

COMPORTAMENTO em foco

1



Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Comportamento em foco 1

Organizado por Candido V. B. B. Pessôa, Carlos Eduardo Costa e
Marcelo Frota Benvenuti.

São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina
Comportamental – ABPMC, 2011.

664 p.

ISBN: 978-85-65768-00-9

1. Psicologia do comportamento e cognição 2. Behaviorismo 3. Análise do
comportamento

I. Pessôa, Candido V. B. B., org. II. Costa, Carlos Eduardo, org. III. Benvenuti,
Marcelo Frota, org.

BF311

Organização | Candido V. B. B. Pessôa
Carlos Eduardo Costa
Marcelo Frota Benvenuti

Instituições organizadoras | Associação Brasileira de Psicologia e
Medicina Comportamental - ABPMC

Capa e projeto gráfico miolo | Mila Santoro

Abril 2012

PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL PRAGMÁTICA

CARLOS AUGUSTO DE MEDEIROS
carlos.medeiros@uniceub.br

NATHALIE NUNES FREIRE ALVES DE MEDEIROS

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC)

Historicamente, a terapia comportamental - TC – é alcunhada de tecnicista, nomotética, focal e diretiva (Rangé, 1995/1998a; Barcellus & Haydu, 1995/1998). Somente na década de 1980, a despeito de esforços anteriores como os de autores tais como Ferster ou Goldiamond, é que houve uma inserção de Analistas do Comportamento na clínica psicológica de maneira mais consistente. A Análise do Comportamento Aplicada à Clínica ou, simplesmente, Terapia Analítica-Comportamental – TAC, é a proposta de uma clínica comportamental de orientação operante e em consonância com os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical (Rodrigues-Ribeiro, 2001).

Como a TAC é composta por analistas do comportamento behavioristas radicais, observaram-se várias mudanças em relação à TC propriamente dita. A obrigatoriedade de análises funcionais individuais rompe com o viés nomotético e seu caráter tecnicista (Rangé, 1995/1998a; Barcellus & Haydu, 1995/1998). Já as análises funcionais não lineares (Goldiamond, 1974), isto é, aquelas que abordam o repertório comportamental do indivíduo como um todo, são incompatíveis com uma abordagem focal. O abandono das tradicionais técnicas padronizadas de cunho mais respondente também representou um rompimento com o tecnicismo, isto é, o enquadramento do indivíduo numa técnica padronizada e consagrada na literatura em detrimento das suas peculiaridades.

Com relação à diretividade, não parece que a TAC tenha diferenças tão marcantes assim em relação à TC. A apresentação feita pelo terapeuta ao cliente dos objetivos específicos, as análises funcionais detalhadas e os procedimentos terapêuticos conferem um caráter extremamente diretivo à TAC. Muitas versões de TAC, como trás a literatura, por mais que se descrevam menos diretivas, ao serem analisadas de perto em seus procedimentos conferem um papel passivo ao cliente. O uso excessivo que regras no formato de conselhos, interpretações, orientações, devoluções e alguns deveres de casa contribuem para a diretividade da TAC como um todo.

Talvez a diretividade seja realmente uma característica da TAC devido à sua ligação com a objetividade e o rigor conceitual. Por outro lado, alternativas menos diretivas são possíveis. Daí surge a Psicoterapia Comportamental Pragmática, a qual o presente trabalho se destina a descrever.

A Psicoterapia Comportamental Pragmática – PCP – é, portanto, mais uma alternativa de intervenção clínica baseada na Análise do Comportamento. É uma abordagem que vem sendo aplicada de forma bem sucedida pelos autores do trabalho em consultório, assim como por

orientandos graduandos, psicólogos formados e em cursos de pós-graduação. Os objetivos desse trabalho são:

1. Apresentar as características da PCP como proposta de Análise do Comportamento Aplicada à Clínica.
2. Apresentar a sua relação com os pressupostos filosóficos behavioristas radicais, discutindo-se como tais pressupostos determinam o seu funcionamento.
3. Apresentar a sua relação com a Psicologia, com a Análise do Comportamento e com a Psicoterapia. Ou seja, contextualizá-la no campo da Psicologia Clínica em relação às demais possibilidades dentro e fora da Análise do Comportamento.
4. Discutir as justificativas teóricas, empíricas e aplicadas às suas características principais.
5. Oferecer exemplos clínicos de seus procedimentos.

Qual seria a justificativa de se apresentar mais uma proposta de abordagem clínica dentro da TAC? No que ela se diferenciaria das demais abordagens ao ponto de merecer uma denominação e tratamento diferenciados? O adjetivo “pragmático” não seria um pleonasma, já que toda abordagem oriunda da Análise do Comportamento é pragmática em essência? Em que sentido a PCP é pragmática e as demais abordagens já consagradas não são? Essas e outras perguntas se constituem num bom exemplo do procedimento chamado de “questionamento reflexivo”, que será descrito mais em detalhes adiante.

A PCP, por mais que partilhe algumas similaridades com outras abordagens da TAC, representaria uma versão única e diferenciada da aplicação da Análise do Comportamento ao contexto clínico. Entre os principais diferenciais destaca-se o seu caráter menos diretivo, atribuindo ao cliente ou terapeutizando¹ papéis que eram, inicialmente, do terapeuta.

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.

Quanto ao pragmatismo, na PCP ele extrapola a concepção filosófica de critério de validação científica de enunciados e da autorização epistemológica para investigar eventos privados. A postura pragmática é empregada como principal parâmetro de escolha de procedimentos de intervenção. O terapeuta só deve fazer o que for útil para serem atingidos os objetivos terapêuticos. Como se verá ao longo do texto, a postura pragmática ficará evidente ao longo da descrição da PCP.

A apresentação da PCP trará, inicialmente, sua relação com o Behaviorismo Radical e com a Análise do Comportamento. Em seguida, serão discutidas as suas influências dentro e fora da Análise do Comportamento. A visão de psicoterapia, o funcionamento das sessões, o papel do comportamento verbal e da relação terapêutica e as análises funcionais constituem os tópicos de apresentação da PCP propriamente dita e serão apresentados seguindo essa ordem.

RELAÇÃO COM O BEHAVIORISMO RADICAL

Como se trata de uma aplicação da Análise do Comportamento à clínica, a PCP traz consigo os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical, como a visão de homem, a definição de comportamento, o modelo de causalidade selecionista, a ênfase na função em detrimento da estrutura e a epistemologia pragmática.

¹ O termo “terapeutizando” é empregado para designar a pessoa que geralmente é chamada de cliente ou paciente. A PCP não poderia utilizar o termo paciente que conota a passividade de quem está em tratamento, o que não é compatível com uma abordagem que pretende ser menos diretiva. O termo cliente também é problemático já que a terapia não é vista como o processo estritamente comercial. A despeito de ser uma palavra longa e de sonoridade ruim, o terapeutizando estaria para o terapeuta da mesma forma que o orientando está para o orientador, o supervisionando está para o supervisor e assim por diante. Como é o orientando quem faz a sua dissertação ou tese, e é o supervisionando quem atende o caso em consultório, é o terapeutizando quem conduz a própria vida.

Com relação à visão de homem, este é visto como um organismo em constante interação com o meio, modificando-o e sendo modificado pelo produto de suas ações no meio (Skinner, 1957/1978). Mesmo agindo sobre o meio, o homem, para o Behaviorismo Radical é desprovido de livre arbítrio (Baum, 1994/1999). Em outras palavras, o homem, para o Behaviorismo Radical, não faz escolhas livres de influência ambiental (Skinner, 1953/1994). O seu comportamento sofre certo nível de determinação por variáveis ambientais que são organizadas em três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural. Isso, para uma perspectiva clínica, é muito importante porque ela justifica uma série de procedimentos como, por exemplo, a audiência não punitiva, que consiste, resumidamente, na postura do terapeuta em não julgar o seu terapeutizando a partir dos seus comportamentos. Então, o terapeuta, pelo menos nessa perspectiva, tem que aceitar incondicionalmente o seu terapeutizando, o que é bem mais fácil quando se parte do pressuposto de que não existe livre arbítrio. Em outras palavras, aqueles comportamentos, por mais que sejam socialmente inaceitáveis, não são emitidos devido às escolhas da pessoa, e sim determinados por contingências atuais e históricas.

Outro ponto fundamental do Behaviorismo Radical acerca da visão de homem é o seu caráter de indivíduo único. Isto significa que as análises funcionais e os procedimentos de intervenção da PCP serão todos específicos a cada terapeutizando. A PCP, portanto, não tem técnicas padronizadas que vão servir para todos os terapeutizando agrupados em categorias de pessoas como neuróticos e psicóticos, por exemplo.

O homem também é visto como um ser social, ou seja, o principal nível de seleção na determinação de seus comportamentos é o sócio-cultural, dando-se um destaque especial ao comportamento verbal.

O comportamento é visto como uma forma de adaptação do organismo ao ambiente, principalmente ao ambiente social. Os comportamentos não são determinados por causas mentais, como psicopatologias, por exemplo. Todo comportamento é uma forma desse organismo se adaptar ao ambiente, ou seja, de sobreviver no meio social. Com base nisso, todo comportamento é funcional na medida em que serve ao organismo de alguma forma, e não faz sentido promover intervenções que visem enfraquecer um comportamento sem antes identificar a sua função para aquele organismo. Isso justifica, também, a realização de análises funcionais.

A necessidade de realização de análises funcionais também é justificada pelo compromisso com o funcionalismo. Não é possível inferir a etiologia de um comportamento apenas verificando a sua topografia. Comportamentos só fazem sentido ao se identificar a suas funções, e elas sempre dizem respeito às relações do comportamento com o ambiente. Daí decorre outra característica Behaviorista Radical à PCP, que é a oposição radical ao mentalismo e a adoção do modelo de causalidade selecionista. Os comportamentos não são causados por eventos mentais como pensamentos, personalidade, emoções e sentimentos. Explicações baseadas nesses conceitos não são explicações e cessam a investigação das variáveis ambientais realmente relevantes (Skinner, 1953/1994). O uso de termos como autoconhecimento, assertividade ou autoestima, se utilizados como causas para o comportamento, também representam mentalismo. A PCP, portanto, utiliza descrições de relações funcionais entre o comportamento e o ambiente atual e histórico em detrimento de explicações baseadas em fenômenos fora da relação comportamento/ambiente.

O critério pragmático de verdade pela utilidade é a última influência fundamental do Behaviorismo Radical sobre a PCP a ser abordada. Como a verdade não se dá com base no critério positivista da concordância entre os observadores, e sim pelo critério da utilidade, ele permite que se trabalhe no contexto clínico com comportamentos públicos e privados. Logo, a PCP vai trabalhar com os comportamentos resumidos na linguagem cotidiana por sonhos, pensamentos, imaginação, fantasias etc., desde que lidar com eles seja útil. Além disso, o critério de verdade baseado na utilidade será aplicado em vários aspectos da PCP. As análises verdadeiras são aquelas que se mostram úteis. Procedimentos são eficazes quando se mostram úteis para se atingir os objetivos terapêuticos.

A RELAÇÃO DA PCP COM A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E A PSICOLOGIA

A PCP é uma aplicação da Análise do Comportamento à clínica. Isso significa que as ferramentas de análise e o arcabouço conceitual são oriundos exclusivamente da Análise do Comportamento. Trata-se de uma abordagem em que ocorre frequentemente a utilização de termos como estímulos discriminativos, estímulos delta, reforçadores positivos, reforçadores negativos, regras, tatos, mandos, operações estabelecedoras, classes de equivalência, entre outros. Não são utilizados conceitos de outras abordagens para descrever os fenômenos comportamentais observados na clínica. O psicoterapeuta pragmático também faz uso de todo conhecimento advindo das pesquisas em Análise Experimental do Comportamento obtido no contexto básico e aplicado, com humanos e não humanos. Sendo assim, os procedimentos aplicados devem ser justificados com base nos conhecimentos advindos da Análise do Comportamento.

A PCP também é uma abordagem que tem compromisso com a pesquisa empírica básica e aplicada, com investigações da eficácia de seus procedimentos em situações controladas de pesquisa básica em laboratórios e em situações aplicadas de consultório.

Mesmo preconizando a Análise do Comportamento, a PCP é susceptível ao diálogo com as demais abordagens psicológicas. Porém, esse é um diálogo que tem como base a linguagem cotidiana e o fenômeno psicológico. Outras abordagens já lidam com o comportamento no contexto clínico há muito mais tempo que os analistas do comportamento. Portanto, algumas descrições que fazem de alguns fenômenos psicológicos são úteis. Também podem ser úteis ao se reescrever essas mesmas descrições utilizando os conceitos comportamentais.

PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS DENTRO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Mesmo sendo uma aplicação da Análise do Comportamento à clínica, alguns de seus autores e suas respectivas ideias foram mais importantes na concepção da PCP. Obviamente, a primeira influência vem de Skinner, com ênfase principal no terceiro nível de seleção, no comportamento verbalmente controlado, na análise funcional do comportamento verbal e no conceito de reforçadores condicionados generalizados.

A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) de Kohlemberg e Tsai (1991/2001) e principalmente Ferster (1973, 1977, 1979) também exerceram forte influência na PCP ao considerar a relação terapêutica como instrumento de mudança comportamental. A relação terapêutica será utilizada como ferramenta para a modificação de comportamentos de relevância clínica e também o uso de reforçamento natural em detrimento dos reforçamentos arbitrários.

A PCP também apresenta uma forte influência de Goldiamond (1974) e sua abordagem construcional. Em primeiro lugar, a abordagem construcional enfatiza a construção de repertórios a partir do repertório comportamental já existente. O que significa que é uma abordagem que não se preocupa em suprimir comportamentos, e sim estabelecer novos comportamentos e aumentar a frequência de comportamentos já existentes no repertório comportamental do indivíduo, ou seja, aqueles são mais úteis na interação dele com o ambiente. A realização de análises funcionais não lineares é uma tentativa de entender como determinado comportamento se articula no repertório comportamental como um todo e não apenas em função das próprias consequências.

Por fim, as investigações empíricas em controle aversivo, comportamento verbal, correspondência verbal, comportamentos governados por regras e sensibilidade comportamental influenciaram os procedimentos da PCP.

INFLUÊNCIAS FORA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

A Psicanálise surge com primeira influência fora da Análise do Comportamento, principalmente com relação à importância dada ao inconsciente. O Behaviorismo Radical tratará o inconsciente, não como uma estrutura psíquica, mas como determinantes ambientais do comportamento que não são discriminados verbalmente por quem se comporta. Ou seja, são aqueles determinantes que controlam o comportamento, sem que o indivíduo se dê conta do que está acontecendo. As discussões acerca dos fenômenos descritos pelos conceitos de transferência e contratransferência também são úteis para justificar o uso da relação terapêutica como instrumento de mudança. O conceito de ganhos secundários também é muito útil para as análises operantes, por permitir uma compreensão operante de vários comportamentos que nunca se imaginou serem possíveis de se lidar, como somatizações, por exemplo.

A Terapia Centrada na Pessoa também exerce influência sobre a PCP. Afinal, trata-se de uma abordagem menos diretiva, com forte ênfase na relação terapêutica. O conceito de aceitação incondicional e a sua relação com o conceito de audiência não punitiva, como se verá mais adiante, são fundamentais para lidar com o histórico de controle aversivo dos terapeutizados.

Por fim, é válido citar a técnica do Diálogo/Questionamento socrático, oriundo da Psicoterapia Cognitiva, por suas semelhanças com o procedimento de questionamento reflexivo, que ainda será discutido detalhadamente nesse trabalho.

VISÃO DE PSICOTERAPIA

A psicoterapia é trabalhada na PCP como uma relação entre duas ou mais pessoas com objetivos de modificar o repertório comportamental do terapeutizado, com vistas a interações mais bem-sucedidas com o ambiente, e estabelecer o repertório de autoconhecimento. Até aí, tal definição não apresenta grandes inovações com relação aos objetivos das diferentes formas de TAC. Porém, cabe definir o que viriam a ser comportamentos mais bem-sucedidos e como se daria essa promoção do repertório de autoconhecimento, no que consistiria e qual o seu papel na promoção da mudança no comportamento.

A psicoterapia também é vista como um processo relacional mais que pedagógico, de modo que o paciente deixa de exercer um papel de aluno, o qual seria passivamente ensinado pelo terapeuta/professor a como ser mais feliz. O terapeutizado passa a ter um papel mais ativo, sendo responsável pelas mudanças em seu ambiente e pelas conclusões a que se chega em terapia. Cabe ao terapeuta apenas criar condições para que o terapeutizado faça isso.

O termo psicoterapia é escolhido em detrimento do termo terapia porque, para os Behavioristas Radicais, fenômenos psicológicos são fenômenos comportamentais. Lidar com o aspecto psicológico do ser humano é lidar com o seu comportamento, definido como trocas entre o organismo e o ambiente (Skinner, 1957/1978). Numa visão pragmática de ciência, caso essas trocas não sejam observáveis por duas ou mais pessoas, ainda continuam sendo objeto do estudo científico, desde que as descrições de suas relações funcionais se mostrem úteis na predição e no controle do comportamento (Skinner, 1953/1981). Isso quer dizer que comportamentos resumidos na linguagem cotidiana por termos como pensamentos, sentimentos, emoções, sonhos, alucinações e delírios, serão trabalhados em terapia. Logo, não há razões para dizer que os analistas do comportamento não fazem psicoterapia.

O aspecto pragmático da PCP não se resume à visão de ciência. Da mesma forma que Skinner estende o modelo de causalidade de Darwin para o seu modelo de seleção por consequências (Baum, 1994/2006), é possível estender o critério de verdade da utilidade para dentro do consultório. Desse modo, as intervenções do terapeuta devem ser guiadas pelo princípio da utilidade, isto é, buscar atingir sempre os objetivos terapêuticos. Se o comportamento num contexto de pesquisa

básico é complexo e multideterminado, a complexidade é muito maior num contexto aplicado de psicoterapia. Soma-se a isso a imprecisão do relato verbal, que é o principal dado que o terapeuta trabalha no consultório (Glenn, 1983). Logo, ocorre um prejuízo na precisão das análises funcionais feitas pelo terapeuta e das autorregras a serem emitidas pelos terapeutas. Ao mesmo tempo, é difícil prever com exatidão as consequências das intervenções feitas pelo terapeuta. Ao se aplicar o critério de veracidade pragmático, precisão e exatidão não são fundamentais desde que essas análises e intervenções sejam úteis, ou seja, contribuam para se atingir os objetivos terapêuticos. Até os objetivos terapêuticos podem ser estabelecidos com base no critério da utilidade, levando-se em consideração o que é possível atingir com aquele terapeutas específico. Aspectos logísticos devem ser levados em consideração, como nível socioeconômico e cultural do terapeutas, repertório comportamental de entrada, tempo para o atendimento, número possível de sessões por semana entre outros.

O COMPORTAMENTO-ALVO

Os objetivos terapêuticos são especificados na PCP em termos de modificação na frequência dos comportamentos, que são designados pelo rótulo de comportamento-alvo. Os comportamentos-alvo são de dois tipos principais: os desejáveis, cuja frequência pretende-se aumentar com o tratamento, e os indesejáveis que são aqueles cuja frequência se pretende diminuir. O critério utilizado é o pragmático. Os comportamentos desejáveis são bem-sucedidos na relação com o ambiente, ou seja, produzem reforçadores em curto e longo prazo com menos custo e minimizam o contato com estímulos aversivos em curto e longo prazo. Já os indesejáveis tendem a produzir reforçadores em curto prazo, porém, produzem a apresentação de estímulos aversivos ou a perda de reforçadores em longo prazo. Os objetivos terapêuticos envolvem, portanto, a substituição de comportamentos indesejáveis por comportamentos desejáveis.

A seleção dos comportamentos como desejáveis ou indesejáveis se dá com base nas análises funcionais realizadas pelo terapeuta. É importante notar que os comportamentos desejáveis não podem ser considerados funcionais e os indesejáveis, não funcionais. Ambos são funcionais, pois têm a função de adaptar o terapeutas ao seu ambiente. Os termos desejáveis e indesejáveis foram escolhidos por deixarem claro que os comportamentos foram designados a partir de critérios sociais, ou seja, a partir do julgamento do terapeuta, e não pela sua natureza.

Mesmo o comportamento autolesivo de uma adolescente de se arranhar com lâminas de barbear é funcional, porém, indesejável, já que produz contato com estímulos aversivos em curto e em longo prazo. Esse comportamento é funcional quando é mantido pela atenção de familiares e pela retirada de estímulos aversivos, como cobrança de desempenho acadêmico, proibição de namoro e saídas com amigas. Essa adolescente é boa aluna, ajuda em casa, mas recebe menos atenção que seu irmão mais novo, que cria problemas na escola. Além disso, é proibida de namorar e sair com suas amigas por um pai com comportamentos possessivos. Quando ela começa a se cortar com lâminas de barbear, é levada para vários médicos e psicólogos. Várias pessoas querem lhe perguntar coisas e ouvi-la; é incentivada a namorar e sair com amigas; deixa de ser cobrada por suas notas na escola; e não precisa mais ajudar nas tarefas de casa. Quando ela para de se cortar, as condições acima retornam. Desse modo, cortar-se é um comportamento funcional pelas mudanças que produz no ambiente dela. Porém, em curto e longo prazo, produz estímulos aversivos como cortes doloridos, infecções, cicatrizes e discriminação de certos grupos sociais (“não vamos andar com a doidinha que se corta”). A intervenção pragmática nesse sentido seria estabelecer outro comportamento que produzisse reforçadores similares em curto e em longo prazo e que não resultassem nos estímulos aversivos, principalmente em longo prazo. Seriam considerados comportamentos desejáveis argumentar com os pais de forma assertiva acerca de seus direitos e deveres na família, por exemplo.

COMPORTAMENTOS-ALVO RELATADOS E EMITIDOS NA SESSÃO

Após as discussões de Ferster (1979/2007) e Kohlemberg e Tsai (1991/2001) acerca dos comportamentos-alvo dos terapeutizados que ocorrem na relação com o terapeuta, esse tipo de comportamento ganhou muito mais importância. Porém, ao contrário do que sustenta a FAP, a PCP estabelece que, em terapia deve-se trabalhar tanto com os comportamentos emitidos pelo terapeutizado na sessão (comportamentos clinicamente relevantes) quanto com aqueles que ele relata, porém que ocorrem fora da relação com o terapeuta. Ao se trabalhar apenas com comportamentos-alvo que ocorrem na sessão, vários comportamentos-alvo relevantes são negligenciados, como as queixas sexuais, por exemplo. Daí a definição das categorias de comportamentos-alvo relatados e emitidos na sessão. Ambos podem ser desejáveis e indesejáveis.

O psicoterapeuta pragmático que lida com essas classes de comportamentos, não é um professor, mas um modelador e mantenedor dos comportamentos desejáveis que ocorrem na sessão. Ele enfatiza o fortalecimento dos comportamentos desejáveis e não a supressão dos indesejáveis. Já com relação aos comportamentos relatados, com base nos princípios da AC, o psicoterapeuta pragmático cria condições para que o terapeutizado modifique as contingências aversivas e pouco reforçadoras às quais é exposto; adquira repertórios comportamentais mais bem-sucedidos; e descreva com precisão as variáveis controladoras de seus comportamentos e das pessoas com as quais se relaciona.

Em decorrência da atuação do psicoterapeuta pragmático, cabe ao terapeutizado formular regras² mais precisas (úteis) nas descrições das contingências controladoras de seus comportamentos-alvo relatados; desenvolver regras que propiciem as mudanças das contingências em vigor; mudar as contingências controladoras vigentes e, conseqüentemente, as frequências de seus comportamentos-alvo relatados; e, por fim, aprender a fazer a si mesmo as perguntas úteis que o habilitem a fazer análises funcionais e pensar de forma pragmática.

O FUNCIONAMENTO DAS SESSÕES

Quanto aos aspectos práticos, o funcionamento da sessão é muito similar ao observado em outros modelos, como sessões semanais de 50 minutos. É possível também aumentar a frequência de sessões por semana, a depender do caso. O que diferencia estas sessões das demais sessões de TAC é a porcentagem do tempo destinado às falas do terapeutizado e do terapeuta. Em geral, a maior parte do tempo é utilizada por falas do terapeutizado. As falas do terapeuta serão, na maioria das vezes, perguntas. As asserções do terapeuta serão mínimas e com funções bem específicas, como reforçamento de comportamento de ouvinte, com as expressões “concordo”, “entendo”, “posso imaginar o que você sente”, entre outras.

Em decorrência da predominância das perguntas nas falas do psicoterapeuta pragmático, elas possuem múltiplas funções e desempenham um papel fundamental na PCP, recebendo muita atenção.

As funções das perguntas do psicoterapeuta pragmático são:

Coleta de dados

A primeira e mais óbvia função das perguntas do psicoterapeuta pragmático é coletar dados.

² Skinner (1969/1984) define regras como estímulos discriminativos verbais que especificam relações de contingência, ou seja, relações entre o comportamento e as suas conseqüências. Quando alguém aconselha um terapeutizado a não procurar mais a ex-namorada para que ela passe a valorizá-lo, está emitindo uma regra. Essa verbalização especifica a relação entre o comportamento de procurar a ex-namorada e a conseqüência de ela respeitá-lo ou não. Quando a regra é emitida e seguida pela mesma pessoa que assume a função de falante e ouvinte ao mesmo tempo, Skinner passa a chama-la de autorregra. Desse modo, caso o terapeutizado chegue a essa conclusão sozinho, estará emitindo uma autorregra.

As perguntas geralmente giram em torno dos elementos das contingências controladoras dos comportamentos-alvo e fornecem subsídios para a elaboração das análises funcionais:

- Perguntas sobre os antecedentes do comportamento: Em que situações (...), O que você pensa antes de (...), Que tipo de comentários te deixam assim? Com que pessoas (...)
- Perguntas sobre a frequência com que o comportamento ocorre: Quantas vezes (...), Com que frequência (...), Num mês, é comum você (...) quantas vezes?
- Perguntas acerca da topografia das respostas relatadas: Como você age quando (...), Me descreva como (...), Me dê um exemplo do que você faz quando fica (...), Como são as (...) de vocês?
- E mais importante, as perguntas sobre as consequências: O que acontece quando você faz (...)? Como as pessoas reagem quando você (...)? O que seu pai faz quando você (...)?

As perguntas feitas para a coleta de dados também investigam: a história de exposição às contingências: Desde quando você faz (...), Como era a sua rotina na época em que você deixou de (...), Como seus pais reagiram a quando você (...)?; as relações familiares e pessoais: Quanto tempo por semana você passa com (...)? O que você e (...) costumam fazer juntos? Para que lugares (...) te levava para passear?; as atividades acadêmicas e profissionais: Onde você estudou? Há quanto tempo trabalha na (...)? O que você achou do seu curso?; outros reforçadores: Como era sua rotina quando você praticava (...)? Como é a sua relação com as pessoas que fazem (...) com você? Quanto tempo por semana você passa fazendo (...)?; e os tratamentos anteriores: Que tipo de ajuda você já buscou em relação a isso? Que remédios você está tomando? Quem costuma ir contigo nas consultas?

Reforço de comportamento de ouvinte

Uma função fundamental das perguntas é servir como reforçadoras do comportamento de ouvinte. De fato, com essa função, elas são fundamentais ao processo terapêutico, tanto no estabelecimento do vínculo, quando na modelagem de comportamentos-alvo que ocorrem na sessão, quanto na manutenção dos comportamentos relatados.

O reforço de comportamento de ouvinte é definido como as alterações no comportamento de um ouvinte que fortalecem o comportamento verbal do falante quando lhes são contingentes (Skinner, 1957/1978). Desses reforçadores, o mais comum é a atenção, que exerce uma função de reforçador condicionado generalizado (Keller & Schoenfeld, 1950/1973).

As perguntas exercem a função de reforço de comportamento de ouvinte quando ficam sob o controle discriminativo do comportamento verbal do falante e o fortalecem (Medeiros, 2002). Quando o terapeuta pergunta sobre o que o terapeuta estava falando, sinaliza que novas respostas verbais acerca desse mesmo tema serão reforçadas. Na linguagem cotidiana, demonstra interesse e fornece atenção. Muitos terapeutas são privados de reforço de comportamento de ouvinte comum na atenção. Não é raro virem para a terapia justamente por não terem ouvintes que lhes provenham esse tipo de reforço. Daí o poder das perguntas no fortalecimento do comportamento verbal dos terapeutas e na formação do vínculo terapêutico.

Como serão discutidas adiante, as perguntas também podem exercer função reforçadora quando se questiona acerca dos reforçadores naturais com os quais se entra em contato, emitindo um comportamento desejável. Por exemplo, quando um terapeuta consegue convidar um amigo para sair, o terapeuta pode perguntar acerca do que eles fizeram, para onde foram, quanto se divertiram, entre outras perguntas. Caso esse comportamento relatado seja desejável, não é aconselhável utilizar um reforçamento arbitrário como “muito bem!” ou “parabéns!”. As perguntas acerca dos reforçadores aos quais se entrou em contato emitindo o comportamento desejável podem exercer a mesma função reforçadora sem trazer os efeitos colaterais dos reforçadores arbitrários (Alves & Isidro-Marinheiro, 2010).

Teste de hipóteses

Frequentemente, o terapeuta formula privadamente hipóteses de análises funcionais. Por se tratarem de hipóteses, precisam ser testadas. Sequências de perguntas podem ser feitas com a função de testar hipóteses, para tentar induzir o mínimo as respostas do terapeutizando, caso contrário, a sua confirmação ou refutação não serão confiáveis. Por exemplo, um terapeutizando emite falas autodepreciativas como: “sou feio e pobre, nunca vão se importar comigo!”, “nada do que eu faço dá certo”, “se eu morresse ninguém daria falta”. O terapeuta formula a hipótese de que são mandos disfarçados de tatos (Medeiros, 2002) mantidos pela discordância do ouvinte que proveria elogios, os quais funcionariam com reforçadores. O terapeuta poderia fazer a seguinte sequência de perguntas: Como as pessoas reagem quando você fala dos seus defeitos? Qual a sua reação quando recebe um elogio? Quando você discorda de um elogio recebido, o que as pessoas costumam fazer? Como você se sente quando elas não insistem no elogio? Com base nas respostas do terapeutizando, o psicoterapeuta poderia aferir se as reações dos outros são importantes na manutenção das falas autodepreciativa, ou seja, testar a sua hipótese.

Criar estímulos discriminativos para abordar outros assuntos

Um ponto importante para formação do vínculo é respeitar o assunto acerca do qual o terapeutizando falava, sem mudar o tema do episódio verbal.³ Muitas vezes, o terapeutizando usa muito tempo para falar de um tema pouco produtivo, e o terapeuta precisa abordar um assunto mais relevante. Por meio de uma sequência de perguntas, o terapeuta pode levar o terapeutizando a trocar de tema, de forma sutil e gradativa. Com essas perguntas, o terapeuta precisa prever as possíveis respostas que o terapeutizando dará às suas perguntas, para que elas forneçam estímulos discriminativos às perguntas seguintes em uma cadeia que culminará no tema desejado. Por exemplo, caso uma jovem esteja discorrendo novamente sobre sua vida amorosa e o terapeuta deseje abordar a relação dela com os pais, ele terapeuta pode perguntar: que visão você tem de casamento? Após a moça descrever sua visão de casamento, o terapeuta pergunta: de onde você tirou essa maneira de ver o casamento? É muito provável que a terapeutizando diga que era o que sua mãe lhe dizia, ou que o casamento de seus pais era assim. Qualquer das respostas criará estímulos discriminativos para o terapeuta começar a perguntar sobre os pais dela.

Participação em outros procedimentos

A PCP conta com alguns procedimentos como o reforçamento diferencial, o questionamento reflexivo, o pensamento pragmático e o treino de habilidades sociais assistemático. Todos esses procedimentos são feitos por meio de perguntas. O papel das perguntas em cada um desses procedimentos será apresentado em detalhes adiante.

SESSÃO DE DEVOLUÇÃO

As sessões de devolução são comuns nos manuais que descrevem a TAC (Rangé, 1995/1998b; Rangé, 1995/1998c; Caballo, 2006; Abreu & Guilhard, 2004). Geralmente envolvem uma descrição para o terapeutizando das análises e das conclusões do terapeuta. Também são discutidos abertamente os objetivos terapêuticos e as alternativas de procedimentos para atingi-los. Outro aspecto comum é a apresentação de uma aula acerca de Análise do Comportamento, Behaviorismo Radical e TAC. Muitas vezes o terapeuta comportamental lança mão de recursos didáticos como *flip chart*, quadro-branco ou data show ligado a um microcomputador.

³ Skinner (1957/1978) define episódio verbal como interações verbais entre falantes e ouvintes pertencentes a uma mesma comunidade verbal.

A despeito do aparente aspecto democrático e transparente da sessão de devolução, na qual se discute abertamente com o terapeuta os objetivos terapêuticos, na PCP raramente são feitas sessões de devolução. Quando são feitas, são muito menos detalhadas e informativas que as descritas acima. Como, para a PCP, um dos objetivos principais é a aprendizagem de se fazer análises funcionais, na sessão de devolução em que as análises funcionais são apresentadas para o terapeuta, elas são consideradas contraproducentes. Caso sejam apresentadas ao terapeuta as análises e o que fazer em relação a elas, deixa de existir a contingência que o levaria a fazer a análise sozinho e como pensar nas mudanças de comportamento que seriam úteis a partir dela. É possível, sim, discutir os objetivos terapêuticos, mas não caberia ao terapeuta propô-los para o terapeuta. Na PCP, questiona-se o terapeuta acerca de metas para a terapia, como por exemplo: “Como deveria ser sua vida agora para você estar feliz?”, “O que você estaria fazendo de diferente?”, “A que distância você se considera disso?”, “Dessas metas, qual você consideraria mais fácil de atingir?”. É importante ressaltar que descrições com categorias comportamentais amplas (p/ex.: “tenho que melhorar minha autoestima”; “tenho que aprender a me amar”; “tenho que criar vergonha na cara” etc.) não são aceitas pelo terapeuta, que evocará novas perguntas e solicitará o detalhamento (p/ex.: “Descreva em termos práticos como seria viver com a autoestima elevada.”, “O que uma pessoa que se ama faz diferente de você?”, “Se você sáísse daqui se amando mais, o que faria de diferente ao longo do dia?”).

Também não é ministrada a aula sobre a Análise do Comportamento e a TAC. Uma vez que se percebe que muitos estudantes não conseguem dominar essas abordagens após graduação e especialização, seria muito improvável que informações sobre Análise do Comportamento e TAC fossem masterizadas ao ponto de produzirem resultados úteis ao processo terapêutico em apenas uma sessão.

É muito comum o terapeuta emitir mandos para que o terapeuta lhe devolva análises e dê conselhos de como deve resolver os seus problemas. Em outras palavras, o terapeuta solicita regras. São comuns falas do tipo: “o que eu tenho?”, “o que você achou do meu caso?”, “eu tenho jeito?”, “o que eu faço?”. Para a PCP, caso o terapeuta responda a essas perguntas, perderá a oportunidade de levar o terapeuta a encontrar essas respostas por si mesmo, além do risco de responder incorretamente. Além disso, pedir opiniões e conselhos pode ser um comportamento indesejável emitido na sessão, de modo que respondê-las seria reforçar comportamentos indesejáveis. O psicoterapeuta pragmático, nessas situações, faz novas perguntas que levem o terapeuta a respondê-las por si só ou a compreender qual a função de fazê-las.

DEVER DE CASA

Na PCP, o dever de casa é utilizado principalmente como instrumento de coleta de dados. Muitas vezes o terapeuta traz dados imprecisos acerca de seus comportamentos-alvo. Isso geralmente se dá pela falta de contingências específicas que façam as suas descrições ficarem sob o controle discriminativo preciso dos antecedentes, topografia, frequência e consequências do comportamento. Para o terapeuta, atentar para esses elementos da contingência são necessárias contingências específicas (Skinner, 1974/2003). Os deveres de casa podem exercer a função de operações estabelecedoras⁴ que evoquem as respostas de observação. Não é de se estranhar que o terapeuta se surpreenda quando observa a frequência de seus comportamentos-alvo e sua relação com os elementos da contingência.

4 Michael (1982) define operações estabelecedoras como eventos ambientais que modificam momentaneamente a efetividade reforçadora de uma consequência, evocando ou suprimindo o comportamento que foi sucedido por ela por passado. O dever de casa estabelece a função reforçadora condicionada dos antecedentes, da topografia, da frequência e das consequências de um comportamento-alvo para a resposta de observação, que tem sua frequência aumentada.

Na PCP não há deveres de casa padronizados. Todos são feitos especificamente para cada terapeuta de acordo com a análise funcional e com o momento da terapia. Também não são feitos deveres de casa que possuem funções de regras como, por exemplo, “experimente convidar um amigo para o cinema esta semana” ou “converse com o seu marido sobre essa questão e me conte como foi na próxima sessão”. Como discutido em detalhes em Medeiros (2010), não cabe ao psicoterapeuta pragmático emitir regras a não ser em situações muito específicas. Com base nisso, os deveres de casa não são utilizados com essa função.

ÊNFASE NO COMPORTAMENTO VERBAL

A maior parte das interações entre terapeuta e terapeuta é verbal (Glenn, 1983; Hamilton, 1988; Hübner, 1997; Medeiros, 2002). Com base nisso, a atuação do terapeuta se dará prioritariamente pelos episódios verbais (Skinner, 1957/1978) presentes nas sessões de psicoterapia. Nesse episódio verbal, terapeuta e terapeuta são falantes e ouvintes que trocam de função durante toda a sessão. Porém, vale ressaltar que o terapeuta exercerá, predominantemente, a função de ouvinte.

Mesmo que o relato verbal seja a única fonte de acesso aos comportamentos-alvo relatados, o comportamento de relatar será analisado e trabalhado em terapia. Sendo assim, os comportamentos verbais dos terapeutas são comportamentos-alvo, além de serem fonte de acesso aos comportamentos-alvo que ocorrem fora da sessão.

As categorias funcionais de comportamento verbal são utilizadas para descrever os comportamentos verbais do terapeuta que ocorrem durante a sessão, com destaque especial para as respostas verbais manipulativas como mandos disfarçados e distorcidos, tatos distorcidos de controle não-verbal, de controle intraverbal e respostas de racionalização (Medeiros, 2002; Medeiros & Rocha, 2004). Como a categorização dessas respostas já é feita funcionalmente, o psicoterapeuta pragmático reagirá de forma a modelar o comportamento verbal do terapeuta, pondo em extinção respostas manipulativas e reforçando comportamentos verbais puros, como tatos e mandos diretos. O uso do reforçamento diferencial, neste caso, ilustra como a relação terapêutica será utilizada como instrumento de mudança (Oliveira, 2009; Alves & Isidro-Marinho, 2010; Valls, 2010).

As extensões metafóricas do tato⁵ também fazem parte das estratégias da PCP. De acordo com Medeiros (2002), é comum o terapeuta emitir metáforas para produzir efeitos especiais no comportamento do terapeuta como ouvinte. Ao mesmo tempo, as metáforas podem ser mais eficazes no controle do comportamento do ouvinte que os tatos não-estendidos (Skinner, 1957/1978). Hübner (1999) sugere várias maneiras de se trabalhar com metáforas na clínica. A ACT também trabalha extensamente com metáforas (Zettle, 2005). Na PCP, o trabalho com metáforas é feito da forma mais espontânea o possível. Raramente o terapeuta propõe uma metáfora. É mais comum quando o terapeuta emite uma extensão metafórica do tato e o terapeuta faz questionamentos dentro da própria metáfora para produzir autorregras úteis. Quando propõe uma metáfora, o psicoterapeuta pragmático não conta para o terapeuta a “moral da história”, ou seja, não emite regras por meio de metáforas. Ele faz perguntas sobre a própria metáfora para que o terapeuta emita autorregras úteis.

⁵ Skinner (1957/1978) define extensões metafóricas do tato como a emissão de tatos na presença de novos estímulos diferentes dos quais os tatos foram condicionados. Os novos estímulos guardam diferentes tipos de similaridades com aqueles que são ocasião na comunidade verbal para a emissão da resposta verbal. Quando um cliente relata: “Eu encontrei a minha mãe com aquela cara de fim da tarde de domingo”, não restam dúvidas de que a face da mãe não é ocasião para se emitir o tato “fim da tarde de domingo” de acordo com as práticas usuais de reforço da comunidade verbal. Porém, a face da mãe guarda propriedades em comum com domingos no fim da tarde ou como as pessoas se sentem nesse momento da semana. Dizer que a mãe estava simplesmente triste dificilmente conseguiria produzir o mesmo efeito emocional no ouvinte que a extensão metafórica do tato. Ao imaginar a própria face nos domingos no fim da tarde, o terapeuta pode ter acesso com mais precisão a como era a face da mãe da terapeuta.

Relatos de sonhos e filmes são tratados de forma similar às extensões metafóricas na PCP. Como sonhos e filmes são estímulos complexos, o relato acerca deles fica muito mais sob o controle da história de reforçamento do que sob o controle do estímulo (Skinner, 1953/1994). Logo, a forma como o terapeuta relata um filme ou um sonho e os aspectos que enfatiza podem trazer dados úteis para a elaboração da análise funcional. Aqui também surge o aspecto pragmático da PCP. Não existem interpretações corretas e incorretas para filmes e sonhos. Existem interpretações úteis, ou seja, aquelas que contribuem para se atingir os objetivos terapêuticos. O psicoterapeuta pragmático fará perguntas acerca do filme ou do sonho que levem o terapeuta a formular autorregras úteis. Tal procedimento é chamado, como se verá a seguir, de pensamento pragmático.

O PAPEL DAS REGRAS

As regras são variáveis relevantes no controle dos comportamentos alvo dos terapeutas (Poppen, 1989; Carvalho & Medeiros, 2005; Medeiros, 2002; 2010). Para esses autores, nem sempre as regras descrevem com precisão as contingências controladoras dos comportamentos-alvo e o seu seguimento pode resultar em contato com estímulos aversivos e com perda de reforçadores. Além disso, as mudanças das contingências externas à terapia podem ser feitas apenas pelo terapeuta e, para tal, são necessárias regras para as mudanças que precisam ser feitas e como fazê-las. Conforme Medeiros e Rocha (2004) e Skinner (1953/1994), muitas vezes as pessoas se comportam com ausência de autoconhecimento, ou seja, não discriminam as relações entre seu comportamento e as contingências que os controlam. Para os autores, quando as pessoas (os terapeutas) emitem autorregras acerca das variáveis controladoras de seu próprio comportamento, estão em condições vantajosas para exercer o autocontrole para modificá-las e, conseqüentemente, modificar o próprio comportamento. Em resumo, portanto, a substituição de regras imprecisas e a emissão de novas regras são muito importantes para se atingir os objetivos terapêuticos.

Talvez um dos elementos mais característicos da PCP seja o seu posicionamento com relação às regras na clínica. De acordo com Medeiros (2010), uma forma muito comum de se trabalhar com regras na clínica é a emissão das mesmas pelo próprio terapeuta, na modalidade de devoluções de análises, conselhos, instruções e até ordens. O autor discute detalhadamente quais são as conseqüências de o terapeuta emitir regras para o terapeuta. Em primeiro lugar, Medeiros defende que as regras emitidas pelo terapeuta têm menor probabilidade de serem seguidas pelo terapeuta do que aquelas que ele próprio emite na modalidade de autorregras. Sousa, Medeiros, Aragão, Medeiros e Azevedo (2010) conduziram um estudo empírico demonstrando uma frequência muito maior do seguimento de autorregras emitidas pelo terapeuta do que de regras emitidas pelo terapeuta. Quando o terapeuta emite regras e o terapeuta não consegue segui-las, vários efeitos indesejáveis são prováveis, segundo Medeiros, como autodescrições pejorativas, distorções do tato e respostas agressivas. Medeiros discute que, ainda que o terapeuta siga as regras emitidas pelo terapeuta, efeitos indesejáveis também são observados, como dependência, insensibilidade, submissão e quebra do vínculo terapêutico quando o seguimento da regra não é reforçado. Medeiros conclui que uma forma mais útil de se trabalhar com regras é por meio de perguntas abertas, e da forma menos indutiva possível levar o terapeuta a emitir autorregras. Tal procedimento, como será visto a seguir, é chamado de questionamento reflexivo. Consonantemente com o autor, a PCP defende que o psicoterapeuta pragmático só deve emitir regras em situações muito específicas, caso contrário deve optar sempre pelo questionamento reflexivo.

QUESTIONAMENTO REFLEXIVO

O questionamento reflexivo consiste em seqüências de perguntas abertas e reforçamento diferencial natural que objetiva propiciar: a emissão de regras por parte do terapeuta; a substituição de

regras imprecisas por novas regras mais úteis; o desenvolvimento de repertórios de observação e de descrição do comportamento do terapeutizando; e o desenvolvimento do repertório para fazer análises funcionais. A Terapia Cognitiva apresenta um procedimento similar chamado diálogo socrático. Porém, o diálogo socrático também apresenta perguntas fechadas e a emissão de regras (Miyazaki, 2005).

Perguntas abertas x Perguntas fechadas – as perguntas fechadas são aquelas cujas respostas podem ser apenas sim e não, e geralmente começam por “você...”. Por exemplo: “Você já conversou com seu marido sobre isso?”; “Você já pensou em estudar para concurso?”; “Você ficou chateada com isso?”. As perguntas abertas tendem a gerar respostas mais amplas e descritivas. Geralmente começam por “o que...”, “como...”, “qual...”, “narre...”, “descreva...”, “relate...” etc. Por exemplo: “O que você já fez em relação a isso?”, “Quais alternativas você pensou para a sua situação financeira?”, “Descreva a sua reação quando ele te disse isso.”. As perguntas fechadas tendem a ser mais indutivas, já que cabe ao terapeutizando dizer apenas sim ou não. Com base nisso, tendem a produzir mais distorções do tato ou intraverbais em lugar de tatos, pois é mais fácil o terapeutizando discriminar quais as respostas que seriam reforçadas e punidas pelo terapeuta. Desse modo, os supostos tatos emitidos pelo terapeutizando emitidos na presença de perguntas fechadas são menos confiáveis do que aqueles emitidos sob o controle de perguntas abertas.

Mesmo as perguntas abertas podem evocar tatos distorcidos e intraverbais, em lugar de tatos puros. Isso ocorre principalmente com as perguntas padrão de psicólogo, ou seja, as perguntas que são previsíveis para o terapeutizando. Por exemplo: “Como são as suas relações sexuais?”; “O que você entende por amor?”; “Como é a sua relação com o seu pai?”. O questionamento reflexivo envolve perguntas terapêuticas que tendem a surpreender o terapeutizando. Por exemplo: “Me descreva como foi a última relação sexual de vocês.”, “Em que momento do seu casamento você experimentou prazer sexual?”, “O que te motiva a fazer sexo com ele?”; “Como ele te trata quando você se sente amada?”, “O que você faz para que ele te trate assim?”, “Como seria para você se ele passasse todo o seu tempo livre com você?”; “Quanto tempo por semana você passa com seu pai?”, “Sobre que assuntos vocês conversam?”, “Fale-me das coisas que seu pai gosta”. Com base nos exemplos acima, o questionamento reflexivo envolve sequências de perguntas e não perguntas isoladas.

PENSAMENTO PRAGMÁTICO

É um procedimento também feito por meio de sequências de perguntas abertas cujo objetivo é: levar o terapeutizando a descrever eventos ambíguos de forma mais útil para os objetivos terapêuticos; estabelecer um repertório de análises mais úteis de situações complexas e ambíguas; e levar o terapeutizando a conseguir fazer para si mesmo as perguntas feitas pelo terapeuta.

Diversas situações do dia a dia, filmes, sonhos e demais estímulos ambíguos e complexos permitem múltiplas interpretações. Nenhuma delas é necessariamente verdadeira do ponto de vista positivista. O pensamento pragmático trabalha com o critério de que se deve buscar a interpretação mais útil para os objetivos terapêuticos. Por exemplo, um terapeutizando que está investindo numa relação falida e não aceitou uma rejeição pode contar o seguinte sonho: “sonhei que estava no mar, e por mais que eu me esforçasse, eu nadava, nadava e não conseguia chegar à praia. De tão cansado eu desisti e comecei a afundar e, de repente, eu estava em outro lugar em segurança. Não entendi.”. Não há uma interpretação correta para esse sonho. Porém, se o objetivo terapêutico for o terapeutizando discriminar que o comportamento dele está em extinção e que deve parar de insistir na relação, interpretações úteis podem ser geradas para o seu sonho. Nesse sentido, poderiam ser feitas as seguintes perguntas: “Como estava o seu humor no sonho enquanto insistia em nadar?”, “Em que momento você ficou mais calmo?”, “O que aconteceu no sonho quando você desistiu?”, “Em que você tem insistido na sua vida?”, “Que resultados vem obtendo?”, “Como anda seu humor?”, “De acordo

com o sonho, o que você deveria fazer para parar de sofrer?”. O pensamento pragmático consistiria em perguntas como as dessa sequência que provavelmente levariam o terapeuta a concluir que ele deveria desistir da relação falida e aceitar a rejeição. O que não quer dizer que ele necessariamente faria isso.

O COMPORTAMENTO VERBAL E O AUTOCONHECIMENTO

O autoconhecimento é definido por Skinner (1953/1994) como descrições verbais do comportamento e de suas variáveis controladoras emitidas pela própria pessoa que se comporta. Como exposto acima, o autoconhecimento é útil ao favorecer a modificação do comportamento descrito, já que é possível identificar o que o mantém. Porém, isso não é condição necessária nem suficiente para a modificação do comportamento descrito, porque as respostas de autoconhecimento e as respostas descritas estão sob o controle de variáveis distintas (Sousa et al., 2010; Beckert, 2005). Meramente discriminar as variáveis controladoras não implica a mudança das mesmas. Com base nisso, a PCP buscará estabelecer o repertório de autoconhecimento sem se resumir a isso.

Ao mesmo tempo, caso o terapeuta tente estabelecer o repertório de autoconhecimento por meio de emissão de regras, ocorrerão os mesmos riscos descritos por Medeiros (2010). Na PCP, pretende-se estabelecer o repertório de autoconhecimento e não apenas respostas de autoconhecimento. Em outras palavras, é esperado que o terapeuta aprenda a analisar por si só o próprio comportamento e possa fazê-lo com novos comportamentos ainda não discutidos em terapia. Essa é uma das grandes vantagens dos procedimentos de questionamento reflexivo e pensamento pragmático, pois conferem ao terapeuta um papel mais ativo na produção de autorregras de autoconhecimento.

A ÊNFASE NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Conforme discutido acima, os comportamentos-alvo do terapeuta se repetirão ao longo de suas interações com o terapeuta (Ferster, 1979/2007; Kohenberg & Tsai, 1991/2001; Delitti, 2005; Alves & Isidro-Marinho, 2010). De acordo com Alves e Isidro-Marinho, a maioria das contingências relacionadas aos comportamentos-alvo é social. Como a relação entre o terapeuta e o terapeuta é social, é muito provável que os comportamentos-alvo sejam emitidos dentro das sessões. Quando ocorrem, o terapeuta fica em condições favoráveis para reagir de forma a modelar os comportamentos-alvo dos terapeutas, fortalecendo os desejáveis e enfraquecendo os indesejáveis (Ferster, 1979/2007; Alves & Isidro-Marinho, 2010).

A PCP utiliza dois procedimentos para esse fim, o reforçamento diferencial natural e o questionamento reflexivo, sendo a relação terapeuta/terapeuta o tema do episódio verbal.

REFORÇAMENTO DIFERENCIAL NATURAL

Os comportamentos indesejáveis são funcionais e foram estabelecidos nas relações sociais do terapeuta ao longo da vida. Provavelmente, esses comportamentos continuam a ser mantidos por contingências vigentes, ainda que produzam consequências reforçadoras apenas no curto prazo. Isso significa que, se o terapeuta reagir de forma similar às pessoas com as quais o terapeuta se relaciona, provavelmente manterá os comportamentos indesejáveis ao invés de modificá-los.

Uma alternativa comum é a aplicação de estímulos punitivos imediatos e contingentes ao comportamento indesejável. Independentemente da rapidez com que o controle aversivo funcione, os efeitos colaterais serão indesejáveis (Ferster, Cullbertson & Perot-Boren, 1968/1977; Sidman, 1989/1995; Moreira & Medeiros, 2007). Dentre eles é possível citar o comprometimento do vínculo terapêutico, a distorção do comportamento verbal, a diminuição da assiduidade e até o abandono

da terapia. Ao mesmo tempo, parece um contrassenso aplicar punição, por ser a responsável pelo estabelecimento de boa parte dos comportamentos indesejáveis do terapeutizando (Skinner, 1953/1994; Medeiros, 2002). Portanto, mais severas do que as restrições com relação à emissão de regras por parte do terapeuta, a PCP desaconselha fortemente o uso de controle aversivo administrado pelo terapeuta como forma de enfraquecer comportamentos indesejáveis.

Skinner (1953/1994) descreve a audiência não punitiva como uma propriedade da psicoterapia que por si só contribui muito para a mudança dos comportamentos-alvo dos terapeutizados. A audiência não punitiva consiste simplesmente em não punir as respostas, verbais ou não, do terapeutizando, independentemente da sua topografia ou função. Em termos cotidianos, significa não criticar, confrontar ou repreender o terapeutizando. Medeiros (2002) e Medeiros e Rocha (2004) discutem extensamente o efeito da audiência não punitiva sobre o comportamento verbal dos terapeutizados como: o reestabelecimento de comportamentos verbais historicamente suprimidos pela punição; enfraquecimento de respostas de esquiva verbais comuns no caso de mandos disfarçados, mandos distorcidos, tatos distorcidos e intraverbais em lugar de tatos e respostas de racionalização; e, por fim, aumento na frequência de respostas de autoconhecimento.

A alternativa apontada pela PCP para enfraquecer os comportamentos indesejáveis e fortalecer os desejáveis é o reforçamento diferencial (Oliveira, 2010; Alves & Isidro-Marinho, 2010; Valls, 2010). O reforçamento diferencial consiste em reforçar com reforçadores condicionados generalizados, comuns na atenção e admiração, os comportamentos desejáveis e colocar em extinção os comportamentos indesejáveis. O reforçamento diferencial é vantajoso em relação à punição, por produzir menos efeitos colaterais e, ao mesmo tempo, fortalecer o comportamento desejável e suprimir o indesejável. Porém, um ponto muito importante a ser considerado é a forma de se reforçar, e para tanto o terapeuta deve utilizar reforçadores naturais em detrimento de reforçadores arbitrários, como argumentam Ferster (1979/2007) e Kohleberd e Tsai (1991/2001).

Reforçadores naturais e arbitrários

A distinção entre reforçadores naturais e arbitrários na literatura não é consensual. Para a PCP, a principal diferença entre reforçamento arbitrário e natural está no fato de que, no reforçamento arbitrário, um agente controlador⁶ adiciona artificialmente novas consequências contingentes ao comportamento de um agente controlado para fins de controle.

Num exemplo simples, caso o terapeutizando emita o comportamento desejável de pedir que o terapeuta mude de assunto ao invés de chorar manipuladoramente, um reforçador natural seria o terapeuta simplesmente mudar de assunto. Um exemplo de reforçamento arbitrário nesse exemplo seria o terapeuta emitir o seguinte comentário: “Percebo agora a sua evolução. Você não chora mais para conseguir o que quer. Você já aprendeu que basta pedir, e provavelmente será atendido”. Esse exemplo ilustra claramente a definição proposta, já que o terapeuta (agente controlador) introduziu uma nova consequência artificialmente para fortalecer o mando direto do terapeutizando (agente controlado) pela mudança de assunto. O reforçador natural para mandos é o reforçador específico descrito na topografia da resposta verbal, no caso, a mudança de assunto. Qualquer nova consequência adicionada artificialmente para fins de controle é reforçamento arbitrário. Não é raro observar, entretanto, que terapeutas costumam apresentar o reforçador arbitrário, e não o reforçador natural. No exemplo acima, seria elogiar o pedido e, entretanto, continuar o assunto sem reforçar o mando.

O principal problema do reforçamento arbitrário é que ele raramente ocorre no dia a dia (Alves & Isidro-Marinho, 2010). Quando as pessoas pedem para mudar de assunto, o reforçamento,

⁶ Skinner (1953/1994) define agente controlador como aquele que manipula contingências de controle do comportamento de outro organismo, o agente controlado. Professores, médicos, pais e instituições são exemplos de agentes controladores, ao passo que alunos, pacientes, filhos e cidadãos são exemplos de agentes controlados.

geralmente apresentado de forma intermitente, é a mudança de assunto. É muito raro um conhecido do terapeuta parabenizá-lo por ter pedido para mudar de assunto, em vez de chorar. Sendo assim, o comportamento desejável terá uma probabilidade muito maior de ocorrer na presença do agente controlador, no caso, o terapeuta. O pior, obviamente, de acordo com Alves e Isidro-Marinho, é o comportamento desejável ter baixa probabilidade de se generalizar para as relações do terapeuta fora da terapia. Outro problema grave do reforçamento arbitrário, para os autores, é que nele fica clara a relação de manipulação de um agente controlador sobre o agente controlado. Quando a relação de manipulação fica clara, diminui a sensação de liberdade (Skinner, 1953/1994; Baum, 1994/2006), o que é aversivo para o agente controlado. Em outras palavras, as respostas de contracontrole (p/ex.: tatos distorcidos) e as incompatíveis (p/ex.: faltas e abandono da terapia) se tornam prováveis.

O reforçamento natural é particularmente difícil de ser aplicado quando o comportamento desejável a ser reforçado é o relatado e não o emitido em sessão. O psicoterapeuta pragmático simplesmente perguntará mais sobre os comportamentos desejáveis (a atenção como reforçador condicionado generalizado) do que sobre comportamentos indesejáveis (extinção). Além disso, o terapeuta fará perguntas abertas acerca das consequências naturais na emissão do comportamento desejável fora da terapia. É muito comum os terapeutas, ao relatarem a emissão de um comportamento desejável, falarem sobre as consequências reforçadoras e aversivas de tal comportamento. Nessas situações, o terapeuta não questionará acerca das consequências aversivas e apenas questionará acerca das reforçadoras. Por exemplo, um terapeuta de 60 anos costuma emprestar o carro para filho passear, mas pega dois ônibus para ir ao trabalho, tendo que acordar duas horas mais cedo. Nesse caso, é estabelecido como comportamento desejável o pai negar o carro para o filho e usar o carro ele próprio. Quando o pai chega à sessão relatando que negou o carro para filho, faz questão de dizer que se sentiu mal ao fazê-lo e que seu filho ficou muito chateado. O psicoterapeuta comportamental não perguntaria acerca desse relato, mas faria as seguintes perguntas: “Como foi dormir duas horas a mais?”, “Como foi o restante do seu dia tendo dormido mais?”, “Como foi ir para o trabalho de carro?”, “Quanto tempo você gastou indo de carro?”, “Quanto tempo você levava indo de ônibus?”. Essas perguntas criam ocasiões para o terapeuta relatar os reforçadores naturais com os quais entrou em contato ao emitir o comportamento desejável e enfraquecem o controle dos estímulos aversivos de emitir esse mesmo comportamento. Sem dúvida, as perguntas são poderosas e aumentarão a probabilidade do terapeuta, no futuro, ficar mais sob o controle discriminativo dos reforçadores contingentes aos comportamentos desejáveis, e menos sob o controle dos estímulos aversivos.

ANÁLISES FUNCIONAIS INDIVIDUAIS

Como as demais versões de TAC, a PCP defende a realização de análises funcionais individuais para, só então, empreender procedimentos que visam às mudanças nos comportamentos-alvo dos terapeutas. Pelas análises funcionais são identificadas as relações funcionais entre os comportamentos-alvo e as variáveis ambientais que os determinam.

Alguns pontos especialmente da análise funcional devem ser levantados. Em primeiro lugar, os comportamentos-alvo são sempre definidos de forma funcional, evitando-se categorias amplas como assertividade e autoestima. Os antecedentes não se referem à história de condicionamento, e sim às operações estabelecedoras, aos estímulos discriminativos e delta. Por fim, os estímulos consequentes são sempre separados em curto e longo prazo. Os estímulos consequentes precisam ser classificados quanto à sua função, isto é, se são reforçadores ou punitivos, e se são positivos ou negativos. As regras, os modelos e a história de condicionamento que podem exercer controle sobre os comportamentos-alvo são descritas textualmente. Na PCP, busca-se também identificar a relação entre os diferentes

comportamentos-alvo, na medida em que as consequências de um comportamento-alvo podem exercer controle sobre a frequência de outro. Tal procedimento é chamado por Goldiamond (1974) de análise não linear. Por exemplo, o comportamento de se envolver com homens casados pode ser mantido pela possibilidade de rejeição, caso a terapeuta se relacione com homens desimpedidos. O fracasso de um relacionamento que possua fatores externos que o comprometam é menos aversivo do que aquele que ocorre em um relacionamento que teria plenas condições de ser bem-sucedido. Se a análise do comportamento de se relacionar afetivamente com homens casados levar em consideração apenas as consequências, não será possível identificar os principais determinantes desse comportamento. Dificilmente um tratamento seria bem-sucedido nesse caso.

Reforçador Condicionado Generalizado

Esse conceito é fundamentalmente importante para as análises funcionais feitas em PCP. Ele diz respeito àqueles reforçadores que têm sua função estabelecida no terceiro nível de seleção e são os principais determinantes do comportamento humano. Os termos da linguagem cotidiana que descrevem os reforçadores condicionados generalizados são: atenção, respeito, admiração, poder, status, humilhação, rebaixamento, crítica, repreensão, entre muitos outros. Não é difícil perceber que a maior parte dos comportamentos-alvo do terapeuta está sob o controle desse tipo de consequência, principalmente os indesejáveis, que são mantidos por ele em curto prazo. Com base nisso, as práticas de reforço culturalmente estabelecidas são as principais responsáveis pelos comportamentos malsucedidos das pessoas. Na linguagem cotidiana, pelo sofrimento que causam.

Os reforçadores condicionados generalizados são utilizados pela cultura para estabelecer e manter os padrões de homens e mulheres bem-sucedidos e de valor. E o que deve ou não ser feito por homens e mulheres de certa idade. Pessoas que se adaptam a esses padrões têm seus comportamentos reforçados, a que não se adaptam têm seus comportamentos punidos com crítica, ostracismo e humilhação. Terapeutas comportam-se em função desses reforçadores mesmo que deixem de entrar em contato com estímulos que seriam muito mais reforçadores para os seus comportamentos. São comuns os exemplos de pessoas que: passam a vida acumulando capital para serem vencedoras e morrem sem usufruir dele; ou que passam a vida cuidando de tudo e de todos por serem fortes e boas, mas precisam ficar doentes para poder parar; homens que levam uma vida promíscua para serem galãs e abrem mão de pessoas que lhes fariam felizes; mulheres que casam com homens perfeitos para serem bem amadas e abrem mão dos próprios sonhos. A PCP, portanto, luta contra essas determinações culturais das quais os terapeutas muitas vezes são escravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É óbvio que muitos aspectos da Psicoterapia Comportamental Pragmática não foram apresentados e os tópicos discutidos neste trabalho carecem de detalhamento. O texto objetivou dar uma amostra do que seria a PCP, e os leitores que tiverem interesse em saber mais sobre o assunto podem consultar alguns dos trabalhos citados ao longo do texto.

Algumas considerações finais sobre a PCP ainda podem ser discutidas. Em primeiro lugar, como qualquer abordagem de TAC, a PCP, ao estabelecer objetivos precisos, também é diretiva. Porém, torna-se menos diretiva pela maneira como se pretende atingir os objetivos. Não restam dúvidas de que a PCP objetiva mudança na frequência dos comportamentos do terapeuta e que, para tais mudanças, o terapeuta é apenas co-responsável. A maior parte do processo fica a cargo do terapeuta, mas é enganoso pensar que psicoterapeuta pragmático não trabalha. Pelo contrário, levar o terapeuta a resolver sozinho as suas questões dá muito mais trabalho ao terapeuta do que exercer um tratamento mais pedagógico. Essa é uma terapia que presa o autoconhecimento do terapeuta, mas sustenta que ele sozinho não é capaz de propiciar as mudanças no seu comportamento, que são o objetivo principal.

A PCP foi criada originalmente para terapia de adultos, individual e de casal, com desenvolvimento típico. Logo, apresenta melhores resultados com adolescentes mais velhos, adultos e idosos. Quanto maior o nível de instrução, melhores são os resultados. Como se exige muito do terapeuta em termos de reflexões, para outros tipos de população a PCP deveria ser aplicada com algumas adaptações. Certamente não foi uma abordagem feita para o tratamento de crianças. Por outro lado, não há restrições de demandas, e ainda que a PCP não utilize essa terminologia, pode ser aplicada para casos de depressão, bipolaridade, abuso de substâncias, transtornos de ansiedade, psicoses, entre outras psicopatologias.

É possível perceber que, por usar análises não lineares, por não usar regras, reforçamento arbitrário e controle aversivo, a PCP não é um tratamento que produz necessariamente resultados rápidos. Como a meta é levar o terapeuta a ser capaz de analisar seu comportamento sozinho e decidir por si mesmo o que fazer a partir daí, mais do que simplesmente mudar o que faz, a PCP leva tempo. Além disso, conforme descrito anteriormente, exige muito do psicoterapeuta pragmático tanto em termos verbais, quanto de formação em Análise do Comportamento e de preparo físico.

Novamente, vale ressaltar que muitos pontos poderiam ter sido incluídos neste trabalho, mas por falta de espaço, precisaram ficar de fora, como o treino de habilidades sociais assistemático, por exemplo. A despeito de ser uma abordagem que possui uma sistemática e uma consistência interna que permitam que seja apresentada como uma abordagem de TAC, não há sistema teórico conceitual acabado. Logo, a Psicoterapia Comportamental Pragmática está em desenvolvimento e aperfeiçoamento, e sempre estará nessa condição. De qualquer forma, a Psicoterapia Comportamental Pragmática sustenta a possibilidade de aplicar a Análise do Comportamento no contexto clínico auxiliando as pessoas a serem mais felizes, e que é possível fazê-lo de forma menos diretiva e pedagógica. Afinal, não somos professores, mas psicoterapeutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N. & Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Editora Rocca.
- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. In: A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso*, 66-94. Porto Alegre: Artmed.
- Barcellos, A. B. & Haydu, V. B. (1995/1998). História da psicoterapia comportamental. In: B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*, pp. 43-54. 2ª tiragem. Campinas: Editorial Psy II.
- Baum, W. (2006). *Compreender o Behaviorismo – Comportamento, Cultura e Evolução*. Tradução organizada por M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari & E. Z. Tourinho. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994).
- Beckert, M. E. (2005). Correspondência verbal/não-verbal: pesquisa básica e aplicações na clínica. In: J. Abreu-Rodrigues & M. Rodrigues-Ribeiro, *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. (1996) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Tradução organizada por M. D. Claudino. São Paulo: Santos. (Trabalho original publicado em 1996).
- Carvalho, M. C. G. B. de & Medeiros, C. A. (2005). Determinantes do seguimento da regra: antes mal-acompanhado do que só. *Universitas: Ciências da Saúde*, 3,(1), 47-64.
- Delliti, M. (2005). A relação terapêutica na terapia comportamental. In: H. J. Guilhardi & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*, vol. 15. Santo André: Esetec.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.

- Ferster, C. B. (2007). Psicoterapia do ponto de vista de um comportamentalista. Tradução organizada por R. R. Kerbauy, *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 3, 121-144. (Trabalho original publicado em 1979).
- Ferster, C.B. (1972). An experimental analysis of clinical phenomena. *The Psychological Record*, 22, 1-16.
- Ferster, C. B., Culbertson, S. & Perrot-Boren, M. C. (1977). *Princípios do Comportamento*. Tradução organizada por M.I. Rocha e Silva, M.A.C. Rodrigues e M.B.L. Pardo. São Paulo: Edusp. (Trabalho original publicado em 1968).
- Glenn, S. S. (1983). Maladaptive functional relations in client verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 6, 47-56.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2(1), 1-84.
- Hamilton, S.A. (1988). Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 9, 181-193.
- Hübner, M. (1999). As metáforas do comportamento verbal como recurso de análise. *Anais do IV Latini Dies* [CD - Rom]. Rio de Janeiro: Latini Dies. s/p.
- Hübner, M. M. C. (1997). Conceituação do comportamento verbal e seu papel na Terapia. In: R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*, vol. 1. São Paulo: Arbytes.
- Keller, F. S. e Schoenfeld, W. N. (1973). *Princípios de Psicologia*. Tradução organizada por C. M. Bori & R. Azzi. São Paulo: E.P.U. (Trabalho original publicado em 1950).
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Tradução organizada por F. Conte, M. Delitti, M. Z. da S. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco & R. Starling. Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 1991).
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, 105-118.
- Medeiros, C. A. (2010). Comportamento governado por regras na clínica comportamental: algumas considerações. In: A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso*, 95-111. Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, C. A. & Rocha, G. M. (2004). Racionalização: Um breve diálogo entre a psicanálise e a análise do comportamento. In: M. Z. da S. Brandão; F. C. de S. Conte; F. S. Brandão; Y. K. Ingberman; V. L. M. da Silva; S. M. Oliani. (Orgs.), *Sobre o Comportamento e Cognição: Contingências e metacontingências, contextos sócio-verbais e comportamento do terapeuta*, vol 13, pp. 27-38. Santo André: ESETec.
- Michael J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37(1), 149-155.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Diálogo socrático. In: Abreu, C. N. & Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Editora Rocca
- Oliveira, C. G. A. J. (2009). *O Efeito da Escuta Diferencial Sobre a Frequência do Comportamento Verbal Queixoso*. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia não-publicada. Centro Universitário de Brasília, CEUB, Brasília, DF.
- Poppen, R.L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. In: S. Hayes (Org.). *Rule-Governed Behavior: Cognition, contingences, and instructional control*, pp. 325-357. New York: Plenum Press.
- Rangé, B. P. (1995/1998a). Bases filosóficas, históricas e teóricas da psicoterapia comportamental

- e cognitiva. In: B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*, pp. 13-25. 2ª tiragem. Campinas: Editorial Psy II.
- Rangé, B.P. (1995/1998b). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy II.
- Rangé, B.P. (1995/1998c). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy II.
- Rodrigues-Ribeiro, M. R. (2001). Terapia analítico-comportamental. In: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C. (Orgs.). (2001). *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*, vol. 8, pp. 99-105. Santo André: Esetec.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e Suas Implicações*. Tradução organizada por M. A. Andery e T. M. Sério. Campinas, SP: Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1989).
- Skinner, B. F. (1978). *O Comportamento Verbal*. Tradução organizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix – EDUSP. (Trabalho original publicado em 1957).
- Skinner, B. F. (1984). Contingências de Reforço: Uma análise operante da resolução de problemas. Tradução organizada por R. Moreno. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. 2ª ed. (Trabalho original publicado em 1969).
- Skinner, B. F. (2003). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução organizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix - EDUSP. 8ª ed. (Trabalho original publicado em 1974).
- Skinner, B.F. (1994). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. 9ª ed. (Trabalho original publicado em 1953).
- Sousa, A. P. S. Medeiros, C. A. Aragão, M. O. F. Medeiros, F. H. & Azevedo, A. P. (2010). Regras versus Autorregras: Que tipos de regras é mais eficaz na modificação do comportamento? Em ABPM (Org.), *Anais do XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamento* [Resumo], Campos do Jordão, São Paulo.
- Valls, D. R. (2010). Análise comportamental de relatos verbais repetitivos. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia não-publicada, Centro Universitário de Brasília, CEUB, Brasília, DF.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy Volume 1*, nº 2, 77-89.