais, através do diálogo com o cliente, capazes de modificar seus comportamentos clinicamente relevantes.

O embasamento dessa proposta depende da resposta a questões que são centrais não só à atuação clínica, mas à compreensão do comportamento humano como um todo: como funciona o comportamento verbal, e como ele é capaz de regular o funcionamento geral de um indivíduo?

O primeiro tratamento analítico-comportamental do comportamento verbal foi feito no livro *O Comportamento Verbal* de Skinner, publicada em 1957. A obra precede os esforços de investigação empírica e experimental do comportamento verbal, e sustenta-se em uma extrapolação interpretativa de formulações acerca de princípios básicos oriundos da análise do comportamento de animais não-humanos a “fatos básicos (...) conhecidos a qualquer pessoa educada” (Skinner, 1957/1992, p. 11). Skinner é enfático em dizer que as leis que controlam o comportamento verbal não são diferentes daquelas que controlam outros comportamentos, e a totalidade dessa obra é, em certo sentido, um esforço de argumentação em torno dessa ideia central. O autor diferencia e define o comportamento verbal como aquele cujos reforçadores são mediados por outras pessoas. Skinner ilustra, a partir de exemplos que vão do diálogo cotidiano até a literatura erudita, a forma como respostas verbais são controladas por variáveis ambientais antecedentes e consequentes.

Concomitantemente, propõe uma categorização do comportamento verbal a partir de especificidades de suas variáveis de controle. *O Comportamento Verbal* foi um marco na história da Análise do Comportamento por vários motivos. Primeiro, mostrou o potencial de aplicação de princípios básicos oriundos de laboratório à análise e compreensão de comportamentos humanos complexos. Segundo, forneceu contexto para o empreendimento

de linhas de pesquisa acerca do comportamento verbal, tanto no campo experimental quanto aplicado.

A maior parte das formulações analítico-comportamentais posteriores sobre o comportamento verbal focou não nas fontes de controle ambientais de respostas verbais, mas no comportamento verbal enquanto estímulo e seus efeitos sobre outros comportamentos. Um dos conceitos mais populares para tratar desta relação é o conceito de regra. Skinner (1974/2006) define regra como um estímulo discriminativo verbal que descreve uma contingência. A partir do controle por regras, comportamentos podem ser aprendidos e modificados sem a necessidade do contato direto com as contingências às quais descrevem. Nesse sentido, o autor propõe uma distinção entre comportamentos governados por regras e comportamentos modelados por contingências, embora o próprio seguimento de regras seja um comportamento modelado por contingências de reforçamento.

O conceito de regras teve e ainda tem grande relevância nas formulações e intervenções clínicas em Análise do Comportamento. Por um lado, entende-se que o próprio trabalho clínico envolve, mediante o diálogo terapêutico, a construção de regras úteis para o cliente, que permitam que entre em contato com reforçadores importantes e reduzam a estimulação aversiva (Medeiros & Medeiros, 2012; Meyer, 2005). Por outro, muitos dos problemas clínicos estão associados ao seguimento problemático de regras, seja na falha em seguir regras, no seguimento excessivo de regras, ou no seguimento de regras formuladas de modos falhos. Nesse sentido, parte do trabalho clínico pode envolver o enfraquecimento do seguimento de regras de forma a aumentar a sensibilidade do comportamento do cliente às contingências presentes em sua vida (Meyer, 2005). Procedimentos clínicos para modificação de regras do cliente envolvem desde o oferecimento direto de novas regras pelo terapeuta

(Zamignani & Andery, 2005) até o questionamento reflexivo, pelo qual o cliente formula novas regras a partir de perguntas abertas feitas pelo terapeuta (Medeiros & Medeiros, 2012).

Em paralelo às pesquisas e aplicações clínicas sobre o conceito de regras, desenvolveu-se o conceito e a linha de investigação sobre equivalência de estímulos. O modelo de equivalência de estímulos busca explicar como a função de um estímulo pode ser transferida a outro sem que nunca tenham sido emparelhados ou diretamente associados. O paradigma clássico de investigação experimental da equivalência de estímulos utiliza de um procedimento de discriminação condicional com escolha de acordo com o modelo. O procedimento é dividido em duas fases: treino e teste. No treino, diante do modelo A1, somente respostas em A2, e não B2, serão reforçadas. No passo seguinte, diante do estímulo A2, somente respostas A3, e não B3, serão reforçadas. Treina-se assim as relações A1-A2 e A2-A3. Na fase de teste, verificam-se as relações A1-A1, A2-A2 e A3-A3 (reflexividade), A2-A1 e A3-A2 (simetria), e A1-A3 e A3-A1 (transitividade). Se todas as relações testadas emergirem, considera-se que os estímulos A1, A2 e A3 integram uma classe de equivalência ou são equivalentes, o que significa que são funcionalmente intercambiáveis (Albuquerque & Melo, 2005).

Quando estímulos fazem parte de uma mesma classe de equivalência, alterações na função de um dos estímulos resulta na alteração das funções dos demais. Diz-se que ocorre transferência de função. O modelo de equivalência de estímulos busca explicar, por exemplo, como passamos a responder de formas semelhantes diante de um estímulo textual (como a placa “Cuidado, cão bravo”) e um objeto (um cão). Explica também como estímulos passam a exercer controle sobre o nosso comportamento sem que nunca tenhamos tido contato com eles, como no caso de alguém que sente medo de avião sem nunca ter andado em um, ou quando sentimos receio diante de uma nova figura de autoridade sem que necessariamente

compartilhe características físicas com outras autoridades que já dispensaram punição no passado.

A teoria e os achados empíricos do modelo de equivalência de estímulos são comumente utilizados para explicar aquilo que é chamado de comportamento simbólico. De um ponto de vista clínico, ampliou o escopo das análises funcionais à medida que passou a considerar a determinação de funções antecedentes, reforçadoras ou aversivas de estímulos a partir de sua inclusão em classes de equivalência. No entanto, ainda que alguns esforços interpretativos tenham sido feitos para aplicação do modelo de equivalência a casos específicos do comportamento humano complexo (Albuquerque & Melo, 2005), pouco foi desenvolvido no sentido de aplicações clínicas desse conceito, com exceção dos procedimentos utilizados para ensino de leitura, escrita e habilidades matemáticas para pessoas com dificuldades de aprendizagem (de Paula & Haydu, 2010).

Como proposta de ampliação do modelo de equivalência de estímulos, Hayes et al. (2001) desenvolveram a chamada Teoria das Molduras Relacionais – RFT (*Relational Frame Theory*). A RFT é um modelo que se propõe a explicar a forma como estímulos verbais adquirem suas funções e passam a exercer controle sobre o comportamento (Perez et al., 2013).

Um primeiro conceito necessário para compreensão dessa teoria é o de abstração. De acordo com Skinner (1953/1998), *abstrair* é responder a uma única propriedade de um estímulo. Por exemplo, um limão, enquanto estímulo, tem diversas propriedades físicas (tamanho, forma, peso, cor, cheiro, sabor), mas quando digo "o limão é azedo", estou respondendo a uma única propriedade (o sabor). A abstração é aprendida a partir de uma história de reforçamento diferencial de determinada resposta (“azedo”) diante de uma propriedade constante dentre estímulos variados (limão, laranja, tamarindo).

Já *relacionar* significa responder a um estímulo não a partir das propriedades daquele estímulo isoladamente, mas da relação daquela propriedade em estímulos diferentes. Por exemplo, quando digo "o limão é mais azedo que a laranja", não estou respondendo a uma propriedade do limão nem da laranja, mas à relação entre as duas. Assim como acontece com a abstração, o comportamento relacional é aprendido mediante reforçamento diferencial de uma resposta diante de pares de estímulos com semelhantes propriedades abstraídas relativas. A essa aprendizagem se dá o nome de treinamento de múltiplos exemplares (TME).

Seres humanos são capazes de relacionar estímulos não só a partir de suas propriedades físicas, mas também de propriedades arbitrárias. Propriedades arbitrárias são aquelas que não são inerentes ao estímulo, mas construídas a partir de um histórico de aprendizagem dentro de contingências sociais. Se digo, por exemplo, que "Michael Jackson foi maior que os Beatles", não estou me referindo a nenhuma propriedade física dos estímulos em questão. Respostas assim constituem o que é chamado na RFT de responder relacional arbitrariamente aplicado (RRAA), e estão no cerne no funcionamento do comportamento verbal.

A partir de suas propriedades arbitrárias, diferentes estímulos podem ser relacionados de infinitas formas, sendo a equivalência apenas uma dessas maneiras. Tais formas incluem a coordenação ou identidade ("B. F. Skinner é o fundador da Análise do Comportamento"), oposição ("A Análise do Comportamento não é dualista"), comparação ("o monismo é mais parcimonioso que o dualismo"), hierarquia ("a RFT é uma teoria analítico-comportamental da linguagem") e causalidade ("a RFT levou ao crescimento das terapias analítico-comportamentais"). Assim, o termo moldura relacional é utilizado para designar uma classe de RRAA, ou seja, um padrão específico pelo qual estímulos podem ser relacionados a partir de suas propriedades arbitrárias (Perez et al., 2013). Dados experimentais vêm fortalecendo a

noção de que o comportamento relacional é um operante, treinado e mantido por contingências de reforçamento (Hayes et al., 2001). Sendo uma classe operante que abarca em si outras classes operantes, é considerado um operante de ordem superior (Catania, 1999).

O comportamento relacional transforma a função dos eventos relacionados. Ao saber que “insetos coloridos geralmente são venenosos”, algumas das funções de “insetos coloridos” são contextualmente transformadas a partir da relação estabelecida com “venenosos”. Podem tornar-se estímulos aversivos, ocasionar comportamentos de esquiva, fuga, etc. A natureza da transformação depende do tipo de relação, ou do tipo de moldura. Posso estabelecer relações entre “aquele homem” e “criminoso” dizendo “aquele homem é um criminoso”, “aquele homem não é um criminoso”, e “aquele homem é pior que um criminoso”, e cada uma dessas relações transformará funções de “aquele homem” de uma maneira diferente.

Assim, na perspectiva da RFT, para Hayes et al., “o comportamento verbal é o ato de emoldurar eventos relacionalmente” (2001, p.43), e um estímulo verbal é aquele cujas funções advêm de sua participação em molduras relacionais. O emolduramento de estímulos verbais e suas subsequentes transformações de função caracterizam a estrutura do comportamento verbal, mas não sua função. Uma análise funcional do comportamento verbal ainda requer que as consequências do ato de emoldurar sejam explicitadas. Utilizando o exemplo acima, a transformação da função de “aquele homem” não explica funcionalmente a emissão da resposta “aquele homem é pior que um criminoso”. Tal explicação depende da descrição dos efeitos dessa resposta sobre o ambiente – o afastamento do ouvinte daquele homem, por exemplo. Conclui-se que, independente da perspectiva teórica utilizada para descrever os processos pelos quais o comportamento verbal opera, sua explicação funcional

depende de relações com eventos ambientais externos, assim como qualquer outro comportamento operante (Skinner, 1957/1992).

Se falar sobre o mundo pode transformar a função dos eventos nele existentes, é razoável afirmar que, no universo de um ser humano verbal, qualquer estímulo é verbal. Considere o seguinte exemplo a título de ilustração. A filogênese determina que um pedaço de chocolate tenha função reforçadora para um ser humano dado o seu valor de sobrevivência. Mas seria um equívoco pensar que as funções reforçadoras do chocolate têm origem exclusivamente filogenética. O contato com construções verbais do tipo "chocolate é uma delícia", "chocolate traz benefícios à saúde" alteram a função do estímulo de acordo com os outros estímulos com os quais se relaciona e o tipo de moldura. Paralelamente, falas do tipo "chocolate engorda" e "se comer muito chocolate passará mal" transferem funções aversivas ao chocolate, às vezes a ponto de sobrepor as funções reforçadoras filogeneticamente determinadas e torná-lo um estímulo aversivo, capaz de evocar respostas de fuga e esquiva. Seria possível estender o mesmo raciocínio a qualquer elemento do ambiente. Portanto, a forma como interagimos com qualquer parte do ambiente é permeada por uma rede de relações verbais estabelecidas ao longo de nossa história de aprendizagem. Compreender por que seres humanos agem como agem depende, em grande parte, da compreensão de seu funcionamento verbal, e da forma como constroem e transformam seu ambiente a partir da maneira que falam sobre ele.

Nesta perspectiva, de um ponto de vista funcional, um indivíduo é capaz de transformar seu mundo a partir do momento que fala sobre ele. Tais transformações afetam tanto ouvintes externos como o próprio falante. A Terapia Comportamental Abrangente adota dois conceitos distintos para descrever o funcionamento verbal de um indivíduo: habilidades sociais e habilidades cognitivas. Definidos de forma grosseira, habilidades sociais envolvem

a forma como uma pessoa fala com outras, e habilidades cognitivas a forma como fala com ela própria. Tais conceitos englobam a totalidade do repertório verbal do indivíduo, utilizando como critério de classificação apenas o ouvinte.

Habilidades sociais. Uma vez que o estabelecimento de relações sociais de qualidade constitui-se como determinante central ao bem estar de seres humanos, as ferramentas que dispõem para promover tais relações são de especial importância. Essas ferramentas são essencialmente comportamentais. Denomina-se de comportamento social qualquer comportamento inserido em uma contingência na qual pelo menos uma das variáveis de controle relevante inclui outra pessoa (Skinner, 1953/1998). Já o termo habilidade social é conceituado de formas variadas por diferentes autores, sendo definido genericamente como classes de comportamento apresentados por um indivíduo diante de demandas sociais. Diferencia-se o termo habilidade social de competência social, sendo que esse último refere-se à efetividade ou adequação dos comportamentos diante de demandas sociais específicas, considerando-se o contexto sócio-cultural no qual estão inseridos (Del Prette & Del Prette, 2008).

O desenvolvimento das habilidades sociais acontece primariamente nas interações do indivíduo em seu ambiente social natural. Iniciando-se no núcleo familiar e ampliando para ambientes de estudo, trabalho, mídia e ambientes virtuais, entramos em contato com modelos, regras, aprovações e reprovações que modelam nosso comportamento social ao longo da vida. Os grupos, pequenos ou grandes, dispõem de contingências para fortalecer comportamentos que estejam em conformidade, e enfraquecer aqueles que violem suas diretrizes implícitas ou explícitas de funcionamento. Problemas surgem à medida que o indivíduo passa a transitar entre grupos com diretrizes conflitantes, o que é inevitável no processo de socialização. Por exemplo, uma criança que aprende a falar agressivamente como

forma de manipular os pais pode ter problemas quando entra para escola e seu comportamento resulta do afastamento dos colegas e na reprovação dos professores. Quando as habilidades sociais que um indivíduo desenvolveu em um ambiente social não produzem suas consequências habituais em um novo ambiente, caracteriza-se um déficit. Essa perspectiva destaca que a caracterização do comportamento social como competente ou deficitário é contextual, e não intrínseca ao comportamento. O indivíduo socialmente hábil não é aquele que se comporta de forma adequada em um contexto delimitado, mas aquele que dispõe de uma ampla gama de ferramentas comportamentais para lidar com demandas sociais de contextos diversos (Del Prette & Del Prette, 2008).

O estabelecimento de relações de qualidade depende de habilidades como iniciar, manter e finalizar conversas, pedir ajuda, fazer e responder perguntas, fazer e recusar pedidos, defender-se, expressar sentimentos de agrado e desagrado, lidar com críticas e elogios, escutar empaticamente, entre outros. A literatura vem consistentemente mostrando uma correlação entre um bom desempenho em habilidades desse tipo e a saúde psicológica do indivíduo (Murta, 2005), assim como seus níveis de felicidade (Argyle & Lu, 1990).

Dada a importância das habilidades sociais para o bem-estar de pessoas, muitas intervenções psicológicas já foram e vem sendo desenvolvidas visando à construção desses repertórios. Dá-se o nome de Treinamento de Habilidades Sociais ao campo que aglutina essas intervenções. Enquanto área aplicada da Psicologia, o Treinamento de Habilidades Sociais vem sendo utilizado na educação, no contexto organizacional, em intervenções comunitárias e como parte do atendimento psicoterapêutico, abrangendo populações de todas as idades e variados tipos de demanda (Del Prette & Del Prette, 2008). Os pacotes de treinamento incluem procedimentos muito diversos, como a modelagem a partir de ensaios comportamentais e *feedback* de desempenho, reestruturação cognitiva, treinamento em

resolução de problemas, técnicas de relaxamento ao uso de materiais didáticos como vídeos e textos psicoeducativos (Caballo, 2010).

No atendimento individual, o treinamento de habilidades sociais pode ser utilizado como parte do processo terapêutico ou como o próprio processo (Bolsoni-Silva, 2002). No entanto, o número de trabalhos publicados no Brasil acerca do treinamento de habilidades sociais no contexto da psicoterapia individual é baixo, constituindo apenas 2 em uma amostra de 55 no levantamento feito por Bolsoni-Silva et al. (2006). Contudo, intervenções voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais podem aparecer nas terapias analítico-comportamentais com outras denominações. Na Terapia Comportamental Dialética (DBT), parte das intervenções constitui o que é chamado de treinamento de habilidades de efetividade interpessoal, descritas como habilidades necessárias para construção de relacionamentos saudáveis e terminar relacionamentos destrutivos (Dornelles & Sayago, 2015). A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é inteiramente voltada para construção de repertórios interpessoais, tomando a relação terapêutica como locus de mudança para comportamentos do cliente que serão relevantes em outros ambientes de sua vida, denominados comportamentos clinicamente relevantes (Kohlenberg & Tsai, 2001). Seja com o uso de procedimentos estruturados e voltados para interações extra-consultório (como acontece no THS e na DBT) ou pela manipulação das contingências naturais da relação terapêutica (como acontece na FAP), intervenções clínicas voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais estão presentes em vários modelos clínicos analítico-comportamentais.

O legado da FAP ultrapassa seu próprio modelo, e penetrou em outras terapias analítico-comportamentais à medida que a atenção dada à relação terapêutica e aos comportamentos clinicamente relevantes do cliente passa a ser descrita como diretriz terapêutica básica de atuação (Alves & Isidro-Marinho, 2010; Wielenska, 2012). A partir de

uma leitura funcional dos comportamentos do cliente emitidos perante o terapeuta, a relação terapêutica deixa de ser meramente um requisito para adesão ao tratamento, e passa a ser um espaço para observação e modificação de comportamentos sociais cuja relevância abrange todo o contexto social do cliente. Uma vez que a psicoterapia é, em essência, uma interação social, é razoável afirmar que, independentemente do modelo terapêutico explicitamente adotado, o objeto de trabalho de toda psicoterapia envolve os comportamentos sociais do cliente, tanto como dados de avaliação clínica como focos de mudança terapêutica (Kohlenberg et al., 1993). Conclui-se que, quaisquer que sejam os procedimentos adotados para tal fim, o desenvolvimento das habilidades sociais do cliente deve estar no centro da constituição dos objetivos de uma psicoterapia.

Na Terapia Comportamental Abrangente, definem-se habilidades sociais como comportamentos verbais cuja função envolve a modificação do comportamento de outra pessoa. Esta delimitação se aproxima de definições comuns da área, embora inclua qualquer comportamento verbal social independente de variáveis contextuais e elementos caracterizadores de competência social, e exclua comportamentos não-verbais.

Habilidades cognitivas. Seres humanos verbalmente hábeis passam grande parte do tempo pensando. A menos que nossa atenção esteja focada em alguma atividade, uma espécie de monólogo interno nos acompanha durante a maior parte do dia. Se pensar é um comportamento cuja frequência é naturalmente tão alta, é razoável supor que tenha funções biologicamente selecionadas. Além disso, a seleção de determinadas temáticas de pensamento em detrimento de outras momento a momento e idiosincrasias na forma de pensar sugerem que contingências operantes atuem sobre esse comportamento. Tanto filo quanto ontogeneticamente, pensar parece ser um comportamento que produz consequências importantes para o indivíduo.

A dificuldade de se compreender o pensar enquanto um comportamento operante selecionado por contingências ambientais advém do fato de que não produz consequências diretas no ambiente externo. Para que possa ser funcionalmente analisado dessa forma, depende, portanto, de que 1) o pensar participe de cadeias comportamentais que resultem em reforçadores importantes, ou que 2) a modificação do ambiente privado produzida pelo pensar seja reforçadora em si mesma.

Há evidências de que as duas coisas podem acontecer. Uma primeira função conhecida do pensar refere-se à resolução de problemas. Skinner define um problema como uma situação na qual não se dispõe imediatamente de um comportamento capaz de reduzir a privação ou fornecer um meio de fuga para alguma estimulação aversiva (1953/1998). O ato de pensar enquanto solução de problemas envolve, assim, uma manipulação do ambiente privado de forma a aumentar a probabilidade da emissão de respostas capazes de solucionar aquele problema. Isso acontece, por exemplo, quando alguém faz “mentalmente” uma operação matemática difícil, ou procura planejar seus próximos passos profissionalmente após descobrir que foi demitido. À medida que conversa consigo mesmo, o indivíduo modifica seu contexto imediato, evocando novas respostas que por sua vez voltam a modificar esse contexto, construindo uma cadeia de eventos verbais que podem culminar em uma resposta efetiva para o problema. A habilidade de resolver problemas pode ser treinada, e seu treinamento tem sido usado como procedimento clínico no manejo de estresse, depressão, problemas interpessoais e dependência química (Nezu & Nezu, 2002).

Mesmo quando não falta uma solução para a situação-problema, falar consigo mesmo pode resultar em um aumento da probabilidade de emissão de respostas que, de outra forma, não seria suficientemente fortes. Essa habilidade é chamada na literatura de auto-instrução, e parte da premissa de que dar instruções a si tem efeitos semelhantes a receber instruções de

outras pessoas. No treinamento de auto-instruções, o participante é treinado a falar em voz-alta o problema enfrentado, descrever o comportamento esperado, descrever as consequências reforçadoras daquele comportamento, e descrever as consequências aversivas de não se engajar naquele comportamento. Gradualmente, tais falas são rebaixadas ao nível privado, mantendo suas funções. A literatura tem empregado procedimentos desse tipo para o tratamento de impulsividade, comportamento agressivo, ansiedade, prevenção de recaídas, dificuldades de aprendizagem e aumento do autocontrole (Mas, 2002). Os resultados do treinamento em auto-instruções em casos tão variados sugerem que existe uma associação entre um grande número de demandas clínicas e pouca habilidade de um indivíduo para gerir seu próprio comportamento verbalmente.

Na TCA, habilidades cognitivas são definidas como comportamentos verbais cuja função envolve a modificação do próprio comportamento. A resolução de problemas e as auto-instruções são consideradas exemplos de habilidades cognitivas, e ilustram os processos pelos quais falar consigo mesmo tem papel na regulação da ação externa do indivíduo. Contudo, algumas funções das habilidades cognitivas podem ser definidas sem referência a ações externas. Isso acontece com o comportamento chamado de “dar sentido”. Seres humanos parecem ter uma tendência natural de buscar e atribuir sentido à sua experiência. Alguns autores sugerem que a falta de sentido é, em si mesma, uma operação estabelecadora aversiva (Wray et al., 2012), sendo que o comportamento de dar sentido seria intrinsecamente reforçador. Na perspectiva da RFT, as propriedades reforçadoras do dar sentido estão ligadas à coerência identificada entre eventos em uma rede relacional (Hayes et al., 2001). O comportamento de dar sentido pode ser definido, portanto, como o ato de relacionar eventos de forma coerente a partir das redes relacionais existentes no repertório do indivíduo. Quando damos sentido a uma experiência, transformamos sua função pelo estabelecimento de

relações coerentes com outras experiências. Fazemos isso em descrições do tipo “tirei uma nota ruim, não devo ter estudado o suficiente”, ou “minha mãe não atende ao telefone, será que aconteceu alguma coisa ruim?”.

O comportamento de dar sentido pode reduzir a propriedade aversiva de relatos sobre situações que trazem sofrimento. Pessoas que narram experiências difíceis de sua vida descrevendo como tais experiências contribuíram para que se tornassem quem são hoje revelam menos sofrimento em relação a essas experiências e são mais felizes (Smith, 2017). Estudos na Psicologia Narrativa têm investigado a forma como a evocação de narrativas sobre experiências traumáticas pode reduzir seu sofrimento. Por exemplo, no estudo de Anderson e Wallace (2015), crianças com seqüelas psicológicas resultantes de violência doméstica foram convidadas a narrarem seus traumas com ferramentas digitais, utilizando de imagens, áudios e outros recursos para contarem sua história. Após a narrativa, observou-se diminuição de sintomas depressivos, de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, e elevação da autoestima das crianças. Em uma revisão da literatura, Vandenberghe (2004) sugere que alguns aspectos qualitativos no relato de emoções negativas (como referências a projetos futuros ou às relações sociais) pode trazer benefícios à saúde psicológica de quem relata.

O estabelecimento de relações verbais desse tipo pode ser útil para reduzir a função aversiva não só de eventos marcantes ou traumáticos, mas também em situações corriqueiras. O pensamento “vou me atrasar” de um indivíduo preso em um engarrafamento pode ter propriedades aversivas, mas estas podem ser atenuadas pela fala “vou me atrasar, mas como nunca me atraso, não vão me julgar por isso”. Autofalas desse tipo são comuns, e ilustram a participação de habilidades cognitivas no nosso pensamento corriqueiro.

A noção de que a descrição verbal de situações estressoras pode atenuar o mal-estar psicológico está na base de muitas teorias, conceitos e intervenções psicológicas. Aproxima-se da conceituação psicanalítica de Freud sobre mecanismos de defesa enquanto negações ou distorções da realidade a fim de proteger o indivíduo do sofrimento, embora discuta-se o caráter consciente (verbal) de tais mecanismos (Skinner, 1953/1998). Está relacionada ao que é chamado na Psicologia da Saúde de estratégias de *coping*, definidas como “esforços cognitivo e comportamentais para manejar demandas externas ou internas específicas (e o conflito entre elas) que são avaliadas como penosas ou que excedem os recursos de uma pessoa” (Schwarzer & Schwarzer, 1996, p. 107). A Logoterapia é uma proposta terapêutica inteiramente construída na busca do sentido da experiência como ferramenta de superação do sofrimento (Frankl, 1984). A própria Terapia Cognitiva baseia-se na ideia de que cognições distorcidas levam a sofrimento psicológico, e sua substituição por novas cognições, mais racionais, pode reduzir esse sofrimento (Beck, 1997). Independentemente dos conceitos utilizados para descrever tal processo, falar de maneiras diferentes e específicas sobre situações que geram sofrimento parece reduzir esse sofrimento, e essa noção sustenta muito do que é feito em diversas formas de psicoterapia pela fala. O agrupamento de conceitos e procedimentos de abordagens tão variadas é possível pela existência de um processo comum: a transformação de função de estímulos verbais mediante o estabelecimento de relações específicas com outros estímulos verbais.

Habilidades cognitivas podem funcionar não só para aliviar o efeito aversivo de determinadas experiências, mas para potencializar as propriedades reforçadoras de eventos. Processos desse tipo possivelmente estão presentes, por exemplo, nos exercícios de gratidão desenvolvidos na Psicologia Positiva. A literatura vem mostrando que o exercício de escrever sobre acontecimentos ou situações pelas quais se sente grato tem efeitos tanto imediatos

quanto a longo prazo no bem-estar e na saúde psicológica (Wood et al., 2010). Na Psicologia do Esporte, é comum a utilização de procedimentos que envolvem autofalas na forma de feedbacks positivos dados pelo atleta a si mesmo sobre seu desempenho. Tais procedimentos resultam na facilitação do desempenho e da aprendizagem do atleta (Hatzigeorgiadis et al., 2011). Dados assim revelam que o impacto positivo de determinadas situações sobre nós depende não só de que elas aconteçam, mas daquilo que falamos sobre elas.

Uma última categoria de comportamento verbal que envolve a regulação do comportamento do indivíduo a partir de suas autofalas refere-se ao que é denominado de autoconhecimento. Na Análise do Comportamento, o autoconhecimento é tipicamente definido como a capacidade de descrever relações estabelecidas entre o próprio organismo e o mundo (de Rose et al., 2012). O autoconhecimento é útil ao indivíduo à medida que permite que ele preveja o efeito de determinadas variáveis e operações sobre seu próprio comportamento e tome decisões de acordo (Skinner, 1974/2006). Por exemplo, uma pessoa que precisa decidir entre assistir um filme na televisão até tarde ou dormir mais cedo pode optar por dormir ao saber que, caso fique acordado até tarde, sentirá sono no dia seguinte e terá dificuldade para trabalhar. Uma escolha desse tipo não necessariamente está sob controle de variáveis ambientais imediatas (a curto prazo, o filme pode ser mais reforçador do que dormir), mas é possível graças à uma descrição das relações entre dormir pouco, cansaço e uma piora no desempenho no trabalho. De maneira geral, nossa capacidade de agir de forma autocontrolada frequentemente depende da capacidade de descrever relações desse tipo (Skinner, 1953/1998). Não surpreendentemente, a aquisição de repertórios característicos de autoconhecimento está comumente presente nos objetivos das terapias analítico-comportamentais (Quinta, 2018a). Cabe ressaltar que, numa perspectiva pragmática e behaviorista radical, o valor do autoconhecimento não é determinado pela correspondência

das relações descritas verbalmente e das contingências “reais”, mas dos efeitos dessas descrições sobre a regulação da ação total do indivíduo e sua capacidade de produzir consequências importantes.

Nomear todos esses fenômenos psicológicos como habilidades cognitivas não é um mero agrupamento de categorias diferentes, mas uma assunção de que constituem um único processo comportamental. A descrição de tais comportamentos como habilidades destaca o fato de que são repertórios treináveis, e que alguns indivíduos podem fazê-lo de forma mais hábil que outros sob determinadas circunstâncias. O adjetivo cognitivo é, também, intencional – sinaliza uma reinterpretação daquilo que é chamado, em outras abordagens psicológicas, de processos cognitivos enquanto processos comportamentais verbais sob controle contextual (Guerin, 2018; Hayes et al., 2001). Reinterpretar processos cognitivos como comportamentos verbais de origem social tem implicações não só epistemológicas, mas práticas – torna-se possível compreender o funcionamento cognitivo de um indivíduo através da análise de seu ambiente social, e modificar processos cognitivos a partir da mudança das contingências sociais que originam, modelam e mantêm seu funcionamento verbal. Numa perspectiva contextual, a análise funcional de comportamentos verbais característicos de processos como autocontrole, resolução de problemas e autoconhecimento deve considerar não só as consequências ligadas à autogestão e autorregulação, mas também as consequências sociais ligadas à aceitação ou rejeição do grupo sobre aquelas falas.

Repertórios abrangentes. O argumento construído até o momento é de que repertórios verbais, sejam eles característicos de habilidades sociais (falar com outras pessoas) ou de fenômenos descritos como habilidades cognitivas (falar consigo mesmo) têm sempre origem social. Se falar consigo mesmo é apenas o exercício de repertórios socialmente aprendidos, pode-se argumentar que habilidades sociais e habilidades cognitivas

constituam, de fato, os mesmos repertórios. Alguns paralelos podem ser traçados com pouca dificuldade. Habilidades de autoinstrução funcionam de forma muito semelhante a comportamentos sociais que envolvem dar conselhos e fazer pedidos. Dizer “coma menos, se você comer tanto vai acabar engordando” para si mesmo ou para outra pessoa constitui, em essência, uma mesma classe de comportamentos, e produz consequências semelhantes sobre ouvintes distintos. O esforço que fazemos conversando para consolar alguém que acabou de passar por um término de relacionamento é equivalente à poderosa e inevitável corrente de pensamentos que a própria pessoa que saiu do relacionamento terá, tentando dar sentido ao acontecimento e reduzir o sofrimento causado com falas do tipo “ela não te fazia bem, você vai ficar melhor sem ele”. Seria impossível falar coisas assim para si mesmo sem que antes falas do tipo tenham sido apresentadas e validadas em contingências sociais externas. Conclui-se que habilidades sociais e habilidades cognitivas não constituem, efetivamente, habilidades diferentes, mas compõem os mesmos repertórios comportamentais.

A noção de que habilidades verbais aparentemente distintas originam-se dos mesmos repertórios pode ser estendida ainda mais. A conceituação apresentada a seguir pressupõe não só essa aproximação entre habilidades sociais e habilidades cognitivas, mas a existência de aspectos idiossincráticos e universais a todo o funcionamento verbal do indivíduo. Observe as seguintes falas de um mesmo indivíduo hipotético:

-Será que aceito o convite do meu amigo para viajar? Vou acabar gastando muito dinheiro, e se adoecer lá não aproveitarei a viagem. Não conheço os outros amigos que irão juntos, pode ser que eu não vá com a cara deles ou que não gostem de mim. Melhor ficar por aqui.

-Preciso obter uma nota boa nesta prova. Caso contrário irei reprovar, terei que repetir a disciplina, gastar uma fortuna e minha família ficará muito decepcionada.

-Me desculpe, mas prefiro não te ajudar a estudar. Se estudamos juntos nossas respostas na prova poderão ficar parecidas, e o professor vai achar que colamos e zerar nossa prova.

-Você poderia abaixar o volume por favor? O som está alto, eu não vou conseguir dormir, ficarei cansado o dia inteiro e terei um péssimo rendimento no trabalho. Vão achar que eu estava na farra e não levo a sério o trabalho.

As duas primeiras falas referem-se a autofalas, a primeira ilustrando um processo de tomada de decisões, e a segunda de autoinstrução. As duas últimas falas são respostas sociais, uma delas envolvendo a recusa de um pedido, e a outra a realização de um pedido. São funcionalmente distintas e constituem categorias verbais diferentes. No entanto, apresentam elementos comuns em sua estrutura. Em todas elas, determinados eventos têm uma função aversiva construída ou potencializada pela relação com eventos futuros considerados mais catastróficos.

A constância observada nas emissões verbais do indivíduo é um padrão relacional: uma forma regular e padronizada pela qual eventos verbais têm suas funções construídas a partir de relações com outros. Se regularidades desse tipo podem ser observadas nas falas de uma pessoa, há de se supor que a aprendizagem social do comportamento verbal dá origem não só a categorias independentes de habilidades verbais, mas a elementos nucleares e individualizados de seu funcionamento verbal. Tais elementos são repertórios em si mesmos, considerados operantes de ordem superior pelo fato de englobarem outras classes de operantes. Aos repertórios que constituem padrões comuns a todo o funcionamento verbal do indivíduo, tanto no âmbito social quanto cognitivo, cujo impacto tem relevância clínica, dá-se o nome, na Terapia Comportamental Abrangente, de repertórios abrangentes.

Dito informalmente, o repertório abrangente descreve o “jeito de falar” de uma pessoa. Se dizemos que uma pessoa é “prolixa”, fazemos referência ao fato de que suas construções verbais típicas envolvem um grande número de cadeias relacionais complexas. Uma pessoa “egocêntrica” é aquela em cuja fala predominam relações centradas no “eu”. Alguém “engraçado” é capaz de relacionar eventos cotidianos a elementos inusitados transformando suas funções para gerar efeitos humorísticos. Em todos os casos, os adjetivos descrevem um padrão relacional, uma regularidade no estabelecimento de relações verbais na fala do indivíduo em contextos variados. Tais padrões são revelados na emissão de comportamentos classificáveis dentre as mais variadas categorias funcionais, sejam habilidades sociais ou habilidades cognitivas.

O repertório abrangente não aponta ou revela as funções do comportamento verbal, mas sua estrutura. A RFT sugere que emissões verbais e processos cognitivos complexos são construídos a partir da combinação e interrelação de unidades operantes relacionais mais simples (Hayes et al., 2001). O conceito de repertório abrangente sugere que algumas dessas unidades não são universais a todos os seres humanos verbais, mas individuais, idiossincráticos e aprendidos em contextos sociais particulares e delimitados.

O conceito de repertório abrangente não se refere a qualquer tipo de processo comportamental novo, se aproximando do conceito de moldura relacional da RFT (Hayes et al., 2001), e podendo potencialmente ser redefinido a partir de outras perspectivas teóricas sobre o comportamento verbal. O recorte daquilo que caracteriza um repertório abrangente é clínico, definido por observações assistemáticas de padrões na fala do cliente. Sua importância parte das seguintes hipóteses:

-Todo o comportamento verbal de um indivíduo é construído a partir de elementos nucleares idiossincráticos que podem ser observados a partir de padrões em sua fala – denominados aqui de repertórios abrangentes;

-Repertórios abrangentes afetam diretamente a função de respostas verbais. Se todo o funcionamento verbal do indivíduo é afetado, há impactos em todo seu funcionamento psicológico. Na psicoterapia, seria possível relacionar um grande número de demandas clínicas aos repertórios abrangentes do cliente.

-Uma vez que repertórios abrangentes envolvem comportamentos socialmente aprendidos, podem ser modificados e ensinados a partir de contingências sociais. O ensino de novos repertórios abrangentes seria capaz de trazer benefícios a diversas demandas clínicas simultaneamente.

O trabalho com repertórios abrangentes está na base da prática da TCA. Fornece um referencial conceitual a partir do qual o terapeuta a) observa e analisa funcionalmente as falas do cliente; b) integra demandas aparentemente isoladas em uma mesma categoria comportamental; e c) conduz o diálogo terapêutico e realiza outras intervenções com objetivo de modificar o comportamento verbal do cliente.

Conceitualmente, repertórios abrangentes diferenciam-se de regras em vários aspectos. Regras envolvem descrições de contingências, são sempre específicas, e referem-se a respostas ou classes de respostas diretamente observadas. Assim como acontece com outros operantes de ordem superior, um repertório abrangente não pode ser observado enquanto emissão isolada, mas subjaz o funcionamento de outros comportamentos, inclusive das próprias regras. Mais adiante será discutida a forma como essa diferença impacta nas intervenções clínicas.

Padrões abrangentes. Outro conceito comum à prática clínica da TCA é o de padrão abrangente. O conceito é menos especializado do que o de repertório abrangente, e ser aproxima do conceito de padrão comportamental assim como empregado em outras abordagens clínicas analítico-comportamentais. Padrões abrangentes referem-se a regularidades no comportamento do indivíduo diante de contingências funcionalmente semelhantes. O termo “abrangente” aqui destaca o fato de que tais contingências e padrões podem se localizar em contextos variados da vida da pessoa. Uma pessoa pode, por exemplo, ter múltiplos relacionamentos conjugais pela dificuldade de optar por uma única parceira, e comer excessivamente em uma sorveteria pela dificuldade de escolher um único sabor de sorvete.

Padrões abrangentes também descrevem aspectos universais e comuns a demandas clínicas aparentemente distintas. No entanto, ao contrário de repertórios abrangentes, padrões abrangentes nem sempre são verbais. Padrões abrangentes podem resultar diretamente de um repertório abrangente – o indivíduo que constrói verbalmente eventos de forma catastrófica viverá em um mundo altamente aversivo, e provavelmente exibirá um padrão de esquiva bastante generalizado. Padrões abrangentes podem resultar também da ausência de repertórios abrangentes – alguém incapaz de descrever consequências a longo prazo do próprio comportamento provavelmente será uma pessoa impulsiva. Por fim, padrões abrangentes semelhantes podem se originar de repertórios abrangentes diferentes – uma pessoa com dificuldade de fazer escolhas pode descrever suas decisões apontando e enaltecendo os reforçadores positivos envolvidos em cada uma das alternativas, enquanto outra pessoa com a mesma dificuldade pode descrever e agravar punições resultantes do abandono de uma opção.

A importância do conceito de padrão abrangente se dá pela possibilidade de integração de classes comportamentais e demandas clínicas aparentemente distintas. Permite que o terapeuta identifique e intervenha sobre padrões comportamentais de relevância clínica mesmo em contextos distintos àqueles trazidos pela queixa. Pode obter dados importantes ao funcionamento psicológico do cliente conversando sobre praticamente qualquer tema em sessão, e fazer intervenções sobre situações aparentemente triviais cujos efeitos se estenderão a contextos mais críticos. Retomando o exemplo acima, o terapeuta poderia criar exercícios clínicos para treinar habilidades de tomada de decisão do cliente diante da escolha de sabores de sorvete, na expectativa de que tais habilidades o ajudem a resolver seu problema de infidelidade conjugal. Esse tipo de extensão dos efeitos da intervenção só é possível quando esta última proporciona a aquisição de repertórios abrangentes.

O enfoque da Terapia Comportamental Abrangente integra as noções discutidas sobre o viver com sentido e sobre o comportamento verbal em pelo menos dois pontos. O primeiro deles é na condução das análises funcionais. A análise funcional é um elemento definidor de todas as áreas da Análise do Comportamento Aplicada, inclusive a clínica. O método exato para a condução de uma análise funcional e o produto final dessa análise pode adotar diferentes formas (Sturmey, 1996), mas em essência envolve a investigação e sistematização das variáveis ambientais das quais os comportamentos clinicamente relevantes são função (Neno, 2003). Enquanto ferramenta diagnóstica, a análise funcional contrasta com perspectivas nosológicas ou internalistas na identificação das causas do comportamento.

Em seu modelo mais simples, a análise funcional constitui da identificação dos estímulos antecedentes e dos estímulos consequentes que controlam o comportamento investigado (Matos, 1999). Com o advento das terapias contextuais e a consolidação de

visões recentes sobre o comportamento verbal, passou-se a considerar não só quais eventos são discriminativos ou reforçadores, mas que processos estabelecem tais funções, sobretudo processos verbais (Barnes-Holmes et al., 2001). Essa investigação é de especial importância quando os estímulos em questão não são definidos por suas propriedades físicas. Esse é o caso de todos os eventos descritos como definidores de uma vida satisfatória: a aceitação social, a percepção de controle sobre o ambiente e o impacto positivo do comportamento sobre outras pessoas. Se, por um lado, grande parte desses eventos são diretamente produzidos por comportamentos verbais (sobretudo as habilidades sociais), por outro todos eles têm sua função verbalmente construídas. Por isso, na TCA, a condução de análises funcionais envolve não só a identificação de classes de comportamento responsáveis pela produção de consequências importantes para o indivíduo, mas investigação da forma como a função dessas consequências é construída a partir das habilidades verbais do cliente.

O segundo ponto de integração refere-se ao estabelecimento de objetivos terapêuticos. Assim como inevitavelmente acontece com qualquer outro enfoque terapêutico, os objetivos da TCA envolvem a mudança de comportamentos verbais. A definição dos elementos constituintes de uma vida satisfatória oferece parâmetros para avaliação de comportamentos como desejáveis ou problemáticos.

Portanto, na TCA os objetivos instrumentais referem-se à aquisição de repertórios verbais, definidos na forma de habilidades sociais, habilidades cognitivas ou repertórios abrangentes, orientados pelos pilares necessários para a construção de uma vida satisfatória e significativa.

Controle aversivo

Independente da forma que adote, qualquer psicoterapia busca o desenvolvimento de comportamentos que resultem em maior contato com reforçadores importantes ao indivíduo, e menor contato com estimulação aversiva que lhe traz sofrimento. No entanto, antes de ser um objetivo terapêutico, a busca por reforçadores e a redução da estimulação aversiva fazem parte do funcionamento natural do comportamento, de acordo com princípios operantes. Apesar de qualquer auxílio terapêutico ou da consciência de quais eventos são reforçadores e quais são aversivos, o comportamento de qualquer indivíduo se fortalece quando promove consequências reforçadoras, e se enfraquece quando resulta em estimulação aversiva. As pessoas tendem a buscar naturalmente aquilo que lhes faz bem, e os comportamentos necessários para essa busca são modelados por contingências naturais. Se isso é verdade, por que às vezes as pessoas mostram-se incapazes de buscar aquilo que lhes é importante e sair de contextos danosos? Por que precisam de auxílio terapêutico? Há várias respostas para essa pergunta, mas uma delas parece central à configuração de quadros psicopatológicos: o efeito de contingências aversivas.

Ainda que o uso do termo “aversivo” seja comum na literatura analítico-comportamental, sua definição é controversa. Dadas as operações de reforçamento e punição pela adição ou remoção de um estímulo, considera-se que apenas o reforçamento positivo configura controle não-aversivo, sendo o reforçamento negativo, a punição positiva e a punição negativa casos de controle aversivo (Hunziker, 2011). Embora comum, essa delimitação é problemática, pois engloba processos muito diferentes entre si, que não têm em comum nem a operação nem os efeitos sobre o comportamento. Outras operações como a supressão condicionada e a extinção são também consideradas por alguns autores como contingências aversivas (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005; Hunziker, 2011).

Ainda que seja muito desafiador delimitar de forma conceitualmente precisa o termo “controle aversivo”, ele é usado de forma intuitiva para fazer referência a contingências que produzem efeitos tipicamente indesejados sobre o comportamento. Para além da mudança da frequência da resposta conseqüenciada pela retirada de um estímulo reforçador ou acréscimo de um estímulo aversivo, contingências aversivas parecem gerar diversos subprodutos, dentre os mais tipicamente citados: constituição de função aversiva condicionada para o agente do controle aversivo; redução na frequência de respostas não punidas; responder emocional (medo, raiva, ansiedade); aumento de respostas agressivas (Lerman & Vorndran, 2002). Embora a incidência de cada um desses efeitos dependa de elementos particulares das contingências em questão, Skinner (1953/1998) parece sugerir que os subprodutos do controle aversivo são mais importantes que seus efeitos diretos sobre o comportamento para sua caracterização.

No campo da psicoterapia, a compreensão dos efeitos do controle aversivo é de interesse especial, pois considera-se que grande parte dos processos psicopatológicos originam-se de um histórico de exposição a contingências aversivas (Banaco et al., 2012). Do ponto de vista respondente, respostas emocionais como a ansiedade, o medo e a raiva são produtos típicos de contingências aversivas (Rico et al., 2012). Do lado operante, entende-se que a redução do responder gerada pela punição enfraquece também repertórios responsáveis pela produção de reforçadores positivos, resultando em quadros tipicamente considerados depressivos, com sinais de apatia, anedonia, passividade e retraimento (Kanter et al., 2008). O enfraquecimento do repertório do indivíduo pode dar margem ao surgimento de comportamentos que produzem simultaneamente conseqüências reforçadoras e punitivas, como comportamentos autolesivos ou padrões sociais agressivos, sendo, portanto, vistos como problemáticos (Banaco et al., 2012). Estados corporais desagradáveis associados à

ansiedade e tristeza também fortalecem respostas de fuga de tais eventos privados, o que incluiria consumo de drogas lícitas e ilícitas e outros comportamentos compulsivos (Hayes et al., 1996). À medida que o próprio comportamento verbal do indivíduo passa a produzir estimulação aversiva condicionada, ocorre também o que é chamado de esquiva experiencial, refletindo em baixo autoconhecimento e na inabilidade para enfrentar situações de conflito (Chawla & Ostafin, 2007). Mesmo quando uma análise molecular revela que um comportamento patológico pode ser mantido por consequências positivamente reforçadoras (como no caso dos vícios), geralmente refletem um repertório empobrecido por contingências aversivas (Goldiamond, 1974).

A partir da constatação de que o controle aversivo é responsável pela configuração de comportamentos considerados patológicos, Skinner (1953/1998) considera que o papel da terapia é promover um ambiente não aversivo para o cliente, o que, em algum grau, reverteria os efeitos de seu histórico de punição. Diante da audiência não punitiva do terapeuta, respostas anteriormente punidas teriam sua frequência aumentada, dando origem a novas descrições características de consciência e autoconhecimento; a emissão de tais respostas em ambiente não punitivo diminuiria também efeitos emocionais condicionados, reduzindo a intensidade de emoções negativas. Ainda que em sua obra de 1953 Skinner estivesse apenas tentando descrever contingências possivelmente presentes em psicoterapias de sua época, a configuração do comportamento do terapeuta como audiência não-punitiva passou a ser tida como prescrição geral para terapeutas analítico-comportamentais (Santos et al., 2012).

Banaco e Zamignani (2018) alertam que a configuração da relação terapêutica como livre de contingências aversivas é um mito: muitos dos procedimentos típicos do trabalho psicoterapêutico envolvem componentes aversivos, acidental ou intencionalmente. De forma acidental, alguns comportamentos verbais e não-verbais do terapeuta, como descrições,

interpretações, gestos e expressões faciais, podem ter função aversiva para o cliente a partir de seu histórico de aprendizagem. De forma intencional, alguns procedimentos psicoterapêuticos bastante comuns são inerentemente aversivos, como o confronto, a evocação de relatos com carga aversiva condicionada, e as técnicas de exposição. O uso de procedimentos aversivos em terapia justifica-se pelo fato de permitir o desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento em um ambiente controlado, o que, a longo prazo, enfraqueceria o efeito das contingências aversivas sobre o cliente (Deffenbacher, 2002).

A solução para essa aparente controvérsia é conceitual. Em primeiro lugar, a punição é apenas um tipo de controle aversivo, de forma que ser uma audiência não punitiva não é o mesmo que prescindir do uso de qualquer tipo de controle aversivo. A punição define-se pela consequenciação do comportamento a partir da apresentação de estímulo aversivo (Catania, 1999), o que não caracteriza, em essência, procedimentos de exposição ou a evocação de relatos com carga aversiva condicionada. Segundo, a prescrição da não-punição no ambiente clínico parece fazer referência a uma categoria específica de estimulação aversiva: a rejeição social.

Os termos “punição” e “estímulo aversivo” descrevem um grande número de eventos corriqueiros na vida das pessoas. Pegar um engarrafamento ao tentar um novo trajeto de carro é punitivo, assim como o desconforto de vestir uma roupa apertada, o tropeço em um degrau de escada ao andar desatento, ou a perda de pontos em um jogo de celular. Ainda que possam incluir todos os efeitos diretos e colaterais típicos de contingências aversivas, não há motivos para crer que são essas contingências as responsáveis pela configuração de quadros psicopatológicos e pelo sofrimento que leva pessoas a buscar ajuda terapêutica. As contingências aversivas clinicamente relevantes caracterizam-se não pela intensidade, mas pela qualidade do evento aversivo. Como discutido anteriormente, a rejeição social enquanto

evento antagônico a um dos pilares do bem-estar das pessoas – a aceitação social – tem inúmeros efeitos prejudiciais à saúde psicológica de indivíduos (Leary, 2010), e parece configurar a categoria de estimulação aversiva de especial interesse terapêutico. Pode-se concluir que, do ponto de vista clínico, as contingências aversivas responsáveis pela deterioração da saúde psicológica do indivíduo são aquelas que envolvem a rejeição social, ao passo que a prescrição terapêutica da audiência não punitiva envolveria o não-uso da rejeição como ferramenta de controle no ambiente clínico.

No entendimento da Terapia Comportamental Abrangente, o enfraquecimento do controle aversivo sobre o comportamento do cliente, ao lado do enriquecimento de seu repertório verbal, constitui-se como elemento central aos objetivos terapêuticos. No entanto, o uso da audiência não punitiva é apenas parte desse esforço. A partir do momento em que o terapeuta não usa da rejeição social como ferramenta de controle sobre o cliente, ele faz com que a terapia não agrave os efeitos de contingências que existem fora do consultório, mas não necessariamente as soluciona. A outra parte do esforço da terapia envolve o uso de procedimentos para o enfraquecimento de contingências aversivas extra-consultório. Tais procedimentos serão descritos nas seções seguintes.

Intervenções

Tendo esclarecido os objetivos terapêuticos na Terapia Comportamental Abrangente – ditos o enriquecimento do repertório verbal do cliente e o enfraquecimento do controle aversivo sobre seu comportamento – o próximo passo é definir quais as ferramentas de intervenção que podem ser utilizadas para atingi-los. Em seguida serão apresentados os principais princípios, posturas e procedimentos interventivos empregados na TCA.

Liberdade interventiva

A TCA adota explicitamente como princípio a liberdade interventiva: o terapeuta é livre para utilizar em seus atendimentos qualquer tipo de intervenção que preferir, desde que alinhada com formulações funcionais do caso e delimitada por princípios éticos. A liberdade interventiva pode parecer problemática enquanto aspecto definidor de um modelo psicoterapêutico por dois motivos. Primeiro, efetivamente não delimita um procedimento de atuação, mas obscurece os limites que diferenciam um modelo terapêutico de outros. Segundo, a liberdade para intervir como preferir não define um modelo terapêutico, mas caracteriza inerentemente a atuação de qualquer profissional da Psicologia.

A importância do princípio da liberdade interventiva está ligada ao efeito do seu controle sobre o comportamento de terapeutas. Enquanto regra, sinaliza a não-punição de condutas terapêuticas que poderiam ser consideradas incomuns ou incompatíveis diante de uma determinada comunidade. O processo natural de coesão de grupos implica na aceitação de condutas compatíveis com a identidade do grupo, e rejeição daquelas que ferem tal identidade (Shin & Doyle, 2018). Entre analistas do comportamento e psicólogos em geral, o resultado de tais dinâmicas pode levar a práticas inflexíveis, insegurança e rigidez do terapeuta. É comum que terapeutas iniciantes questionem suas próprias ideias de intervenção com falas do tipo “Pensei em fazer/falar x, mas não sei se posso. Posso?”. Tais dúvidas revelam um conflito de controle entre as contingências do próprio atendimento e aquelas da comunidade verbal externa sobre o comportamento do terapeuta. O objetivo da liberdade interventiva enquanto regra é enfraquecer o controle aversivo da comunidade externa sobre o comportamento do terapeuta, de modo a torná-lo mais sensível às contingências do processo terapêutico. A liberdade interventiva é um incentivo à espontaneidade do terapeuta e à experimentação clínica.

Delimitando os objetivos da intervenção

Grande parte das intervenções na TCA tem como objetivo a implementação de novas habilidades verbais no repertório do cliente. Assim, o primeiro passo é a definição das habilidades a serem aprendidas. As habilidades verbais podem ser aquelas consideradas necessárias para a resolução de uma situação-problema pontual, seja pela ação direta sobre o ambiente social ou pela transformação da função de eventos envolvidos na situação de modo a alterar o efeito que exercem sobre o cliente, ou podem ser repertórios abrangentes cujos efeitos esperados afetam áreas diversas de sua vida.

A formulação do caso deve buscar integrar e relacionar demandas pontuais em termos de repertórios abrangentes observados ou deficitários, de modo que as intervenções devam, preferencialmente, mirar na aquisição de repertórios abrangentes. Intervenções menos abrangentes, ou seja, aquelas voltadas para a resolução de uma situação pontual, são escolhidas quando a formulação do caso ainda está incompleta, ou quando a resolução daquela situação é julgada importante ainda que não esteja visivelmente alinhada com as demandas abrangentes. A título de ilustração dessa diferença, um cliente pode revelar insatisfação em diversas áreas de sua vida (trabalho, relacionamento, rotina) associada a um repertório abrangente caracterizado por falas do tipo “eu preciso X”, sob controle de normas sociais e pressões externas. Um repertório abrangente novo e útil cujo efeito perpassaria todas essas áreas seriam falas que envolvem “eu quero X”, mais sensíveis àquilo que lhe é reforçador individualmente. A aquisição de falas do tipo “eu quero” configura objetivos abrangentes, dada a natureza desse repertório. Concomitantemente, se o cliente decide que quer prestar concursos públicos, mas parece não ter habilidades para organização dos estudos, a aquisição das habilidades verbais de organização pode ser colocada como objetivo terapêutico paralelo, embora, a princípio, não configure objetivos abrangentes.

A definição dos repertórios verbais a serem adquiridos configura parte central dos objetivos terapêuticos. Essa definição é flexível, mutável, e deve ser negociada e explicitada para o cliente em vários momentos do processo terapêutico. Ainda que na TCA não sejam adotados parâmetros objetivos para mensuração de mudanças no repertório verbal do cliente, a melhora é observada pela mudança na forma como o cliente fala sobre seus problemas e sobre sua vida. A partir de uma formulação de caso que alinha repertórios verbais ao funcionamento geral do cliente e ao seu bem-estar, espera-se que essa mudança na forma de falar seja acompanhada de outras mudanças positivas em sua vida.

Trabalhando com repertórios abrangentes

Como descrito anteriormente, um repertório abrangente é uma classe operante verbal de ordem superior caracterizada por regularidades no padrão relacional verbal de respostas, ou seja, na forma como a fala é construída. Repertórios abrangentes costumam ser de interesse clínico porque participam da construção de todo o repertório verbal do indivíduo e, portanto, afetam todo o seu funcionamento psicológico.

O trabalho com repertórios abrangentes na TCA envolve a identificação de repertórios abrangentes existentes, a consideração de tais repertórios na análise funcional e na formulação do caso e a definição de novos repertórios abrangentes cuja aquisição é de interesse terapêutico.

Não existem métodos objetivos e diretos para identificação de repertórios abrangentes na fala do cliente. Ela parte da observação atenta a regularidades de sua fala. Dificilmente acontece nas primeiras sessões, já que depende de uma amostragem substancial de emissões verbais. É possível caracterizar um repertório abrangente quando o padrão observado é percebido em falas sobre os mais variados tópicos. Como dito anteriormente, o repertório

abrangente não caracteriza o conteúdo, mas o formato das falas. Um repertório abrangente que envolve a justificativa de comportamentos a partir de uma retrospectiva histórica do indivíduo pode exibir falas assim ao descrever uma briga que teve no dia anterior, ao falar casualmente de uma série de televisão, ou para dar uma aula sobre algum tema. Portanto, uma das formas de obter amostras úteis para identificação de repertórios abrangentes é a observação de falas do cliente sobre temas variados.

Outra estratégia para identificação de repertórios abrangentes envolve a observação do terapeuta de seus próprios sentimentos ao longo dos atendimentos. Como o comportamento verbal é definido funcionalmente pelos efeitos que gera sobre o ouvinte, o reconhecimento dos efeitos emocionais pode funcionar como pista para outras funções (Rico, Golfeto & Hamasaki, 2012). Um cliente cujo repertório abrangente caracteriza-se pela descrição de obstáculos que dificultam e problematizam qualquer curso de ação e mudança poderá fazer que o terapeuta sinta-se frustrado. Esse tipo de funcionamento verbal provavelmente fará com que esse cliente se esquive de muitas situações-problema e se frustre diante de sua dificuldade em atingir seus objetivos. Outro cliente com falas caracteristicamente mais positivas, elogiosas e gratas fará que o terapeuta sinta-se mais motivado e satisfeito durante os atendimentos. A frustração do terapeuta em um caso e a satisfação em outro, contudo, não necessariamente revelam qualquer coisa sobre a qualidade de seu próprio trabalho ou sobre os progressos da terapia, mas apenas indicam efeitos comuns da fala dos clientes.

Uma vez observados os padrões de fala, é útil defini-los em termos de repertórios abrangentes. Ainda que, em alguns casos, seja possível adjetivar esses padrões como “pessimista” ou “prolixo”, repertórios abrangentes não descrevem qualidades, mas ações. Quaisquer que sejam as funções do comportamento verbal, o padrão relacional descreve o “como”, aquilo que o indivíduo faz verbalmente para alcançar tais funções. Assim, uma

definição de repertório abrangente do tipo “antecipar falhas e obstáculos diante de possíveis cursos de ação” é mais precisa e útil do que “pessimismo”. Essa definição deve ser feita no nível público, de modo que o cliente possa contribuir participar de sua construção e beneficiar-se do autoconhecimento produzido por ela.

O treinamento de repertórios opostos

Regularidades nos padrões de fala revelam não só a presença de determinados repertórios abrangentes, mas a ausência de outros. Alguém que, em sua fala, consistentemente culpa outras pessoas pelos próprios problemas revela não só o domínio de uma habilidade verbal relacional específica (relacionar problemas e outras pessoas), mas o déficit na habilidade oposta (relacionar problemas consigo mesmo). Do ponto de vista funcional, não existe um repertório intrinsecamente superior ao outro. Dentro do exemplo dado, responsabilizar outras pessoas por acontecimentos indesejados pode ser funcional de várias formas. Enquanto parte do processo decisório que media interações sociais, viabiliza a expressão de incômodos, e a opção por se afastar de pessoas que são fonte de controle aversivo. Paralelamente, assumir responsabilidade por problemas pode ser ocasião para mudanças comportamentais, aumentando a variabilidade do comportamento e facilitando a resolução desses problemas. Enquanto ferramentas verbais, os dois repertórios são úteis. Ademais, não são excludentes. Alguém que consiga atribuir responsabilidade tanto a si próprio quanto a outras pessoas por acontecimentos desejados poderá fazer atribuições verbais de forma mais refinada, ponderada, e sensível às contingências em vigor. Reitera-se a ideia de que o bom funcionamento psicológico não depende de um ou outro repertório específico, mas de um conjunto de repertórios rico e diversificado.

Nesta visão, toma-se como parâmetro de definição de repertórios verbais a serem treinados em terapia aqueles que são deficitários, e não necessariamente aqueles que parecem adequados uma situação-problema específica. Essa lógica parte de um pressuposto, anterior à própria análise funcional, de que a aquisição de repertórios conspicuamente deficitários será benéfica ao indivíduo. Cabe ao terapeuta, no diálogo com o cliente, formular hipóteses sobre como esses novos comportamentos verbais podem ser úteis a diversos contextos em sua vida e, posteriormente, testá-las.

Uma análise funcional que considera o papel das relações verbais na construção da função dos eventos envolvidos pode revelar a centralidade de repertórios abrangentes na constituição de diversas demandas clínicas. O indivíduo que continuamente assume culpa sobre qualquer infortúnio que acontece com si mesmo e com pessoas ao seu redor tenderá a exibir um padrão generalizado de esquivas: evitará expor seus sentimentos e opiniões; se submeterá a relações abusivas e estressantes; não se arriscará em projetos ou esforços nos quais a falha pode ser interpretada como um fracasso pessoal; tenderá a remoer pensamentos sobre ações passadas nas quais pode ter falhado ou decepcionado alguém sentindo-se triste, culpado e ansioso. Quando várias demandas podem ser traçadas a um único repertório abrangente, uma intervenção que mire diretamente naquele repertório tenderá a ter resultados amplos. Uma forma de fazer isso é treinando repertórios abrangentes opostos.

A descrição de um repertório abrangente, assim como a definição de um repertório abrangente oposto são, em essência, arbitrárias, sujeitas às nuances das próprias habilidades verbais do terapeuta. Um terapeuta pode descrever o padrão de falas de um cliente como “focado nas características negativo das pessoas e das relações”, e descrever como um repertório oposto algo como “focado no lado bom das pessoas e das relações”. Outro terapeuta poderia julgar as mesmas falas como “excessivamente críticas em relação aos

defeitos de outros”, e definir seu oposto como “empático em relação às dificuldades dos outros”. Falas com teor “focado no lado bom das pessoas e relações” ou “empático em relação às dificuldades dos outros” são bastante distintas entre si, e essa definição impactará nos caminhos adotados para o treinamento de novas habilidades verbais. A arbitrariedade dessa decisão não é um problema, uma vez que, independentemente da forma como os repertórios opostos sejam definidos, provavelmente indicarão habilidades verbais deficitárias e, portanto, úteis.

Uma estratégia para confirmar o déficit do cliente em relação ao repertório definido como oposto envolve observar como se sente diante da proposta de falar daquela forma. A exigência para prática de qualquer habilidade pouco desenvolvida provoca ansiedade (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014). Pedir a uma pessoa com déficit em comportamentos definidos como “focar no lado bom das pessoas” que elogie os amigos não só trará dificuldades na prática desses comportamentos, mas deixará o cliente ansioso. A ansiedade, nesse sentido, é um indicativo de que a definição daquele repertório oposto enquanto alvo de treinamento poderá ser proveitosa. Se o cliente sente-se muito confortável para emitir os comportamentos sugeridos, provavelmente não está, de fato, praticando algo novo.

O treinamento de um repertório oposto é feito a partir dos procedimentos habituais de modelagem e modelação de comportamentos verbais. Pode acontecer no diálogo natural da terapia ou de forma direcionada em interações extra-consultório, de forma mais ou menos estruturada, conforme descrito adiante. Como tratam-se de comportamentos de baixa probabilidade, um esforço maior é requerido do cliente para praticá-los. Por esse motivo podem ser úteis atividades mais estruturadas ou tarefas de casa para o exercício do novo repertório. Pelo mesmo motivo, devem-se respeitar princípios de modelagem para o reforçamento de respostas que se aproximem, em algum grau, do comportamento-alvo.

Uma vez que o objetivo do treinamento é a aquisição de um repertório novo, e não a construção de uma forma “correta” ou eficaz de se comportar, é válido e útil induzir e praticar formas extremas ou exageradas do repertório-alvo. Um cliente com dificuldade de fazer reclamações pode ser estimulado a reclamar de maneira frequente, intensa e exagerada a princípio. O exagero nas topografias garante que aquilo que está sendo aprendido é algo realmente novo, e facilita o rompimento das esquivas associadas ao mal-estar experimentado pela emissão de um comportamento deficitário. O resultado final esperado é que a ampliação do repertório do cliente potencialize a variabilidade, e permita a emissão de novas formas, potencialmente mais úteis, a partir da recombinação dos repertórios existentes.

O treinamento de repertórios opostos não é uma técnica, um procedimento ou uma intervenção, mas um raciocínio que subjaz a definição de alguns dos comportamentos-alvo a serem instaurados pela terapia: formatos de fala o mais distantes possível da forma como o cliente fala habitualmente.

O diálogo natural da terapia

A TCA é, em sua essência, uma terapia pouco estruturada. A maioria das intervenções ocorre no diálogo natural entre o terapeuta e o cliente, e não através do uso de técnicas ou estratégias pré-definidas e bem delimitadas. Isso não significa que o terapeuta não deva estar atento aos procedimentos empregados para modificação dos comportamentos desejados, e sim que deve compreender como tais procedimentos estão presentes em suas falas. Qualquer procedimento utilizado em modificação do comportamento pode estar presente em uma interação verbal natural: modelagem, modelação, reforçamento diferencial, extinção, esvanecimento, etc. Em seguida serão descritos aqueles considerados mais comuns e centrais ao diálogo.

A modelagem dos comportamentos verbais é feita pela evocação e reforçamento diferencial de respostas de interesse. Dentre as estratégias de evocação, destacam-se as perguntas retóricas, que se diferenciam das perguntas de investigação no sentido de que essas últimas buscam levantar informações relevantes para investigação clínica, enquanto as primeiras prevêem a resposta emitida pelo cliente e oportunizam sua emissão e reforçamento. Seguindo o exemplo anterior sobre a aquisição do repertório “eu quero”:

C: Não posso sair do emprego agora porque preciso trocar de carro. O meu está velho.

T: Você precisa trocar de carro ou quer trocar de carro?

C: Ele começou a dar defeitos, se eu esperar para trocar pode desvalorizar muito.

T: Mas você realmente quer trocar de carro?

C: Sim, eu quero.

T: E você já pensou em qual carro você quer ter?

C: O carro que eu quero mesmo está longe da minha realidade! Mas estou olhando algumas opções.

Todas as falas do terapeuta tiveram como objetivo evocar falas de um tipo anteriormente fracas no repertório desse cliente hipotético: “eu quero trocar de carro”, “o carro que eu quero”.

Uma vez evocadas as falas de interesse, cabe ao terapeuta reforçar emissões e aproximações. Há diversos gestos e falas do terapeuta que podem funcionar como reforçadores no processo de modelagem da fala do cliente. Destaca-se o que é, aqui, chamado de reforçamento explicado, no qual o terapeuta descreve para o cliente os motivos pelos quais o comportamento emitido é de interesse terapêutico:

T: Qual é o carro que você quer?

C: O meu sonho é um carro antigo, motor V8. Queria poder participar das exposições, que as pessoas viessem tirar fotos com meu carro. Queria andar pela cidade e ficar todo mundo olhando! Mas minhas condições financeiras não permitem.

T: Independente de ser algo que você vai concretizar ou não, achei muito legal a forma como você descreveu esse sonho, e os detalhes daquilo que você falou que queria. Antigamente você não falava de sonhos, daquilo que quer, e só do que precisava fazer. Percebo você muito diferente agora, e acho que conseguir falar tanto de algo que quer é um grande avanço para nós!

Além dos efeitos potencialmente reforçadores, uma fala desse tipo tem também funções sinalizadoras sobre aquilo que é esperado do cliente em termos de esforço de mudança. O reforço explicado também viabiliza o reforçamento de falas que não necessariamente expressam bem-estar e resolução de problemas, mas ainda assim são vantajosas do ponto de vista de aquisição de repertórios comportamentais, como no exemplo acima.

Além da modelagem, o terapeuta pode facilitar a aquisição de novos comportamentos através da modelação. Para isso, deverá emitir falas semelhantes às aquelas que caracterizam os comportamentos-alvo, ou seja, dizer para o cliente o que gostaria que o próprio cliente fosse capaz de dizer naquela situação.

T: A que você atribui o desânimo que vem sentido?

C: À minha depressão. Eu não era assim. Agora não sinto vontade de nada, não tenho energia para fazer nada, quero só ficar no meu quarto.

T: Você me contou que está desempregado, passa a maior parte de seu tempo sozinho em casa, e se cobra constantemente de fazer coisas que não me parecem nem um

pouco empolgantes, como arrumar a casa e estudar para concursos. Parece-me uma vida muito chata mesmo. Acho difícil se manter animado em uma rotina assim.

Quando o terapeuta diz algo como “parece-me uma vida chata”, ele não está apenas emitindo um juízo de valor ou uma opinião pessoal sobre aquilo que observa, mas dando um modelo de fala que, caso incorporado ao repertório do cliente, poderia levar a uma autorregulação verbal diferente. Enfrentar o desânimo dizendo “estou desanimado porque tenho depressão” leva o cliente a se comportar de forma resignada ou, no máximo, buscar tratamentos médicos; dizer “estou desanimado porque minha vida é chata”, por outro lado, pode levar à busca de mudanças na rotina, o que, em uma leitura funcional, mais provavelmente resultaria em mudanças positivas no humor.

É possível supor que, mesmo que não seja capaz de descrever as funções de suas próprias falas, qualquer terapeuta emprega procedimentos de modelagem e modelação em seu diálogo natural com o cliente. No entanto, estar ciente das funções da própria fala permite que o terapeuta conduza seu diálogo de forma mais direcionada e potencialmente mais efetiva.

Validação analítica

O termo validação analítica se refere a um tipo de *feedback* dado pelo terapeuta ao cliente que combina aspectos de validação/aceitação e elementos de uma análise funcional. Dessa forma, tais falas cumprem simultaneamente a função de enfraquecer o efeito de contingências aversivas ligadas à rejeição social sobre determinados comportamentos do cliente, e promover autoconhecimento pela descrição da relação entre tais comportamentos e suas variáveis de controle atuais e históricas.

Em certo sentido, a análise funcional parte da premissa de que todo comportamento é, em princípio, funcional, ou seja, que se mantém pela produção de consequências que são importantes ao indivíduo. Compartilhar uma análise funcional de forma validante é revelar essa importância ao cliente. A validação analítica se opõe a análises funcionais construídas com o objetivo final de modificar o comportamento em questão. A diferença é importante porque muitas vezes o próprio desejo de mudança está na base do sofrimento clínico, uma vez que revela rejeição sobre o próprio comportamento.

Para compreender essa diferença, suponha um cliente que chegue à terapia queixando-se do fato de masturbar-se em excesso. Qualquer terapeuta analítico-comportamental conduzirá a investigação levantando informações úteis para uma análise funcional: contextos nos quais o comportamento ocorre, histórico de desenvolvimento do comportamento, disponibilidade de comportamentos alternativos, etc. Entretanto, frequentemente antecede a investigação o julgamento do comportamento de masturbar-se como adequado ou inadequado. Um terapeuta que o julgue como inadequado, mesmo que meramente seguindo o julgamento emitido pelo próprio cliente, irá conduzir a análise funcional buscando dados para modificar contingências necessárias para redução desse comportamento. Suas intervenções carregarão implicitamente o julgamento de que a masturbação é inadequada e deve ser suprimida, reforçando os efeitos de rejeição social que levaram o cliente para terapia em primeiro lugar, uma vez que seu próprio julgamento tem, inevitavelmente, origem social. Em contrapartida, um terapeuta que exponha sua análise funcional ao cliente de forma a sugerir que aquele comportamento é justificável e legítimo diante das funções que cumpre e do contexto no qual é emitido irá promover aceitação social, enfraquecendo o efeito das contingências aversivas que levaram o cliente à terapia. Considerando que o comportamento de masturbar-se pode ter função de esquiva e regulação de ansiedade, ambos produtos de

contingências aversivas, a aceitação promovida pela validação analítica poderia, paradoxalmente, reduzir sua frequência (Machado, 2019).

A estrutura geral de uma fala com caráter de validação analítica é algo como “faz sentido que você aja/sinta assim, dado que na sua história/em seu ambiente atual operem tais contingências”. Falas do terapeuta com esse teor devem ser frequentes na sessão, sobretudo na discussão de padrões comportamentais do cliente que se pretende entender e/ou em comportamentos associados a sentimentos negativos, como culpa, raiva ou ansiedade. A validação analítica parte, obviamente, de uma investigação funcional cuidadosa do comportamento. Contudo, não é necessário que o terapeuta julgue que sua análise funcional está completa antes de compartilhá-la com o cliente; análises incompletas podem ser compartilhadas na forma de hipóteses e, assim, refinadas no diálogo terapêutico.

Transparência ativa

O termo transparência ativa descreve uma postura terapêutica através da qual o terapeuta compartilha com o cliente o processo decisório pelo qual conduz seu trabalho. Falas características da transparência ativa incluem suas hipóteses, impressões, intenções, dúvidas, planos, expectativas e justificativas de conduta. Por exemplo, ao fazer perguntas ao cliente sobre sua infância e história familiar, o terapeuta pode dizer “estou fazendo perguntas sobre sua infância porque tenho a impressão de que esses seus comportamentos com os quais estamos trabalhando possam ter se originado na relação com seus pais”, mesmo antes de confirmar tal hipótese. Em outro caso, ao pensar em estratégias de terapia de exposição para um cliente com medo de dirigir, o terapeuta pode compartilhar uma dúvida do tipo: “Eu acredito que seu medo de dirigir só vai reduzir de fato à medida que você se expuser, gradualmente, ao carro e ao próprio ato de dirigir de forma tranquila e sem incidentes. No

entanto, como você tirou habilitação recentemente e eu não tenho bons parâmetros para avaliar seu nível de habilidade para dirigir, não me sinto seguro para lhe orientar a voltar a dirigir. Estou tentando pensar em uma maneira para que possamos criar uma situação com mais segurança.”. Rotineiramente, um terapeuta emite muitos comportamentos privados desse tipo durante um atendimento. A transparência ativa consiste em torná-los públicos.

O adjetivo “ativa” parte do entendimento de que muitos desses pensamentos não são intencionalmente escondidos pelo terapeuta; simplesmente não se tem o hábito de compartilhá-los. Ativo, portanto, é o ato de tomar consciência deles e trazê-los para o diálogo terapêutico. Enquanto procedimento, trata-se de estar atento aos próprios pensamentos durante um atendimento, e perguntar-se regularmente “eu deveria dizer ao cliente isto que estou pensando?”. Ainda que, obviamente, nem tudo deva ser compartilhá-lo, deve-se existir uma inclinação ao “sim”. Não existe uma dicotomia entre ser ou não transparente; a transparência ativa desenvolve-se em níveis. É uma habilidade a ser exercitada pelo terapeuta e, com a prática, se aperfeiçoa. Com o tempo, os precorrentes que envolvem perguntar-se “o que estou pensando?” e “devo compartilhar isso?” desaparecem, e o terapeuta torna-se naturalmente transparente.

A transparência ativa reduz a assimetria da relação terapêutica e aumenta o protagonismo do cliente no processo decisório da terapia. Tendo acesso às formulações do terapeuta, o cliente pode complementá-las, questioná-las, corrigi-las e, sobretudo, tomá-las como modelo para sua própria autorregulação. Além disso, a partir do momento em que verbaliza publicamente as ideias que regulam seu próprio comportamento, o terapeuta torna-se mais cômico do que está fazendo e pode, também, questionar, corrigir e complementar seu próprio comportamento verbal, além de formular regras explícitas possivelmente generalizáveis para outras contingências de sua prática. Assim, a transparência ativa

enriquece as contingências verbais da relação terapêutica responsáveis pelas mudanças desejadas.

Terapeutas podem sentir-se receosos em expressar seus pensamentos aos clientes. A própria origem do pensar está associada à punição do comportamento verbal, que faz com que algumas emissões deixem de acontecer no nível público e fiquem confinadas ao privado (Skinner, 1957/1992). Tais contingências aversivas são dispostas ao longo de toda nossa vida, inclusive na formação clínica a partir de regras como “não faça análises ou realize qualquer tipo de intervenção antes de uma investigação extensa e cuidadosa do caso”. Falar de forma mais aberta está associado a um histórico de punição, e pode ser desafiador. Um limite da transparência ativa é o potencial efeito aversivo das falas do terapeuta sobre o cliente, conforme o que será discutido adiante.

A intervenção multiuso

São centrais à Terapia Comportamental Abrangente as ideias de que todo o comportamento de um indivíduo é regulado pelo seu funcionamento verbal, e que seu repertório verbal é construído a partir de interações sociais. O diálogo clínico é um fragmento muito pequeno dessas interações. Mesmo depois de iniciar um processo terapêutico, o comportamento do cliente continua sofrendo constante controle das contingências sociais em seu ambiente natural. Essas contingências comumente atuam na forma de conversas corriqueiras com pessoas relevantes de seu convívio. Não surpreendentemente, é comum também que o cliente relate algum tipo de mudança terapêutica como resultado de uma conversa que teve com alguém. A intervenção multiuso consiste de direcionar o cliente para uma conversa com potencial terapêutico.

O termo “intervenção multiuso” foi cunhado informalmente em um curso sobre intervenções terapêuticas, e as práticas da comunidade de terapeutas comportamentais abrangentes o mantiveram. A palavra “multiuso” faz diferença a dois aspectos da intervenção: primeiro, ela pode ser empregada para um grande número de demandas, desde manejo de ansiedade até treinamento de habilidades específicas; segundo, ela tem efeitos múltiplos sobre o comportamento.

Uma análise dos efeitos da intervenção multiuso requer a compreensão dos processos comportamentais que ocorrem durante uma conversa comum. Um deles é a modelação: as falas de outras pessoas podem se tornar modelos para nosso próprio comportamental verbal, tanto enquanto habilidades sociais quanto habilidades cognitivas. O segundo é a modelagem: as consequências sociais contingentes às nossas falas fazem com que algumas emissões sejam selecionadas e outras extintas, promovendo diferenciação e refinamento de nossos repertórios verbais. E, terceiro, pode promover validação e aceitação de falas que, em função de contingências passadas, sofreram algum tipo de controle aversivo. O enfraquecimento desse controle aversivo traz à tona comportamentos que antes tinham baixa frequência, permitindo que entrem em contato com as contingências sociais atuais e refinem-se, além de reduzir efeitos gerais da ansiedade sobre o indivíduo.

Uma das maneiras de se pensar a importância da intervenção multiuso é a partir do entendimento de que o comportamento verbal de um indivíduo é um instrumento de coesão de grupos, de forma que tende a ser consoante com a fala de pessoas relevantes de seu ambiente social. Pode-se mudar o comportamento verbal, portanto, inserindo o indivíduo em um novo ambiente social. Essa inserção não é espacial, mas interativa. Há evidências de que a quantidade de interações entre indivíduos está positivamente correlacionada com similaridades de seus comportamentos, crenças e cognições (Carron et al., 2003). A pergunta

a ser respondida é: em quais ambientes são emitidos comportamentos verbais semelhantes àqueles cuja aquisição é de interesse terapêutico? Respondida essa pergunta, direciona-se o cliente à interação nesses ambientes.

Ao contrário do que acontece com tarefas de casa em treinos de habilidades sociais nas quais o cliente é treinado e instruído a emitir falas específicas diante de determinados contextos-problema de sua vida (Del Prette & Del Prette, 2008), o direcionamento feito pela intervenção multiuso não é estruturado. Sua instrução geral é “fale abertamente sobre X com Y”, sendo X o tema de interesse, e Y a(s) pessoa(s) escolhida(s). Uma vez que parte da dificuldade do cliente é a de construir falas claras e organizadas sobre o tema de interesse, a primeira parte da intervenção envolve a evocação e modelagem de tais falas no diálogo terapêutico, o que acontece na forma de investigação comum durante a sessão.

A intervenção multiuso pode tomar várias formas. Para exemplificá-las de maneira simples, a Tabela 1 mostra exemplos de demandas terapêuticas comuns, e como poderiam ser abordadas pela intervenção multiuso.

Nas terapias analítico-comportamentais de forma ampla, existem outras técnicas e procedimentos capazes de promover resultados semelhantes, utilizados dentro da sessão, como o treinamento de habilidades sociais, o questionamento reflexivo, e o treinamento em solução de problemas. Seja na forma de uma intervenção estruturada como essas ou no diálogo natural do cliente em suas interações extra-consultório, os processos comportamentais que transformam seu comportamento são os mesmos. Levá-los ao ambiente natural tem, pelo menos, três vantagens: 1) a intervenção multiuso é mais econômica, pois substitui a técnica clínica por um direcionamento mais simples; 2) as contingências do ambiente natural são mais poderosas, uma vez que acessam diretamente as pessoas significativas do círculo social do cliente, sendo que uma mesma fala pode ter efeitos muito

diferentes quando dita pelo terapeuta ou por alguém desse círculo; 3) dispensa a necessidade de domínio de habilidades específicas por parte do terapeuta, uma vez que seu repertório pessoal está diretamente ligado à capacidade de intervir sobre as habilidades sociais e habilidades cognitivas do cliente (c.f. Gale et al., 2017; Knott et al., 2015).

Tabela 1

Exemplos da intervenção multiuso.

| Demanda do cliente | Instrução geral da intervenção multiuso |
|---|--|
| Cliente relata que se isola socialmente porque teme que pode incomodar seus amigos caso os convide para sair. | “Converse com seus amigos sobre seu interesse em sair mais com eles e seu receio de que possa estar incomodando”. |
| Cliente gostaria de divulgar mais seu trabalho e alavancar sua carreira de prestador de serviços, mas não sabe exatamente como fazê-lo. | “Procure alguém que você admira e considera que faz um bom trabalho de marketing pessoal e converse com essa pessoa sobre isso”. |
| Cliente tem um diagnóstico psiquiátrico do qual se envergonha muito, o que reduz sua autoestima e gera retraimento. | “Converse com pessoas que passam por problemas semelhantes”. |
| Cliente tem disfunção erétil gerada por ansiedade e um sentimento de cobrança de desempenho diante da namorada em várias áreas. | “Converse com sua namorada sobre seus medos, seu sentimentos de cobrança e as expectativas dela em relação a você”. |
| Cliente tem vontade de abandonar seu curso superior e começar outro, mas tem medo de que possa se arrepender ou decepcionar seus pais. | “Converse com pessoas que trocaram de curso para saber como foi a experiência”, e “converse com seus pais sobre seu interesse em trocar de curso”. |

O emprego da intervenção multiuso e de intervenções dentro de sessão não são excludentes, e podem ser complementares. Mesmo assim, sempre que possível, sugere-se que o cliente seja direcionado para conversas significativas com pessoas do seu ambiente natural.

A capacidade de acessar os recursos sociais de seu ambiente constitui um dos elementos da autonomia que o cliente deve atingir para chegar a uma alta terapêutica.

A intervenção multiuso é sempre uma aposta. Ainda que a investigação clínica sobre o ambiente social natural do cliente permita que algumas previsões sejam feitas, é impossível prever com segurança o resultado dessas conversas. Tal imprevisibilidade, no entanto, não necessariamente implica em um risco. Uma vez que o objetivo principal é enriquecer o repertório verbal do cliente, o pior resultado possível é que isso não aconteça. Por outro lado, é essa mesma imprevisibilidade que permite a aprendizagem de habilidades desconhecidas pelo próprio terapeuta. Ao ouvir o relato de um cliente que trabalha como médico cirurgião expressando seu medo de errar e gerar sequelas em seus pacientes, o terapeuta não precisa dominar habilidades de enfrentamento específicas a situações assim para então ensiná-las ao cliente; tal aprendizagem pode ser gerada pelo direcionamento “converse com outros médicos cirurgiões sobre esse medo”.

O enfraquecimento do controle aversivo

Como discutido anteriormente, o enfraquecimento geral do controle aversivo sobre o comportamento do cliente constitui um objetivo terapêutico central à TCA. Neste contexto, entende-se por controle aversivo efeitos diversos gerados pela exposição à rejeição social, que incluem o fortalecimento de respostas de fuga e esquiva, o empobrecimento de repertórios capazes de produzir reforçadores positivos importantes, e a experiência de sentimentos negativos, como tristeza, ansiedade e raiva. Há pelo menos quatro posturas ou procedimentos a serem adotadas de forma constante em terapia cujo intuito é enfraquecer efeitos de tais contingências aversivas.

Em primeiro lugar, o terapeuta deve esforçar-se para não estabelecer controle aversivo mediante rejeição social na própria relação terapêutica, postura que se aproxima daquilo que é chamado de audiência não punitiva (Skinner, 1953/1998). A forma mais básica de seguir essa recomendação é não emitindo julgamentos, avaliações negativas ou críticas sobre qualquer comportamento do cliente, o que inclui suas emoções e seus pensamentos. Ao invés de avaliar qualquer comportamento do cliente como “errado” ou “inadequado”, adota-se postura de aceitação mediante a validação analítica. Além disso, o terapeuta deve evitar emitir regras que sinalizem a rejeição social como consequência de comportamentos, como proibições e advertências, uma vez que regras desse tipo também estabelecem controle aversivo (Medeiros & Medeiros, 2012). Tais regras podem fazer referência a contingências intra-sessão (“se você não fizer as tarefas de casa da terapia não poderemos avançar”, “quero que você não mais envie mensagens ao seu ex-namorado”) e também contingências extra-sessão (“se você não fizer seu papel como esposa, seu marido poderá buscar outra”, “cuidado com o que expõe em suas redes sociais”).

Poder-se-ia justificar o uso de punições intra-sessão ou emissão de regras sobre punição pelo fato de que alguns comportamentos do cliente produzem consequências aversivas prejudiciais a ele próprio. Por exemplo, a autorrevelação de sentimentos negativos é um instrumento da FAP e outras terapias analítico-comportamentais para consequenciar comportamentos-problema quando entende-se que o cliente não está sensível aos efeitos negativos que provoca nas pessoas de seu ambiente natural:

[A cliente] argumentou que, devido ao fato de a terapeuta ser uma pessoa jovem e não ter muitas experiências de vida, poderia estar conduzindo de forma inexperiente o processo terapêutico. Essas (...) situações caracterizavam CRB1, pois (...) assemelhavam-se à postura apresentada por ela em outros contextos de sua vida (...).

A terapeuta compartilhou como estava se sentindo (invalidada e impotente)” (Frasson & Nery, 2018, p.276).

No exemplo acima, supõe-se que a fala do terapeuta (“sinto-me invalidada e impotente”) tenha caráter punitivo, funcionando tanto para enfraquecer a resposta a qual consequência quanto para descrever contingências da relação, e justifica-se pela expectativa de enfraquecimento de uma classe de comportamentos que também promove consequências punitivas no ambiente natural da cliente. Além de punir diretamente uma classe de comportamentos indesejada dessa forma, o terapeuta pode buscar reduzir as chances de contato com punição através de regras sinalizadoras como “se você falar com as pessoas dessa forma, elas se afastarão de você”.

Na TCA, questiona-se a efetividade e a desejabilidade de intervenções assim por dois motivos: primeiro, comportamentos de alta frequência que também produzem consequências aversivas geralmente ocorrem porque não existem repertórios alternativos, de forma que o fortalecimento de respostas alternativas pode gerar os mesmos resultados com menos efeitos indesejáveis (Martin & Pear, 2017); segundo, se a punição sinalizada de fato vier a ocorrer nas contingências naturais, o cliente poderá ter seu comportamento naturalmente modelado por ela, dispensando o emprego de punições adicionais. Partindo da ideia de que muitos dos padrões comportamentais problemáticos do cliente são produtos das contingências aversivas às quais foi submetido ao longo de sua história, o emprego de contingências aversivas adicionais na terapia seria uma forma de “apagar fogo com gasolina”.

Ressalta-se que a busca pela audiência não punitiva é um esforço raramente atingido por completo. Terapeutas podem emitir falas com função de rejeição social sem que tenham consciência disso (Banaco & Zamignani, 2018). Como forma de assegurar-se, o terapeuta

pode discutir de forma transparente os efeitos de sua fala com o cliente para tomar consciência e amenizar suas funções aversivas.

Um segundo tipo de procedimento para enfraquecimento do controle aversivo sobre o comportamento do cliente envolve a exposição à estimulação aversiva condicionada mediante a quebra de esquivas, com o intuito de produzir extinção respondente da função condicionada desses estímulos. No contexto clínico, significa encorajar o cliente ao enfrentamento de situações que lhe geram desconforto, seja no próprio *setting* terapêutico ou em seu ambiente natural. Em termos de processo comportamental, os efeitos esperados da adoção dessa postura de coragem são dois: primeiro, a extinção respondente da função aversiva condicionada de determinados estímulos enfraqueceria emoções negativas sentidas diante de certas situações, contextos e pensamentos; segundo, esquivas costumam ser respostas incompatíveis com a emissão de respostas capazes de gerar reforçadores positivos, de forma que o enfraquecimento de esquivas aumentaria o contato com tais reforçadores.

No contexto psicoterapêutico, o estímulo ao enfrentamento de situações desse tipo aproxima-se daquilo que Brown (2012) chama de *vulnerabilidade*. A autora associa vulnerabilidade a “incerteza, risco e exposição emocional” (p. 36). Brown sugere que a capacidade de expor as próprias vulnerabilidades é uma medida de coragem e se correlaciona com índices de resiliência, sendo também um pré-requisito para o estabelecimento de conexões sociais. Tais noções são compartilhadas pelos autores da FAP (Tsai et al., 2011) ao tratar do conceito de *intimidade*, definida como “um repertório interpessoal que envolve a revelação dos pensamentos ou sentimentos mais profundos, e resulta em uma sensação de conexão, apego ou proximidade ao outro” (p. 171). Na perspectiva da FAP, boa parte dos esforços terapêuticos são direcionados para o desenvolvimento de repertórios de intimidade, dados os benefícios psicológicos que podem trazer ao cliente.

Na presente leitura, o que é considerado enfrentamento envolve mais do que a comunicação dos próprios pensamentos e emoções, mas a emissão de qualquer comportamento em contextos que habitual ou historicamente sinalizaram punição social, mas que também podem produzir reforçadores importantes. Concretamente, o incentivo ao enfrentamento inclui uma ampla gama de direcionamentos clínicos: falar sobre temas difíceis em terapia, encorajar que o cliente tenha conversas difíceis com pessoas significativas em sua vida, incentivar a expressão dos próprios sentimentos e opiniões, apoiar decisões que geram receio, incentivar o exercício de atividades e projetos acompanhadas pelo medo de falhar.

Uma terceira forma de enfraquecer o controle aversivo na vida do cliente é mediante o treinamento de habilidades sociais capazes de modificar diretamente as contingências sociais aversivas. A literatura vem mostrando uma correlação negativa entre o desenvolvimento de habilidades de resolução de conflitos (Haraway & Haraway, 2005) e de enfrentamento e autoafirmação (Pinto & Barham, 2014) com medidas de estresse, sugerindo que pessoas capazes de encarar efetivamente situações sociais difíceis experienciam menor mal-estar psicológico. Embora o uso de métodos formais de treinamento de habilidades sociais seja uma alternativa válida, na TCA dá-se preferência aos procedimentos de modelagem e modelação de comportamentos mediante o diálogo natural da terapia e a intervenção multiuso, definindo-se os repertórios-alvo de forma compatível.

A quarta e última forma pela qual o processo terapêutico pode criar ferramentas para o enfraquecimento de controle aversivo sobre o cliente é estimulando a fala sobre temáticas que geram sofrimento, tanto dentro quanto fora da sessão. Temáticas difíceis são aquelas cujos estímulos envolvidos têm funções aversivas construídas a partir de relações verbais com experiências de sofrimento. A mudança da função aversiva desses estímulos requer que sejam inseridos em novas contingências, viabilizando o estabelecimento de novas relações, ou

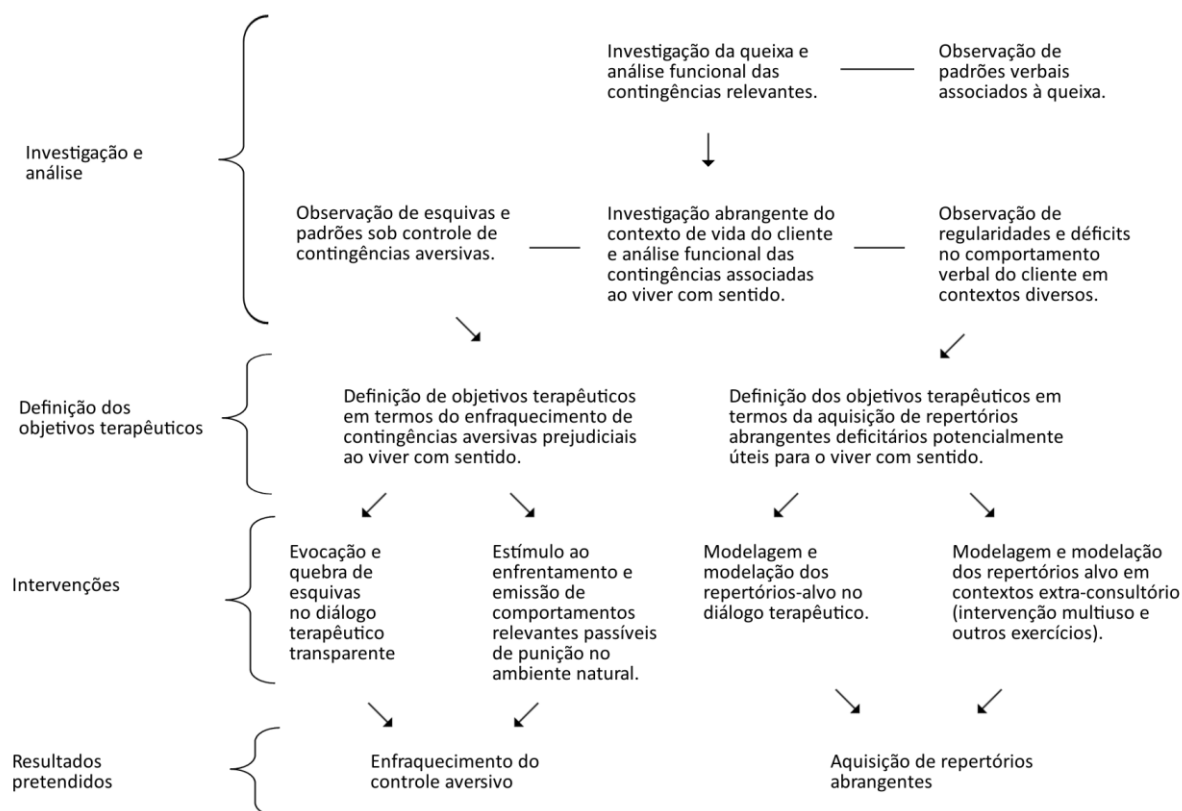
simplesmente a extinção respondente da função aversiva (Vandenberghe, 2004). Ainda que o mero ato de falar sobre o sofrimento não seja suficiente para produzir transformações na função dos estímulos verbais envolvidos, sua inserção em contingências sociais, dentro ou fora do consultório, permite que habilidades verbais de outras pessoas se combinem àquelas do cliente para que a mudança ocorra.

Em conjunto, os efeitos esperados dessas ações terapêuticas são: a redução da função aversiva de eventos verbais; o desenvolvimento de habilidades capazes de modificar a função aversiva de tais eventos; mudanças concretas nas contingências aversivas naturais; desenvolvimento de habilidades capazes de modificar contingências aversivas. Tais mudanças ocorrem sempre de forma concomitante, e seus efeitos somados resultariam na reversão dos efeitos tipicamente associados às contingências aversivas, sobretudo ligadas à rejeição social: redução sentimentos de ansiedade, medo, culpa e raiva; redução de esquivas ativas e passivas; aumento da variabilidade comportamental e enriquecimento do repertório do cliente.

Em sua totalidade, o processo terapêutico na Terapia Comportamental Abrangente busca dispor de contingências intra e extra-consultório capazes de promover a aprendizagem de repertórios abrangentes e enfraquecer o controle aversivo sobre o comportamento do cliente, com objetivo final de aproximá-lo de contingências características do viver com sentido. Os elementos do processo terapêutico são sintetizados na Figura 1. Note que os itens não se referem necessariamente a etapas cronológicas do processo, mas passos a serem percorridos para que se atinjam os objetivos finais.

Figura 1

Fluxograma do processo terapêutico na Terapia Comportamental Abrangente.



A estrutura do processo terapêutico

Modelos psicoterapêuticos variam em seu nível de estrutura. Em um extremo, estão os pacotes de terapias cognitivo-comportamentais, com conjuntos de intervenções pré-definidos, focadas em demandas específicas, um número de sessões pré-determinados, e passos estabelecidos para serem seguidos em cada sessão (Beck, 1997). Em outro extremo, estão as terapias baseadas em princípios, nas quais as intervenções partem de leituras teoricamente fundamentadas de dados coletados assistematicamente no diálogo terapêutico, e as intervenções acontecem também no diálogo natural da terapia, de forma sutil e integrada (Barnes-Holmes et al., 2020). Mesmo dentro das terapias analítico-comportamentais, o nível

de estrutura é diverso. Processos terapêuticos que adotam coleta de dados mediante linha-de-base, distinguem sessões de investigação, intervenção e avaliação, e utilizam de técnicas pré-existentes (como psicoeducação, ensaio comportamental e treino em relaxamento) são mais estruturados. Aqueles que focam mais em intervenções verbais no contexto da relação terapêutica, menos.

Em essência, a Terapia Comportamental Abrangente é uma terapia pouco estruturada. Não utiliza de ferramentas sistematizadas para coleta de dados, não diferencia momentos de investigação e intervenção, e suas intervenções principais acontecem mediante o diálogo natural da terapia. No entanto, o princípio da liberdade interventiva comporta a integração de técnicas e métodos estruturados ao processo terapêutico. Nessa perspectiva, a estrutura não é um aspecto definidor do modelo terapêutico, mas uma ferramenta a ser adotada conforme as necessidades do caso.

Tradicionalmente, programas de intervenções da Análise do Comportamento Aplicada utilizam do esvanecimento das intervenções como forma de promover autonomia e garantir a generalização e manutenção dos comportamentos treinados: um maior grau de estrutura e ajuda é utilizado no início das intervenções, e são gradualmente retiradas à medida que os objetivos são alcançados (Martin & Pear, 2017). Por exemplo, no estudo de Schoen et al. (1988), crianças com síndrome de down foram treinadas em habilidades de auto-ajuda, especificamente lavar os rostos e beber água de um bebedouro. No início da intervenção, era fornecida ajuda física completa: os treinadores colocavam as mãos sobre as mãos da criança, guiavam seu movimento, e faziam a pressão necessária para ativar a pia ou o bebedouro. À medida que as crianças exibiam sucesso na tarefa, tal ajuda era gradualmente removida, até que conseguissem executar o comportamento desejado ao simples comando verbal “lave o rosto”/“beba água”.

Na clínica, o esvanecimento da ajuda oferecida pelo terapeuta também tende a ocorrer à medida que repertórios de interesse vão sendo adquiridos. Quando se aplica uma técnica com alto grau de estrutura como o treinamento em solução de problemas a partir da prática escrita de passos bem delimitados (Nezu & Nezu, 2002), é razoável esperar que as habilidades exercitadas passem a integrar o repertório verbal natural do cliente, sem a necessidade de que siga sempre à risca cada um dos passos e realize tarefas por escrito. O sucesso de tal intervenção é visto não só na solução dos problemas abordados, mas na observação de mudanças na fala do cliente, que se torna mais capaz de descrever de seus problemas de forma mais organizada e produtiva. Ao observar tais mudanças na fala, o terapeuta percebe que intervenções mais estruturadas não mais são necessárias naquele momento da terapia, e pode continuar a modelagem desse repertório através de intervenções mais abertas, como perguntas direcionadas.

Na TCA, recomenda-se que, podendo-se escolher entre uma intervenção mais estruturada e uma menos estruturada com a mesma expectativa de resultado, o terapeuta dê preferência àquela menos estruturada. A essa ideia dá-se o nome do *princípio da mínima estrutura*. A remoção da estrutura permite o exercício de um número maior de habilidades auxiliares do cliente, e privilegia o controle de contingências naturais sobre seu comportamento, promovendo autonomia e independência. Entende-se que, quanto mais as intervenções aproximam-se de uma interação verbal natural, maiores as chances de que os elementos dessa interação integrem-se ao repertório corriqueiro do cliente.

A título de ilustração, consideremos o tratamento de um cliente que apresente sintomas depressivos com baixa frequência de atividades capazes de produzir reforçadores positivos em sua rotina. Uma intervenção bastante estruturada para casos assim envolve a adoção de um protocolo de Ativação Comportamental, como aquele apresentado por Abreu e

Abreu (2017). Passos da intervenção incluem o uso de um inventário diagnóstico para sintomas depressivos, o preenchimento e seguimento de uma agenda semanal de atividades com escalas de domínio e prazer para cada atividade, a aplicação de um formulário de avaliação de valores, e a criação de uma lista de atividades reforçadoras. O objetivo final é que o cliente identifique atividades com maior probabilidade de engajamento e maior potencial reforçador, e engaje-se nelas, retomando o contato com reforçadores importantes em sua vida. Um procedimento alternativo em direção ao mesmo objetivo envolveria a formulação de perguntas capazes de levantar informações semelhantes, como “que atividades costumavam te dar prazer?”, “o quão difícil seria para você neste momento se engajar nesta atividade?”. Uma intervenção ainda mais enxuta com o mesmo objetivo se resumiria a uma única pontuação: “Você parece estar vivendo uma rotina que te deixa bastante desanimado. O que acha que pode fazer para mudar isso?”. Em comparação com o protocolo de Ativação Comportamental, esta última intervenção requer um grande número de repertórios auxiliares do cliente para que o resultado seja alcançado. Caso tais repertórios não existam, deve-se aumentar o nível de estrutura, criando contingências para que possam ser modelados. Caso já existam, intervenções mais estruturadas seriam desnecessárias, custosas, e tirariam do cliente a oportunidade de exercer habilidades importantes para sua autonomia.

A partir desse princípio, a adoção de intervenções mais estruturadas justifica-se quando intervenções menos estruturadas se mostram ineficazes ou insuficientes. Assim, a gradação da estrutura ocorre não só em sua remoção (*fading out*), mas também em sua inserção (*fading in*).

Partindo-se desse raciocínio, a alta terapêutica deve ocorrer não quando o cliente deixa de relatar problemas e situações difíceis em sua vida, mas quando exhibe, em sua fala,

ferramentas verbais necessárias e suficientes para enfrentar tais situações e lidar com seus problemas de forma efetiva.

O comportamento do terapeuta

O desenvolvimento de uma psicoterapia pouco estruturada, baseada em princípios, cujas intervenções são flexíveis e voltadas para o comportamento verbal depende não só do arsenal técnico do profissional, mas das habilidades pessoais do terapeuta (Anderson, 2009; Nissen-Lie et al., 2017). De fato, tanto as terapias de terceira geração (Hayes, 2004) quanto os modelos brasileiros de terapia analítico-comportamental (Bitondi & Setem, 2007) costumam dar ênfase na importância do desenvolvimento do repertório do terapeuta como requisito para uma atuação eficaz.

A psicoterapia é, em essência, um conjunto de episódios verbais estabelecidos entre terapeuta e cliente. Assim sendo, o comportamento do terapeuta é um resultado combinado do controle estabelecido pelo comportamento do cliente, de outras contingências do *setting* terapêutico, a partir de seu repertório verbal do profissional. O conceito de repertório abrangente sugere que as habilidades verbais empregadas pelo terapeuta foram, em grande parte, aprendidas e modeladas por contingências exteriores ao seu treinamento formal. Comportamentos típicos da prática clínica como fazer perguntas, dar feedbacks, dar orientações, validar e confrontar em muito se assemelham a comportamentos sociais emitidos em contextos informais, e provavelmente envolvem, pelo menos em parte, repertórios coincidentes. Isso faz com que terapeutas com treinamentos formais bastante semelhantes ainda possam apresentar práticas clínicas bem diversas, sujeitas às suas idiosincrasias e histórias pessoais.

Diante dessa observação, a TCA dá ênfase especial à construção de repertórios verbais diversificados como relevantes para prática terapêutica, não só aqueles adquiridos em contexto de treinamento formal. Em congruência com os argumentos apresentados anteriormente sobre a definição dos comportamentos-alvo de interesse clínico, o critério para que a aquisição de novos repertórios abrangentes seja considerada importante é o próprio déficit conspícuo, independentemente do estabelecimento de uma relação *a priori* daquele déficit com alguma situação-conflito vivida pela pessoa – no caso do terapeuta, a dificuldade na condução de algum caso. Terapeutas comportamentais abrangentes são estimulados a se inserir em contextos sociais diversos e exercitar formas de falar que lhes são estranhas a fim de expandir seu repertório verbal, partindo do pressuposto de que essa expansão terá impactos positivos sobre seu trabalho clínico.

Mesmo no âmbito formal, o enriquecimento do repertório verbal do terapeuta mediante estudo teórico diversificado é tido como positivo. O contato com diferentes perspectivas e leituras teóricas sobre o comportamento não necessariamente implica numa violação do compromisso epistemológico do terapeuta com o Behaviorismo Radical, mas permite a aprendizagem de novas formas de relacionar eventos verbais, provavelmente úteis para compreensão dos casos clínicos e o estabelecimento de um diálogo terapêutico efetivo para promover mudanças desejadas.

Paralelamente ao enriquecimento de seu repertório verbal, o enfraquecimento das contingências aversivas que atuam sobre o comportamento do terapeuta também é considerado um fator de desenvolvimento pessoal e profissional. Contingências aversivas podem fazer com que terapeutas atuem de forma engessada, além de produzir emoções negativas capazes de interferir negativamente em sua atuação (Banaco, 1993). Cabe ao terapeuta, portanto, agir de forma a enfraquecer o efeito dessas contingências sobre seu

comportamento, o que envolve esforços semelhantes àqueles sugeridos para o cliente: a adoção de uma postura de coragem no enfrentamento de situações difíceis, tanto dentro quanto fora da sessão, e o diálogo aberto sobre contextos que lhe geram desconforto. A liberdade interventiva e a transparência ativa são princípios cuja função é auxiliar o terapeuta a enfraquecer efeitos de contingências aversivas sobre seu trabalho clínico. Considera-se que posturas de coragem e transparência em seus contextos naturais sejam igualmente relevantes.

Em linhas gerais, na TCA entende-se que o crescimento pessoal e profissional do terapeuta são indissociáveis, e que os fatores responsáveis por esse crescimento são os mesmos ligados ao progresso do cliente no trabalho terapêutico: o enriquecimento do repertório verbal e o enfraquecimento de contingências aversivas. Esse entendimento deve direcionar os esforços de aprimoramento profissional de maneiras muito diversas, para além do treinamento profissional. Mesmo no contexto de aprendizagem formal, os conceitos apresentados dão margem a modelos diferentes de treinamento e supervisão, como *roleplays* direcionados para aquisição de repertórios abrangentes, prática da transparência ativa, etc.

A identidade da TCA diante de outras terapias analítico-comportamentais

Posto o panorama histórico delineado no início deste trabalho, marcado pelo esforço em traçar limites entre diferentes modelos e movimentos psicoterapêuticos na Análise do Comportamento, coloca-se a seguinte questão: como situar e categorizar a Terapia Comportamental Abrangente frente outras terapias analítico-comportamentais? É uma terapia de terceira geração? Alinha-se à TAC (Terapia Analítico-Comportamental)? Constitui-se um movimento à parte?

Para que se possa fazer um paralelo entre a TCA e as terapias comportamentais de terceira geração, serão discutidos os principais pontos da caracterização dessas últimas de

acordo com a listagem feita por Lucena-Santos et al. (2015, p.54, baseado em Hayes, 2004) e comparados à proposta da TCA. Em primeiro lugar, as terapias de terceira geração são “fundamentadas em uma abordagem empírica e focada em princípios”, o que significa que mantêm compromisso com o referencial empírico-conceitual da ciência básica que lhes deu origem. Isso é verdadeiro para a TCA, embora esta esteja diretamente afiliada ao Behaviorismo Radical enquanto as terapias de terceira geração se afiliam ao Contextualismo Funcional. Segundo, utilizam “estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas, focadas na função mais que na forma”, o que é verdadeiro para a TCA na medida em que analisa e intervém no comportamento verbal a partir de contextos sociais naturais nos quais está inserido, inclusive a própria relação terapêutica. Assim como as terapias de terceira geração, a TCA também visa à “construção de repertórios flexíveis e efetivos, mais do que a eliminação de problemas estritamente definidos” ao enunciar como objetivo terapêutico e como valor norteador do desenvolvimento pessoal a expansão do repertório verbal. Ao propor que os mesmos processos que levam ao desenvolvimento pessoal do cliente são aqueles que orientam o crescimento profissional do terapeuta, a TCA também “ênfatiza a relevância desses aspectos tanto para clínicos quanto para os clientes”. Por fim, ao dialogar com áreas de interface e utilizar noções oriundas de outras áreas da Psicologia (como a Psicologia Positiva) para definir seus conceitos e diretrizes, a TCA, assim como as terapias de terceira geração, “lida com questões, problemas e domínios endereçados por outras tradições”, abordando tópicos como aceitação, valores de vida e outros. Conclui-se que, baseando-se em sua caracterização geral, a TCA aproxima-se bastante das terapias de terceira geração.

Apesar dos muitos pontos de convergência, seria um erro chamar a TCA de uma terapia de terceira geração por um motivo simples: mais do que um conjunto de

características, o termo “terceira geração” descreve parte de um movimento histórico que, ainda que tenha impactado o desenvolvimento das práticas terapêuticas brasileiras, não corresponde à nossa própria história (Guilhardi, 2012, Vandenberghe, 2011). Nos Estados Unidos, o termo “terceira geração” descreve uma cisão entre determinados elementos da prática de terapeutas comportamentais com aqueles de gerações anteriores. No Brasil, alguns desses elementos existem na caracterização das terapias analítico-comportamentais desde sua concepção, enquanto outros foram assimilados de forma fluida à medida que entravam em contato com outras fontes (Guilhardi, 2012). Portanto, a relação da TCA com o desenvolvimento histórico das terapias analítico-comportamentais do país que lhe deu origem é de continuidade, e não de cisão.

Além da aproximação de suas diretrizes, a TCA alimenta-se de princípios e intervenções bem estabelecidos em outras terapias de terceira geração, como na proposta de observação e intervenção em comportamentos clinicamente relevantes dentro da relação terapêutica como acontece na FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001), de análises inspiradas pela RFT assim como na ACT (Hayes et al., 1999), e na atenção a processos e usos psicoterapêuticos da validação assim como na DBT (Linehan, 2010). Essas aproximações não significam, no entanto, que a TCA seja apenas uma recompilação de diferentes termos e processos oriundos de outras terapias de terceira geração, como faz a proposta da quarta geração de terapias comportamentais (Callaghan & Darrow, 2015). A título de exemplo, algumas diferenças significativas incluem: na TCA, em comparação com a FAP, existe um foco maior e deliberado nas interações extra-consultório do cliente e os comportamentos observados diretamente na relação terapêutica não envolvem somente seus repertórios interpessoais, mas aquelas chamadas habilidades cognitivas; enquanto a leitura da RFT feita pela ACT enfatiza efeitos psicopatológicos do responder relacional e busca o

enfraquecimento do controle verbal, a TCA prioriza o fortalecimento de formas variadas do controle verbal sobre o comportamento do cliente. Por fim, algumas noções centrais à TCA como o conceito de repertório abrangente e a fundamentação de análises funcionais de comportamentos clinicamente relevantes em eventos definidos *a priori* não encontram paralelos diretos nas terapias de terceira geração.

Tanto os pontos de aproximação quanto os pontos de distinção apresentados acima descrevem não só um paralelo entre as terapias de terceira geração e a TCA, mas também entre estas primeiras e a TAC. De fato, apesar de terem origens históricas bastante distintas, há muitas similaridades entre as terapias analítico-comportamentais norte-americanas e as brasileiras (Vandenberghe, 2011). Seria então a TCA parte da TAC? Recapitulando a caracterização apresentada anteriormente, a TAC é definida por 1) uma afiliação conceitual e epistemológica à Análise do Comportamento e ao Behaviorismo Radical; 2) à promoção de mudanças mediante mudanças nas contingências; 3) ao emprego da análise funcional como instrumento principal de investigação; 4) à individualização do processo terapêutico às demandas do cliente; e 5) no uso de uma relação terapêutica pautada em audiência não-punitiva como fundamental ao processo (Costa, 2011). Mais uma vez, todos os pontos correspondem à caracterização da TCA. A TCA é, efetivamente, uma terapia analítico-comportamental de berço brasileiro, tendo sua origem e desenvolvimento modelados pelas mesmas contingências que outras terapias nacionais.

Seria incorreto, no entanto, reduzir à TCA à TAC. Como argumentado anteriormente, os pontos de caracterização da TAC são insuficientes para delimitar um modelo terapêutico, dando margem a práticas muito diversas entre si, e não respondendo a perguntas críticas sobre a condução do processo terapêutico. Em adição às características gerais da TAC, o modelo da TCA especifica a forma como devem ser traçados os objetivos terapêuticos,

agrega conhecimento de outras áreas da Psicologia para gerar análises funcionais mais robustas do comportamento do cliente, enfatiza processos comportamentais associados à mudança clínica, e operacionaliza estratégias de intervenção. Considera-se, portanto, que TAC é um termo que descreve múltiplos modelos terapêuticos, sendo a TCA um deles.

Método

Racional do estudo

A validação empírica de um modelo terapêutico depende da condução de pesquisas sobre sua efetividade no tratamento de demandas clínicas diversas. Pesquisas dessa natureza tipicamente envolvem a sistematização do modelo como caracterização da variável independente, e os resultados terapêuticos como variável dependente, sendo possível a utilização dos mais variados delineamentos de estudo, desde estudos experimentais de caso único até ensaios clínicos randomizados com um grande número de participantes (Kazdin, 2016).

No seu estágio atual de desenvolvimento, investigar a validade empírica da Terapia Comportamental Abrangente desta maneira apresenta desafios, sobretudo no que tange à sistematização de seus métodos de forma suficientemente uniforme e regular para caracterizar uma variável independente. A liberdade interventiva, o princípio da mínima estrutura e a diversidade de comportamentos-alvo possíveis no trabalho terapêutico são algumas das características da TCA que impõem limites às possibilidades de padronização de seus atendimentos.

Deste modo, antes de buscar respostas sobre a validade empírica dos métodos da TCA, julga-se relevante responder perguntas sobre a própria identidade do modelo. Em seus momentos iniciais de divulgação, os questionamentos mais comuns à TCA referem-se à sua originalidade: trata-se de algo realmente novo? Suas diretrizes e procedimentos não redundam com a TAC? Diferem em relação aos resultados produzidos? Tais perguntas, além de conceituais, são empíricas. O presente estudo foi delineado com o intuito de respondê-las.

Se os princípios e métodos da TCA são, de fato, redundantes com aqueles da TAC, seria esperado que terapeutas TAC que entram em contato com a TCA não mostrem

diferenças significativas em suas práticas. Se, por outro lado, a TCA funciona de forma significativamente diferente da TAC, terapeutas TAC em contato com a TCA exibirão especificidades em seu trabalho, e possíveis diferenças em seus resultados. Diante disso, os objetivos do presente estudo incluem a diferenciação das práticas de terapeutas TAC e terapeutas TCA, e o levantamento de possíveis diferenças em relação à sua efetividade.

Uma prática terapêutica não é nada além do conjunto de comportamentos do terapeuta diante das contingências do trabalho clínico. Assim sendo, a caracterização dessa prática envolve a descrição de tais comportamentos. Na presente investigação, os comportamentos do terapeuta constituem as variáveis dependentes do estudo. Diante os obstáculos existentes para uniformização das práticas em qualquer um desses modelos terapêuticos, a variável independente será constituída não pela padronização de procedimentos terapêuticos, mas pelo treinamento e formação em cada um deles. Terapeutas com prévia formação em TAC terão suas práticas e resultados comparados com terapeutas TCA, e consigo mesmos após treinamento em TCA. Portanto, as variáveis do presente estudo são:

Variável independente

A variável independente do estudo é o grau de treinamento e contato com a TCA. Essa variável diferenciou dois grupos experimentais: o grupo de terapeutas que participou da construção da TCA desde suas origens, aqui denominados de terapeutas experientes (TE); e o grupo de terapeutas sem contato prévio com a TCA, aqui denominados terapeutas aprendizes (TA). Os terapeutas aprendizes foram submetidos a um treinamento nos princípios e métodos da TCA, de forma que, para esse grupo, a variável independente assumiu dois valores: pré e pós-treino.

Variáveis dependentes primárias

As chamadas variáveis dependentes primárias são aquelas cujos valores estão diretamente associados às variáveis independentes. As variáveis dependentes primárias do estudo envolvem os comportamentos do terapeuta em sessão, que foram gravados e categorizados de acordo com o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica – SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014a).

Variáveis dependentes secundárias

Foram consideradas variáveis dependentes secundárias aquelas cujos valores estão diretamente associados às variáveis dependentes primárias e indiretamente associados à variável independente do estudo. As variáveis dependentes secundárias incluem os comportamentos dos clientes em sessão a partir das gravações e categorizações realizadas também pelo SiMCCIT, e os resultados terapêuticos, medidos pelo Outcome Questionnaire (OQ-45.2; Carvalho & Rocha, 2009).

Participantes

Terapeutas

Participaram do estudo seis terapeutas classificados em duas categorias: terapeutas com experiência prévia na prática da TCA, denominados aqui de terapeutas experientes (TE); terapeutas sem experiência prévia com a TCA, aqui chamados de terapeutas aprendizes (TA).

Um dos terapeutas experientes foi o próprio autor do presente trabalho e idealizador da TCA. Os outros dois TE foram incluídos no estudo por convite pessoal, sendo selecionados por terem sido alunos e supervisionados do autor em cursos de graduação e pós-

graduação, e participado do desenvolvimento da TCA desde seu princípio, cerca de um ano e meio antes do início da coleta de dados.

Os terapeutas aprendizes foram convidados pelos organizadores de um curso de treinamento em TCA. Para participarem, deveriam atender aos seguintes critérios:

- Autodeclarar-se terapeuta analítico-comportamental.
- Ter, no mínimo, seis meses de prática clínica profissional (descartando atendimentos realizados em estágio) e, no máximo, seis anos. O limite inferior visou eliminar terapeutas demasiadamente inexperientes, que poderiam ter dificuldades de sustentar a condução do processo terapêutico em função do déficit em habilidades terapêuticas básicas; o limite superior foi colocado no intuito de eliminar terapeutas muito experientes com práticas demasiadamente enraizadas, o que poderia tornar mais difícil a adesão a novas ideias.
- Estar atendendo, no momento do início do estudo, pelo menos quatro clientes em consultório. Esta medida visou também garantir um grau mínimo de experiência do terapeuta.
- Pelo menos um dos clientes em atendimento atualmente ser adulto (18 anos ou mais).
- Declarar ter tido pouco ou nenhum contato com a TCA antes do estudo. Um contato significativo a ponto de eliminar participantes incluiria leitura de textos sobre a TCA, ter assistido vídeos sobre a TCA, ou ter participado de cursos, eventos ou discussões sobre a TCA.
- Ao longo da participação no estudo, não estar em supervisão com outro profissional.

Foi informado aos TAs que poderiam participar do curso gratuitamente caso decidissem participar da pesquisa. Após o início da pesquisa, um TA seria eliminado do estudo em um dos seguintes casos:

- Declarar ter contato significativo com material sobre a TCA antes do treinamento.
- Declarar o início de processo de supervisão com outro profissional durante o estudo.
- Não comparecer a partes ou à totalidade do curso de treinamento em TCA.
- Em desacordo com o delineamento experimental, dar continuidade ao processo terapêutico sem ter passado pelo treinamento completo.
- A não gravação ou perda do registro em áudio das sessões utilizadas para análise de dados.
- Perda dos dados do inventário OQ45.2.
- O terapeuta seria excluído do estudo em caso de abandono de seu cliente.

Os TEs atenderam aos mesmos critérios de seleção com exceção daqueles referentes ao contato com a TCA e ao comparecimento ao treinamento. Além disso, o terapeuta autor do trabalho excede o critério de tempo máximo de atuação clínica; mesmo assim foi incluído no trabalho pelo maior potencial de representação da TCA.

O estudo contou inicialmente com oito TAs voluntários, dos quais quatro desistiram antes do curso pela dificuldade em iniciar os atendimentos, e um foi eliminado pelo não comparecimento a um dos turnos do curso.

A Tabela 2 apresenta a idade, o gênero, o tempo declarado de conclusão da graduação em Psicologia, e o tempo declarado de conclusão de pós-graduação (caso haja) dos seis terapeutas do estudo.

Tabela 2

Gênero, idade, tempo de conclusão da graduação (em anos), tipo de pós-graduação, tempo de conclusão da pós-graduação (em anos) dos terapeutas experientes e terapeutas aprendizes do estudo, e gênero e idade de seus respectivos clientes.

| | Terapeuta | | | | | Cliente | |
|----|----------------|-------|------------------|-------------------------|-------------------------------|---------|-------|
| | Gênero | Idade | Graduação (anos) | Prática clínica (meses) | Pós-graduação (Tempo em anos) | Gênero | Idade |
| TE | M ^a | 37 | 15 | 126 | Mestrado (11) | F | 36 |
| | M | 26 | 3 | 42 | Especialização (1) | M | 29 |
| | F | 32 | 6 | 78 | Especialização (2) | F | 23 |
| TA | M | 31 | 6 | 23 | Mestrado (2) | M | 27 |
| | F | 27 | 4 | 11 | Mestrado (2) | F | 21 |
| | F | 26 | 2 | 9 | Especialização (< 1) | F | 22 |

^a Terapeuta autor do trabalho

Clientes

Cada terapeuta foi responsável pela captação de um único cliente para atendimento, o que foi feito mediante indicações de pessoas próximas. O cliente deveria atender os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 20 anos.
- Durante o estudo não estar em outro processo psicoterapêutico simultâneo.
- Disponibilidade para sessões de atendimento semanal.
- Não apresentarem nenhum distúrbio do desenvolvimento diagnosticado que afete funções cognitivas.

Um cliente seria excluído do estudo em um dos seguintes casos:

- Declarar o início de outro processo psicoterapêutico simultâneo ao longo do estudo.
- Declarar a realização de mudanças em medicamentos psiquiátricos de uso contínuo (remover medicação, adicionar nova medicação, ou alterar dosagem).

A Tabela 2 apresenta o gênero e a idade de cada cliente associado ao seu respectivo terapeuta.

Materiais e instrumentos

Os atendimentos foram realizados nos consultórios particulares dos respectivos terapeutas. Cada terapeuta foi também responsável por providenciar dispositivo próprio para registro dos áudios da sessão, o que foi feito com telefones celulares.

O treinamento foi realizado em uma sala própria para realização de eventos. A sala tinha cerca de 45m², dentro dos quais cadeiras foram dispostas em círculo durante o curso, e rearranjadas frente-a-frente no momento dos atendimentos de duplas.

No início do curso, todos os participantes receberam a apostila *Experimente a Terapia Comportamental Abrangente* (Apêndice A). A apostila era um livreto de 28 páginas (reformatado no apêndice) que resume todos os conteúdos abordados no curso, além de apresentar algumas atividades e exercícios a serem realizados. Os participantes mantinham a apostila ao final do curso.

Após gravadas, as sessões de número par foram transcritas e as falas categorizadas segundo parâmetros adaptados do Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica – SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014a). As categorias do SiMCCIT compõe três eixos, sendo o eixo I categorias referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta e do cliente, o eixo II categorias referentes ao tema da sessão, e o eixo III categorias de registro de respostas motoras do terapeuta e do cliente. Como a categorização partiu de material textual, não foram avaliados comportamentos não-vocais (eixos I.2 e I.4), qualificadores (eixos I.5 e I.6) nem respostas motoras (eixo III) dos participantes.

A Tabela 3 apresenta as categorias utilizadas referentes ao comportamento verbal vocal do terapeuta, que compõem o Eixo I.1 do SiMCCIT, assim como os comportamentos específicos que as constituem.

Tabela 3

Categorias e comportamentos que compõem o Eixo I.1 do SiMCCIT – Comportamento verbal vocal do terapeuta.

| <u>Categoria</u> | <u>Comportamentos</u> |
|-------------------------------|---|
| SRE – Solicitação de Relato | Solicitação de informação sobre fatos Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente |
| FAC – Facilitação | Verbalizações mínimas Expressões paralinguísticas Nomeação e inferência de sentimentos Normalização e validação de sentimentos Exclamações e expressões de interesse Verbalizações de cuidado |
| EMP – Empatia | Autorrevelações sobre experiências similares Validação de discordâncias ou críticas do cliente Humor Apoio Paráfrases Comentários de entendimento |
| INF – Informação | Informações factuais Explicações de eventos Descrição de regularidades ou padrões a respeito de eventos Explicações teóricas e experimentais sobre eventos Informações sobre o contrato terapêutico Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico Justificativas de intervenção |
| SRF – Solicitação de Reflexão | Solicitação de análise Solicitação de avaliação Solicitação de previsão Solicitação de observação |
| REC – Recomendação | Conselhos Modelo Incentivo |

| Categoria | Comportamentos |
|---|--|
| INT – Interpretação | Estruturação de atividade Permissão, proibição ou solicitação de parada Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações Diagnóstico Devolutiva de avaliação padronizada Estabelecimento de sínteses Metáforas ou analogias explicativas Inferências Normalizações Descrição de processo Previsões Discordâncias Indicação de contradição |
| APR – Aprovação | Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente Descrição de ganhos terapêuticos Verbalizações de concordância Pseudodiscordância Relato de sentimentos positivos Exclamações e expressões de aprovação Agradecimentos |
| REP – Reprovação | Confronto Crítica Ironia Ameaça Paráfrase crítica Autorrevelações desafiadoras Relato de sentimentos negativos Advertência |
| TOU – Outras verbalizações do terapeuta | Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores Acertos ocasionais Recuperação de assunto Opiniões pessoais sobre eventos externos |

A Tabela 4 apresenta as categorias referentes ao comportamento verbal vocal do cliente, que compõem o Eixo I.3 do SiMCCIT, e os comportamentos específicos que as constituem.

Tabela 4

Categorias e comportamentos que compõem o Eixo I.3 do SiMCCIT – Comportamento verbal vocal do cliente.

| Categoria | Comportamentos |
|--------------------|---|
| SOL – Solicitação | Solicitação de informações ou esclarecimentos |
| | Solicitação de avaliação |
| | Solicitação de recomendações |
| | Solicitação de procedimentos |
| | Solicitação de asseguramento |
| REL – Relato | Apresentação da demanda |
| | Relato de informações sobre eventos |
| | Relato de eventos anteriormente registrados |
| | Relato de sentimentos e emoções |
| | Relato de estados motivacionais ou tendências a ação |
| MEL – Melhora | Julgamento ou avaliação |
| | Relatos de ganhos terapêuticos |
| | Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros |
| MET – Metas | Relatos de autocontrole |
| | Relatos de autoconsciência |
| | Planejamento de estratégia |
| CER – Relações | Proposta de ações futuras |
| | Estabelecimento de relações explicativas |
| | Identificação de regularidades, relações de contigüidade ou de correlação entre eventos |
| | Atribuição de diagnóstico |
| | Estabelecimento de síntese |
| CON – Concordância | Inferências |
| | Reflexões que conduzem a razões, a explicação ou a análise de consequências |
| | Avaliações favoráveis sobre o terapeuta |
| | Relatos de esperança |
| | Relatos de satisfação |
| OPO – Oposição | Relatos de seguimento de solicitação de reflexão |
| | Indicações de atenção |
| | Indicações de entendimento |
| | Exclamações de concordância |
| | Queixas ou reclamações sobre a terapia |
| OPO – Oposição | Relatos de descontentamento |
| | Indicações de contradição |
| | Relatos de sentimentos negativos |
| | Ironia dirigida ao terapeuta |

| Categoria | Comportamentos |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| | Relatos de incredulidade |
| | Pedidos de interrupção |
| | Ameaças |
| | Recusas |
| | Desvio do assunto |
| | Recusas de elogios |
| | Relatos de não seguimento |
| COU – Outras verbalizações do cliente | Acertos ocasionais |
| | Recuperação de assunto |
| | Outras respostas verbais do cliente |

Além da categorização e aferição de medidas de frequência dos diferentes tipos de comportamento verbal vocal do terapeuta e do cliente, foram categorizadas mudanças no tema da sessão, de acordo com o eixo II do SiMCCIT, apresentadas na Tabela 5. Dentro deste eixo, foram empregados também qualificadores para o tempo em que o assunto é tratado e qual membro da díade terapêutica era responsável pela condução de mudanças no tema.

O instrumento utilizado para medidas de resultado foi o Outcome Questionnaire (OQ-45.2), em versão traduzida e adaptada ao português brasileiro (Carvalho & Rocha, 2009) (Anexo A). O OQ-45.2 é um instrumento desenhado especialmente para mensuração de resultados em psicoterapia. O instrumento contém 45 itens com afirmações do tipo “surtem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar”. Para cada item, o respondente deve atribuir uma frequência que pode ser “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” ou “sempre”. As respostas são pontuadas e agrupadas em três escalas: Desconforto Subjetivo (SD – *Symptom Distress*), Relacionamento Interpessoal (IR – *Interpersonal Relations*) e Desempenho de Papéis Sociais (SR – *Social Role*). A versão brasileira do instrumento apresenta índices alfa de Cronbach igual a 0,94 para os valores totais e índices iguais a 0,91, 0,72 e 0,70 para os fatores específicos SD, IR e SR, respectivamente (da Silva et al., 2016).

Tabela 5

Eixos e categorias que compõem o Eixo II do SiMCCIT – Tema da sessão.

| Eixo | Categorias |
|---|---|
| Eixo II.1 – Categorização do Tema da sessão | RTR - Relação terapêutica |
| | RCP - Relações com cônjuge/parceiro |
| | RFI - Relações com filhos ou enteados |
| | RPA - Relações com pais ou padrastos |
| | RFA - Relações com outros familiares |
| | TRB - Trabalho, estudo e/ou carreira |
| | RLG - Religião |
| | RIT - Relações interpessoais |
| | STM - Sentimentos em geral, julgamentos ou tendência a ação |
| | EXT - Questões existenciais |
| | TRA - Eventos traumáticos |
| | FTS - Atividade de fantasia ou jogo |
| | TEC - Desenvolvimento de técnicas/procedimentos ou entrevistas padronizados |
| QXS - Queixas psiquiátricas e sintomas médicos | |
| OTM - Outros temas | |
| Eixo II.2 – Categorização do Qualificador 1: tempo em que o assunto é tratado | AGR - Aqui e agora na sessão |
| | PRE - Tempo atual fora da sessão |
| | PAS - Tempo passado |
| | FUT - Tempo futuro |
| Eixo II.3 – Categorização do Qualificador 2: condução do tema da sessão | TIN - Terapeuta inicia/muda |
| | CIN - Cliente inicia/muda |
| | TDR - Terapeuta deriva |
| | CDR - Cliente deriva |

A análise dos dados também utilizou do Formulário de Avaliação de Compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente (Apêndice B). O formulário apresenta uma descrição geral sobre a pesquisa, e uma tabela com seis itens a partir dos quais cada uma das sessões foi avaliada independentemente por juízes. Cada item deveria ser avaliado em uma escala de cinco pontos (0-nunca, 1-raramente, 2-ocasionalmente, 3-frequentemente, 4-sempre). Os itens do formulário são apresentados na Tabela 6 com as respectivas siglas que serão utilizadas para se referir a eles no restante do trabalho. O formulário foi respondido por dois juízes independentes com experiência prévia de dois anos com a TCA.

Tabela 6

Itens da avaliação de compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente.

| Sigla | Descrição do item |
|----------|--|
| TRANSP | O terapeuta adotou uma postura transparente, compartilhando com o cliente suas análises, impressões, objetivos, incertezas e seu raciocínio clínico. |
| REL-INT | As análises realizadas tiveram como foco as relações interpessoais do cliente, seja tomando tais relações como a própria demanda ou explicitamente relacionando-as com a demanda. |
| ANL-ABR | As análises buscaram relacionar as demandas do cliente com repertórios verbais abrangentes (ou seja, repertórios verbais que operam em vários contextos de sua vida, e não só em uma situação específica). |
| INT-ABR | As intervenções focaram na aquisição de repertórios verbais abrangentes (ou seja, repertórios verbais que operam em vários contextos de sua vida, e não só em uma situação específica). |
| VIV-SENT | As intervenções buscaram a construção de contingências na vida do cliente relacionadas aos pilares do viver com sentido (pelo menos um deles) – pertencimento, engajamento, propósito. |
| DIR-CONV | Foram feitos direcionamentos/orientações/tarefas de casa com intuito de que o cliente conversasse com alguém sobre algum dos temas discutidos na sessão. |

Questões éticas

O presente estudo atendeu aos devidos cuidados éticos nos termos da resolução 466/2012. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (parecer nº 3.367.450). Todos os participantes, tanto terapeutas quanto clientes, declararam estar de acordo mediante a assinatura de seus respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de publicações geradas a partir desta pesquisa, os cuidados com o sigilo e preservação dos dados de identificação dos participantes serão tomados.

Procedimento

Recrutamento de participantes

Os terapeutas experientes foram convidados pessoalmente pelo autor do trabalho de acordo com uma avaliação subjetiva de grau de conhecimento e domínio dos princípios da Terapia Comportamental Abrangente. No ato da inscrição, receberam os documentos Instruções ao Terapeuta (Apêndice C, com remoção dos itens em itálico) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Terapeutas (TCLE-T, Apêndice D). Os terapeutas aprendizes foram recrutados dentro os participantes do curso “Experimente a Terapia Comportamental Abrangente” que aconteceu na cidade de Belém-PA em agosto de 2019. Os organizadores do curso fizeram convites pessoais a potenciais participantes do curso que se encaixavam nos critérios estabelecidos. O conjunto de voluntários foi reunido em um grupo de bate-papo em aplicativo de redes sociais, no qual receberam instruções sobre a condução do estudo, formalmente através do documento Instruções ao Terapeuta e o TCLE-T.

Cada terapeuta, tanto TE quanto TA, foi responsável pela captação de seu próprio cliente para pesquisa. Em todos os casos, isso ocorreu mediante indicação feita por outros participantes do estudo. O próprio terapeuta era responsável por estabelecer o contato inicial com seu cliente, explicá-lo sobre o funcionamento do estudo, e reportar ao pesquisador em casos de incidentes que poderiam resultar em seu desligamento. Todos os terapeutas receberam os seguintes documentos a serem encaminhados para seus respectivos clientes: Instruções ao Cliente (Apêndice E) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Clientes (TCLE-C, Apêndice F). Os terapeutas receberam também o OQ-45.2 em versão digital, cujas cópias deveriam providenciar para aplicação em sessões. Os terapeutas não receberam o crivo de pontuação do OQ-45.2.

Treinamento

O treinamento foi oferecido na forma de um curso aberto com o nome “Experimente a Terapia Comportamental Abrangente”. O curso foi oferecido na cidade de Belém do Pará, e ocorreu em uma sala de aula dentro de um prédio comercial. A inscrição no curso era paga, embora os participantes-terapeutas tenham sido isentos da taxa de inscrição. O curso contou com um total de 26 inscritos. Aconteceu em dois dias: sexta à noite, sábado de manhã e tarde, totalizando 12 horas.

O curso foi ministrado pelo autor deste trabalho. A maior parte do curso aconteceu de forma expositiva, através da explicação dos conteúdos especificados. Ao longo da exposição, os presentes eram livres para fazer perguntas, comentários ou pontuações. A descrição a seguir listará os tópicos de exposição e detalhará as atividades não-expositivas. Os tópicos gerais da exposição de cada tema, assim como as instruções específicas das atividades escritas estão descritos na apostila.

O curso foi dividido em três momentos, cada um em um período de aproximadamente quatro horas. No primeiro momento, foram abordadas questões referentes às bases teóricas da TCA. A primeira atividade foi o exercício “A Ilha”, no qual os participantes deveriam desenhar em uma ilha itens que acreditavam ser necessários e suficientes para uma vida feliz. Tiveram aproximadamente três minutos para fazer seus desenhos, depois dos quais algumas pessoas do grupo discutiram aquilo que haviam colocado e por quê.

Em seguida, foram discutidos os seguintes temas, incluindo as pequenas atividades incluídas na apostila:

- Felicidade, sentido e satisfação
- Comportamento verbal
- O responder relacional

- A análise funcional
- Repertórios abrangentes

Ao fim do primeiro período, foi realizada oralmente a atividade “buscando repertórios abrangentes”. O texto ilustrativo foi lido em conjunto, e os presentes discutiram as questões colocadas.

No segundo momento, foram discutidas questões relativas à prática terapêutica em uma perspectiva TCA. Foram discutidos:

- O caráter construtivo do comportamento
- O caráter recombinaivo do comportamento
- Os objetivos terapêuticos
- O caráter suplementar da terapia
- O diálogo natural da terapia
- Reduzindo o controle aversivo
- O controle aversivo na terapia
- A liberdade interventiva
- Transparência ativa
- A intervenção multiuso
- Treinando repertórios opostos

Ao final do segundo período, foi realizada uma atividade de atendimento em duplas com todos os presentes. Formaram-se duplas nas quais uma pessoa deveria atuar como terapeuta, outra como cliente. Não houve inversão de papéis. O cliente era livre para levar qualquer tema de sua vida sobre o qual quisesse conversar ou, alternativamente, falar de um caso clínico o qual estava atendendo. Nenhum cliente nesse momento falou sobre casos, e

todos levaram questões pessoais - os casos não eram fictícios. A instrução aos terapeutas foi que aquilo que havia sido discutido até então fosse exercitado em um contexto de atendimento, em especial dois pontos: a transparência ativa, de modo que o terapeuta deveria compartilhar tudo o que estivesse pensando ao longo do atendimento; e a busca de padrões abrangentes, através da identificação de pontos em comum entre elementos da questão que o cliente escolheu discutir e outros contextos de sua vida. Os atendimentos duraram cerca de 45 minutos. Ao final, todos tiveram a oportunidade de falar sobre aquilo que haviam experienciado, respeitando-se o sigilo dos assuntos tratados por parte dos terapeutas. A discussão durou cerca de 30 minutos. Nesse momento, alguns terapeutas relataram que estavam buscando de alguma forma dar soluções ao problema trazido pelo cliente, ainda que isso não houvesse sido explicitamente solicitado.

O terceiro período do curso se iniciou com uma demonstração de atendimento realizada pelo autor e ministrante do curso. Uma pessoa se voluntariou para ser cliente do atendimento. O atendimento permitiu demonstração de vários dos pontos discutidos no curso: a base social das demandas clínicas; a relação entre a forma como o cliente fala e os problemas apresentados; a presença de repertórios abrangentes; a indicação de repertórios opostos como forma de enfrentamento; a intervenção multiuso mediante o direcionamento do cliente para interações sociais naturais de modo a modificar seus repertórios verbais. O atendimento durou cerca de uma hora. Ao final, discutiu-se sobre o atendimento, sobre o caso, sobre a atuação do terapeuta, e sobre a relação entre o atendimento e os pontos discutidos no curso. Algumas pessoas presentes direcionaram a fala ao cliente com intenções aparentemente interventivas.

Concluída a discussão sobre o atendimento, falou-se da construção do repertório do terapeuta, depois da qual o curso foi encerrado.

Delineamento do estudo

O objetivo principal do estudo foi o de comparar atendimentos realizados pelos terapeutas antes e depois do treinamento em TCA. Cada terapeuta realizou um total de dez atendimentos, com exceção de TA3 que completou apenas oito. Para os TE, não houve qualquer tipo de manipulação da variável independente ao longo dos atendimentos; todos eles foram realizados com base em seu modo habitual de atendimento, que era a TCA. Para os TA, o treinamento ocorreu em algum momento no meio desses atendimentos. Originalmente pretendeu-se realizar uma linha de base múltipla com os TA, que deveriam ser submetidos ao treinamento em diferentes momentos do processo terapêutico com o cliente da pesquisa. No entanto, como não foi possível determinar com precisão o início dos atendimentos em relação à data de realização dos cursos, o número da sessão depois do qual o treinamento foi realizado foi determinado circunstancialmente: quatro, quatro e três para os TAs respectivamente.

Os TAs foram instruídos a evitar qualquer tipo de contato com a TCA antes da realização do treinamento, conforme instruções do Apêndice C. Após o treinamento, foram liberados a esse contato. As instruções especificavam que, tanto antes quanto após o treinamento, os terapeutas eram livres para conduzir o atendimento da forma como preferissem; não havia uma obrigatoriedade de aplicação dos princípios da TCA após o atendimento. Desse modo, o treinamento enquanto variável independente é avaliado pelo seu efeito de história experimental e não seu efeito instrucional.

Análise de dados

SiMCCIT

Para a categorização das sessões mediante o SiMCCIT, as transcrições foram transferidas ao programa Microsoft Excel no formato de tabelas, intercalando em linhas as falas do terapeuta e do cliente. Quando o avaliador julgava haver mais de uma categoria dentro do mesmo bloco de falas, segmentos eram divididos manualmente em linhas separadas. A cada segmento era designada uma categoria do Eixo I (comportamentos verbais vocais do terapeuta ou do cliente). O programa contabilizou o número total de caracteres de texto por categoria na sessão. As categorias do Eixo II eram alteradas somente quando havia mudanças, seja no tema ou no tempo que o assunto era tratado, e qual membro da díade era responsável pela mudança. O programa contabilizou o número total de caracteres por tema, por tempo do assunto, e o número de vezes em que cada membro da díade mudava o tema.

As medidas de número de caracteres foram transformadas em proporção, dividindo-se o número de caracteres por categoria pelo número total de caracteres daquela pessoa na sessão, gerando um valor entre 0 e 1. A proporção de caracteres informa a parcela da sessão destinada à respectiva categoria. Para as categorias do eixo II.3 (condução do tema da sessão), a medida foi a de frequência absoluta.

Além da categorização feita pelo pesquisador, um juiz independente categorizou a transcrição de seis sessões, uma por participante, de posições diferentes (uma segunda sessão, uma quarta, duas sextas, uma oitava, uma décima). Os dados de todas as categorias foram transformados em proporções (valores entre 0 e 1), através das quais calcularam-se índices de concordância. Obteve-se 79,84% de concordância de valores com diferença de até .10.

Dentre as categorias medidas em proporção, foram excluídas da análise aquelas cujo maior valor dentre as sessões e terapeutas foi de 0,03 ou menor, sendo frequentemente

categorias com predominância de valores nulos. Do eixo I.1 (comportamentos do terapeuta), foram excluídas da análise as categorias FAC (Facilitação), REP (Reprovação) e TOU (Outras verbalizações do terapeuta). Do eixo I.3 (comportamentos do cliente), foram excluídas as categorias SOL (Solicitação), CON (Concordância), OPO (Oposição) e COU (Outras verbalizações do cliente).

Para análise dos resultados relativos aos temas das sessões, categorias cujo maior valor foi igual ou menos a 0,03 foram condensadas na categoria TOU - Outros, e as categorias referentes a relações interpessoais (RCP - Relações com cônjuge/parceiro, RFI - Relações com filhos ou enteados, RPA - Relações com pais ou padrastos, RFA - Relações com outros familiares e RIT - Relações interpessoais) foram condensadas na categoria “Relações”. A aglutinação das categorias de relações interpessoais justifica-se pela não diferenciação entre as diferentes áreas de relação frente à proposta da TCA. A categoria RTR – Relação terapêutica foi analisada de forma separada.

Os dados finais da categorização serão apresentados de forma descritiva e visual. Para destacar o efeito da variável independente, as comparações foram feitas entre as médias das duas primeiras sessões e das duas últimas, caracterizando o que foi chamado de fase inicial e fase final do processo terapêutico. Para os terapeutas aprendizes, a fase inicial configura as sessões pré-treino e a fase final, as sessões já com possíveis efeitos do treinamento.

Avaliação de compatibilidade com a TCA

Dois juízes foram selecionados para fazer avaliações independentes sobre a compatibilidade das sessões com as diretrizes TCA de acordo com o formulário apresentado (Apêndice B). Cada sessão foi avaliada de acordo com seis itens, totalizando 174 itens em 29

sessões. Do total de respostas dadas, 44 (25,29%) foram iguais entre os dois juízes, e 94 (54,02%) tiveram diferença de, no máximo, 1 ponto na escala de 0 a 4.

A avaliação de cada juiz foi analisada separadamente de acordo com sua sensibilidade a outras medidas do estudo. Foram conduzidos testes de correlação de Spearman entre cada item da avaliação e as categorias do SiMCCIT diretamente associadas aos itens da avaliação, assim como testes de correlação dos itens entre si. Considerando como significativas correlações com $p \leq .05$, 10 das correlações internas entre os itens da avaliação foram significativas para o avaliador 1 e 4 para o avaliador 2. Quanto às categorias do comportamento do terapeuta, 11 foram significativas para o avaliador 1 e 5 para o 2. Quanto às categorias de tema da sessão, nenhuma foi significativa para o avaliador 1 e 5 para o avaliador 2. Das cinco categorias de tema que se correlacionaram com os itens da avaliação do avaliador 2, duas estão explicitamente ligadas aos itens da avaliação (REL-INT e VIV-SENT) e as outras três não.

Diante de tais dados, julgou-se que a avaliação do avaliador 1 foi significativamente diferente daquela do avaliador 2 e mais sensível aos processos investigados e, portanto, somente ela foi utilizada para as análises seguintes.

Visto que TE1 não cumpre os mesmos critérios de inclusão dos demais terapeutas pelo seu maior tempo de prática clínica, uma análise de homogeneidade foi realizada para verificar se sua prática se diferencia ou se conforma às tendências do grupo de terapeutas experientes. Foi realizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para comparar os valores da avaliação entre os três terapeutas experientes para cada um dos seis itens. Dos seis testes conduzidos, apenas os valores do item ANL-ABR apresentaram diferenças significativas entre os participantes para $p < .05$ ($H = 6.125$, $p = .0468$). Em análises post-hoc, o teste Mann-Whitney revelou diferenças significativas nesse item apenas entre TE2 e TE3 ($U = 2$, p

= .016). Assim, considerou-se que os dados de TE1 são suficientemente semelhantes ao restante do grupo para que as análises sejam realizadas em conjunto.

Para análise do efeito da variável independente sobre os escores dessa avaliação, também foram gerados dados para fase inicial e final obtendo-se médias para as duas primeiras sessões e as duas últimas respectivamente.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

No registro dos escores do OQ-45.2, itens deixados em branco tiveram seus valores substituídos pela média dos demais itens daquela subescala (Lambert et al., 2004).

Os escores das três subescalas e os escores totais do instrumento foram convertidos em medida de razão, dividindo-se o escore obtido pelo escore máximo daquela escala, gerando um valor entre 0 e 1.

Comparações entre medidas

Testes de correlação de Spearman foram realizados entre medidas obtidas pelos três instrumentos (SiMCCIT, avaliação de compatibilidade com a TCA, OQ-45.2). Para essas análises foram utilizados os dados individuais por sessão, sem a conversão em médias para fase inicial e final. Foram consideradas significativas correlações cujo valor p era igual ou inferior a .05.

Somente foram realizadas análises que refletem o efeito da variável independente do estudo – o treinamento em TCA. Assim, não foi investigada a correlação entre o comportamento do terapeuta e o comportamento do cliente segundo as categorias do SiMCCIT, nem análises que relacionavam essas categorias aos resultados medidos pelo OQ-45.2.

Resultados

Avaliação de compatibilidade com a TCA

Como forma de avaliar a integração entre as diretrizes da TCA, foram realizados testes de correlação de Spearman entre os itens da avaliação. A Tabela 7 mostra os valores rho (ρ) da correlação de Spearman e os valores p observados. As células que mostram correlações significativas com $p \leq .05$ foram destacadas para facilitar visualização dos itens que mais frequentemente se relacionam com outros. Dos 15 testes realizados, 9 correlações se mostraram significativas. O item com maior número de correlações foi INT-ABR, que se relacionou a todos os outros. Os itens que menos se correlacionaram com outros foram VIV-SENT e DIR-CONV, correlacionando-se apenas com outros dois.

Tabela 7

Coefficiente de correlações de Spearman rho e valores p entre os itens da avaliação TCA.

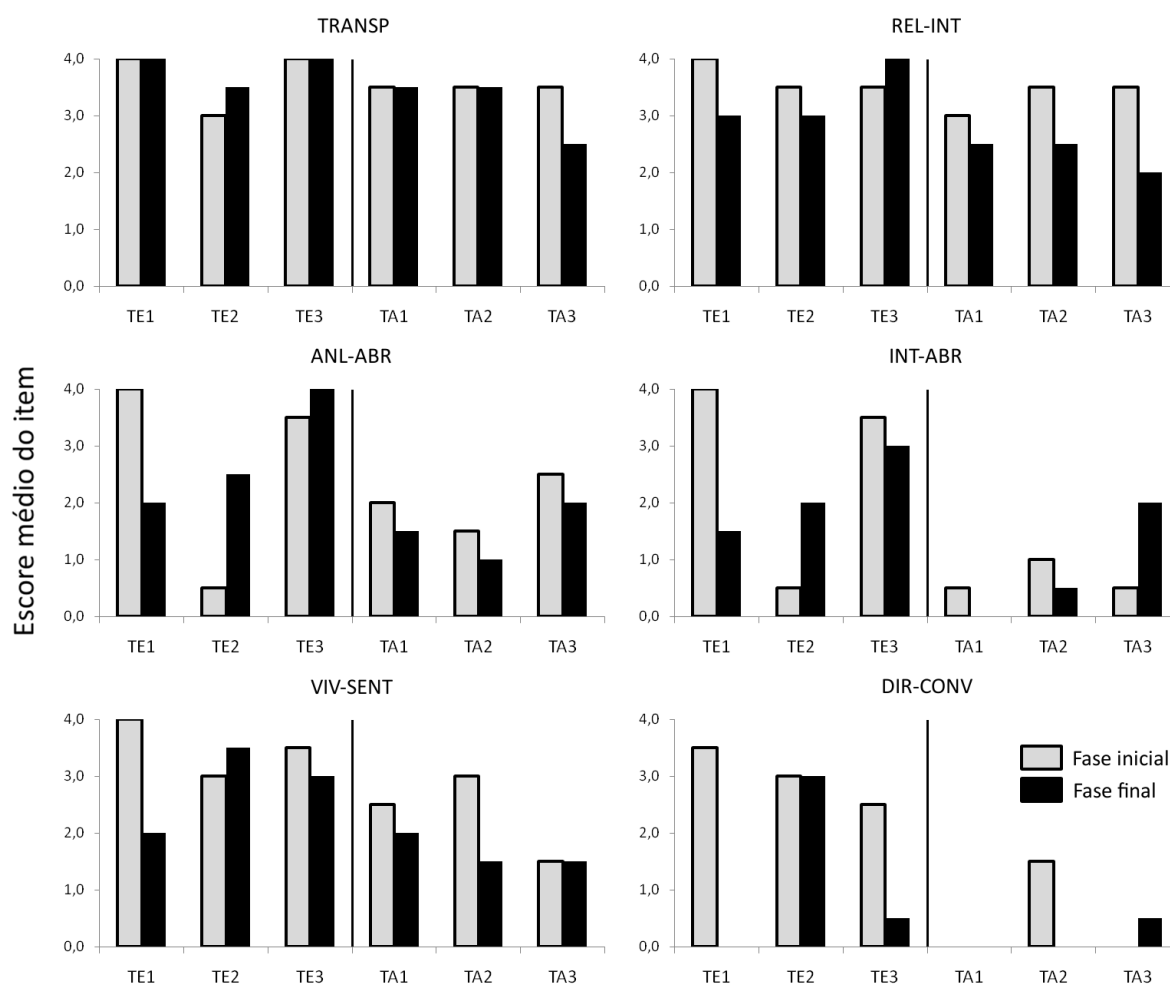
| Item TCA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|-----------------|---------|--------|---------|-------|---------|---|
| 1. TRANSP | rho de Spearman | - | | | | | |
| | valor p | - | | | | | |
| 2. REL-INT | rho de Spearman | .740*** | - | | | | |
| | valor p | < .001 | - | | | | |
| 3. ANL-ABR | rho de Spearman | .738*** | .535** | - | | | |
| | valor p | < .001 | .008 | - | | | |
| 4. INT-ABR | rho de Spearman | .646*** | .497* | .792*** | - | | |
| | valor p | < .001 | .016 | < .001 | - | | |
| 5. VIV-SENT | rho de Spearman | .036 | -.058 | .222 | .520* | - | |
| | valor p | .869 | .792 | .309 | .011 | - | |
| 6. DIR-CONV | rho de Spearman | -.036 | .069 | .039 | .439* | .650*** | - |
| | valor p | .871 | .755 | .860 | .036 | < .001 | - |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A Figura 2 mostra os valores médios de cada item da avaliação nas fases inicial e final para os seis terapeutas do estudo, cuja comparação revelaria possíveis efeitos da variável independente.

Figura 2

Escores médios nas fases inicial e final dos seis itens da Avaliação TCA para todos os terapeutas.



No item TRANSP, observa-se valores altos para todos os terapeutas de ambos grupos, sendo maiores para os terapeutas experientens. O item REL-INT também mostra valores altos e maiores para os terapeutas experientes em relação aos terapeutas aprendizes. Com exceção

de TE3, para todos os terapeutas o valor médio cai da fase inicial para fase final. O item ANL-ABR mostra maior variação entre os terapeutas, embora seus valores maiores estejam concentrados entre os terapeutas experientes. Para os terapeutas aprendizes, os valores caem em 0,5 da fase inicial para a final. Para o item INT-ABR, a variabilidade entre terapeutas é também grande, e os valores maiores estão concentrados entre terapeutas experientes. Para TE2 e TA3 os valores sobem da fase inicial para final; para os demais observa-se uma queda nos valores. Os valores do item VIV-SENT também são maiores para terapeutas experientes que para aprendizes. Observa-se uma queda nos valores da fase inicial para a final em todos os terapeutas menos TE2 e TA3. Por fim, os valores do item DIR-CONV são maiores para terapeutas experientes que para aprendizes. Para três terapeutas os valores da fase inicial foram maiores que na fase final; apenas para um terapeuta o valor da fase final foi maior.

Como tendência geral, todos os itens tiveram valores maiores para TEs e menores na fase final do processo terapêutico. As exceções são os itens TRANSP, que não mostrou queda significativa da fase inicial para final, e os itens ANL-ABR e INT-ABR, que tiveram inter e intragrupo tendências menores claras.

Considerando-se o escore total de todas as sessões, a média dos escores para terapeutas experientes foi de 17,67 (DP=4,55) e, para terapeutas aprendizes, de 11,86 (DP=3,46). A comparação dessas médias pelo teste Mann-Whitney mostra que a diferença é significativa com $p=.0002$ ($U=19,5$), revelando que, de modo geral, os terapeutas experientes de fato conduzem suas sessões de forma mais compatível com os princípios da TCA que os terapeutas aprendizes.

Olhando somente para os dados dos terapeutas experientes, a média dos escores da fase inicial foi de 19,17 (DP=4,96) e da fase final de 17,83 (DP=1,17), revelando uma queda de 1,33. O teste de Wilcoxon indica que esta redução não foi significativa para $p < .05$ ($z=-$

0.73). Para os terapeutas aprendizes, os valores médios da fase inicial foram 12,33 (DP=2,34) e da fase final 9,67 (DP=2,73). A redução de 2,67 também não foi significativa com $p < .05$ segundo o teste de Wilcoxon ($z = -1.36$). Ainda que os testes conduzidos nessa análise não tenham revelado diferenças estatisticamente significativamente (possivelmente devido ao baixo N), para ambos grupos observou-se tendência de queda nos valores totais da avaliação TCA da fase inicial para final, o que indicaria menor adesão aos princípios da TCA à medida que o processo terapêutico transcorre.

Categorias do SiMCCIT

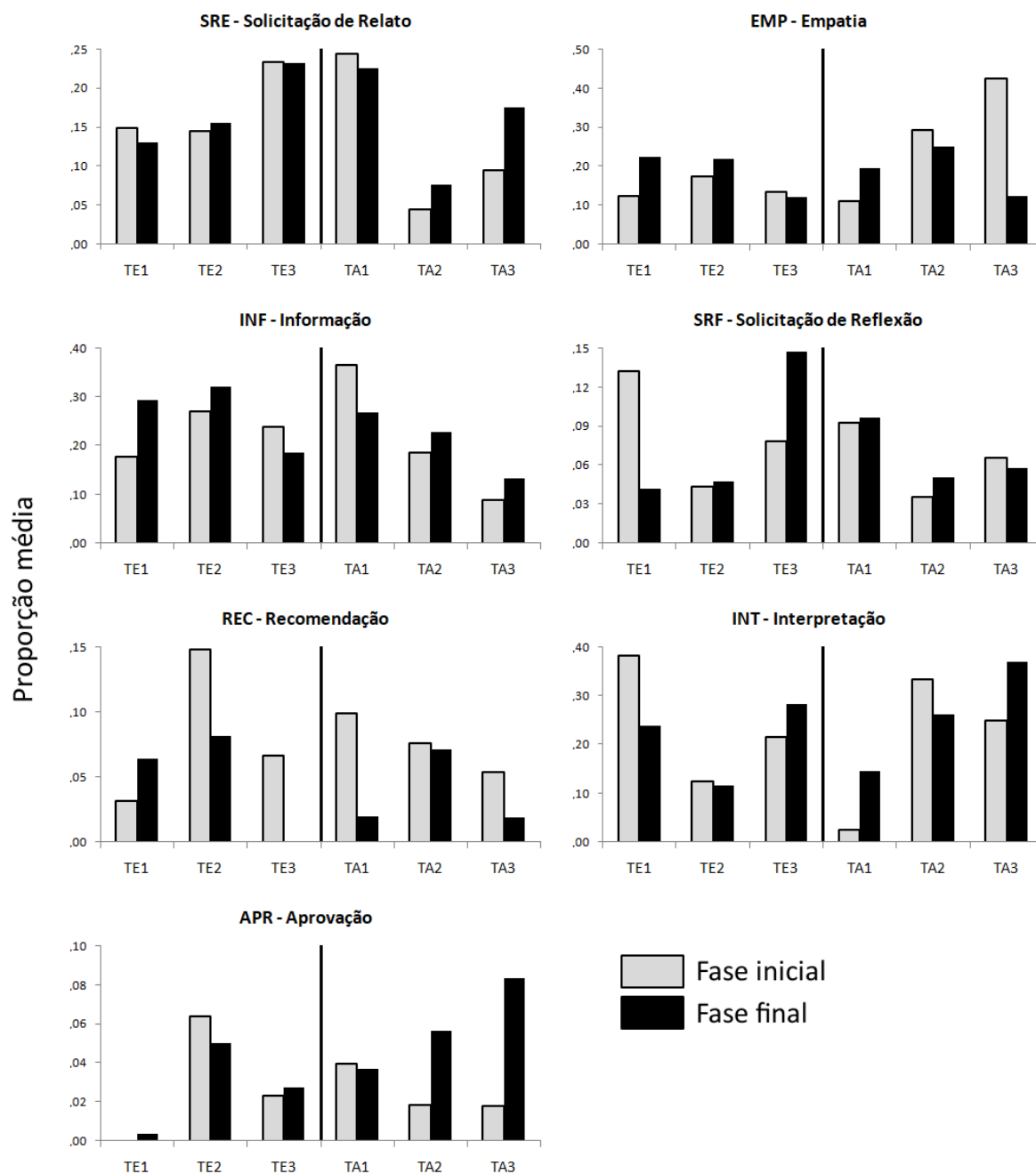
A Figura 3 apresenta as proporções médias de caracteres na fase inicial e final das categorias do eixo I.1 – comportamento verbal vocal do terapeuta – para todos os participantes. Ainda que, para todas as categorias, o valor máximo possível seja de 1, as escalas foram ajustadas de acordo com os valores máximos observados para facilitar a visualização.

Os valores da categoria SRE – Solicitação de Reflexão são, de forma geral, maiores para os TEs que para os TAs. Com exceção de TA3, para o qual há um aumento no valor de 0,8 da fase inicial para a final, a maior diferença entre as duas fases é de 0,4, revelando pouca mudança nessa categoria ao longo do processo terapêutico.

Os valores da categoria EMP – Empatia são, como tendência geral, maiores para os TAs que para os TEs. Dois TAs revelam queda nessa categoria da fase inicial para a final, enquanto dois TEs apresentam aumento. Pode-se dizer que a frequência da emissão de comportamentos empáticos para os TAs aproximou-se daquela dos TEs após o treinamento.

Figura 3

Proporção média de caracteres para as categorias do comportamento verbal do terapeuta nas fases inicial e final.



A categoria INF – Informação apresenta aumento da fase inicial para a final para dois TEs e dois TAs. Para os demais, observa-se uma queda. À medida que o processo terapêutico evolui, terapeutas de ambos grupos fornecem mais informações aos seus clientes.

Os valores da categoria SRF são praticamente iguais da fase inicial para a fase final para todos os TAs e para TE2. TE1 apresenta uma queda de 0,9, enquanto TE3 apresenta um aumento de 0,7 da fase inicial para a final.

Em relação às demais categorias, a categoria REC – Recomendação apresenta grande variabilidade em seus valores absolutos entre os participantes. Para cinco dos seis terapeutas há queda dos valores da fase inicial para final, observando-se aumento apenas para TE1. Como tendência geral, os terapeutas deram mais recomendações no início do processo terapêutico que no final.

Os dados da categoria INT – Interpretação não apresentam padrões claros nem inter nem intragrupo, apontando queda da fase inicial para a final para a metade dos terapeutas e aumento para os demais. Em relação às demais categorias, Interpretação foi aquela que apresentou, no total, valores mais altos.

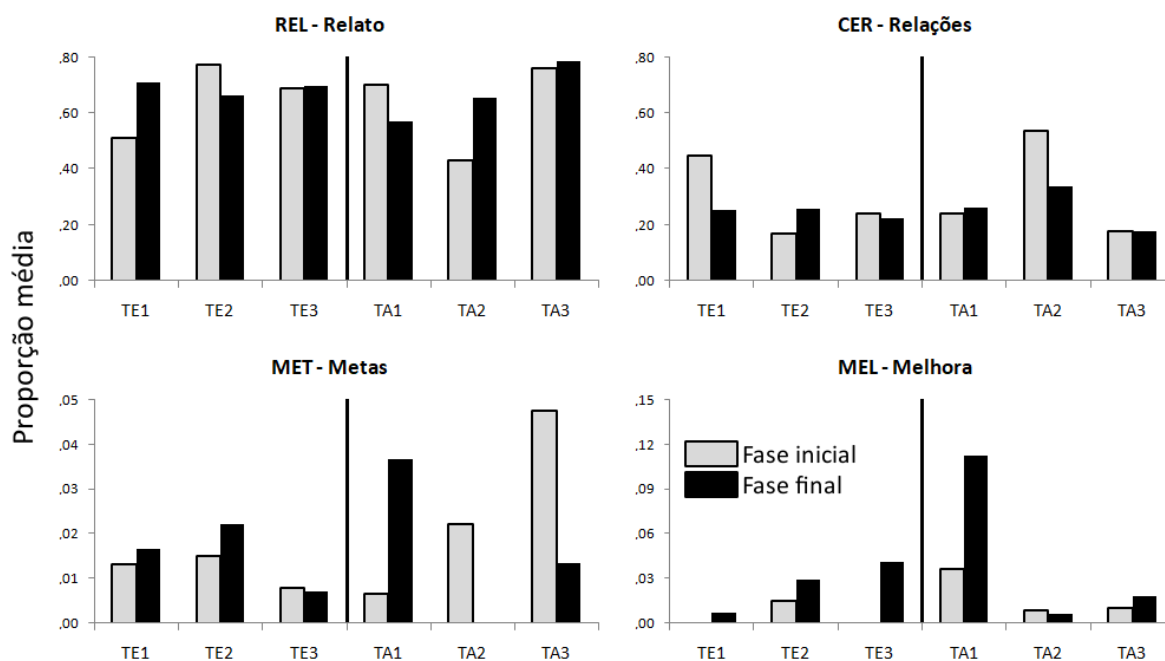
Por fim, quanto à categoria APR – Aprovação, observou-se aumento dos valores para quatro dos seis terapeutas, sendo aumentos mais destacados para TA2 e TA3. Terapeutas emitiam aprovações com maior frequência na fase final do processo, sobretudo terapeutas aprendizes.

Em conjunto, a única categoria que pareceu diferenciar terapeutas experientes de terapeutas aprendizes foi SRE – Solicitação de Relato, que foi mais frequente para os TEs. Em relação aos efeitos do treinamento, destaca-se a queda na emissão de comportamentos empáticos (EMP) e o aumento de aprovações (APR).

A Figura 4 apresenta as proporções médias de caracteres na fase inicial e final das categorias do eixo I.3 – comportamento verbal vocal do cliente – para todos os participantes. As escalas foram ajustadas de acordo com os valores máximos observados para facilitar a visualização.

Figura 4

Proporção média de caracteres para as categorias do comportamento verbal do cliente nas fases inicial e final.



Os valores da categoria REL – Relato foram próximos entre clientes de terapeutas experientes e aprendizes. TE1 e TA2 apresentaram aumento da fase inicial para final, TE2 e TA1 apresentaram redução, e os dois restantes apresentaram valores próximos do início para o fim. Considerando-se os valores absolutos dessa categoria, observa-se que relatos ocuparam grande parte das sessões (na maioria dos casos, mais da metade).

A categoria CER – Relações também revela valores semelhantes entre os clientes dos TEs e TAs. A proporção de relações na fala do cliente mostrou quedas maiores para TE1 e TA2 da fase inicial para a final, aumento para o cliente de TE2, e pouca variação para os demais.

A formulação de metas (MET) foi mais presente em clientes dos TAs que dos TEs. Para clientes de dois TEs e um TA, os valores aumentaram da fase inicial para a final. Para clientes de dois TAs diminuíram e, para o cliente de TE3, mostrou pequena variação. Tais dados, somado ao fato de que os valores absolutos são baixos, não revelam qualquer tendência clara da categoria em função dos grupos ou do treinamento.

Os valores da categoria MEL – Melhoras aumentam da fase inicial para a final para cinco dos seis terapeutas. O aumento maior é para o cliente de TA1, não havendo qualquer outra tendência clara entre os demais participantes.

O conjunto dos dados sobre as categorias do comportamento do cliente não parecem revelar qualquer padrão que diferencie terapeutas experientes de aprendizes, nem efeitos do treinamento.

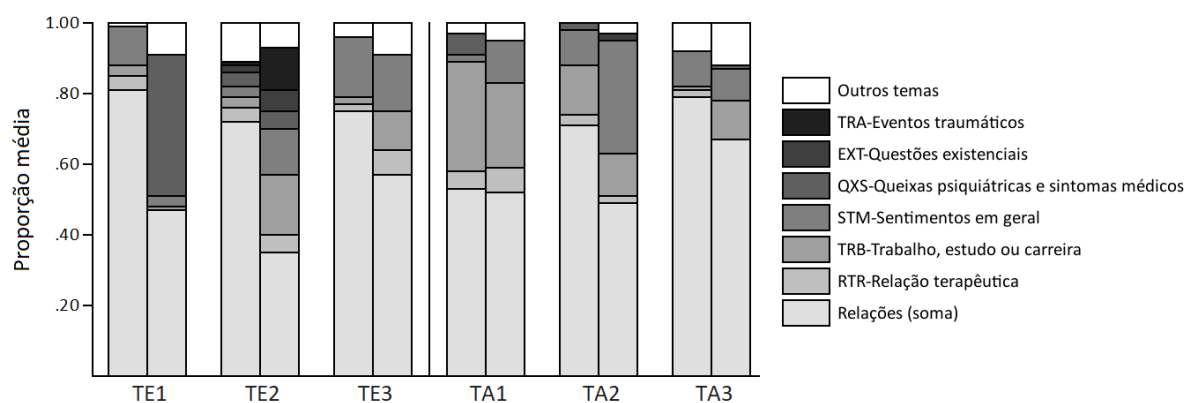
A Figura 5 apresenta as proporções médias de caracteres utilizados em cada um das categorias do eixo II.1 – tema da sessão – na fase inicial (primeira barra) e final (segunda barra) do estudo para os seis participantes.

Os temas mais presentes tanto nas fases iniciais quanto finais para todos os terapeutas foram aqueles associados a relações interpessoais. Para todos eles, houve diminuição nos valores dessas categorias do início para o final do estudo.

Os valores para o tema RTR – Relação terapêutica foram próximos para terapeutas dos dois grupos, sendo também semelhantes entre as fases iniciais e finais.

Figura 5

Proporção média de caracteres para as categorias de tema da sessão nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna).



A presença do tema TRB – Trabalho aumentou da fase inicial para a final para três dos terapeutas (TE2, TE3, e TA3) e diminuiu para os demais (TE1, TA1 e TA2). Não houve uma tendência clara de diferenciação entre os grupos em relação a essa categoria de tema.

Os valores da categoria STM – Sentimentos em geral aumentaram para os terapeutas TE2, TA1 e TA2, diminuíram para TE1, e mantiveram-se relativamente constantes para TE3 e TA3. Nesta categoria também não houve diferenciação clara entre terapeutas experientes e aprendizes.

Temas relativos a queixas psiquiátricas e sintomas médicos (QXS) foram ausentes para TE3, na fase inicial de TE1 e TA3, e na fase final de TA1 e TA2. Não observa-se tendências claras que diferenciem os dois grupos.

Temas relativos a questões existenciais (EXT) foram observados somente em TE2 (havendo aumento da fase inicial para a final) e TA2 (somente na fase final).

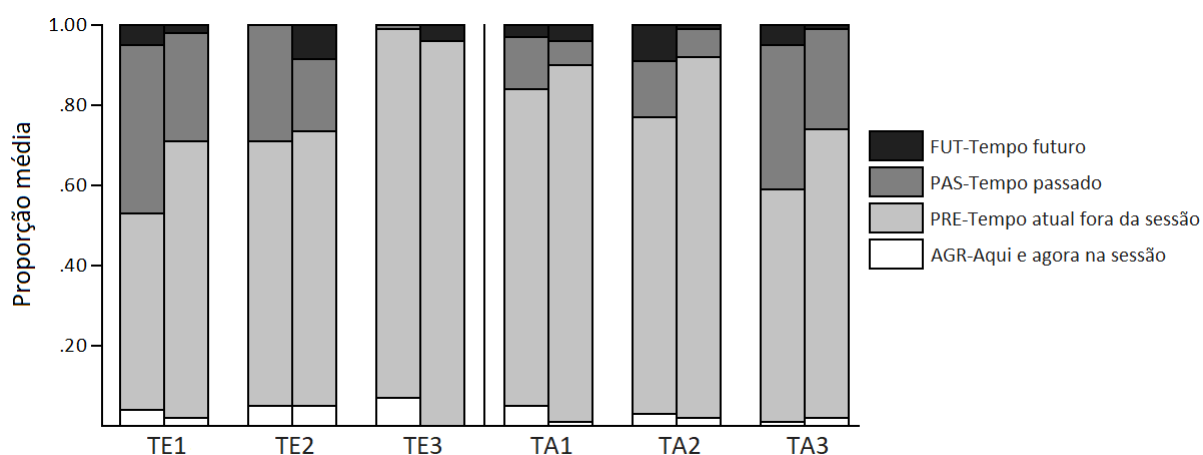
Por fim, a categoria TRA – Eventos traumáticos só apareceu em TE2, com aumento nos valores observados do início para o fim do processo terapêutico.

Em conjunto, dados referentes às categorias de temas não apresentam tendências que diferenciem os grupos de terapeutas. Em relação à evolução do processo, o único padrão observado foi o da redução da presença de temas ligados a relações interpessoais da fase inicial para a final.

A Figura 6 apresenta as proporções médias de caracteres utilizados em cada um das categorias do eixo II.2 – tempo em que o assunto é tratado – na fase inicial (primeira barra) e final (segunda barra) do estudo para os seis participantes.

Figura 6

Proporção média de caracteres para as categorias do tempo em que o tema era tratado nas sessões nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna).



Para quatro dos seis terapeutas - TE1, TE3, TA1 e TA2 - os valores para o tempo AGR – Aqui e agora na sessão diminuíram da fase inicial para a final do estudo. Para TA3 houve um aumento, e para TE2 os valores se mantiveram iguais.

Os maiores valores absolutos ocorreram para a categoria PRE – Tempo atual fora da sessão, e foram semelhantes entre os grupos. Os valores nesta categoria aumentaram para todos os terapeutas menos para TE3, para o qual houve uma redução de 0,03.

O tempo das sessões utilizado para falar do passado (PAS) diminuiu da fase inicial para a final para todos os terapeutas nos dois grupos. Nesta categoria, não há tendências claras nos valores absolutos que diferenciem terapeutas experientes de aprendizes.

Os valores para FUT – Tempo futuro foram semelhantes entre terapeutas dos dois grupos, apresentando redução da fase inicial para a final para um TE e dois TAs, e aumento para dois TEs e um TA. Assim, essa categoria não revela efeitos claros da variável independente do estudo.

De modo geral, do início para o final do processo terapêutico, participantes de ambos os grupos usavam mais tempo da sessão falando de questões presentes da demanda, ligadas ao tempo atual fora da sessão. Os dados não apresentam indícios de efeito do treinamento ou diferenças entre terapeutas experientes e aprendizes.

A Figura 7 apresenta os dados relativos ao Eixo II.3, referente à condução do tema da sessão na fase inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna) do estudo para os seis participantes. Ao contrário das medidas anteriores, devido à sua natureza de ocorrência discreta, os dados dessa categoria foram apresentados em frequência absoluta.

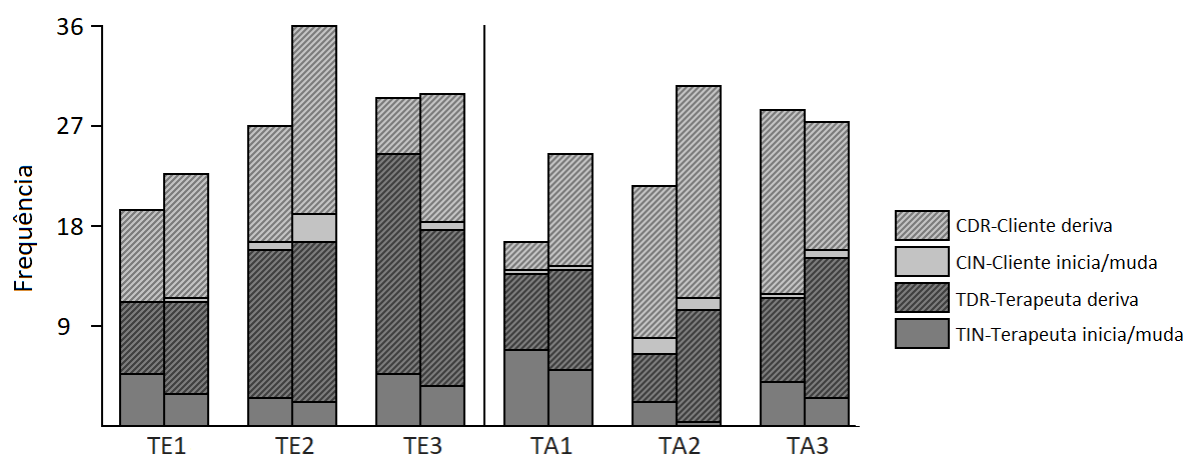
Examinando-se a altura das barras, observa-se a frequência com que ocorreram mudanças de temas dentro da sessão. Os valores foram próximos para terapeutas experientes e aprendizes, e apresentaram aumento da fase inicial para a final para quatro dos seis terapeutas, revelando diminuições de até uma ocorrência para os outros dois. Portanto, ocorreu maior alternância de temas nas últimas sessões do processo terapêutico relativamente às primeiras.

Os segmentos inferiores mais escuros das barras apresentam mudanças de tema feitas pelo terapeuta, enquanto os segmentos superiores de cor mais clara referem-se a mudanças feitas pelo próprio cliente. Como tendência geral, terapeutas experientes mudam o tema da

sessão mais frequentemente que terapeutas aprendizes. Além disso, a proporção relativa de mudança de temas feitas pelo terapeuta é maior para TEs que para TAs. Para todos os TAs, houve aumento na frequência de mudanças de tema feitas pelo terapeuta da fase inicial para a final. Esse aumento aconteceu apenas para TE com diferença de 0,5. Para todos os terapeutas com exceção de TA3, o número de mudanças de tema feitas pelo cliente aumentou da fase final para inicial.

Figura 7

Frequência das categorias de condução de tema da sessão nas fases inicial (primeira coluna) e final (segunda coluna).



Os segmentos hachurados das barras indicam mudanças de temas derivadas do tema anterior, enquanto segmentos sem hachura indicam rupturas nos temas. A frequência de derivações, tanto feitas por terapeutas quanto clientes, foi sempre maior que a de inícios/mudanças. Início/mudanças foram mais frequentemente feitas por terapeutas que por clientes.

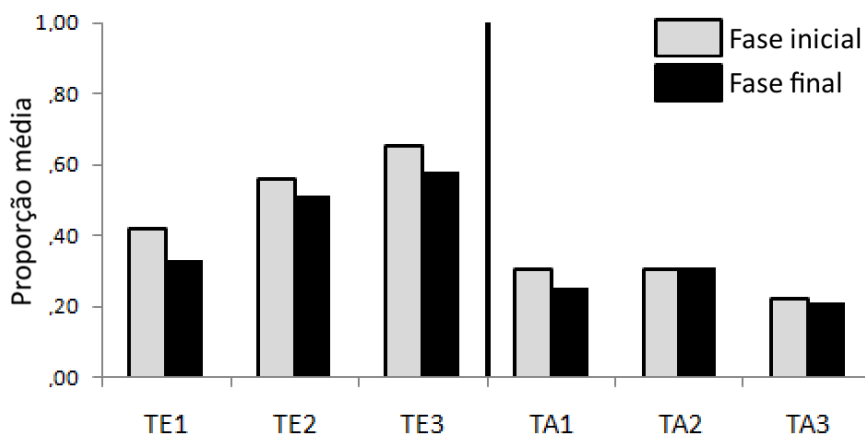
Os dados dessa categoria parecem apontar que terapeutas experientes alternam temas com maior frequência que terapeutas aprendizes e que terapeutas aprendizes passaram a

alternar o tema das sessões com maior frequência após o treinamento. Em termos gerais, pode-se dizer que terapeutas treinados em TCA conduzem os temas de seus atendimentos mais ativamente.

A Figura 8 mostra as proporções médias de falas dos terapeutas na sessão, relativas ao total de falas (terapeuta mais cliente) nas fases inicial e final dos atendimentos.

Figura 8

Proporção média de caracteres das falas do terapeuta nas fases inicial e final.



Com exceção da fase inicial de TE3, a proporção de falas do terapeuta sempre foi inferior a 0,5, o que indica que, para todas as díades terapêuticas, a maior parte da sessão era ocupada com falas do cliente.

Terapeutas experientes apresentaram valores sempre maiores que terapeutas aprendizes. A proporção de falas do terapeuta cai da fase inicial para a final para todos os terapeutas menos TA2. As quedas são relativamente menores para TAs que para TEs, o que pode estar associado aos menores valores absolutos deste primeiro grupo, mas pode também ser efeito do treinamento.

Correlações entre a compatibilidade com a TCA e as categorias do SiMCCIT

Para avaliar a relação entre as categorias utilizadas do SiMCCIT e os itens da avaliação TCA, foram conduzidos testes de correlação de Spearman. A Tabela 8 mostra a matriz de correlação entre os itens da avaliação e as categorias do eixo I.1 do SiMCCIT, referente ao comportamento verbal vocal do terapeuta, apresentando os valores rho de Spearman e o p. As cédulas que mostram correlações significativas com $p \leq .05$ foram destacadas para facilitar visualização dos itens que mais frequentemente se relacionam com outros.

Tabela 8

Coeficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre as categorias do SiMCCIT do comportamento do terapeuta e os itens da avaliação TCA.

| Variável | | TRANSP | REL- INT | ANL- ABR | INT- ABR | VIV- SENT | DIR- CONV |
|----------|-----------------|---------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| SRE | rho de Spearman | -.019 | -.119 | .347 | .270 | .238 | .062 |
| | valor p | .920 | .539 | .065 | .156 | .214 | .748 |
| EMP | rho de Spearman | -.168 | -.168 | -.309 | -.385* | -.293 | -.244 |
| | valor p | .385 | .384 | .103 | .039 | .122 | .202 |
| INF | rho de Spearman | .085 | -.018 | -.143 | -.112 | -.041 | -.103 |
| | valor p | .662 | .925 | .461 | .562 | .834 | .594 |
| SRF | rho de Spearman | .452* | .377* | .620*** | .392* | .101 | -.029 |
| | valor p | .014 | .044 | < .001 | .035 | .601 | .879 |
| REC | rho de Spearman | -.130 | .033 | -.406* | -.268 | .121 | .295 |
| | valor p | .503 | .865 | .029 | .160 | .532 | .120 |
| INT | rho de Spearman | .257 | .260 | .381* | .409* | .026 | -.001 |
| | valor p | .179 | .173 | .041 | .027 | .894 | .996 |
| APR | rho de Spearman | -.537** | -.404* | -.441* | -.318 | -.150 | .040 |
| | valor p | .003 | .030 | .017 | .093 | .438 | .839 |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os itens TRANSP e REL-INT correlacionaram-se positivamente com SRF – Solicitação de Reflexão e negativamente com APR – Aprovação, revelando que quanto mais o terapeuta adotava uma postura transparente em relação às suas impressões e análises e as direcionava às relações interpessoais do cliente, mais frequentemente solicitava reflexões e menos frequentemente emitia aprovações em relação à conduta do cliente.

Os itens ANL-ABR e INT-ABR correlacionaram-se positivamente com SRF – Solicitação de reflexão e INT – Interpretação, revelando que análises e intervenções associadas a repertórios abrangentes do cliente foram associadas à maior frequência de solicitações de reflexão e interpretações do terapeuta sobre o caso. ANL-ABR correlacionou-se negativamente com REC – Recomendação e APR – Aprovação, o que quer dizer que análises desse tipo eram menos comuns em sessões nas quais o terapeuta emitia maior número de recomendações e aprovações sobre o comportamento do cliente. Já o item INT-ABR correlacionou-se negativamente com EMP – Empatia, mostrando que nas sessões em que o terapeuta realizava intervenções voltadas para repertórios abrangentes do cliente ele expressava empatia com menor frequência.

Os itens VIV-SENT e DIR-CONV não apresentaram correlações estatisticamente significativas com nenhuma categoria do SiMCCIT.

Correlações positivas dos itens SRF e INT e negativa de itens como APR e REC parecem indicar que sessões mais alinhadas às diretrizes da TCA tinham caráter mais reflexivo e menos diretivo. Juntamente com APR, a correlação negativa com o item EMP pode indicar também menos frequência de comportamentos tipicamente descritos como acolhedores nessas sessões.

A Tabela 9 mostra a matriz de correlação entre os itens da avaliação TCA e as categorias do eixo I.3 do SiMCCIT, referente ao comportamento verbal vocal do cliente, apresentando os valores rho de Spearman e o p.

Tabela 9

Coefficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre as categorias do SiMCCIT do comportamento do cliente e os itens da avaliação TCA.

| Variável | | TRANSP | REL-INT | ANL-ABR | INT-ABR | VIV-SENT | DIR-CONV |
|----------|-----------------|--------|---------|---------|---------|----------|----------|
| REL | rho de Spearman | -.391* | -.362 | -.342 | -.285 | -.331 | -.142 |
| | valor p | .036 | .054 | .070 | .134 | .079 | .462 |
| MEL | rho de Spearman | -.279 | -.183 | -.154 | -.218 | .026 | -.247 |
| | valor p | .143 | .343 | .424 | .256 | .894 | .196 |
| MET | rho de Spearman | -.207 | -.216 | .060 | -.073 | .179 | .137 |
| | valor p | .282 | .260 | .758 | .708 | .352 | .478 |
| CER | rho de Spearman | .368* | .398* | .288 | .303 | .259 | .204 |
| | valor p | .049 | .033 | .130 | .110 | .175 | .288 |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os itens TRANSP e REL-INT correlacionaram-se positivamente com a categoria CER – Relações, mostrando que quando o terapeuta era mais transparente e direcionava mais suas análises às relações interpessoais do cliente, este último descrevia relações entre eventos relativos à demanda com mais frequência.

O item TRANSP correlacionou-se negativamente com REL – Relatos, mostrando que quanto mais transparente o terapeuta era em sua fala, menos o cliente fazia relatos.

Nenhuma outra correlação entre os itens da avaliação e categorias das falas do cliente mostrou-se significativa. Portanto, em linhas gerais, uma maior compatibilidade com princípios da TCA não gerou reflexos claros nos padrões de fala dos clientes.

Resultados de testes de correlação de Spearman não mostraram correlações significativas entre nenhum dos itens da TCA e medidas das categorias do Eixo II (temas da sessão, tempo em que o assunto é tratado e condução do tema da sessão).

Com exceção do item REL-INT, todos os itens da avaliação TCA se correlacionaram positivamente com a proporção de falas do terapeuta na sessão (TRANSP 0,391 $p=.033$; ANL-ABR 0,367 $p=.05$; INT-ABR 0,436 $p=.018$; VIV-SENT 0,503 $p=.005$; DIR-CONV 0,425 $p=.021$), mostrando que quanto mais o terapeuta falava, mais alinhada era sua fala às diretrizes da TCA.

OQ-45.2

A primeira apresentação dos resultados do OQ-45.2 é feita na Figura 9, que apresenta a razão inicial, mínima e máxima dos escores para cada subescala do instrumento ao longo do processo terapêutico para os seis participantes. Valores altos indicam maior presença de sintomas. Assim, a altura das barras representa a variação nos valores da subescala, e a distância entre a barra espessa e a base da barra representa o tamanho do resultado.

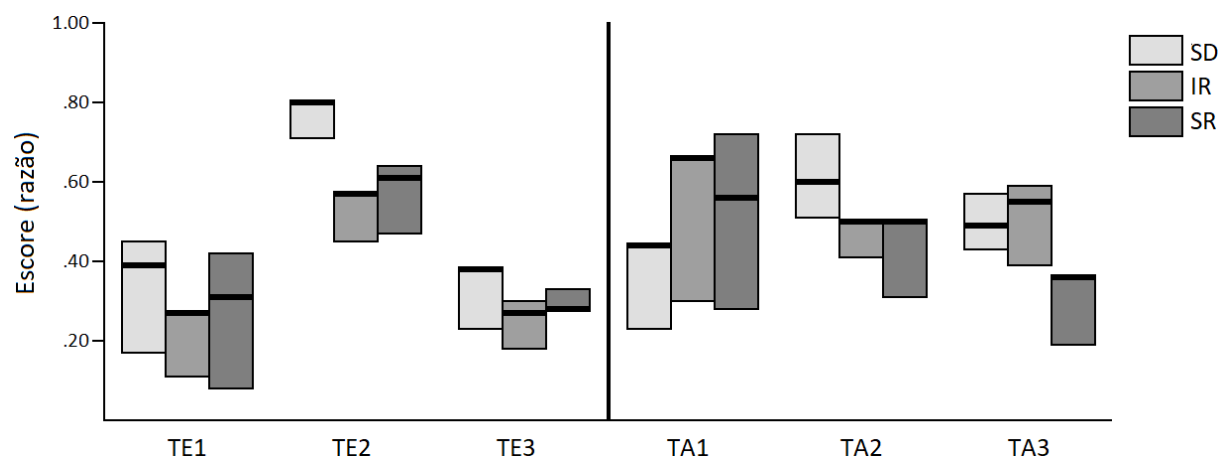
Com exceção dos valores de SR para TE3, os valores menores sempre estão abaixo dos valores iniciais, revelando que todos os terapeutas observaram algum nível de melhora com seus clientes em algum momento da terapia. Das 18 barras, 9 (4 para TE e 5 para TA) têm seu valor inicial no limite superior, indicando casos em que o cliente não exibiu pioras em relação a quando chegou à terapia.

Dos seis terapeutas apenas dois (TE3 e TA3) exibiram o valor inicial um pouco abaixo do valor máximo na subescala IR, enquanto os demais apresentam esses valores coincidentes, indicando que, em ambos grupos, os resultados referentes aos relacionamentos interpessoais do cliente foram os mais estáveis. As maiores barras em sua maioria referem-se

à subescala SR, de modo que problemas associados ao desempenho de papéis sociais foram aqueles que mais se beneficiaram com o trabalho terapêutico. Para TA2 e TA3, os valores iniciais da subescala SD estão abaixo da metade da barra, sugerindo pioras significativas em sintomas de desconforto subjetivo após o início do processo terapêutico para terapeutas aprendizes.

Figura 9

Razão dos escores inicial, máximo e mínimo das três subescalas do OQ-45.2.



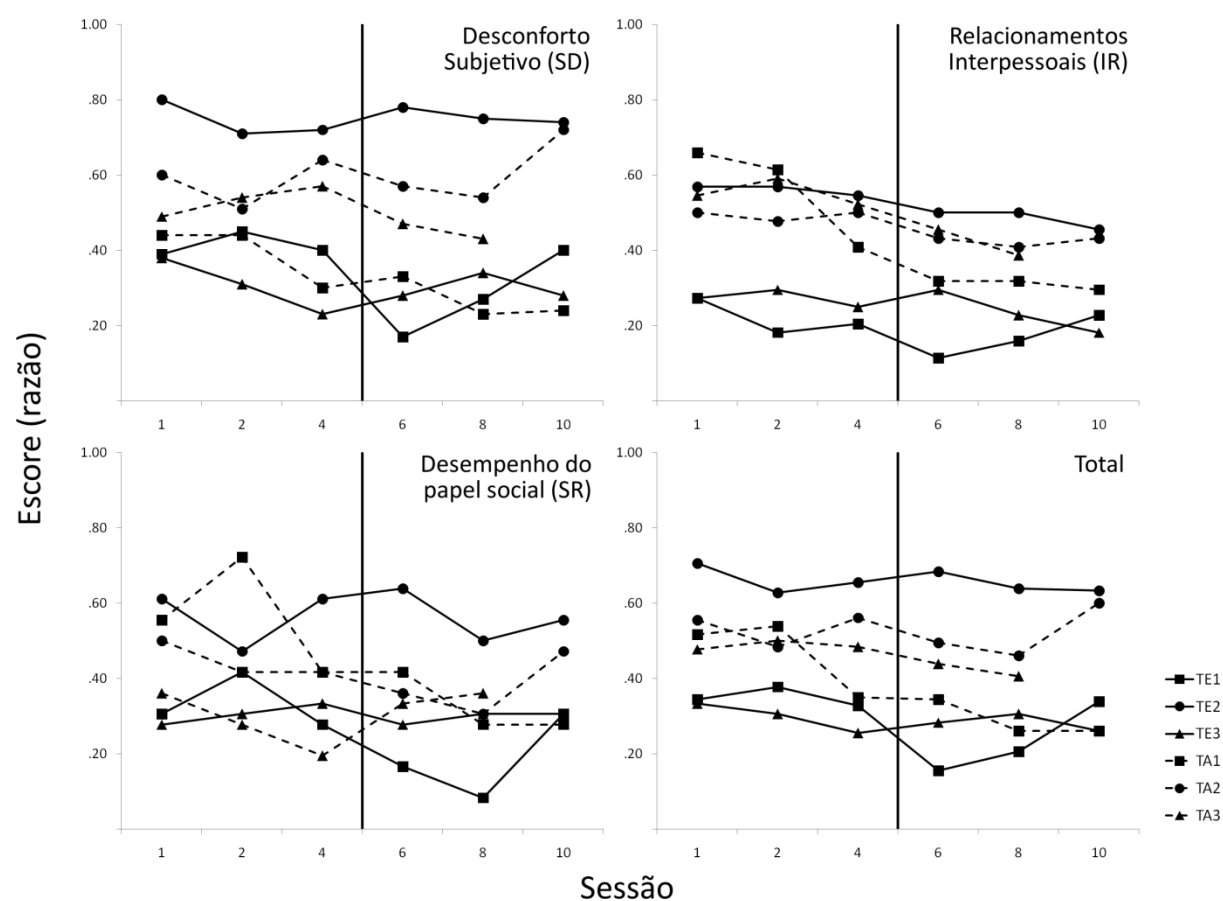
Nota. O valor inicial é representado pela linha horizontal mais espessa, e os valores mínimos e máximos são representados pelos limites inferiores e superiores das barras respectivamente.

De modo geral, as maiores barras são observadas no grupo dos terapeutas aprendizes, indicando que esses terapeutas obtiveram resultados maiores em seu trabalho. Observa-se também que, com exceção de TE2, os valores iniciais de cada subescala para TAs foram maiores que para TEs, sugerindo que clientes dos terapeutas aprendizes chegaram à terapia com maior grau de comprometimento psicológico.

De modo a permitir uma análise processual dos resultados terapêuticos, a Figura 10 mostra as razões dos escores totais e das três subescalas do OQ-45.2 para os seis participantes. As curvas dos terapeutas experientes são apresentadas em linhas contínuas e aquelas dos terapeutas aprendizes, em linhas pontilhadas. A linha horizontal colocada entre a quarta e a sexta sessão sinaliza a divisão entre resultados das sessões pré-treino daquelas pós-treino para os TAs.

Figura 10

Razão dos escores totais e para as três subescalas do OQ-45.2 por sessão.



Uma das formas de avaliar o efeito do treinamento é observando o comportamento das curvas dos TAs nas sessões anteriores ao treinamento (1 para 2 e 2 para 4) e comparando-o com as sessões seguintes (4 para 6 em diante).

Nas sessões pré-treino, os valores da subescala Desconforto Subjetivo (SD) diminuem para dois TAs da primeira para a segunda sessão, e aumentam para dois TAs da segunda para a quarta. Para a escala Papéis Sociais (IR), TA1 apresenta queda nas duas sessões, TA2 queda da primeira para segunda e aumento da segunda para quarta, e TA3 aumento da primeira para segunda e queda da segunda para quarta. Para Desempenho de Papel Social (SR), a tendência é sempre de melhora com exceção de TA1 que apresenta aumento da primeira para a segunda e TA2 que mantém os valores da segunda para a quarta. Olhando para os valores totais, observa-se que TA1 e TA3 apresentam piora da primeira para a segunda sessão e melhora da segunda para a quarta, enquanto TA2 mostra o inverso – melhora da primeira para a segunda e piora da segunda para a quarta. Observa-se, portanto, que nas sessões pré-treino existe uma tendência de melhora regular nas subescala Desempenho do papel social (SR), mas não há tendências claras nas demais subescalas.

Em relação aos efeitos pós-treino, para a subescala Desconforto Subjetivo, TA2 e TA3 apresentam melhora após o treino, que se mantém na oitava sessão. TA1 não apresenta melhora da quarta para a sexta sessão, mas na oitava sim. Não há padrões consistentes de melhora nesta medida depois da quarta sessão para os TEs. Padrão semelhante é observado para subescala de Relacionamentos Interpessoais. TA2 e TA3 apresentam melhoras na sexta sessão que se mantém na oitava. TA1 mantém os valores da quarta para a sexta, e mostra melhora na oitava. Não há padrões de melhora entre os TEs. Os escores da subescala Desempenho do Papel Social (SR) caem da quarta para a sexta sessão e da sexta para oitava somente para para TA2 exibindo aumenta nos dois intervalos para TA3 e queda para TA1

somente da sexta para oitava sessão. Não são observados padrões para os TEs. Examinando as curvas de escores totais, todos os TAs apresentam melhora da quarta para sexta sessão e da sexta para a oitava. Não são observados padrões semelhantes entre TEs. Assim, há tendência de melhoras regulares para todas as subescalas no grupo dos terapeutas aprendizes depois do treinamento, mas não no grupo de terapeutas experientes nas mesmas sessões.

A partir dessas observações, é possível dizer que, ainda que os clientes dos terapeutas aprendizes viessem mostrado melhora nas sessões anteriores ao treinamento, as melhores são mais consistentes nas sessões pós-treino. Isso é particularmente verdade para as subescala SD e IR. Para a SR, os resultados apresentados pelos TAs eram consistentemente positivos já antes do treinamento.

Para uma avaliação simplificada da progressão dos resultados observados mediante o OQ-45.2, foram realizados testes de regressão linear para as curvas apresentadas na Figura 10. A Tabela 10 mostra o R^2 , a inclinação da reta, o F e o valor p resultantes do teste para as três subescalas e os valores totais dos seis terapeutas.

O único terapeuta cujos resultados totais se aderem de forma significativa à progressão linear foi TA1, que também apresenta as maiores inclinações absolutas. Os resultados da regressão também foram significativos na subescala IR para os outros dois terapeutas aprendizes e para TE2, e na curva de escores totais para TA3. Dos 24 testes realizados, apenas 4 revelam inclinações positivas, reforçando uma tendência geral de melhora nos escores do início para o fim do processo terapêutico. No entanto, com exceção das curvas de TA1 e dos demais TAs para IR, essa melhora não aconteceu de forma linear.

Tabela 10

Resultados dos testes de regressão linear dos escores totais e das subescalas do OQ-45.2.

| Escala | Terapeuta | R ² | Inclinação | F | p |
|--------|-----------|----------------|------------|--------|--------|
| SD | TE1 | .136 | -1,112 | 0,630 | .472 |
| | TE2 | .013 | -0,115 | 0,054 | .827 |
| | TE3 | .096 | -0,466 | 0,425 | .550 |
| | TA1 | .845* | -2,449 | 21,771 | .010 |
| | TA2 | .224 | 1,025 | 1,154 | .343 |
| | TA3 | .374 | -1,189 | 1,792 | .273 |
| IR | TE1 | .103 | -0,508 | 0,459 | .535 |
| | TE2 | .950*** | -1,267 | 76,787 | < .001 |
| | TE3 | .598 | -0,978 | 5,941 | .071 |
| | TA1 | .839* | -4,228 | 20,889 | .010 |
| | TA2 | .702* | -0,940 | 9,418 | .037 |
| | TA3 | .880* | -2,633 | 22,102 | .018 |
| SR | TE1 | .271 | -1,755 | 1,491 | .289 |
| | TE2 | .010 | -0,196 | 0,041 | .849 |
| | TE3 | .027 | 0,099 | 0,112 | .755 |
| | TA1 | .764* | -4,292 | 12,983 | .023 |
| | TA2 | .126 | -0,723 | 0,574 | .491 |
| | TA3 | .042 | 0,508 | 0,132 | .740 |
| TOTAL | TE1 | .182 | -1,089 | 0,893 | .398 |
| | TE2 | .217 | -0,414 | 1,112 | .351 |
| | TE3 | .314 | -0,478 | 1,832 | .247 |
| | TA1 | .866** | -3,253 | 25,78 | .007 |
| | TA2 | .016 | 0,195 | 0,064 | .812 |
| | TA3 | .809* | -1,203 | 12,698 | .038 |

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Correlações entre a compatibilidade com a TCA e resultados do OQ-45.2

A fim de avaliar a possível relação entre a compatibilidade com as diretrizes da TCA e os resultados terapêuticos, foram realizados testes de correlação de Spearman emparelhando os valores de cada item da avaliação TCA com os escores do OQ-45.2 obtidos duas sessões depois. Assim, a avaliação da sessão 2 foi emparelhada com os resultados da sessão 4, a avaliação da sessão 4 com os resultados da sessão 6 e assim por diante. Portanto, para esta

análise foram excluídos dados da avaliação TCA da sessão 10, e os escores do OQ-45.2 das sessões 1 e 2. Os coeficientes de correlação de Spearman e os valores p dessa análise são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

Coefficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre os itens da Avaliação TCA e os escores do OQ-45.2 duas sessões depois.

| Variável | | SD | IR | SR | TOTAL OQ-45.2 |
|-----------|-----------------|--------|----------|--------|------------------|
| TRANPS | rho de Spearman | -.131 | -.421* | -.159 | -.234 |
| | valor p | .552 | .046 | .468 | .282 |
| REL-INT | rho de Spearman | .081 | -.251 | -.113 | -.019 |
| | valor p | .714 | .248 | .608 | .932 |
| ANL-ABR | rho de Spearman | -.424* | -.712*** | -.447* | -.559** |
| | valor p | .044 | < .001 | .032 | .006 |
| INT-ABR | rho de Spearman | -.366 | -.681*** | -.394 | -.492** |
| | valor p | .086 | < .001 | .063 | .017 |
| VIV-SENT | rho de Spearman | -.131 | -.266 | -.136 | -.171 |
| | valor p | .551 | .219 | .536 | .435 |
| DIR-CONV | rho de Spearman | -.073 | -.108 | -.072 | -.078 |
| | valor p | .740 | .625 | .743 | .723 |
| TOTAL TCA | rho de Spearman | -.287 | -.562** | -.351 | -.402 |
| | valor p | .184 | .005 | .100 | .057 |

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

O item ANL-ABR se correlacionou significativamente com todos os escores do OQ-45.2, sugerindo que quanto mais as análises eram focadas nos repertórios abrangentes do cliente, maiores os resultados observados nas sessões posteriores em relação a todas as medidas. A maior correlação absoluta foi com subescala IR, que também se correlacionou com os item TRANSP, INT-ABR e com o escore total compatibilidade com a TCA, sugerindo que não só as análises mas também intervenções baseadas em repertórios

abrangentes e uma postura transparente do terapeuta foram os melhores preditores de resultados associados aos relacionamentos interpessoais dos clientes.

Somente os itens ANL-ABR e INT-ABR correlacionaram-se significativamente com os escores totais do OQ-45.2 sugerindo que quanto mais as análises e intervenções eram voltadas para os repertórios abrangentes do cliente, melhores os resultados terapêuticos observados duas sessões depois.

A fim de identificar em que medida a correlação entre a compatibilidade com a TCA e os resultados observados pode ser atribuída ao treinamento, uma análise post-hoc repetiu os testes eliminando as sessões dos terapeutas aprendizes realizadas antes dele. Os resultados dessa análise são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12

Análise post-hoc: coeficientes de correlação rho de Spearman e valores p entre os itens da Avaliação TCA e os escores do OQ-45.2 duas sessões depois eliminando-se sessões pré-treino para terapeutas aprendizes.

| Variável | | SD | IR | SR | TOTAL OQ-45.2 |
|-----------|-----------------|--------|---------|---------|------------------|
| TRANPS | rho de Spearman | .000 | -.322 | -.258 | -.171 |
| | valor p | 1.000 | .166 | .273 | .472 |
| REL-INT | rho de Spearman | .217 | -.173 | -.193 | .055 |
| | valor p | .358 | .467 | .415 | .817 |
| ANL-ABR | rho de Spearman | -.371 | -.671** | -.541* | -.516* |
| | valor p | .108 | .001 | .014 | .020 |
| INT-ABR | rho de Spearman | -.354 | -.650** | -.518* | -.480* |
| | valor p | .126 | .002 | .019 | .032 |
| VIV-SENT | rho de Spearman | -.228 | -.329 | -.276 | -.224 |
| | valor p | .334 | .157 | .238 | .341 |
| DIR-CONV | rho de Spearman | -.121 | -.079 | -.163 | -.088 |
| | valor p | .612 | .741 | .493 | .713 |
| TOTAL TCA | rho de Spearman | -0.286 | -0.537* | -0.494* | -0.394 |
| | valor p | 0.221 | 0.015 | 0.027 | 0.086 |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Em comparação à análise anterior, as correlação entre TRANSP-IR e ANL-SD deixam de ser significativas, enquanto INTABR-SR e TOTAL TCA-SR passam a ser. Ainda comparando as duas tabelas, as correlações significativas absolutas com a subescala IR são menores e com SR são maiores.

Em linhas gerais, a análise post-hoc mostra que, para terapeutas com treinamento em TCA, o trabalho com repertórios abrangentes é o principal preditor dos resultados terapêuticos, sobretudo nas esferas sociais (Relacionamentos Interpessoais e Desempenho de Papéis Sociais).

Discussão

A Terapia Comportamental Abrangente é uma proposta nova cuja construção está em processo. Parte desse processo envolve a investigação empírica de sua caracterização como prática clínica e dos resultados produzidos por essa prática. O presente trabalho, enquanto primeiro empreendimento de pesquisa acerca da TCA, buscou avaliar o efeito do treinamento nas diretrizes da TCA sobre a conduta clínica de terapeutas analítico-comportamentais e comparar os resultados clínicos obtidos por terapeutas em diferentes graus de contato com esse modelo terapêutico.

Conforme o delineamento do estudo, a caracterização da TCA foi avaliada por dois ângulos: comparando medidas comportamentais dos atendimentos de terapeutas com extensa formação em TCA (terapeutas experientes) com aquelas de terapeutas analítico-comportamentais sem contato prévio com a TCA (terapeutas aprendizes); comparando as mesmas medidas desses últimos terapeutas antes e depois de um treinamento nas diretrizes da TCA. Da mesma maneira, os resultados clínicos promovidos pela TCA foram avaliados de duas formas: comparando resultados de terapeutas experientes com aqueles obtidos por terapeutas aprendizes e comparando os resultados obtidos por TAs antes e depois do treinamento. Em conjunto, tais análises permitiram comparações qualitativas e quantitativas entre a TCA e a TAC, revelando pontos de singularidade e de semelhança deste novo modelo terapêutico em relação àquele que lhe deu origem.

A caracterização da prática da TCA

Um dos instrumentos utilizados para mensurar o comportamento dos terapeutas foi o Formulário de Avaliação de Compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente. Todos os itens da avaliação de compatibilidade com a TCA tiveram, como tendência geral,

escores maiores para terapeutas experientes em relação a terapeutas aprendizes (Figura 2). Esse resultado tem duas implicações importantes: primeiro, que existe alguma uniformidade na prática de terapeutas comportamentais abrangentes que os distingue de terapeutas que não atuam nessa perspectiva; segundo, que os itens listados no formulário descrevem adequadamente tais características definidoras. Considerando a descrição de cada item, isso significa que: terapeutas comportamentais abrangentes tendem a ser mais transparentes na forma como se comunicam; direcionam mais os temas da terapia para as relações interpessoais do cliente; baseiam suas análises e intervenções em padrões de fala do cliente; encorajam os clientes a conversarem com outras pessoas sobre temas de interesse terapêutico com maior frequência; direcionam suas intervenções para construção de contingências compatíveis com os pilares do viver com sentido.

A discrepância entre a avaliação realizada pelos dois juízes sobre a compatibilidade com a TCA levanta questões sobre a construção do próprio instrumento. Para sua utilização em futuros estudos, é recomendada uma formulação mais clara dos itens que descrevem os critérios da avaliação e um treinamento prévio dos juízes sobre cada um deles.

Outro instrumento utilizado para descrever padrões no comportamento dos terapeutas foi o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT), que vem sendo utilizado em pesquisas de processo em terapia analítico-comportamental no Brasil desde seu desenvolvimento em 2007 (Zamignani & Meyer, 2014a). As categorias dos Eixo I.1 (comportamento verbal vocal do terapeuta) e II.1 (tema da sessão) revelaram poucas diferenças sistemáticas entre terapeutas experientes e terapeutas aprendizes (Figuras 3 e 5 respectivamente). A falta de tendências claras que diferenciem os grupos de terapeutas a partir de medidas do SiMCCIT pode estar ligada ao fato de que a medida de proporção de falas em determinadas categorias é mais sensível a

especificidades da condução de cada terapeuta, cliente ou sessão. A falta de tendências nos dados observados nas categorias do Eixo I.3 (comportamento verbal vocal do cliente) aponta na mesma direção (Figura 4).

Um limite metodológico de possível relevância do presente estudo refere-se à seleção de participantes. As amostras foram selecionadas por conveniência e, além do grau de contato com a TCA, diferiram-se quanto à localização geográfica. Na medida em que existem aspectos regionais idiossincráticos na prática da Terapia Analítico-Comportamental, os padrões observados podem ter refletido essas idiossincrasias e não necessariamente elementos que possam ser generalizados para todos os terapeutas que trabalham nessa perspectiva. Estudos anteriores que usaram o SiMCCIT revelaram homogeneidade na prática de terapeutas analítico-comportamentais de origem e formação semelhantes (Oliveira, 2014). Nesse sentido, a observação de padrões na diferenciação dos grupos requereria uma amostra maior e mais diversificada de terapeutas, clientes e sessões para o controle de variáveis estranhas.

Ainda que essas categorias do SiMCCIT não tenham revelado diferenças claras entre os grupos, os resultados dos testes de correlação entre essas categorias e os itens da avaliação de compatibilidade com a TCA (Tabela 8) sugerem que sessões mais alinhadas a essas diretrizes apresentaram uma abordagem mais reflexiva (maior proporção de solicitação de reflexões e interpretações), menos diretiva (menor proporção de recomendações) e menos acolhedora (menor proporção de aprovação e empatia).

Além de apresentarem valores maiores no item TRANSP, terapeutas experientes tiveram maiores proporções de fala nas sessões (Figura 8) e, de acordo com a categoria II.3, direcionavam os temas da sessão com maior frequência (Figura 7), sugerindo que terapeutas

alinhados às diretrizes da TCA se comunicam de forma mais aberta e conduzem mais ativamente as sessões.

Tão importante quanto a própria enumeração das variáveis que diferenciaram a prática de terapeutas comportamentais abrangentes de outros terapeutas analítico-comportamentais é o fato de que tais diferenças existem. Qualquer padrão que distinga de forma clara e consistente a prática dos dois grupos de terapeutas fortalece a noção de que a TCA não redundava com a TAC, ainda que exista um alinhamento de princípios. Tais dados permitem embasar empiricamente uma resposta a Costa (2011) sobre a recomendação de que não devem existir diferentes denominações para os modelos terapêuticos analítico-comportamentais vigentes. Ainda que tais modelos possam ser agrupados pelo fato de se nortearem por princípios gerais comuns, não constituem efetivamente o mesmo tipo de prática psicoterapêutica na medida em que se observam diferenças concretas nos comportamentos dos terapeutas que a elas aderem.

Resultados clínicos

Os resultados clínicos dos terapeutas no estudo foram medidos utilizando-se um instrumento comumente utilizado para tais fins na literatura, o *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2). Os escores do instrumento são divididos em três subescalas, o que permite uma avaliação dos resultados clínicos em diferentes esferas da vida do cliente.

Comparando-se os valores iniciais com os valores finais dos escores observados (Figura 9), é possível afirmar que todos os terapeutas de ambos os grupos obtiveram melhoras em todas as subescalas, sendo a única exceção os valores de Desempenho de Papéis Sociais (SR) para TE3. Isso revela que todos os terapeutas foram, em algum grau, efetivos em seu trabalho. Uma vez que todos os terapeutas participantes deste estudo identificam-se como

terapeutas analítico-comportamentais, esse dado pode fortalecer o corpo de evidências sobre a efetividade da TAC, em vista de que estudos na área que utilizam medidas de resultado desta natureza são escassos (Leonardi, 2016). Contudo, o fato de que não foram utilizadas medidas independentes ou procedimentos específicos para garantir que a prática dos terapeutas deste estudo caracteriza aquilo que pode ser considerado TAC coloca ressalvas sobre esse tipo de conclusão.

Como tendência geral, comparando-se os valores iniciais e mínimos, a subescala que apresentou maiores resultados para ambos os grupos foi Desempenho de Papéis Sociais (SR). Relações Interpessoais (IR) mostrou resultados mais estáveis no sentido de que os valores iniciais tendem a coincidir com os valores máximos, ou seja, houve melhoras nas relações interpessoais dos clientes que não regrediram ao longo do processo terapêutico. A subescala Desconforto Subjetivo (SD) apresentou tal estabilidade somente para terapeutas experientes, enquanto dois dos três terapeutas aprendizes mostraram pioras significativas dos valores dessa subescala em relação aos valores iniciais. A observação de melhores resultados para as subescalas ligadas a relações sociais provavelmente está associada ao fato de que temas de ordem interpessoal foram dominantes na maioria das sessões (Figura 5), embora essa dominância tenha diminuído da fase inicial para final do processo. É interessante observar também que, ainda que temas possivelmente relacionados ao Desconforto Subjetivo (aspectos psicopatológicos referentes a transtornos de humor e de ansiedade) tenham sido relativamente pouco presentes nas sessões (como as categorias STM – Sentimentos em geral e QXS – Queixas psiquiátricas e sintomas médicos), todos os terapeutas obtiveram melhoras nos indicadores dessa subescala, sendo elas mais estáveis para TEs. Tal dado fortalece a noção central à TCA de que distúrbios de ansiedade e humor correlacionam-se com problemas nas

relações sociais e sugere que terapeutas comportamentais abrangentes conduziram suas investigações e intervenções de forma mais orientada por essa associação.

Os resultados obtidos por terapeutas aprendizes foram, de maneira geral, ligeiramente superiores àqueles obtidos pelos terapeutas experientes, o que pode ser observado pelo tamanho das barras na Figura 9 e pela frequência observada de curvas que se ajustam a uma função linear na Tabela 10. Concomitantemente, nota-se uma tendência de valores iniciais maiores para clientes dos terapeutas aprendizes, o que significa que chegaram à terapia com maior grau de comprometimento psicológico. Isso poderia justificar, em parte, a maior magnitude dos resultados observados.

É necessário ressaltar que medidas de resultado são bastante sensíveis não só a características da atuação do terapeuta, mas a particularidades dos clientes. Os critérios de inclusão dos clientes no estudo contemplaram poucos elementos relativos aos seus atributos pessoais e demandas, de modo que era esperada alguma variabilidade na natureza e na intensidade dos problemas psicológicos trazidos (Kazdin, 2016). Essa variabilidade afeta de forma direta não só os resultados, mas outras variáveis medidas como os temas tratados na terapia (Figuras 5, 6 e 7), e sinaliza a necessidade de cuidados na interpretação e generalização dos dados cujas tendências são menos claras.

Uma análise que permitiu avaliar os resultados relacionando-os diretamente a especificidades da prática terapêutica foi a de matrizes de correlações entre itens de compatibilidade com a TCA e as subescalas do OQ-45.2 apresentadas nas Tabelas 11 e 12. Segundo essas análises, os fatores que mais diretamente impactaram nos resultados clínicos foram a condução de análises que relacionam demandas aos repertórios abrangentes dos clientes e de intervenções focadas na aquisição de repertórios desse tipo (itens ANL-ABR e INT-ABR), sobretudo nas medidas de Relacionamentos Interpessoais e Desempenho de

Papéis Sociais. Sendo o foco em repertórios abrangentes possivelmente a característica que mais distingue o trabalho da Terapia Comportamental Abrangente, esse resultado apresenta-se como evidência singularmente favorável à avaliação de efetividade desse modelo terapêutico no contexto do presente estudo. Sendo um conceito relativamente novo, uma melhor investigação da relação apresentada requereria uma operacionalização mais clara dos próprios repertórios abrangentes e dos comportamentos do terapeuta que envolvem análises e intervenções pautadas nessas categorias comportamentais, o que poderá ser feito em estudos futuros.

O delineamento do estudo buscou avaliar se o nível de formação em TCA afeta resultados clínicos de forma qualitativa e quantitativa, mas não é adequado para responder diretamente questões sobre a efetividade da TCA enquanto modelo terapêutico fechado. Para isso, seria necessário estabelecer critérios mais rígidos sobre aquilo que caracteriza essa prática, fornecer instruções diretas aos terapeutas do estudo sobre a adesão a essas diretrizes, e possivelmente delimitar o tipo de demanda sobre a qual a eficácia da terapia será investigada, assim como acontece em outros estudos desse tipo (Leonardi, 2016). Ainda que o presente trabalho não tenha feito isso, os dados apresentados até agora fornecem subsídios para construção desses critérios e diretrizes.

Efeitos do treinamento

A variável independente do estudo – formação nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente – foi caracterizada de duas formas: pela divisão dos grupos (terapeutas com experiência prévia em TCA e terapeutas aprendizes) e pela divisão do processo terapêutico dos terapeutas aprendizes em dois momentos (antes e depois do treinamento em TCA). Para avaliar os efeitos do treinamento, comparou-se os valores das

variáveis dependentes em questão – compatibilidade com a TCA, categorias do SiMCCIT e resultados do OQ-45.2 – entre as fases iniciais e finais do processo utilizando o grupo de terapeutas experientes como grupo controle para distinguir os efeitos do treinamento de potenciais efeitos temporais do processo terapêutico.

A maior parte dos itens da avaliação de compatibilidade com a TCA apresentou queda em seus valores da fase inicial para a final do processo terapêutico, resultado oposto ao efeito esperado do treinamento. É arriscado atribuir a diminuição da compatibilidade ao próprio treinamento pelo fato de quedas semelhantes terem sido observadas para terapeutas experientes, o que sugeriria uma tendência de redução da adesão aos princípios da TCA no transcorrer do processo terapêutico de forma generalizada. Visto que os dados indicam que os itens da avaliação efetivamente descrevem o comportamento de terapeutas experientes, é seguro afirmar que o treinamento não produziu o resultado esperado, ou seja, um aumento da adesão dos terapeutas aprendizes aos princípios da TCA.

Há diversas explicações pelas quais o treinamento não produziu o efeito esperado. Primeiro, pode ter sido insuficiente. O treinamento no presente estudo consistiu em um curso de 12h ministrado em grupo contendo atividades expositivas, práticas e uma demonstração de aproximadamente 40 minutos de atendimento nos moldes da TCA. Se comparado aos treinamentos tipicamente oferecidos a terapeutas que participam de ensaios clínicos para pesquisa em psicoterapia, tal volume de treinamento é bastante pequeno. Em estudos assim, os terapeutas participantes são cuidadosamente selecionados, treinados em uma série específica e bem especificada de intervenções, recebem manuais com descrições detalhadas dos procedimentos terapêuticos a serem seguidos, são supervisionados de forma próxima e monitorados através de gravações de sessões (Roth et al., 2010). Embora treinamentos mais curtos e pontuais como o do presente estudo não sejam incomuns na literatura de formação de

terapeutas, o conjunto de evidências sobre sua efetividade é limitada, e seu formato apresenta diversos problemas (Fairburn & Cooper, 2011). Fairburn e Cooper (2011) destacam que treinamentos nesses moldes não possibilitam uma demonstração da condução do processo terapêutico como um todo e não permitem um acompanhamento continuado e individualizado dos terapeutas. Os autores sugerem como alternativa o uso de plataformas online como complementares ao treinamento, uma vez que permitem o acesso a conteúdos mais extensos com exposições repetidas no ritmo do aluno e com menor custo-benefício.

Outro motivo pelo qual o treinamento pode não ter produzido os efeitos desejados refere-se à instrução explícita de que os terapeutas aprendizes, mesmo após o treinamento, eram livres para conduzir seus atendimentos da forma como preferirem. Se, por um lado, é possível que o curso não tenha sido suficiente em produzir nos participantes os repertórios necessários para conduzir o processo terapêutico nos moldes da TCA, por outro lado os terapeutas podem ter deliberadamente escolhido não fazê-lo. Ressalta-se que tal fator não necessariamente configura-se como um problema metodológico do estudo, mas revela a natureza formativa, e não instrucional, da variável independente em questão.

O fato de que terapeutas aprendizes não apresentaram maior adesão aos princípios da TCA indicados pelos itens da avaliação de compatibilidade não significa, contudo, que o treinamento não tenha produzido qualquer tipo de efeito. Com base nas categorias do SiMCCIT, observou-se tendência de redução de falas empáticas e aumento de emissões de aprovação. Além disso, terapeutas aprendizes passaram a direcionar os temas da sessão mais frequentemente após o treinamento (Figura 7) de forma semelhante a terapeutas experientes e, ao contrário dos TEs, não apresentaram tanta queda na proporção de falas do início para o fim do processo (Figura 8), sugerindo que o treinamento em TCA contribuiu para que os terapeutas conduzissem de forma mais ativa seus atendimentos.

A evolução dos resultados mensurados pelo OQ-45.2 também apresentou mudanças após o treinamento. Os valores das subescalas SD e IR oscilaram e não revelaram tendências claras para terapeutas aprendizes antes do treinamento; depois do treinamento, tais valores apresentaram quedas mais regulares de uma sessão para outra (tendência que não foi observada no mesmo período para TEs). Isso sugere que o treinamento tornou os terapeutas aprendizes mais efetivos em lidar com questões relativas aos relacionamentos interpessoais do cliente e queixas ligadas a problemas de ansiedade e humor. Contudo, uma vez que não há indícios de aumento de adesão à TCA, é difícil atribuir esses efeitos a qualquer característica específica do treinamento. Tais resultados podem estar associados a aspectos gerais do treinamento, relativos ao fato de terem feito um curso no qual temas diversos de psicoterapia foram discutidos.

Indicações para futuras pesquisas

O presente trabalho constituiu um passo inicial para produção de evidências que sustentam a prática da Terapia Comportamental Abrangente. Contudo, um longo caminho de pesquisa ainda precisa ser percorrido para que a TCA possa ser considerada uma terapia baseada em evidências. Para produzir dados de melhor qualidade que atestem a eficácia do modelo como um todo, estudos futuros devem buscar em seu delineamento diversos cuidados adicionais (Leonardi, 2016). Primeiro, operacionalizar os métodos da TCA de forma específica, detalhada, produzindo material que possa ser utilizado por outros terapeutas e pesquisadores para reprodução dos procedimentos utilizados. Essa operacionalização permite que a variável independente do estudo seja definida adequadamente e visa garantir a validade interna do estudo. Além dessa definição, é necessário o emprego de medidas independentes para avaliar a adesão dos terapeutas ao modelo, o que pode ser feito com o uso de

instrumentos como o Formulário de Avaliação de Compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente. Recomenda-se também a utilização de grupos-controle ou delineamentos experimentais de caso único que viabilizem a comparação da aplicação da TCA com procedimentos placebo. Melhoras terapêuticas podem ser decorrentes da mera passagem do tempo ou de fatores gerais da terapia, como a escuta terapêutica ou a formação do vínculo com o profissional. Sem a utilização de grupos controle, é impossível atribuir devidamente os resultados observados aos procedimentos terapêuticos utilizados.

Futuros estudos podem se beneficiar também da utilização de medidas de resultado que avaliem diretamente a aquisição dos repertórios de interesse terapêutico que, no caso da TCA, são essencialmente verbais. Ainda que amplamente utilizado na literatura para medir resultados terapêuticos, as medidas do OQ-45.2 são bastante sensíveis a fatores circunstanciais relativamente fora do controle terapêutico. Como exemplo anedótico, a cliente de TE1 desenvolveu sintomas físicos intensos que culminaram em crises de ansiedade após a realização de uma cirurgia entre a sétima e a oitava sessão. O transtorno causado pelos sintomas físicos e crises subseqüentes provavelmente foram responsáveis pela piora em todas as subescalas medidas pelo instrumento. É seguro supor que fatores circunstanciais semelhantes afetaram, em algum grau, resultados de todos os participantes, não só negativa mas positivamente. Estudos que avaliam separadamente medidas de bem-estar e aquisição de comportamento nem sempre encontram congruência entre elas. Por exemplo, o estudo de Magri e Coelho (2019) que comparou o efeito de diferentes procedimentos de treinamento sobre medidas de habilidades sociais observou que melhoras nesses instrumentos caminhavam na direção oposta dos resultados sobre medidas de ansiedade. Os autores atribuíram aumentos na ansiedade à possibilidade de que as intervenções tenham contribuído para maior observação do próprio comportamento e os contextos sociais por parte do cliente,

o que não necessariamente seria interpretado como piora terapêutica. Efeitos desse tipo obscurecem a relação entre as intervenções terapêuticas e os resultados, sobretudo em delineamentos que utilizam de poucos participantes ou de processos terapêuticos realizados em curto espaço de tempo.

Alternativa e complementarmente, resultados terapêuticos podem ser medidos pela definição, categorização e contagem de frequência dos comportamentos-alvo assim como em estudos tradicionais da Análise Comportamental Aplicada e alguns estudos clínicos (e.g. Oliveira, 2004), ou podem ser criados instrumentos próprios para mensuração de resultados de interesse específico assim como aqueles existentes em estudos da FAP (Maitland & Gaynor, 2012) e da ACT (Bond et al., 2011). Sendo a aquisição de repertórios abrangentes central aos objetivos terapêuticos da TCA, a melhor forma de medir os resultados diretamente visados por essa terapia seria através de instrumentos construídos especificamente para avaliação dessas classes comportamentais.

Cabe considerar também que as análises realizadas partiram da observação de um número de sessões arbitrariamente delimitado. Tendências mais claras na caracterização das variáveis dependentes e nos efeitos do treinamento poderiam ser observadas com o uso de critérios de estabilidade para o comportamento dos terapeutas ou critérios ligados ao alcance dos objetivos terapêuticos, que variam largamente entre diferentes processos terapêuticos.

Além de pesquisas de eficácia, outros empreendimentos de pesquisa podem ser úteis para avaliar os procedimentos, processos e mecanismos específicos responsáveis pelas mudanças terapêuticas. Os enunciados básicos da TCA contêm inúmeras ideias que carecem, em algum grau, de maior validação empírica. Ainda que muitos dos procedimentos utilizados pela TCA sejam comuns às terapias analítico-comportamentais, alguns deles de caráter mais próprio podem ser isolados enquanto técnica e testados independentemente, como a

intervenção multiuso e o treinamento de repertórios opostos. Ademais, pesquisas que avaliem o efeito do treinamento de habilidades sociais sobre habilidades verbais tipicamente tidas como cognitivas (como a solução de problemas e a atribuição de sentido) ofereceriam suporte empírico ao conceito de repertório abrangente, central à TCA.

A inserção da TCA no rol das terapias analítico-comportamentais brasileiras

O conjunto de fatores que deram origem às terapias analítico-comportamentais brasileiras não convergiu para um modelo com identidade bem delimitada, dando origem a uma imensa variabilidade de práticas que careciam da delimitação de diretrizes de atuação mais claras (Santos, 2018) e de suporte empírico adequado para sua utilização (Leonardi, 2016). Esse contexto forneceu operações motivadoras para dois tipos de esforços: em uma vertente, a sistematização de modelos terapêuticos específicos dentro da TAC, como foi o caso da Psicoterapia Comportamental Pragmática (Medeiros, 2020), da Terapia Molar e do Autoconhecimento (Marçal & Dutra, 2007) e, em certo sentido, da Terapia por Contingências de Reforçamento (Guilhardi, 2004); em outra vertente, a criação de empreendimentos de pesquisa de maior qualidade metodológica para produção de evidências sobre o funcionamento e a efetividade da TAC (Zamignani et al., 2019).

O presente trabalho constituiu um esforço nas duas direções: a sistematização de um modelo terapêutico analítico-comportamental específico – a Terapia Comportamental Abrangente, apresentando seus pressupostos básicos, seu embasamento teórico e suas diretrizes de trabalho; e uma primeira pesquisa empírica de seu funcionamento, investigando variáveis ligadas aos processos clínicos e aos resultados envolvidos em sua prática. As medidas utilizadas para mensurar o comportamento dos terapeutas apontaram diferenças significativas entre terapeutas adeptos da TCA e outros terapeutas analítico-comportamentais,

sobretudo nas variáveis diretamente associadas ao modelo. Tais dados fortalecem a noção de que a TCA não redundava com a TAC e dão suporte empírico à sua diferenciação enquanto modelo próprio. Em relação aos resultados, melhoras terapêuticas foram observadas em todas as medidas do instrumento empregado, e efeitos positivos sobre o desempenho dos terapeutas aprendizes foram observados após o treinamento nos princípios da TCA. Portanto, ainda que exista muito caminho a ser percorrido na construção de evidências para a TCA, os dados iniciais fornecem indícios de que terapeutas analítico-comportamentais podem beneficiar-se do contato com suas ideias.

Este trabalho é um dos poucos na literatura da TAC a utilizar um delineamento experimental em pesquisa clínica, a utilizar instrumentos padronizados da área para medir resultados e a fazê-lo na investigação de um modelo terapêutico brasileiro como um todo. Dessa maneira, contribui ao corpo de evidências que sustentam o funcionamento da TAC e fortalece empiricamente a argumentação de que suas diretrizes de atuação necessitam de maior sistematização o que, em muitos casos, envolverá a delimitação de ramificações próprias de atuação.

Nesse sentido, espera-se que o presente trabalho sirva de incentivo para que variantes brasileiras da TAC já existentes se expandam e se fortaleçam, seja através da produção de evidências, de textos delineando suas formas de atuação, ou da inserção em eventos científicos no país que extrapolem seus locais de origem. Paralelamente, encoraja-se que comunidades de terapeutas que desenvolvem formas próprias de trabalho organizem e descrevam melhor suas produções. Isso permitirá diferenciá-las da massa de diretrizes muitas vezes excessivamente genéricas que caracterizam a TAC, dando-lhes visibilidade. Se terapeutas diferentes atuam de formas diferentes, nomear o que fazem de forma igual obscurece a identidade de suas práticas e dificulta o ensino da terapia.

A inserção e validação da TCA no rol das terapias analítico-comportamentais brasileiras não dependem somente da produção de evidências sobre sua eficácia, mas do fortalecimento de contingências culturais na comunidade de analistas do comportamento que valorizem a pluralidade das práticas clínicas e a disposição para dialogar com áreas de interface. Na perspectiva da TCA, o estímulo ao “falar sobre” é o principal caminho pelo qual o cliente consegue ampliar seus repertórios e desenvolver-se enquanto pessoa. Da mesma forma, a TCA só poderá se desenvolver enquanto prática à medida que for integrada ao diálogo que permeia a construção brasileira plural das terapias analítico-comportamentais do país.

Referências

- ABPMC. (2017). *Anais do XXVI Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental*. Recuperado em 18 de março de 2021 de <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/1541444705dfe12472.pdf>
- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. D. S. S. (2017). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 238-259. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1065>
- Agerbo, E. (2003). Unemployment and suicide. *Journal of Epidemiol Community Health*, 57, 560-561. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.8.560>
- Aknin, L. B., Dunn, E. W., & Norton, M. I. (2012). Happiness runs in a circular motion: evidence for a positive feedback loop between prosocial spending and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 13(2), 347-355. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9267-5>
- Albuquerque, A. R., & Melo, R. M. (2005). Equivalência de estímulos: conceito, implicações e possibilidades de aplicação. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.) *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 245-264). Porto Alegre: Artmed.
- Alves, N. N. F., & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. Em A. K. C. R. de Farias (Org.). *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed.
- Amabile, T. M., & Kramer, S. J. (2011). *The progress principle: using small wins to ignite joy, engagement, and creativity at work*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>

- Anderson, K., & Wallace, B. (2015). Digital storytelling as a trauma narrative intervention for children exposed to domestic violence. In L. C. Cohen, J. L. Johnson, & P. Orr (Orgs). *Film and video-based therapy* (pp. 95-107). New York: Routledge.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences, 11*(12), 1255-1261. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90152-H](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90152-H)
- Assis, V. R. (2018). *Estabelecimento de objetivos em Terapia Comportamental Abrangente: um estudo de caso*. (Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado). Instituto Goiano de Análise do Comportamento.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1965). The measure and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 8*(6), 357-383. <https://doi.org/10.1901/jeab.1965.8-357>
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis 1. *Journal of applied behavior analysis, 1*(1), 91-97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 1*(2), 71-79.
- Banaco, R. A., & Zamignani, D. R. (2018). Can clinical behavior analysis be conducted without aversive control? *Trends in Behavior Analysis, 3*, 17-50.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., Martone, R. C., Vermes, J. S., & Kovac, R. (2012). Psicopatologia. Em M. M. C. Hübner, & M. B. Moreira (Orgs). *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (154-166). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Barcellos, A. B. & Haydu, V. B. (1998). História da psicoterapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 16-34). Campinas: Editorial Psy.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & McEnteggart, C. (2020) Updating RFT (more field than frame) and its implications for process-based therapy. *The Psychological Record*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00372-3>.
- Barnes-Holmes, D., O’Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bisset, R. T., & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. Em S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds). *Relational Frame Theory – a post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 103-117). Nova Iorque: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. Em E. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Homes, & A. Biglan (Eds.) *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 363-382). Nova Jersey: Wiley-Blackwell.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1995).
- Beckert, M. E. (2005). Correspondência verbal/não-verbal: pesquisa básica e aplicações na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.) *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 229-244). Porto Alegre: Artmed.

- Bitondi, F. R., & Setem, J. (2007). A Importância das Habilidades Terapêuticas e da Supervisão Clínica: uma Revisão de Conceitos. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 11(1), 203-212. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2007.v11i1.241>
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em psicologia*, 6(2), 1-10. <https://doi.org/10.5380/psi.v6i2.3311>
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montagner, A. R., Bandeira, M. & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette, (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 1-45) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, B. (2012). *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*. New York: Penguin.
- Caballo, V. E. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos. (Obra originalmente publicada em 2003).
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.005>

- Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Em J. Abreu-Rodrigues, & M. Rodrigues (Orgs.). *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed. Contingências aversivas e comportamento emocional.
- Campos, B. S. (2019). *O impacto do cliente sobre a pessoa do terapeuta*. (Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado). Instituto Goiano de Análise do Comportamento.
- Canale, J. R. (1990). Altruism and forgiveness as therapeutic agents in psychotherapy. *Journal of religion and health*, 29(4), 297-301. <https://doi.org/10.1007/BF00992984>
- Carron, A. V., Brawley, L. R., Eys, M. A., Bray, S., Dorsch, K., Estabrooks, P., Hall, C. R., Hardy, J., Hausenblas, H., Madison, R., Paskevich, D., & Patterson, M. M. (2003). Do individual perceptions of group cohesion reflect shared beliefs? An empirical analysis. *Small group research*, 34(4), 468-496. <https://doi.org/10.1177/1046496403254274>
- Carvalho, L. F., & Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14(3), 309-316. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300007>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Roehling, M. V., & Boudreau, J.W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among U.S. managers. *Journal of Applied Psychology*, 85, 65–74. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.1.65>
- Chambless, D. L. (1993). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures: a report adopted by de Division 12 Board*. Washington: American Psychological Association. Retirado de <http://www.div12.org/sites/default/files/InitialReportOfTheChamblessTaskForce.pdf>

- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology, 63*(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2016). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety—republished article. *Behavior therapy, 47*(5), 622-632. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80043-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80043-9)
- Chou, K. L., Liang, K., & Sareen, J. (2011). The association between social isolation and DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders: Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*(11), 1468–1476. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06019gry>
- Collins, A. L., Sarkisian, N., & Winner, E. (2009). Flow and happiness in later life: an investigation into the role of daily and weekly flow experiences. *Journal of Happiness Studies, 10*, 703-719. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9116-3>
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental e Cognitiva, 13*(2), 46-57.
- Costa, N. & Barros, R. S. (2010). Ciúme: Uma interpretação analítico-comportamental. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 18*(1), 135-149.
- da Silva, S. M., Alves, I. C. B., Peixoto, E. M., Rocha, G. M. A., & Nakano, T. de C. (2016). Outcome Questionnaire (oq-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e tri. *Psico, 47*(4), 298-308. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.24600>
- Damon, W., Menon, J., & Bronk, C. K. (2003). The development of purpose during adolescence. *Applied developmental science, 7*(3), 119-128. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_2

- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Uma introdução ao livro. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.). *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- de Paula, J. B. C., & Haydu, V. B. (2010). Revisão bibliográfica de pesquisas brasileiras sobre equivalência de estímulos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 281-294.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200010>
- de Rose, J. C. C., Bezerra, M. S. L., & Lazarín, T. (2012). Consciência e autoconhecimento. Em M. M. C. Hübner, & M. B. Moreira (Orgs.). *Temas clássicos da Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (pp. 188-207). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Deffenbacher, J. L. (2002). A inoculação do stress. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 557-579). 2ª. edição. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). *Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho*. 5ª edição. Petrópolis: Vozes.
- Delitti, A. M. C. (2002). Avaliando sessões de Terapia Comportamental: um questionário pós-sessão é instrumento suficiente?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 119-133. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v4i2.111>
- DeWall, C. N., & Bushman, B. J. (2011). Social acceptance and rejection: the sweet and the bitter. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 256–260.
<https://doi.org/10.1177/0963721411417545>

- Dornelles, V. G., & Sayago, C. W. (2015) Terapia Comportamental Dialética: estrutura e estratégias de tratamento. Em P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp 474-505). Nova Hamburgo: Sinopsys.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 373-378.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234.
<https://doi.org/10.1159/000365764>
- Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2013). Desamparo aprendido e incontrolabilidade: relevância para uma abordagem analítico-comportamental da depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 211-219. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000200010>
- Ferster, C. B. (1972). An experimental analysis of clinical phenomena. *The Psychological Record*, 22(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/BF03394059>
- Follette, W. C., Linnerooth, P. J., & Ruckstuhl Jr, L. E. (2001). Positive psychology: A clinical behavior analytic perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 102-134.
<https://doi.org/10.1177/0022167801411007>
- França, K. M. (2019). *Vencendo a insegurança através do enfrentamento*. (Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado). Instituto Goiano de Análise do Comportamento.
- Frankl, V. E. (1984) *Man's search for meaning: an introduction to Logotherapy*. New York: Simon & Schuster.

- Frasson, A. P., & Nery, L. B. (2018). “Quero ser uma pessoa leve” – A relação terapêutica e a terapia de aceitação e compromisso como recursos de intervenção em um caso de inabilidade social. Em A. K. C. R. de-Farias, F. N. Fonseca, & L. B. Nery (Orgs.). *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica* (pp.267-283). Porto Alegre: ArtMed.
- Gale, C., Schröder, T., & Gilbert, P. (2017). ‘Do you practice what you preach?’ A qualitative exploration of therapists' personal practice of Compassion Focused Therapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 171-185. <https://doi.org/10.1002/cpp.1993>
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2(1), 1-84.
- Goldiamond, I., & Dyrud, J. E. (1968). Some applications and implications of behavioral analysis for psychotherapy. Em J. M. Shlien (Ed.). *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 54–89). Washington, DC: American Psychological Association.
- Guerin, B. (2018, 20 de junho). *Weaning yourself off cognitive models*. [Postagem de blog]. Retirado de <https://holisticelephants.wordpress.com/2018/06/20/weaning-yourself-off-cognitive-models-part-2-new-assumptions-for-alternative-ecological-behavioural-or-contextual-approaches/>
- Guilhardi, H. J. (2004) Terapia por Contingências de Reforçamento. Em C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp.3-40). São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Curitiba, PR. Recuperado de www.terapiaporcontingencias.com.br/txt/terceiraonda.pdf.

- Guilhardi, H. J. (2015). *Reforço livre*. Recuperado em 12 de março de 2019 de <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/reforcolivre.pdf>.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders, 190*, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Haraway, D. L., & Haraway, H. M. (2005) Analysis of the Effect of Conflict-Management and Resolution Training on Employee Stress at a Healthcare Organization. *Hospital Topics, 83*(4), 11-17. <https://doi.org/10.3200/HTPS.83.4.11-18>
- Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Galanis, E., & Theodorakis, Y. (2011). Self-talk and sports performance: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science, 6*(4), 348-356. <https://doi.org/10.1177/1745691611413136>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory – a post-skinnerian account of human language and cognition*. Nova Iorque: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to

- diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences*, 30, 595-608. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00058-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00058-1)
- Hirschfeld, R. R. (2002). Achievement orientation and psychological involvement in job tasks: the interactive effects of work alienation and intrinsic job satisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(8), 1663-1681. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb02768.x>
- Hoffman, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of CBT. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 701-710. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.006>
- Holland, J. G. (1978). Behaviorism: part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(1), 163-174. <https://doi.org/10.1901/jaba.1978.11-163>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hübner, M. M., Starling, R. R., & Guilhardi, H. J. (2012, agosto 15-18). *Refletindo sobre a "terceira onda"* [Apresentação de sessão coordenada]. XXI Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental, Curitiba/PR.
<http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/14280015209535e1fd4ae2.pdf>
- Hunziker, M. H. L. (2011). Afinal, o que é controle aversivo? *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 19, 9-19.

- Huta, V., Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: the differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, *11*, 735–762. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9171-4>
- Iglehart, J. K. (1992). The American Health Care System. *New England Journal of Medicine*, *327*(10), 742–747. <https://doi.org/10.1056/nejm199209033271029>
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, *8*(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jiang, Z., Rompala, G. R., Zhang, S., Cowell, R. M., & Nakazawa, K. (2013). Social isolation exacerbates schizophrenia-like phenotypes via oxidative stress in cortical interneurons. *Biological psychiatry*, *73*(10), 1024-1034. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.12.004>
- Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, *7*(5), 382-390. <https://doi.org/10.1037/h0072283>
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *31*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1007/BF03392158>
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *78*(3), 458-467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kazdin, A. E. (2016). *Research design in clinical psychology*. Fifth edition. Boston: Pearson.

- Keeley, S. M., Shemberg, K. M., & Carbonell, J. (1976). Operant clinical intervention: Behavior management or beyond? Where are the data? *Behavior Therapy*, 7(3), 292-305. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(76\)80055-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(76)80055-X)
- Knott, L. E., Wetterneck, C. T., Derr, D., & Tolentino, R. (2015). A functional analytic perspective of therapist intimacy in and out of session. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 9(4), 6-10.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional*. Santo André: ESETEc (Obra publicada originalmente em 1991).
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271-282. <https://doi.org/10.1007/BF03392636>
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D. R., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-z>
- Layng, T. J. (2009). The search for an effective clinical behavior analysis: The nonlinear thinking of Israel Goldiamond. *The Behavior Analyst*, 32(1), 163-184. <https://doi.org/10.1007/BF03392181>
- Leary, M.R. (2010). Affiliation, acceptance, and belonging. Em S.T. Fiske, D.T. Gilbert & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (5^a Ed., Vol. 2, pp. 864–897). Nova Iorque: Wiley.

- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas em análise do comportamento*, 6(2), 119-131. <https://doi.org/10.18761/pac.2015.027>
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia). Retirada da Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2016). Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1465-1477. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-15Pt>
- Lerman, D. C., & Vorndran, C. M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464. <https://doi.org/10.1901/jaba.2002.35-431>
- Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y. W., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed (Obra originalmente publicada em 1993).
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/17439760500372796>

- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. Em P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp 29-58). Nova Hamburgo: Sinopsys.
- Machado, P. F. (2019). *Masturbação e culpa: intervenções da Terapia Comportamental Abrangente*. (Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado). Instituto Goiano de Análise do Comportamento.
- Magri, M. R., & Coelho, C. (2019). Comparação dos efeitos do treinamento de habilidades sociais e da terapia analítica funcional nas habilidades sociais de um paciente com fobia social. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(1), 24-42.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2012). Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 63-71. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100939>
- Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecimento de objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 231-245. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i2.32>
- Marçal, J. V. S., & Dutra, A. (2007). *Terapia Molar e do Autoconhecimento* (slides de PowerPoint). Recuperado em 13 de agosto de 2020 de <https://slideplayer.com.br/slide/14106043/>
- Martin, G., & Pear, J. (2017). *Modificação do comportamento: o que é e como fazer*. Oitava edição. São Paulo: Rocca. (Obra originalmente publicada em 2007)
- Mas, J. S. (2002). O treinamento em auto-instruções. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 539-556). 2ª. edição. São Paulo: Santos Livraria Editora.

- Matos, M. A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9(1), 89-100. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000100014>
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(3), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- McIntyre, L. L., Gresham, F. M., DiGennaro, F. D., & Reed, D. D. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied Behavior Analysis 1991–2005. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 659-672. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.659-672>
- Medeiros, C. A. (2018). Psicoterapia comportamental pragmática aplicada a um caso de dores de cabeça psicossomáticas. Em K. C. R. de-Farias, F. N. Fonseca & L. B. Nery (Orgs). *Teoria e formulação de casos em Análise Comportamental Clínica* (pp. 387-404). Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, C. A. (2020). Psicoterapia Comportamental Pragmática: da mudança no comportamento verbal à mudança do comportamento fora do consultório. *Comportamento em Foco*, 12, 111-125.
- Medeiros, C. A., & Medeiros, N. N. F. A. (2012). Psicoterapia Comportamental Pragmática. *Comportamento em Foco*, 1, 417-436.
- Melo, C. M., & Gongora, M. A. N. (2003). Libertando-se de controles aversivos do passado para entrar em contato com contingências do presente: um estudo de caso. *Interação em Psicologia*, 7(1), 37-44. <https://doi.org/10.5380/psi.v7i1.3205>

- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues, & M. Rodrigues (Orgs.). *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre: Artmed.
- Mochon, D., Norton, M. I., & Ariley, D. (2012). Bolstering and restoring feelings of competence via the IKEA effect. *International Journal of Research in Marketing*, 29(4), 363-369. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2012.05.001>
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017>
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. Em M. Csikszentmihalyi (Org.). *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239-263). Dordrecht: Springer.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in) compatibilidade com a terapia analítico-comportamental*. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2002). Treinamento em solução de problemas. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 471-493). 2ª. edição. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>

- Norton, M. I., Mochon, D., & Ariely, D. (2011). The IKEA Effect: when labor leads to love. *Journal of Consumer Psychology, 22*(3), 453-460.
<https://doi.org/10.1016/j.jcps.2011.08.002>
- Oishi, S., & Gilbert, E. A. (2016). Current and future directions in culture and happiness research. *Current Opinion in Psychology, 8*, 54–58.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.10.005>
- Oliveira, E. H. P. D. (2004). *Reforçadores generalizados e o comportamento depressivo em contexto clínico* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Strictu Senso em Psicologia). Recuperado em 20 de maio de 2020 de <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1922>
- Oliveira, L. H. (2014). Analisando sessões de terapeutas comportamentais: dois estudos com base na aplicação das categorias do SiMCCIT. Em D. R. Zamignani, & S. B. Meyer (Orgs.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)* (pp. 233-241). Volume 2. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.
- O'Rourke, T. M., Tryon, W. W., & Raps, C. S. (1980). Learned helplessness, depression, and positive reinforcement. *Cognitive Therapy and Research, 4*(2), 201-209.
<https://doi.org/10.1007/BF01173651>
- Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J., & Adler, N. (2013). Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American Journal of Public Health, 103*(11), 2056–2062.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301261>

- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 32-50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Pinto, D. M. (2007). *Obesidade e depressão: uma perspectiva analítico-comportamental*. (Monografia, Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde). Recuperado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2794>
- Pinto, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 525-539. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13043>
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: it's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_4
- Quinta, N. C. C. (2018a). Reflexões sobre o estabelecimento de objetivos terapêuticos na clínica analítico-comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias, F. N. Fonseca, & L. B. Nery (Orgs). *Teoria e formulação de caso em Análise Comportamental Clínica* (pp. 49-63). Porto Alegre: Artmed.
- Quinta, N. C. C. (2018b). *Um primeiro olhar sobre a Terapia Comportamental Abrangente*. Comporte-se: Psicologia e análise do Comportamento. Recuperado em 4 de novembro de 2020 de <https://www.comportese.com/2018/03/voce-ja-conhece-a-terapia-comportamental-abrangente-tca>
- Quinta, N. C. C., Machado, E. C., Mariani, H. A., Pires, I. T. R., Lima, N. S., Noronha Junior, S. A., & França Filho, S. A. R. (2018). *Habilidades sociais e autoconhecimento*.

- (Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado). Instituto Goiano de Análise do Comportamento.
- REDETAC. (2020). *Rede de Colaboração Interinstitucional para a Pesquisa e o Desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais*. Recuperado em 3 de novembro de 2020 de <https://www.redetac.org/sobre>
- Rico, V. V., Golfeto, R., & Hamasaki, E. I. M. (2012). Sentimentos. Em M. M. C. Hübner, & M. B. Moreira (Orgs). *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (74-87). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rodrigues, K. B. (2018). *Objetivos terapêuticos e sua importância no trabalho clínico: um estudo de caso*. (Trabalho de conclusão de curso de graduação não publicado). Centro Universitário Alves Faria.
- Roediger, H. L. (2004). What happened to Behaviorism. *Observer*, 17(3). Recuperado em 2 de novembro de 2020 de <https://www.psychologicalscience.org/observer/what-happened-to-behaviorism>
- Roth, A. D., Pilling, S., & Turner, J. (2010). Therapist training and supervision in clinical trials: Implications for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(3), 291. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000068>
- Sanabio-Heck, E. S., & Motta, K. G. S. (2005). Desamparo aprendido. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.) *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 81-98). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, G. A. R. (2018). *Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo).

- Santos, G. M., Santos, M. R. M., & Marchezini-Cunha, V. (2012). A escuta cautelosa nos encontros iniciais: a importância do clínico analítico-comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal. Em N. B. Borges, & F. A. Casas (Orgs.). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 138-146). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. D. P. A., & de Medeiros, C. A. (2019). Efeitos de Regras e Autorregras nos relatos de mudança comportamental na Terapia Analítica Comportamental. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10 (1), 157-174. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.013>
- Silva, J. L. N., & de-Farias, A. K. C. R. (2018). Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. Em A. K. C. R. de-Farias, F. N. Fonseca, & L. B. Nery (Orgs.). *Teoria e formulação de casos em Análise Comportamental Clínica* (pp. 318-331). Porto Alegre: Artmed.
- Schoen, S. F., Lentz Jr, F. E., & Suppa, R. J. (1988). An examination of two prompt fading procedures and opportunities to observe in teaching handicapped preschoolers self-help skills. *Journal of the Division for Early Childhood*, 12(4), 349-358.
<https://doi.org/10.1177/105381518801200408>
- Schueller, S. M., & Seligman, M. E. (2010). Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 253-263. <https://doi.org/10.1080/17439761003794130>
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: theory, research, application* (pp. 107-132). New York: John Wiley & Sons.
- Shin, H., & Doyle, G. (2018). Alignment, acceptance, and rejection of group identities in online political discourse. *Proceedings of the 2018 Conference of the North American*

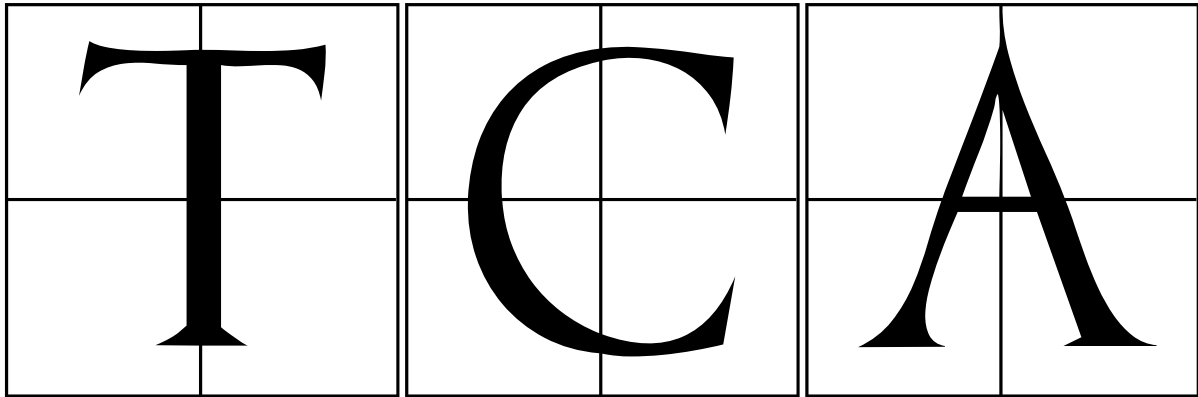
- Chapter of the Association for Computational Linguistics: Student Research Workshop*, 1-8.
- Sidman, M. & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs matching-to-sample: an expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22. <https://doi.org/10.1901/jeab.1982.37-5>
- Simon, H. A. (1990). A mechanism for social selection and successful altruism. *Science*, 250(4988), 1665-1668. <https://doi.org/10.1126/science.2270480>
- Skinner, B. F. (1953/1998). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/1992). *Verbal Behavior*. Massachusetts: B. F. Skinner Foundation.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.
- Smith, E. E. (2017). *The power of meaning: finding fulfillment in a world obsessed with happiness*. New York: Broadway Books.
- Strapasson, B. A. (2016). O Behaviorismo Clássico de J. B. Watson. Em D. Zilio, & K. Carrara (Orgs). *Behaviorismos: reflexões históricas e conceituais*. Volume I (pp. 131-157). São Paulo: Editora Paradigma.
- Sturmey, P. (1996). *Functional Analysis and Clinical Psychology*. Chichester: Wiley.
- Tait, M., Padgett, M. Y., & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 502-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.3.502>

- Tengland, P. A. (2009). The goals of psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(2), 127-142. <https://doi.org/10.1080/14779757.2009.9688485>
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423-461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
- Tourinho, E. Z., & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico comportamental? *ABPMC Contexto*, 23, 10.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André: ESETec. (Obra publicada originalmente em 2009).
- Vandenberghe, L. (2004). Relatar emoções transforma as emoções relatadas?: Um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 39-48. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i1.64>
- Vandenberghe, L. (2007). Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica comportamental. *Psicologia USP*, 18(4), 89-102. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000400006>
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto*, 34, 33-41.
- Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista brasileira de terapia comportamental e Cognitiva*, 4(2), 135-149.

- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F., & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(12), 1451-1461. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
- Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 160-165). Porto Alegre: Artmed.
- Wood, A., Froh, J., & Geraghty, A. (2010). Gratitude and wellbeing: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890–905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
- Wray, A. M., Dougher, M. J., Hamilton, D. A., & Guinther, P. M. (2012). Examining the reinforcing properties of making sense: A preliminary investigation. *The Psychological Record*, 62(4), 599-622. <https://doi.org/10.1007/BF03395823>
- Zamignani, D. R., & Andery, M. A. P. A. (2005). Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 109-119.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77-92.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014a). *A pesquisa de processo em psicoterapia: o desenvolvimento do SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de*

- Comportamentos na Interação Terapêutica*). Volume 1. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014b). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)*. Volume 2. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.
- Zamignani, D. R., Vilas Boas, D. L. O., & Calixto, F. (2019). Editorial: Em busca de evidências empíricas das terapias analítico-comportamentais. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(1), 1-6.
- Zimmermann, J., Brockmeyer, T., Hunn, M., Schauenberg, H., & Wolf, M. (2016). First-person pronoun use in spoken language as a predictor of future depressive symptoms: preliminary evidence from a clinical sample of depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 384-391. <https://doi.org/10.1002/cpp.2006>

Experimente a



Terapia Comportamental Abrangente



Nicolau Chaud de Castro Quinta



CRONOGRAMA

Sexta, 30 de agosto de 2019

Noite

Parte I – O funcionamento geral do ser humano

- Apresentação e histórico da TCA.
- Felicidade, satisfação e sentido.
- Comportamento verbal e responder relacional.
- Repertórios abrangentes e padrões abrangentes.
- A análise funcional.
- Exercício – repertórios abrangentes.

Sábado, 31 de agosto de 2019

Manhã

Parte II – O processo terapêutico

- Objetivos terapêuticos.
- Princípios e posturas terapêuticas: o caráter complementar da terapia, a liberdade interventiva e a transparência ativa.
- Intervenções verbais: O diálogo natural da terapia, a intervenção multiuso e o treino de repertórios opostos.
- Quebrando o controle aversivo.
- Exercício – diálogo terapêutico em duplas.

Tarde

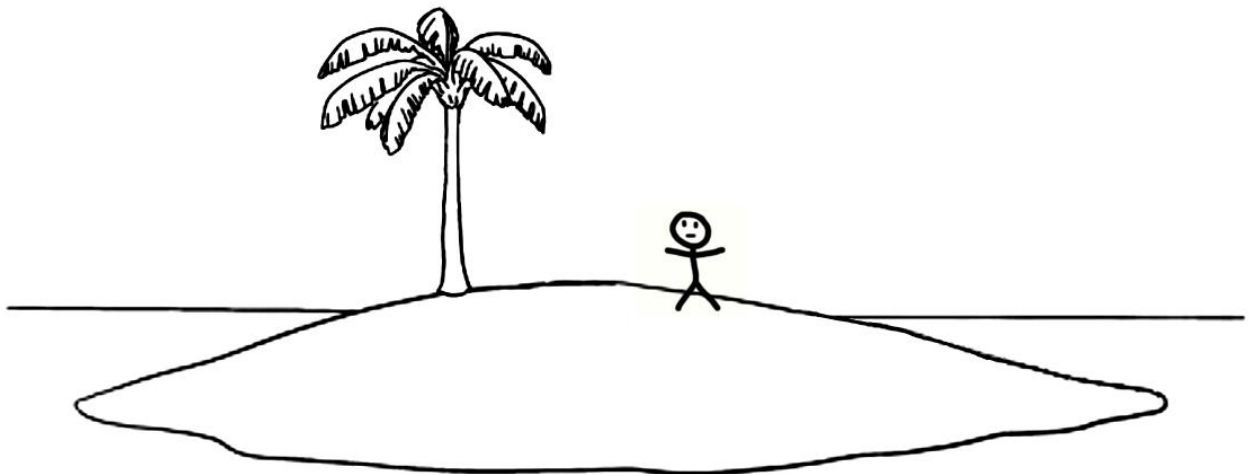
- Atendimento ao vivo.
- Discussão de casos.
- Contingências para construção do repertório do terapeuta.

A ilha

Do que as pessoas precisam para viverem vidas felizes e satisfatórias?

Procure responder a essa pergunta desenhando um ambiente ideal para a pessoa na ilha deserta. Você pode colocar o que ou quem quiser na ilha. Você deve acrescentar o mínimo necessário. Ao acrescentar cada item, pergunte-se: isso é necessário para que a pessoa seja feliz? Ao terminar a ilha, pergunte-se: isso tudo é suficiente para que a pessoa seja feliz?

Além de desenhar cada item, procure descrevê-lo a partir de uma categoria abstrata, como "amizade", "conforto" ou "proteção".



Felicidade, satisfação e sentido

Há algo de universal nos componentes que definem uma vida feliz e significativa. Ainda que a manifestação de cada um desses elementos esteja sujeita a idiosincrasias, a ciência vem mostrando que uma vida feliz e satisfatória depende de:

Pertencimento

Pessoas são felizes quando sentem-se conectadas a outras pessoas. Quando recebem apoio e são valorizadas por outras pessoas. Quando são aceitas pelo que são, pelo que fazem, pelo que pensam, pelo que sentem.

S^{R+}: Aceitação

S^{R-}: Rejeição

Engajamento

Pessoas são felizes quando conseguem empregar suas habilidades e potencialidades de forma efetiva. Quando são bem sucedidas em algo que se propõem a fazer. Quando desempenham tarefas cuja dificuldade é compatível com sua habilidade. Quando são produtivas e avançam em suas missões pessoais. Quando percebem relação entre aquilo que fazem e aquilo que acontece. Quando sentem que estão no controle.

S^{R+}: Sucesso, progresso

S^{R-}: Falha, insucesso

Propósito

Pessoas são felizes quando fazem outras pessoas felizes. Quando seu comportamento produz impacto positivo em outras pessoas. Quando percebem relevância e sentido naquilo que fazem. Quando se sentem úteis.

S^{R+}: Contribuição para o bem-estar do outro

S^{R-}: Contribuição para o mal-estar do outro

A compreensão dos pontos centrais necessários para construção de uma vida satisfatória é relevante para o processo terapêutico em pelo menos três sentidos:

- 1) *Orienta as análises funcionais.* Os comportamentos centrais à demanda são aqueles capazes de produzir os reforçadores positivos essenciais ou evitar as consequências aversivas em questão.
- 2) *Revela déficits.* A insatisfação e o mal-estar do cliente necessariamente estarão ligados à dificuldade de produzir algum dos reforçadores positivos essenciais ou evitar os eventos aversivos.
- 3) *Direciona os objetivos terapêuticos.* Qualquer que seja a mudança comportamental trabalhada em terapia, ela só fará sentido se levar à produção dessas consequências importantes.

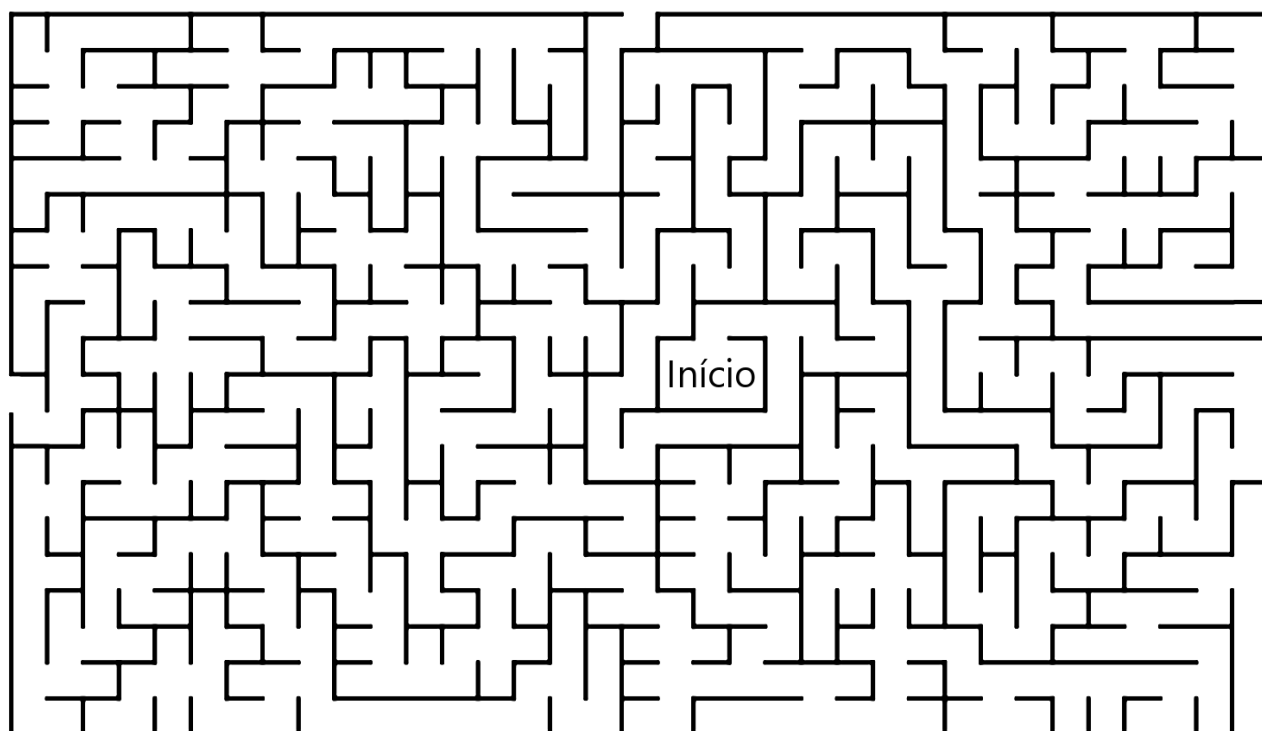
Um ponto de partida para investigação e análise são os sentimentos do cliente. Relatos de depressão, desânimo e tristeza revelam carência de reforçadores importantes. Preguiça e desmotivação ocorrem quando os reforçadores não são contingentes ao comportamento (sobretudo de engajamento). Ansiedade, medo e angústia se apresentam em contingências nas quais se esquivam de eventos aversivos (sobretudo da rejeição social). A exposição regular a eventos aversivos também gera desânimo e apatia.

Comportamental verbal

O comportamento verbal descreve, define, organiza e constrói o mundo com o qual interagimos. O funcionamento verbal de um indivíduo define a forma como ele se relaciona com outras pessoas, com ele mesmo e com o mundo. Por trás de praticamente qualquer psicopatologia, existem perturbações no funcionamento verbal do indivíduo. Paralelamente, habilidades verbais são necessárias para que um ser humano viva com êxito. Não coincidentemente, é o comportamento verbal o principal veículo de mudança do trabalho psicoterapêutico.

O labirinto – uma analogia ao funcionamento verbal

Coloque a ponta de um lápis ou caneta sobre o centro do labirinto e conduza-o até a saída.



O que você estava fazendo?

- Topografia: Movendo um objeto sobre as linhas.
- Função: Encontrando uma saída.

No que tange o comportamento verbal, o sentido de qualquer topografia está na sua função. Paralelamente, as funções só podem ser cumpridas a partir de topografias estabelecidas. Compreender funcionalmente o comportamento verbal é mais do que traduzir suas topografias – é ser capaz de apontar o que a pessoa está *fazendo* através da fala.

Na Terapia Comportamental Abrangente, por motivos didáticos, o repertório verbal do indivíduo é classificado em duas categorias:

Habilidades Sociais

A forma como o indivíduo fala com outras pessoas. Ferramentas para produção de reforçadores sociais positivos, e para evitação ou eliminação de eventos sociais aversivos. Incluem classes tradicionalmente estudadas na categoria de habilidades sociais como expressão de afeto, expressão de incômodo, imposição de limites pessoais, fazer pedidos, etc.

Habilidades Cognitivas

A forma como o indivíduo fala consigo mesmo. Ferramentas verbais de autogestão e construção verbal da função de estímulos. Incluem repertórios tradicionalmente chamados de autoconhecimento, resolução de problemas, tomada de decisão e auto-instrução. Em parte, engloba o que são chamados de “processos cognitivos”.

A distinção entre habilidades sociais e cognitivas é contextual – o ouvinte. Todos os repertórios verbais são socialmente aprendidos. Um indivíduo aprende a falar consigo mesmo falando com outras pessoas. Ademais, habilidades sociais e habilidades cognitivas envolvem, em grande parte, os mesmos repertórios. Conseguimos compreender como uma pessoa pensa quando observamos como ela fala.

O responder relacional

Em acordo com a Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory –RFT*), o fazer verbal envolve relacionar eventos de modo a transformar suas funções. A estrutura do comportamento verbal é definida pelas relações estabelecidas; sua função é definida por suas consequências.

Exercícios relacionais

1) Leia separadamente cada grupo de frases, e procure observar os efeitos de tais estímulos verbais.

- *Na base das principais doenças humanas (câncer, problemas cardíacos, dores crônicas, infecções) estão processos inflamatórios.*
- *O açúcar é combustível para processos inflamatórios, potencializando-os.*
- *Uma única barra de chocolate tem mais açúcar do que uma pessoa precisa ingerir um dia inteiro.*

- *A dopamina é um neurotransmissor cujos efeitos estão relacionados à felicidade, ao bem-estar e ao sentimento de satisfação.*
- *Depressão, desmotivação e ansiedade são estados psicológicos associados a déficits na regulação da dopamina.*
- *Comer uma única barra de chocolate pode elevar a dopamina de uma pessoa em 150%.*

Ainda que tais relações façam referência a um reforçador primário muito poderoso – o açúcar – a participação nessas molduras relacionais altera grandemente sua função, inclusive podendo torná-lo aversivo; o que, conseqüentemente, afeta a probabilidade de todas as respostas funcionalmente relacionadas a ele.

2) Lucas, seu melhor amigo, está organizando uma festa de aniversário. Ele convidou todos os seus amigos, mas não convidou você. Procure dar sentido a esse episódio utilizando as frases a seguir. Não é necessário utilizar todas; utilize quantas quiser. Trace uma linha para conectá-las, e por fim escreva uma frase enunciando seu pensamento sobre o ocorrido.

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| "Adoro festas" | "Odeio festas" | "Amizades precisam ser cultivadas" | "Estou sem dinheiro" |
| "Lucas é um grande amigo" | "Lucas é uma pessoa difícil" | "Eles não são meus amigos de verdade" | "Aniversários requerem presentes" |
| "Meus amigos se esqueceram de mim" | "Preciso arrumar minha casa" | "Eu sou a alegria da festa" | "Meus amigos me acham desagradável" |

◆A partir das relações estabelecidas na frase que você construiu, procure descrever o efeito sobre a função das seguintes classes de estímulo verbal (em termos de potencialização de efeitos reforçadores e/ou aversivos):

Festas; Lucas; Amigos; "Eu".

◆A partir da mudança da função desses estímulos, procure descrever o efeito sobre a probabilidade das seguintes respostas (aumento ou diminuição):

Falar com os amigos; afastar-se dos amigos; ir à festa; ficar em casa.

Compreendendo que a participação de eventos em relações verbais modifica suas funções, dá-se que:

- Vivemos em um mundo verbalmente construído;
- Uma vez estabelecidas as relações verbais, as transformações de função que delas decorrem se mantêm. O efeito do comportamento verbal não depende de que ele seja emitido continuamente.
- Por outro lado, a modificação de funções verbais depende da construção de novas relações. Uma conversa comum tem o papel tanto de evocar relações verbais pré-construídas como de estabelecer novas relações. Portanto, **compreendemos e mudamos o mundo a partir do momento em que falamos sobre ele.**

A análise funcional

A análise funcional é, ao mesmo tempo, o modelo explicativo e o procedimento diagnóstico da Análise do Comportamento. Pode ser definida de duas formas simples: 1) é a busca da relação entre eventos comportamentais e eventos ambientais; 2) é a identificação das consequências reforçadoras (positiva ou negativamente) que caracterizam qualquer comportamento como funcional.

Tradicionalmente, uma análise funcional envolve a identificação de eventos ambientais antecedentes e consequentes às respostas de interesse. A partir da construção teórica que sustenta a Terapia Comportamental Abrangente, adicionalmente indica-se que:

- Aceitação, engajamento e propósito constituem os eventos reforçadores essenciais ao bom funcionamento psicológico do indivíduo, sendo seus opostos eventos aversivos críticos dos quais tendemos a nos esquivar e fugir. Diante desse pressuposto, podemos inverter o ponto de partida da análise funcional: ao invés de olhar para os comportamentos-problema e indagarmos “qual a função desse comportamento?”, olhamos para as consequências críticas e perguntamos “o que a pessoa faz para obter aquilo que lhe é essencial e evitar aquilo que lhe é prejudicial?”.
- As funções dos estímulos antecedentes e consequentes são, pelo menos em parte, verbalmente construídas. Assim, para compreender funcionalmente o comportamento do indivíduo não basta olhar para o que acontece no ambiente, mas para o que o indivíduo fala sobre seu ambiente.
- Sendo a fala um instrumento de interação social, é fortemente influenciada por processo de aceitação e rejeição social. O ambiente social nos ensina não só a falar, mas a como falar – nossos padrões verbais tendem a ser consoantes com aqueles do grupo. Ainda que sejamos capazes de estabelecer relações infinitas entre eventos verbalmente, só fazem sentido aquelas que são validadas socialmente. Validar é, portanto, fortalecer relações verbais a partir de consequências sociais de aceitação.

Repertórios abrangentes

Um repertório abrangente é uma habilidade verbal relacional. Envolve regularidades na forma como eventos são conectados através do comportamento verbal. Repertórios abrangentes são expressos por aquilo que aparece de mais comum, intenso e repetitivo na fala no indivíduo. São formas padronizadas pelas quais a pessoa dá sentido à sua experiência. É como constrói seu mundo verbalmente. É o jeito de falar.

O adjetivo “abrangente” se refere ao fato de que:

- Como envolve os elementos basais pelos quais a fala é construída, manifesta-se em qualquer relato, independente de tema e contexto.
- Afetam todo o funcionamento psicológico do indivíduo, assim que seus efeitos não se restringem a um contexto, um tipo de demanda ou comportamento-problema.

Repertórios abrangentes não são “estilos”, mas habilidades. São construídos e mantidos pelas suas consequências reforçadoras. Um repertório abrangente torna-se especialmente conspícuo quando revela o déficit de um repertório diferente. Nesse sentido, a habilidade em si não é problemática, mas o déficit que revela pode ser. Repertórios abrangentes podem ser detectados não só pela presença excessiva, mas pela ausência de elementos importantes na fala.

Padrão abrangente

Padrões abrangentes são descrições de padrões comportamentais regulares e que englobam diversas situações na vida do cliente. Um padrão abrangente pode derivar diretamente de um repertório abrangente, mas não necessariamente. Alguns padrões resultam de déficits em repertórios abrangentes. Pessoas impulsivas, por exemplo, carecem de repertórios abrangentes de autorregulação e autocontrole. O termo “padrão” se refere àquilo que é manifesto no comportamento do cliente; já o termo “repertório” tem a ver com habilidades aprendidas. Ensinam-se repertórios abrangentes; observam-se padrões abrangentes.

Exercício – Buscando repertórios abrangentes

Leia abaixo trechos da fala de um cliente fictício em uma primeira sessão.

“Foi o psiquiatra quem me recomendou a terapia. Eu fui porque não estava dormindo bem, e também ando tendo dificuldade de me concentrar no trabalho, e esquecendo muito as coisas. Ele me diagnosticou com transtorno de ansiedade, déficit de atenção e passou uma medicação... esqueci o nome. Tá vendo? Ainda não comprei. Eu sei que ele estudou para saber qual remédio é bom, mas a gente ouve muito que esses remédios fazem mal, causam dependência, né?”

Eu sou gerente de marketing de uma empresa de cosméticos. Mudou a diretoria da empresa, e o diretor atual quer mudar tudo. Eu trabalho com a mesma equipe há anos, e são muitos bons. Mas o diretor quer tirá-los e colocá-los em outro departamento. Aí eu receberia funcionários novos para minha equipe. Acho que a empresa precisa de se renovar mesmo, mas a gente nunca sabe né? Como serão as novas pessoas. Porque quando a gente trabalha muito tempo com a mesma equipe se acostuma com uma forma de trabalhar.

Em casa está tudo bem. Minha esposa tem falado muito em ter um filho. Ela passou dos 30, e acho que a mulher preocupa mais com a idade, né? Eu entendo ela. Mas filho muda muito a vida da gente, acho que tem que ter uma dedicação grande. Muda a vida do casal também, não é a mesma coisa. Acho que ela vê as amigas dela tendo filhos e fica querendo que chegue a vez dela. Eu vejo ela mexendo no celular e ela já está olhando roupinhas para bebê.

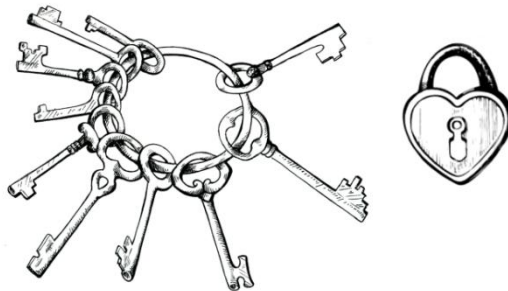
Meu pai não gosta muito da empresa onde eu trabalho. Ele diz que eu deveria sair de lá e ir trabalhar no supermercado da nossa família. Acho que ele se preocupa com quem vai cuidar de lá quando ele faltar, né? Ele tem os funcionários dele, mas confiança mesmo a gente só tem em família. Só que lá eu teria um cargo administrativo, não é exatamente minha área.

Se eu realmente quero fazer terapia? Acho que todo mundo precisa, a gente às vezes tem que conversar, né? Minha esposa faz também, faz muito tempo que ela fala para eu fazer."

1. Você percebeu padrões e regularidades na fala? Quais?
2. Você consegue hipotetizar formas pelas quais tais padrões se relacionam às queixas apresentadas?
3. Escreva falas alternativas do cliente que representariam uma mudança significativa desses padrões.

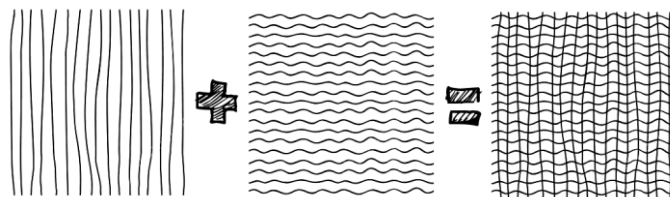
O caráter construtivo do comportamento

Um dado comportamento do indivíduo é sempre o melhor que ele é capaz de fazer em determinadas circunstâncias a partir de seu repertório atual. Comportamentos problemáticos costumam ocorrer quando a pessoa não aprendeu formas mais produtivas de se comportar. O enfoque terapêutico construtivo se opõe ao eliminativo. Troca-se a pergunta “o que o cliente está fazendo e deve parar de fazer para que esses problemas não mais aconteçam?” por “o que o cliente não sabe fazer e, caso soubesse, conseguiria lidar melhor com essas situações?”.



O caráter recombinativo do comportamento

As formas como o indivíduo se comporta, sobretudo no que tange ao comportamento verbal, são mais do que a escolha entre diversas formas aprendidas – são a recombinação de formas diferentes. Um repertório sofisticado origina-se da aprendizagem de habilidades verbais ricas e variadas. Quando as habilidades atuais mostram-se parciais ou extremas, pode-se atingir um equilíbrio pelo treino de habilidades opostas, mesmo que, tomadas isoladamente, também sejam parciais ou extremas.



Em conjunto, a compreensão do funcionamento construtivo e recombinativo do comportamento verbal tem implicações importantes na definição dos repertórios que devem ser ensinados. A questão deixa de ser “qual o jeito certo de se comportar nessa situação?”, e passa a ser “que novos repertórios podem ser úteis?”. Na perspectiva da Terapia Comportamental Abrangente, o enriquecimento do repertório verbal é um valor – tanto para o cliente quanto para o terapeuta.

Os objetivos terapêuticos

Os objetivos da terapia podem ser divididos em quatro camadas com diferentes graus de produtividade.

- (I) Aquisição de repertórios abrangentes
promove
- (II) Mudança na frequência de respostas
que possibilita
- (III) Mudanças concretas na vida do cliente
que estão associadas a
- (IV) Mudanças nos sentimentos do cliente

Camadas superiores quase sempre resultarão em mudanças nas camadas inferiores. O contrário não é sempre verdadeiro. Mudanças em camadas inferiores podem acontecer sem mudanças concomitantes nas camadas superiores. Entende-se que a única mudança comportamental sólida e duradoura ocorre a partir de (I). Os demais efeitos podem ser circunstanciais e efêmeros. Assim, sempre que possível, o objetivo da terapia deve ser o de promover a aquisição de novos repertórios abrangentes que permitam que o cliente viva uma vida satisfatória e significativa de forma autônoma. Isso não quer dizer que intervenções mais pontuais não possam ser feitas, mas o terapeuta deve estar ciente do seu escopo.

Uma vez que o objetivo da terapia é estabelecido em termos de aquisição de repertórios, a intervenção é conduzida pela construção de contingências que possam promover essa aprendizagem. Os conflitos pontuais do cliente são utilizados como pano de fundo para as intervenções verbais, e suas resoluções são resultados secundários do trabalho terapêutico.

Os objetivos terapêuticos se definem, portanto, pela descrição dos repertórios abrangentes deficitários cuja aquisição é de interesse. Essa definição é fluida, podendo se refinar ou se reformular ao

longo do processo terapêutico. O autoconhecimento, definido como a habilidade de descrever de forma produtiva a relação entre o próprio comportamento e contingências ambientais, é sempre um repertório a ser desenvolvido em terapia. Os objetivos terapêuticos devem ser discutidos abertamente com o cliente em todos os momentos da terapia.

O caráter suplementar da psicoterapia

O ambiente natural dispõe de contingências ricas e poderosas para proporcionar aprendizagem dos mais diversos comportamentos. Sendo ele o ambiente com o qual o cliente interage na maior parte do tempo e a fonte dos mais importantes reforçadores naturais de sua vida, é nele onde acontecem as principais mudanças comportamentais. Essa consideração muda o foco de intervenção. A pergunta principal deixa de ser “que estratégias ou técnicas posso utilizar em consultório para que ocorra a mudança desejada?”, e passa a ser “que contingências no ambiente natural podem propiciar a mudança desejada?”. Uma vez respondida essa última pergunta, o trabalho do terapeuta passa a ser o de oferecer condições para o cliente de entrar em contato com essas contingências, seja modelando repertórios mínimos em consultório, seja direcionando o cliente para esse contato.

Ao delimitar um repertório deficitário cuja aprendizagem é do interesse da terapia, pergunte-se:

Por que tipos de experiências passam as pessoas que desenvolvem a habilidade X?

O princípio da mínima estrutura

Intervenções podem variar em seu grau de estrutura, estando em algum ponto entre técnicas fechadas e estruturadas, e intervenções naturais e sutis. Sugere-se que, quando duas intervenções podem gerar o mesmo efeito, opte-se pela menos estruturada. Isso faz com que o cliente desenvolva um maior número de repertórios auxiliares, e promove autonomia, o que em algum momento resultará na alta terapêutica.

◆Exemplo – Ajudando o cliente a expressar incômodo diante de uma relação abusivo:

Muita estrutura: Leitura e discussão da lista dos direitos humanos básicos, ensaio comportamental com feedbacks estruturados, inversão de papéis e repetições da cena, tarefas de casa.

Média estrutura: Evocação de respostas assertivas em consultório e modelagem por feedbacks. "Você está me mostrando que isso te incomoda muito, e te faz sentir pressionado e desvalorizado nessa relação. O que acha de dizer isso para ele?"

Pouca estrutura: "Isso parece te incomodar. O que você vai fazer?"

O diálogo natural da terapia

Estando cômico dos processos verbais que permeiam o diálogo natural da terapia, o terapeuta pode direcioná-lo mais efetivamente de acordo com os objetivos terapêuticos. Algumas falas do terapeuta de especial interesse:

Investigação funcional

Para realizar suas análises funcionais, faz-se perguntas que relacionem comportamentos do cliente com variáveis contextuais e históricas em sua vida.

“Você me falou que há alguns anos era mais alegre, seu humor era melhor, e não sentia esse desânimo que sente hoje. Como eram suas relações sociais nessa época?”

Perguntas retóricas

O terapeuta pode fazer perguntas cujas respostas já conhece apenas para evocar respostas verbais desejadas no cliente, sobretudo ligadas ao autoconhecimento.

“Você me descreveu ser muito calada e fechada nas suas rodas de amigos. Você acha que esse seu jeito faz com que as pessoas se sintam à vontade para se aproximar de você?”

Validação analítica

Relacionar os relatos de falas/ações/pensamentos/sentimentos do cliente a variáveis contextuais e históricas do cliente é uma forma de promover aceitação, quebrar esquivas, fortalecer autoconhecimento e testar hipóteses.

“Você me contou que seu marido a critica constantemente, te diminui com comentários debochados, e parece ficar incomodado quando vê você alegre. Faz sentido que esse rapaz que você falou, alguém que te trata bem, te elogia, te escuta e mostra interesse real em você tenha despertado sentimentos tão intensos?”

Modelagem de respostas verbais

Uma vez que os objetivos terapêuticos tenham sido estabelecidos como repertórios verbais a serem adquiridos, o terapeuta pode evocar e

reforçar aproximações desses comportamentos através de perguntas direcionadas.

“Você me contou que se sente culpada diante do fato de que seu namorado te traiu. Você acredita que ele tem razão de ter feito isso? Como ele se sentiria caso você o traísse?” [no intuito de que a cliente que não sente raiva de ninguém além de si mesma consiga dizer algo como “ele errou, sinto raiva dele”, o que diminuiria sua culpa].

Modelação de respostas verbais

Uma vez que os objetivos terapêuticos tenham sido estabelecidos como repertórios verbais a serem adquiridos, o terapeuta pode dar modelos de respostas verbais cuja aquisição é de interesse terapêutico.

“Você me contou que se sente culpada diante do fato de que seu namorado te traiu. Considerando tudo que você abriu mão e todo esforço que você fez para manter esse relacionamento, me parece uma grande sacanagem. Ele foi muito desleal a você. Confesso que senti um pouco de raiva dele quando você me contou isso. [com os mesmo objetivos do exemplo acima].

Reforço explicado

Ao reforçar comportamentos desejados, é interessante que o terapeuta descreva o comportamento que está reforçando e os motivos pelos quais ele é de interesse terapêutico. Esse *feedback* passa a ter tanto efeito reforçador quanto sinalizador daquilo que é esperado do cliente, promovendo também autoconhecimento.

“Sabe que eu acho positivo o fato de que você esteja com raiva? Porque antes você se sentia sempre culpada, como se qualquer coisa que desse errado no mundo fosse culpa sua. Agora você consegue perceber que as pessoas erram também, e sentir raiva delas é um avanço. Gostei”

Reduzindo o controle aversivo

O controle aversivo é exercido através de punição, ameaças e regras restritivas. Contingências aversivas podem gerar efeitos indesejados sobre o comportamento:

- Respostas emocionais desagradáveis e incompatíveis com emissão de outros comportamentos.
- Repertórios de fuga e esquiva que dificultam o contato com reforçadores positivos importantes.
- Redução da variabilidade comportamental, reduzindo o potencial de expansão do repertório.

Sendo estes efeitos prejudiciais ao bem estar e ao crescimento pessoal, a terapia deve propiciar estratégias para redução do controle aversivo sobre o comportamento do cliente. Na Terapia Comportamental Abrangente, o enfraquecimento do controle aversivo é um valor – tanto para o cliente quanto para o terapeuta.

Quebrando esquivas

É comum que clientes apresentem padrões de esquiva ligados a contingências aversivas não mais presentes – que se esquivem de consequências que de fato não ocorreriam caso se comportassem de forma diferente. Padrões de esquiva estão comumente associados à ansiedade. Uma forma de reduzir a ansiedade é, portanto, o enfrentamento. É vantajoso que tanto terapeuta quanto cliente adotem uma postura de coragem diante das mudanças comportamentais almejadas.

Regra de ouro: Se gera ansiedade, receio e desconforto: faça.

Desenvolvendo habilidades sociais e habilidades cognitivas

Uma forma de amenizar o controle aversivo é através da reconstrução verbal da função de estímulos aversivos. Isso envolve falar sobre coisas que incomodam, sobretudo buscando falar sobre elas de um jeito que incomode menos.

Desenvolvendo habilidades sociais: estimule o cliente a expressar incômodos para outras pessoas.

Desenvolvendo habilidades cognitivas: estimule o cliente a falar sobre eventos que o incomodam ou fazem sofrer, buscando dar sentido a eles. A regra é: não fuja do sofrimento. Fale sobre ele.

O controle aversivo na terapia

A relação terapêutica deve ser pautada em contingências não aversivas. Na medida do possível, o terapeuta deve evitar punir qualquer tipo de fala do cliente, e mesmo sinalizar punição. A eliminação completa do controle aversivo é impossível. No entanto, no intuito de minimizá-lo, é importante estar ciente de práticas terapêuticas que podem ter funções aversivas para o cliente. Quando imprevisto ou inevitável, é recomendado que o terapeuta discuta abertamente sobre os impactos de suas ações sobre o cliente, e justifique o possível mal-estar que poderá experimentar diante de alguns esforços terapêuticos.

Julgamento direto

"Você está sendo sacana com seus amigos."

Sinalizar consequências aversivas

"Tome muito cuidado com a forma como você conversa com sua esposa."

Proibições

"Gostaria que você não mandasse mais mensagens para sua ex."

Questionamento

"Será mesmo que as pessoas pensam isso sobre você?"

Cobrar engajamento

"Se você não fizer sua parte, nosso trabalho não vai adiantar de nada."

Tarefas de casa

"Gostaria que você registrasse tudo que come ao longo da semana."

Reações não empáticas

"Que bom que finalmente você conseguiu terminar esse relacionamento!"

Mostrar desinteresse

(olhar no relógio, mudar de assunto, desmarcar sessões)

Expressar os próprios sentimentos negativos

"Fiquei triste pelo fato de você não ter confiado em mim."

Direcionamentos

"É muito importante que você fale isso para seu pai. Gostaria que tentasse fazer isso hoje."

A liberdade interventiva

Nossa formação clínica é repleta de regras restritivas e limitantes, o que somado ao efeito de contingências sociais aversivas da nossa comunidade, tornam nossa prática travada e pobre. Assim como acontece com o comportamento do cliente, o comportamento do terapeuta torna-se mais efetivo quando é livre desse tipo de controle.

Na Terapia Comportamental Abrangente, o terapeuta é encorajado a experimentar formas diversas de intervenção, desde o emprego de técnicas de fontes variadas, até o uso de estratégias, falas e posturas dos mais variados tipos. Dentro dos limites éticos, não há nada que deva ser considerado realmente proibido na atuação do terapeuta. Ele pode fazer o que quiser, desde que:

- Sua ação esteja alinhada com uma leitura funcional do caso.
- Esteja sensível aos efeitos de sua prática no comportamento do cliente.

É recomendado que o terapeuta tenha o hábito de discutir sua prática com colegas de profissão, o que pode ajudá-lo a tornar-se cômico das variáveis que controlam seu comportamento dentro do consultório. Falar sobre a própria prática em uma comunidade verbal reforçadora e validante é uma forma de enfraquecer controles aversivos.

Transparência ativa

O instrumento de trabalho do terapeuta é a sua fala. Quanto mais aberta, diversificada e poderosa, mais efetiva será. Uma fala tímida e encruada reflete num processo terapêutico limitado e travado. Assim, na TCA recomenda-se que o terapeuta seja sincero e transparente a todo o momento na terapia, compartilhando com o cliente seus pensamentos sobre o processo. Isso inclui:

Direcionamento do processo

Declaração dos objetivos de cada fala ou momento da terapia, de forma a situar o cliente: intenções de investigação, intervenção, esclarecimento.

"Eu acredito que depressão tem muito a ver com a forma como a pessoa passa seu tempo e vive sua vida. Antes de combinarmos estratégias para te ajudar a lidar com isso, vou te fazer algumas perguntas sobre como está sua vida atualmente. Com essas respostas, saberemos o que precisa mudar para que você se sinta melhor em relação à sua vida."

Hipóteses sobre a formulação do caso

Descrições funcionais apresentadas enquanto hipóteses, de forma que possam ser confirmadas, rejeitadas ou expandidas pelo cliente.

"Tenho a impressão de que você investiu muita energia nesse relacionamento e se afastou de muitos dos seus amigos. Talvez pareça difícil terminar agora porque você se perceberia sozinho, já que sua vida social atualmente parece se resumir à sua namorada. Imagino que isso fortaleça esse ciúme que você me descreve. Acha que faz sentido?"

Planejamento de intervenções

Antes da intervenção em si, o terapeuta declara sua intenção, seus objetivos, expectativas e caminhos a serem seguidos.

"A melhor maneira de vencer medos é se expondo a eles, e vamos tentar isso para vencer seu medo de falar me público. Estou tentando imaginar que tipos de situações a gente pode criar na sua vida que se aproximariam de uma exposição assim, mas que não chega a ser sua apresentação de TCC. Dar uma palestra, fazer uma apresentação para amigos... o que acha que seria viável?"

Dúvidas sobre a própria atuação

É comum que o terapeuta fique inseguro e tenha dúvidas sobre os caminhos que toma em seu atendimento. Pode compartilhar essas dúvidas com o cliente.

"A gente tem usado quase todo o tempo das sessões discutindo seu casamento, mas confesso que tenho medo de estar dando foco demais a isso e deixando de lado outras coisas importantes na sua vida. É realmente disso que você gostaria de estar falando?"

Declaração de sentimentos, impressões ou vieses

Ao perceber que algo de si mesmo pode impactar de forma marcada em sua atuação, o terapeuta pode declarar para o cliente de modo a explicitar esse impacto.

"Confesso que para mim é um pouco difícil te ajudar a avaliar se essa profissão é ou não certa para você, porque é uma profissão que eu particularmente nunca gostei. Parece-me frustrante."

Dúvidas sobre sentimentos ou impressões do cliente

O terapeuta pode pedir relatos sobre o que o cliente sente ou pensa em relação à própria atuação do terapeuta.

"Percebi que você chegou aqui esperando uma terapia mais técnica, mas como deve ter percebido, não é assim que eu trabalho. O que você pensa sobre isso neste momento? Está frustrado, decepcionado?"

A transparência ativa dá ao cliente papel mais participativo, pois permite que ele participe das decisões importantes do processo. Dá caráter interventivo ao diálogo comum da terapia, pois oferece modelos de autoconhecimento e autogestão.

Em alguns momentos, ser transparente e ser pouco aversivo são posturas que podem entrar em conflito. O controle aversivo é um limite da transparência ativa. Seu uso costuma ser indicativo de déficits de repertórios terapêuticos.

Como saber se estou sendo transparente?

Faça anotações (preferencialmente usando algum modelo de formulação de caso) ou converse com um colega sobre seu caso. Após escrever/falar sobre ele, pergunte-se: o quanto do que eu expus foi exposto também para o cliente? Quanto maior essa consonância, mais intensa a transparência ativa.

A intervenção multiuso

A intervenção multiuso recebe este nome porque pode ser útil para um número vasto de demandas clínicas, e seus efeitos são múltiplos.

Consiste em orientar o cliente para que converse abertamente sobre algum tema de importância terapêutica com uma pessoa significativa de seu ambiente natural.

Parte dos princípios de que: a) qualquer que seja o repertório verbal cuja aquisição é de interesse da terapia, ele pode ser aprendido mediante o contato com contingências do ambiente natural; e b) os reforçadores sociais relevantes para o bem-estar e para o desenvolvimento desses repertórios também estão no ambiente natural.

As diretrizes para uma aplicação otimizada dessa intervenção são:

1. Através do diálogo transparente, modele falas descritivas do cliente sobre o tópico em questão.
2. Explícite para o cliente padrões problemáticos em sua fala: verbalizações prejudiciais e/ou déficits em repertórios verbais.
3. A partir da observação da demanda, estabeleça objetivos da intervenção.
4. Em conjunto, defina pessoas para direcionar o diálogo do cliente no ambiente natural. Tipicamente, a) pessoas diretamente envolvidas na demanda, ou b) pessoas com repertórios semelhantes àqueles que se pretende adquirir.
5. Estimule a transparência do cliente nesse diálogo. A regra é: fale com essas pessoas aquilo que foi conversado na terapia da forma mais aberta possível.

Alguns dos efeitos de intervenções assim:

- Promoção da aceitação social
- Quebra de esquivas e redução da ansiedade
- Modelação de repertórios verbais
- Modelagem de repertórios verbais

Treinando repertórios opostos

Uma leitura funcional mostrará que qualquer repertório abrangente está associado ao contato com reforçadores importantes para o indivíduo, e sua origem pode ser traçada à sua história de vida. No entanto, a preponderância muito clara de alguns repertórios pode revelar déficits em outros repertórios. Tais déficits estão comumente associados às demandas trazidas pelo cliente.

A preponderância de determinados repertórios pode ser notada no teor da fala do cliente. Existe alguma característica em sua fala que é bastante particular, nítida e constante.

Uma dica para identificar os repertórios abrangentes centrais ao cliente é observar a forma como o próprio terapeuta se sente durante as sessões. Compreendendo que esse sentimento está associado à forma como o cliente comunica, e que esta tem paralelos com suas habilidades cognitivas, pode-se entender os recursos verbais que utiliza para gerir o próprio comportamento, e como isso poderia estar associado às demandas apresentadas.

Uma forma de suprir o déficit gerado pela preponderância de um repertório é treinar um repertório oposto. Tal treino deve acontecer tanto no diálogo natural da terapia quanto direcionado para as interações extraconsultório do cliente. Esse tipo de intervenção pode ser resumido da seguinte forma:

1. Esteja atento à forma como o cliente fala.
2. Observe padrões, e procure definir o repertório abrangente em questão.
3. Junto com o cliente, analise as formas positivas e negativas como esse repertório impacta em seu comportamento e em suas interações.
4. Defina um repertório oposto.
5. Mostre para o cliente que tipos de falas ilustrariam esse novo repertório. Se ele se mostrar ansioso e reconhecer ter dificuldade para se comunicar dessa forma, é sinal de que a definição do repertório oposto está adequada.
6. Modele esse novo repertório no diálogo natural da terapia.

7. Sugira tarefas de casa e interações extra-consultório que envolvam o exercício do novo repertório abrangente na forma de habilidades sociais.

Enquanto estiver treinando um novo repertório, deliberadamente busque evocá-lo de forma extrema, diametralmente oposta à fala original do cliente. O equilíbrio e a recombinação dos repertórios aprendidos deverão surgir naturalmente.

Exemplos

Repertório abrangente: Prolixidade, excesso de ramificação nas falas, exame extenso de alternativas, detalhamento aprofundado sobre qualquer coisa.

Pode ser um problema porque: Complexifica tomada de decisões, gerando ansiedade, potencializando esquivas, e está tipicamente associado à procrastinação.

Repertório oposto: Falas curtas, objetivas, pontuais.

Repertório abrangente: Excesso de crítica, fala negativa, identificação aguçada de problemas e imperfeições.

Pode ser um problema porque: Do lado social, torna a pessoa desagradável, aversiva, e prejudica suas relações. Do lado cognitivo, enfraquece o valor reforçador das experiências, o que pode refletir em desmotivação, mas também em ansiedade e perfeccionismo.

Repertório oposto: Elogios e expressões de gratidão.

Repertório abrangente: Tolerância e paciência excessivas, excesso de empatia, "está tudo bem".

Pode ser um problema porque: Minimizando os problemas, a pessoa deixa de enfrentá-los, o que pode resultar em uma postura passiva e resignada diante da vida.

Repertório oposto: Reclamar, expressar incômodos.

Repertório abrangente: Fala autocentrada, excesso de assunção de responsabilidade e culpabilização, relaciona qualquer fato a si próprio.

Pode ser um problema porque: Gera sentimentos de culpa, medo de errar, ansiedade, o que está associado a esquivas e paralização diante de problemas.

Repertório oposto: Atribuir responsabilidade a agentes externos.

A construção do repertório do terapeuta

O número de habilidades que se recombina para compor o repertório do qual o terapeuta lança mão em seu consultório é enorme. Apenas uma pequena parte delas é desenvolvida no treinamento clínico formal. O aprimoramento terapêutico passa pelo investimento em uma vasta gama de habilidades, o que se reflete em posturas muito específicas que o terapeuta adota diante da sua formação, da sua profissão, e de sua vida. Algumas estratégias úteis para o aprimoramento desse repertório:

Intervisão

É fundamental que o terapeuta tenha contextos nos quais possa conversar sobre seus atendimentos. Não é necessário que esses contextos sejam estruturados formalmente – quanto mais espontaneamente o terapeuta puder falar, melhor. É importante que ele fale não só sobre seus casos, mas sobre sua própria atuação: suas ideias, hipóteses, inseguranças, gostos e desgostos. Inevitavelmente, sua atuação refletirá alguns de seus padrões abrangentes. Falar dos próprios atendimentos e falar de si mesmo são atividades indissociáveis.

Estudo diversificado

Um repertório verbal rico é construído através da recombinação de formas diferentes de falar sobre o mundo e compreender o ser humano. Considera-se produtivo o contato com várias dessas formas, ao invés da seleção de uma delas. Recomenda-se o estudo diversificado de ideias relevantes para a compreensão do ser humano: abordagens variadas da Psicologia, outras ciências sociais, escolas filosóficas, grandes pensadores, etc. Quanto mais contrastante com sua atual visão de homem, maior o potencial de aprendizagem.

APÊNDICE B – Formulário de Avaliação de Compatibilidade com a Terapia

Comportamental Abrangente

Resumo da pesquisa

A Terapia Comportamental Abrangente (TCA) é uma proposta terapêutica nova e, portanto, carece de evidências que dêem suporte empírico aos seus enunciados. O presente trabalho tem como objetivo investigar o impacto do treinamento nos princípios da TCA sobre a prática de terapeutas analítico-comportamentais e em seus resultados clínicos. Participaram do estudo seis terapeutas e seis clientes, compondo seis díades. Cada díade desenvolveu um processo terapêutico de dez sessões. Dos terapeutas-participantes, três eram previamente identificados como terapeutas comportamentais abrangentes, e os outros três eram terapeutas analítico-comportamentais previamente sem nenhum conhecimento ou contato com a TCA. Para estes últimos terapeutas, foi aplicado um treinamento nos princípios da TCA em algum momento do processo terapêutico, de forma que pudesse ser feita uma comparação de seu trabalho antes e depois do treinamento. Adicionalmente, serão feitas comparações entre os atendimentos desses terapeutas e daqueles com contato prévio com a TCA. Variáveis do processo clínico serão medidas pela categorização e quantificação dos comportamentos do terapeuta e do cliente nas sessões, utilizando-se do Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT) . Os resultados clínicos serão medidos pela aplicação repetida do Outcome Questionnaire (OQ-45.2) ao longo da terapia. O grau de compatibilidade/adesão aos princípios e métodos da TCA será avaliado pelo instrumento que você tem em mãos.

Instruções para o avaliador

Enquanto avaliador, sua tarefa consiste em

1. Ler cada uma das sessões de atendimento da pesquisa, cujas transcrições lhe serão fornecidas.
2. Avaliar cada sessão de acordo com os seis itens propostos em uma escala de 0 (Nunca) a 4 (Sempre).
3. Preencher a tabela com o código identificador da sessão e os valores atribuídos a cada item.

As transcrições de sessão não contêm identificação da díade terapêutica nem da ordem das sessões realizadas. Não se preocupe em inferir essa identificação, e procure avaliar cada sessão de forma totalmente independente a partir dos critérios propostos.

Você pode fazer a avaliação das sessões na ordem que preferir. Ao preencher a tabela, preencha-a na ordem em que realizou as avaliações.

Ao final, envie a tabela preenchida com as informações de todas as sessões de volta ao pesquisador.

Pesquisa: Sistematização e investigação inicial da Terapia Comportamental Abrangente enquanto proposta psicoterapêutica
Avaliação de compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente

Após ler a transcrição da sessão, avalie a compatibilidade da conduta do terapeuta com os princípios e métodos da Terapia Comportamental Abrangente a partir dos seguintes itens.

| | | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Predominantemente | Sempre |
|----------|--|-------|-----------|----------------|-------------------|--------|
| A | O terapeuta adotou uma postura transparente, compartilhando com o cliente suas análises, impressões, objetivos, incertezas e seu raciocínio clínico. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B | As análises realizadas tiveram como foco as relações interpessoais do cliente, seja tomando tais relações como a própria demanda ou explicitamente relacionando-as com a demanda. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C | As análises buscaram relacionar as demandas do cliente com repertórios verbais abrangentes (ou seja, repertórios verbais que operam em vários contextos de sua vida, e não só em uma situação específica). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D | As intervenções focaram na aquisição de repertórios verbais abrangentes (ou seja, repertórios verbais que operam em vários contextos de sua vida, e não só em uma situação específica). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E | As intervenções buscaram a construção de contingências na vida do cliente relacionadas aos pilares do viver com sentido (pelo menos um deles) – pertencimento, engajamento, propósito. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F | Foram feitos direcionamentos/orientações/tarefas de casa com intuito de que o cliente conversasse com alguém sobre algum dos temas discutidos na sessão. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Pesquisa: Sistematização e investigação inicial da Terapia Comportamental Abrangente enquanto proposta psicoterapêutica
Avaliação de compatibilidade com a Terapia Comportamental Abrangente

Nome do avaliador:

Registre na tabela abaixo o valor atribuído a cada item por sessão de acordo com o código identificador da sessão.

| Código da Sessão | A | B | C | D | E | F |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| BOS823 | | | | | | |
| EYJ514 | | | | | | |
| FUS542 | | | | | | |
| KCW760 | | | | | | |
| KQF837 | | | | | | |
| AGR147 | | | | | | |
| BQG261 | | | | | | |
| DHV665 | | | | | | |
| EAA447 | | | | | | |
| FEN787 | | | | | | |
| ITE154 | | | | | | |
| GJA064 | | | | | | |
| JDE812 | | | | | | |
| LYN308 | | | | | | |
| DKI995 | | | | | | |
| LZJ010 | | | | | | |
| MCM622 | | | | | | |
| PCD896 | | | | | | |
| QBW703 | | | | | | |
| MLW481 | | | | | | |
| PPB588 | | | | | | |
| RBF900 | | | | | | |
| SUV551 | | | | | | |
| TDK868 | | | | | | |
| VBL907 | | | | | | |
| VRV783 | | | | | | |
| WWE068 | | | | | | |
| WYU529 | | | | | | |
| XUM765 | | | | | | |

APÊNDICE C – Instruções ao terapeuta

Os itens em itálico foram removidos para os terapeutas experientes.

Você foi convidado para participar de um estudo intitulado O impacto do treinamento em Terapia Comportamental Abrangente nos processos e resultados clínicos. Ele é parte do trabalho de doutorado de Nicolau Chaud de Castro Quinta, filiado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. A Terapia Comportamental Abrangente (TCA) é uma proposta terapêutica recente, caracterizada como uma vertente da terapia analítico-comportamental. Nosso objetivo é avaliar o impacto do treinamento nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente na prática de terapeutas analítico comportamentais, e conseqüentemente em seus resultados clínicos. Para isso, contamos com a participação de terapeutas voluntários que preencham os seguintes critérios:

- Se identificar como terapeuta analítico-comportamental;
- *Ter no mínimo seis meses e no máximo três anos de prática clínica profissional (descartando atendimentos realizados durante o estágio curricular);*
- No presente momento, ter pelo menos quatro clientes com processo terapêutico em andamento.
- Pelo menos um desses clientes deve ser adulto (18 anos ou mais);
- *Não estar em supervisão clínica com outro profissional da área;*
- *No presente momento, não ter tido contato significativo com princípios da Terapia Comportamental Abrangente. Consideramos como contato significativo o acesso a qualquer texto, vídeo, curso ou grupo de discussão além do texto introdutório disponível no portal Comporte-se.*

Caso você atenda a todos os critérios e esteja disposto a colaborar com o estudo, sua participação envolverá o seguinte. Você atenderá voluntariamente um único cliente, cuja captação pode ser feita por você mesmo ou pelos responsáveis pelo estudo. Caso corra tudo bem, os atendimentos comporão dez sessões, que deverão ser realizadas semanalmente no seu consultório particular em horário combinado com o cliente.

No intervalo entre duas sessões (as sessões exatas serão discutidas com o pesquisador), você será submetido a um treinamento nos princípios da TCA. Este treinamento ocorrerá em data e local a serem combinados, e terá duração de 8 horas. Outras pessoas participarão deste treinamento. Depois de concluído o treinamento, você

estará liberado para continuar seu contato com a TCA da forma como preferir, caso preferir, através do acesso a textos, vídeos, cursos, grupos de estudo, e etc.

Em todos os momentos do estudo, você é livre para conduzir seus atendimentos da forma como preferir. Isso quer dizer que no início dos atendimentos com o cliente do estudo, você deve conduzir os atendimentos da forma como o faz habitualmente em seu consultório. *Além disso, mesmo depois de submetido ao treinamento, não será obrigado a seguir as diretrizes especificadas pela Terapia Comportamental Abrangente, podendo incorporar apenas aquilo que lhe parecer útil ou relevante.*

É fundamental que todos os atendimentos sejam gravados em áudio. Converse com o pesquisador para discutir as melhores formas de fazê-lo. Essas gravações deverão ser passadas no formato de arquivo para o pesquisador após cada atendimento. Iremos transcrever as sessões, e essas transcrições fornecerão os dados para nossas pesquisas. Nem a sua identidade nem a de seu cliente serão reveladas na comunicação da pesquisa.

Antes do primeiro atendimento, forneça ao cliente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do cliente, assim como as instruções da pesquisa, que lhe foram enviadas em arquivo separado. É necessário que o cliente assine o Termo antes do início dos atendimentos.

Em momentos especificados da terapia, lhe pediremos que aplique um inventário com o objetivo de mensurar os resultados terapêuticos. O inventário é o Outcome Questionnaire (OQ-45.2) em versão traduzida e adaptada para o português brasileiro. As folhas de aplicação lhe serão fornecidas. Ele deverá ser aplicado nas sessões de número **1, 2, 4, 6, 8 e 10**. A aplicação deve ser realizada logo no início da sessão. As folhas respondidas deverão ser repassadas ao pesquisador.

A sua participação no estudo será encerrada com a conclusão das dez sessões. Poderá ser encerrada também em um dos casos abaixo:

- *Caso você tenha contato com textos, vídeos, cursos ou grupos de discussão acerca da Terapia Comportamental Abrangente antes do treinamento;*
- Caso você inicie supervisão com algum profissional da área;
- *Caso você não compareça ao treinamento e dê continuidade aos atendimentos;*
- Caso, por quaisquer motivos, não ocorra nenhum atendimento com o cliente do estudo por um período superior a 20 dias;
- Caso alguma das sessões não seja gravada ou o áudio da sessão seja perdido;

- Caso o inventário não seja aplicado em uma das sessões indicadas ou o registro seja perdido;
- Caso seu cliente abandone a terapia;
- Caso você decida, por opção própria, abandonar o estudo.

Em qualquer um dos casos, pedimos que informe o mais rapidamente o pesquisador responsável. O encerramento de sua participação não lhe incorrerá em qualquer tipo de prejuízo ou penalidade.

Agradecemos pela sua participação!

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (terapeuta)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa intitulado *O impacto do treinamento em Terapia Comportamental Abrangente nos processos e resultados clínicos*. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, deverá assinar este documento em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável, e a segunda destinada a você. Caso se recuse a participar, isso não lhe gerará qualquer penalidade.

Informações sobre a pesquisa

Pesquisador responsável – Nicolau Chaud de Castro Quinta, doutorando em Psicologia no Programa de Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Pesquisador orientador – Dr. Cristiano Coelho, professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Contatos – Em caso de dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Nicolau Chaud de Castro Quinta ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Cristiano Coelho nos telefones: (62) xxxx-xxxx e (62) xxxx-xxxx, ou através dos e-mails xxx@xxx.xxx ou xxx@xxx.xxx. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás no telefone (62) 3946-1512.

Justificativa – Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de desenvolvimento e testagem empírica de diferentes modelos e métodos de atuação na prática clínica do psicólogo, em especial da terapia analítico-comportamental.

Objetivos – O objetivo desta pesquisa é comparar aspectos comportamentais e resultados clínicos da atuação de terapeutas analítico-comportamentais antes e após serem submetidos a um treinamento nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente.

Coleta de dados – Cada terapeuta participante desta pesquisa atenderá gratuitamente um único cliente, ao qual serão destinadas dez sessões. Os atendimentos ocorrerão no consultório ou espaço de atendimento do próprio terapeuta, e deverão ser gravados mediante consentimento escrito do cliente.

Treinamento – O treinamento nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente será dado em um único dia com período previsto de oito horas, em data e local a serem combinados. Participarão do treinamento outros terapeutas interessados, não diretamente envolvidos com o estudo.

Sigilo – Todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, sob sigilo exigido pelo código de ética. Os dados coletados só serão divulgados garantindo o anonimato. Sendo assim, quando o conteúdo de suas informações for utilizado para propósitos de publicação científica, sua identidade será mantida em absoluto sigilo. Os dados obtidos serão utilizados somente para a finalidade prevista de comunicação científica. Serão mantidos sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após seu término.

Desistência– Você terá o direito, sem nenhuma penalidade, de encerrar sua participação do estudo a qualquer momento.

Benefícios – Os benefícios previstos pela pesquisa estão associados ao treinamento proposto, envolvendo aprendizagem e instrumentalização de princípios e técnicas terapêuticas que poderão enriquecer sua prática clínica. Você terá o direito de acesso aos dados e resultados da pesquisa em formatos de publicação e divulgação científica caso desejar.

Riscos – Ao longo do período da pesquisa, pede-se que você se não submeta à supervisão clínica formal com outro terapeuta. Assim, um risco possível desta pesquisa envolve dificuldades concernentes aos atendimentos clínicos sem auxílio de supervisão formal. Em caso de desconforto ou conflito gerado pela participação no estudo, você será encaminhado para serviços de saúde, sendo garantida a assistência integral. Fica garantida a Assistência Integral e Gratuita por danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos ao sujeito mediante sua participação na pesquisa.

Encerramento – Após o encerramento do estudo, você poderá continuar atendendo gratuitamente o cliente da pesquisa caso desejar. Também poderá continuar o contato com a Terapia Comportamental Abrangente e retomar supervisões clínicas com algum profissional como preferir.

Custos – Esta pesquisa não implicará em nenhum custo a você. No entanto, seus atendimentos ao cliente participante da pesquisa deverão ser gratuitos.

Indenização – Mesmo com todos os cuidados éticos da pesquisa, se mesmo assim você se sentir lesado, terá o direito de recorrer à justiça.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com Nicolau Chaud de Castro Quinta sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, ____, de _____, de 2019.

Assinatura do participante

____/____/_____
Data

Assinatura da testemunha

____/____/_____
Data

Assinatura do responsável pelo estudo

____/____/_____
Data

APÊNDICE E – Instruções ao cliente

Você foi convidado para participar de um estudo chamado *O impacto do treinamento em Terapia Comportamental Abrangente nos processos e resultados clínicos*. Ele é parte do trabalho de doutorado de Nicolau Chaud de Castro Quinta, filiado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Nosso objetivo é avaliar o impacto do treinamento nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente na prática de terapeutas e em seus resultados clínicos. Assim como você, os terapeutas participantes também são voluntários do estudo. Para participar enquanto clientes, precisamos de pessoas que atendam aos seguintes quesitos:

- Idade mínima de 20 anos;
- Ao longo do estudo, não estar em terapia com outro psicoterapeuta;
- Ter disponibilidade para sessões semanais de atendimento em horário e local a serem combinados com o terapeuta.

Os atendimentos realizados serão voluntários e gratuitos. Todas as sessões serão gravadas e, posteriormente, transcritas. As transcrições obtidas serão utilizadas como os dados do estudo. Os dados da pesquisa serão analisados e apresentados de forma anônima, sendo que em nenhum momento sua identidade será revelada.

No início de algumas das sessões, pediremos que preencha um questionário com 45 perguntas fechadas a respeito de como tem se sentido na última semana. Os dados desse questionário também serão utilizados como dados de forma anônima.

Sua participação no estudo é encerrada após dez sessões. Sua participação no estudo também será encerrada em um dos seguintes casos:

- Caso você inicie terapia com outro profissional ao mesmo tempo;
- Caso você realize mudanças em medicamentos psiquiátricos ou suas dosagens;
- Caso nenhuma sessão seja realizada por um período superior a 20 dias;
- Caso seu terapeuta abandone o estudo;
- Caso você deseje interromper a terapia por opção própria.

Em qualquer um dos casos, pedimos que informe o pesquisador responsável o mais rápido possível. O encerramento de sua participação não lhe gerará qualquer tipo de prejuízo ou penalidade. Ao término das 10 sessões ou por outros motivos de desligamento do estudo, você e o terapeuta podem decidir por continuar a terapia voluntariamente, ou podem optar por encerrá-la. Caso você queira continuar em terapia, mas seu terapeuta não tenha disponibilidade, lhe encaminharemos para outro local onde é realizado atendimento psicológico gratuito.

Agradecemos pela sua participação!

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (cliente)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa intitulado *O impacto do treinamento em Terapia Comportamental Abrangente nos processos e resultados clínicos*. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, deverá assinar este documento em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável, e a segunda destinada a você. Caso se recuse a participar, isso não lhe gerará qualquer penalidade.

Informações sobre a pesquisa

Pesquisador responsável – Nicolau Chaud de Castro Quinta, doutorando em Psicologia no Programa de Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Pesquisador orientador – Dr. Cristiano Coelho, professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Contatos – Em caso de dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Nicolau Chaud de Castro Quinta ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Cristiano Coelho nos telefones: (62) xxxx-xxxx e (62) xxxx-xxxx, ou através dos e-mails xxx@xxx.xxx ou xxx@xxx.xxx. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás no telefone (62) 3946-1512.

Justificativa – Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de desenvolvimento e testagem empírica de diferentes modelos e métodos de atuação na prática clínica do psicólogo, em especial da terapia analítico-comportamental.

Objetivos – O objetivo desta pesquisa é comparar aspectos comportamentais e resultados clínicos da atuação de terapeutas analítico-comportamentais antes e após serem submetidos a um treinamento nos princípios da Terapia Comportamental Abrangente.

Coleta de dados – Assim como você, o terapeuta que irá lhe atender é também um participante da pesquisa. Serão destinadas dez sessões de atendimento psicológico gratuito, em local e horários a serem combinados com o terapeuta. Todas as sessões serão gravadas em áudio.

Sigilo – Todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, sob sigilo exigido pelo código de ética. Os dados coletados só serão divulgados garantindo o anonimato. Sendo assim, quando o conteúdo de suas informações for utilizado para propósitos de publicação científica, sua identidade será mantida em absoluto sigilo. Os dados obtidos serão utilizados somente para a

finalidade prevista de comunicação científica. Serão mantidos sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após seu término.

Desistência– Você terá o direito, sem nenhuma penalidade, de encerrar sua participação do estudo a qualquer momento.

Benefícios – Os benefícios previstos do estudo envolvem os possíveis ganhos terapêuticos que poderão ser proporcionados pelos atendimentos clínicos, de acordo com suas demandas específicas. Você terá o direito de acesso aos dados e resultados da pesquisa em formatos de publicação e divulgação científica caso desejar.

Riscos – Possíveis riscos envolvem o desgaste emocional gerado pelo enfrentamento de temas sensíveis nas sessões de terapia. Além disso, uma vez que seu terapeuta é também um participante do estudo, ele tem o direito de decidir encerrar o processo terapêutico antes do término das dez sessões. Em caso de desconforto ou conflito gerado pela participação no estudo, você será encaminhado para serviços de saúde, sendo garantida a assistência integral. Fica garantida a Assistência Integral e Gratuita por danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos ao sujeito mediante sua participação na pesquisa.

Encerramento – Após o encerramento das dez sessões de atendimento previstas ou em caso de encerramento antecipado por decisão do terapeuta, você poderá ser encaminhado para atendimento gratuito na rede pública de saúde. Alternativamente, caso seja de comum acordo, poderá continuar seus atendimentos com o terapeuta participante da pesquisa sem custos.

Custos – Está pesquisa não implicará em nenhum custo a você além do deslocamento até o local de atendimento.

Indenização – Mesmo com todos os cuidados éticos da pesquisa, se mesmo assim você se sentir lesado, terá o direito de recorrer à justiça.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, estou ciente dos termos da minha participação nesta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, ____, de _____, de 2019.

Assinatura do participante

____/____/_____
Data

Assinatura da testemunha

____/____/_____
Data

Assinatura do responsável pelo estudo

____/____/_____
Data

ANEXO A – Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

| | |
|-------|-----------|
| Nome: | Data: / / |
|-------|-----------|

OQ-45.2

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a **última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

| | | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
|----|---|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| 1 | Eu me dou bem com os outros. | | | | | |
| 2 | Eu me canso depressa. | | | | | |
| 3 | Eu não tenho interesse pelas coisas. | | | | | |
| 4 | Eu me sinto estressado no trabalho. | | | | | |
| 5 | Eu me culpo pelas coisas. | | | | | |
| 6 | Eu me sinto irritado. | | | | | |
| 7 | Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante. | | | | | |
| 8 | Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida. | | | | | |
| 9 | Eu me sinto fraco. | | | | | |
| 10 | Eu me sinto assustado/com medo. | | | | | |
| 11 | Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. (se não bebe marque nunca) | | | | | |
| 12 | Eu acho meu trabalho satisfatório. | | | | | |
| 13 | Eu sou uma pessoa feliz. | | | | | |
| 14 | Eu trabalho muito. | | | | | |
| 15 | Eu me sinto sem valor. | | | | | |
| 16 | Eu estou preocupado com problemas familiares. | | | | | |
| 17 | Eu tenho uma vida sexual insatisfatória. | | | | | |
| 18 | Eu me sinto sozinho. | | | | | |
| 19 | Eu discuto com frequência. | | | | | |
| 20 | Eu me sinto amado e querido. | | | | | |
| 21 | Eu aproveito o meu tempo livre. | | | | | |
| 22 | Eu tenho dificuldade em me concentrar. | | | | | |
| 23 | Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro. | | | | | |
| 24 | Eu gosto de mim. | | | | | |
| 25 | Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar. | | | | | |
| 26 | Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). (se não se aplicar marque nunca) | | | | | |
| 27 | Eu tenho problemas de estômago. | | | | | |
| 28 | Não tenho trabalhado tão bem quanto antes. | | | | | |
| 29 | O meu coração bate de maneira acelerada. | | | | | |
| 30 | Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos. | | | | | |
| 31 | Eu estou satisfeito com a minha vida. | | | | | |
| 32 | Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque nunca) | | | | | |
| 33 | Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer. | | | | | |
| 34 | Eu tenho os músculos doloridos. | | | | | |
| 35 | Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc. | | | | | |
| 36 | Eu me sinto nervoso. | | | | | |
| 37 | Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos. | | | | | |
| 38 | Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho. | | | | | |
| 39 | Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho. | | | | | |
| 40 | Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça. | | | | | |
| 41 | Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo. | | | | | |
| 42 | Eu me sinto triste. | | | | | |
| 43 | Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros. | | | | | |
| 44 | Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender. | | | | | |
| 45 | Eu tenho dores de cabeça. | | | | | |

Versão autorizada para investigação
Lambert & Burlingame, 1996
Traduzido e Adaptado por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002)