

O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados

The rise of behavior-cognitive therapies and it's consequences for the development of a behavioral-analytic clinical approach of private events

João Ilo Coelho Barbosa¹

Universidade Federal do Ceará

Aécio Borba²

Universidade Federal do Pará

Resumo

O estudo discute, a partir da análise de aspectos históricos, o surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e o impacto que tal advento trouxe ao campo da terapia comportamental. Alguns dos fatores que parecem se relacionar com tal surgimento são: a falta de um maior desenvolvimento conceitual para uma abordagem clínica particular dos eventos privados, a tradição da modificação do comportamento com a pesquisa básica com animais, que excluía a investigação da subjetividade e o maior interesse pela manipulação direta de contingências ambientais, em detrimento da intervenção junto a pensamentos e sentimentos do cliente. Considera-se que a maior aceitação e difusão das terapias cognitivo-comportamentais, a partir da década de 70, favoreceu o ressurgimento de conceitos tradicionais na psicologia para a explicação do comportamento e, por outro lado, contribuiu para uma maior preocupação dos analistas do comportamento em responder às frequentes críticas dos terapeutas cognitivo-comportamentais a uma suposta insuficiência das terapias comportamentais para a abordagem do comportamento humano complexo, resultando no surgimento de novas propostas terapêuticas, mais consistentes com os pressupostos do behaviorismo radical.

Palavras-chave: Terapia analítico-comportamental; Terapia cognitivo-comportamental; Eventos privados.

¹ Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento – UFPA. Rua Joaquim Nabuco, 820, ap 602, Aldeota, 60125-120 Fortaleza, Ceará. E-mail: ilo@cemp.com.br

² Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento – UFPA.

Abstract

The paper discusses, from the viewpoint of the analysis of historical aspects, the birth of cognitive-behavioral therapies and their impact to the field of behavior analysis. Some factors that seem to relate to such birth may be: the lack of a greater conceptual development for a particular clinical approach for the concept of private events; the tradition of behavior modification with basic research with animals; and a greater interest on direct manipulation of environmental contingencies instead of intervention on the clients' thoughts and feelings. It is considered that a greater acceptance and spread of cognitive-behavioral therapies, since the 1970s, favored the rebirth of tradition concepts in psychology used to explain behavior, and on the other side, contributed to a greater concern of behavior analysts do respond to the frequent critics of cognitive-behavioral therapists to a supposed lack of behavioral therapies to approach complex human behavior, resulting on the rebirth of new therapeutical propositions, still consistent with the assumptions of radical behaviorism but able to deal with feelings and emotions in their practice.

Keywords: Behavioral-analytic therapy; Cognitive-behavior therapy; Private events.

Embora o termo “terapia comportamental” possa dar a impressão de estarmos tratando de um tipo específico de intervenção clínica, a literatura mostra-nos que existem diferentes modelos terapêuticos comportamentais: São exemplos, a Psicoterapia Funcional-Analítica (Kohlenberg & Tsai, 1991), a Terapia da Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), a Terapia Racional-Emotiva-Comportamental (Ellis & Dryden, 1997; Ellis & Greiger, 1977) e a Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1982), a Terapia por Contingências de Reforçamento (Guilhardi, 2004), dentre outras. Parece-nos mais adequado, portanto, tratar a terapia comportamental como um campo mais amplo, constituído de propostas terapêuticas mais ou menos

fundamentadas na tradição behaviorista (Franks, 1996; Krasner, 1969).

Ao analisar o desenvolvimento histórico da terapia comportamental, Kazdin (1978) classificou os diferentes modelos de intervenção clínica, propondo o termo “modificação cognitivo-comportamental” para se referir ao subgrupo de terapias que enfatiza os aspectos cognitivos relacionados ao comportamento e que compartilham o pressuposto da alteração do comportamento não-verbal como função de uma mudança prévia do pensamento. Posteriormente, tais terapias ficaram mais conhecidas como “terapias cognitivo-comportamentais”.

A partir dos anos 70, as terapias cognitivo-comportamentais ganharam cada vez mais espaço e aceitação entre os

terapeutas comportamentais que, no início daquela década, poderiam ser divididos em dois grupos distintos. Um grupo mais tradicional que continuava atuando junto a crianças e adultos com problemas de desenvolvimento, empregando princípios de modificação do comportamento em ambientes específicos, como instituições escolares, penitenciárias ou psiquiátricas; e os terapeutas “cognitivo-comportamentais”, assim denominados porque incorporaram à sua prática-clínica conceitos provenientes de outros sistemas teóricos, que valorizavam os aspectos cognitivos do comportamento. Além disso, o foco de atuação dos terapeutas cognitivo-comportamentais estava mais voltado para o atendimento de pacientes adultos em uma situação de terapia face-a-face de consultório, que apresentavam uma maior variabilidade de problemas (Craighead, 1990; Greenway & Wulfert, 2002).

Do ponto de vista teórico, o tratamento dado aos eventos privados foi fundamental para a diferenciação dos terapeutas cognitivo-comportamentais, em relação a seus colegas de orientação respondente ou operante. Para os primeiros, o suposto ambientalismo excessivo, presente na Análise do Comportamento, resultava na desconsideração dos eventos privados

enquanto mediadores de qualquer ação do indivíduo, o que justificaria a necessidade de complementar sua atuação clínica com conhecimentos provenientes de outros modelos teóricos (Bandura, 1986; Beck, 1970; Goldfried & Davison, 1976/1994; Lazarus, 1972/1979).

A partir dessa argumentação, os terapeutas cognitivo-comportamentais privilegiaram o desenvolvimento de estratégias de alteração de pensamentos, ao invés de intervir diretamente nas contingências externas relacionadas ao comportamento focalizado, o que se configurou numa característica marcante para a distinção entre Terapias Cognitivo-comportamentais e outras abordagens clínicas comportamentais (e.g., Banaco, 1999).

O presente trabalho busca discutir o distanciamento dos terapeutas cognitivo-comportamentais das propostas terapêuticas baseadas no behaviorismo radical, que chamaremos neste trabalho coletivamente de terapias analítico-comportamentais. Levantamos a hipótese de que tal afastamento deveu-se, em parte, às dificuldades encontradas pelos terapeutas comportamentais em incorporar em sua prática clínica os conceitos derivados das pesquisas com comportamento verbal e da abordagem skinneriana de eventos privados, o que

resultou em um desenvolvimento tardio de uma proposta consistente para a abordagem clínica comportamental dos eventos privados, (cf. Dougher, 1993; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993; Hayes, 2004).

Origem e desenvolvimento das terapias comportamentais

Até a década de 50, o termo mais empregado para se referir a procedimentos de intervenção frente ao comportamento humano, baseados nos pressupostos teóricos do behaviorismo e nos conhecimentos empíricos produzidos pela análise experimental do comportamento, foi “modificação do comportamento” (Kazdin, 1978). Sua origem está relacionada a três fatos principais: as pesquisas fisiológicas realizadas na Rússia, desde o final do século XIX, o surgimento do behaviorismo nos Estados Unidos em 1913, e os avanços obtidos com o desenvolvimento da Psicologia da aprendizagem. Mas foi a partir dos anos 40 que a modificação do comportamento teve seu maior impulso, relacionado, em parte, pela insatisfação de muitos psicólogos com a psicoterapia tradicional vigente, fortemente influenciada pela psicanálise e carente de estudos que comprovassem sua eficácia (Kazdin, 1978).

Segundo Franks (1996), a primeira referência ao termo “terapia comportamental” foi feita por Lindsley, Skinner e Solomon³, em 1953, quando se referiram a procedimentos que envolviam condicionamento operante junto a pacientes psicóticos hospitalizados. Entretanto, Franks afirmou que o mesmo termo foi utilizado, de forma independente, por dois outros psicólogos que o conceituaram de forma diferente. Em 1958, na África do Sul, por Lazarus⁴, que chamou de terapia comportamental a inclusão de procedimentos objetivos provenientes do laboratório na psicoterapia tradicional. No ano seguinte, na Inglaterra, Eysenck (1959) definiu terapia comportamental como um novo enfoque terapêutico, baseado na aplicação das “modernas teorias de aprendizagem” ao tratamento de distúrbios psicológicos.

Kazdin (1978) discriminou quatro enfoques diferentes que contribuíram para a composição atual das terapias comportamentais contemporâneas: as aplicações terapêuticas derivadas do condicionamento respondente; do condicionamento operante; da teoria da aprendizagem social; e o enfoque de

³ Franks (1996) está aqui fazendo referência ao texto: Lindsley, O. R.; Skinner, B. F.; Solomon, H. D. (1953). *Studies in behavior therapy. Status Report 1*, Watham, MA, Metropolitan State Hospital.

⁴ O texto a que Franks (1996) está se referindo é: Lazarus, A. A. (1958). *New methods in psychotherapy: A case study. South African Medical Journal*, 32, 660-664.

nosso maior interesse no momento, o da modificação do comportamento cognitivo.

O enfoque respondente:

O enfoque respondente na terapia comportamental foi resultante da transição gradual dos achados e conceitos derivados da pesquisa experimental para aplicações clínicas. Pavlov, Bechterev e Watson, por exemplo, já relacionavam os princípios de condicionamento reflexo a comportamentos mal adaptativos. Para Kazdin (1978), o estudo mais famoso desse período inicial de aplicação de técnicas de condicionamento em humanos foi o experimento feito com o pequeno Albert, no qual Watson & Rainer⁵ demonstraram que estímulos neutros podem passar a eliciar reações de medo. Este estudo contribuiu levantando evidências de como as fobias são criadas ou podem ser eliminadas.

Após a publicação do estudo com o pequeno Albert, Kazdin (1978) considera o estudo de Jones⁶ outro importante avanço para o desenvolvimento da terapia comportamental. No referido estudo, que teve a supervisão de Watson, foram

testadas sete técnicas, anteriormente sugeridas por Watson e Rayner, para eliminar reações emocionais de medo em crianças institucionalizadas. O destaque dado por Kazdin (1978) ao estudo de Jones teria justificativa na demonstração da eficácia do tratamento do medo, a partir de uma abordagem direta do comportamento, colocando em xeque a crença de que a eliminação do medo dependeria do tratamento de estados psicodinâmicos subjacentes ao mesmo.

No final dos anos 40 e na década seguinte, na África do Sul, Wolpe utilizou os estudos de Pavlov e Hull para propor uma generalização da noção fisiológica de inibição recíproca, a partir da qual desenvolveu uma técnica para o tratamento da ansiedade, a dessensibilização sistemática. A técnica de dessensibilização sistemática (Wolpe, 1973/1976) envolvia inicialmente a exposição do indivíduo a um estímulo descrito pelo mesmo como eliciador de ansiedade, em associação com um estado de relaxamento que deveria inibir essa reação emocional na presença daquele estímulo. É importante destacar que originalmente essa exposição era feita *in vivo*, mas posteriormente Wolpe optou por fazê-la através do uso da imaginação:

Comecei a organizar programas de exposição a estímulos fóbicos graduados ao vivo para pacientes que tinham adquirido alguma facilidade

⁵ O estudo referido por Kazdin é: Watson, J.B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1, 1-14.

⁶ Kazdin (1978) está fazendo menção ao texto: Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.

em relaxar, geralmente depois de 6 a 10 sessões. Mas esses programas eram muitas vezes difíceis de executar e comecei, portanto, a explorar a possibilidade de fazer uso de situações imaginárias, no lugar das reais. (Wolpe, 1973/1976, p.115)

Essa “opção terapêutica” de adotar procedimentos de aparente eficácia prática, em detrimento de uma decisão de ordem teórica ou baseada em evidências de laboratório, não foi uma decisão isolada. A decisão de Wolpe trouxe consequências importantes no que se refere à postura científica do terapeuta comportamental, que serão discutidas posteriormente.

O enfoque respondente foi predominante na terapia até a década de 50, quando a análise de problemas comportamentais era restrita a um modelo explicativo do tipo S-R. A partir daí, os resultados empíricos com o condicionamento operante expandiram o número de técnicas baseadas no novo paradigma.

O enfoque operante:

As técnicas operantes foram mais difundidas nos EUA porque algumas universidades americanas tornaram-se centros para pesquisas laboratoriais e aplicadas em condicionamento operante. Além disso, muitos laboratórios e clínicas tinham atuação junto a instituições psiquiátricas, onde tais técnicas

costumavam ser empregadas. As primeiras tentativas de aplicação clínica dos princípios operantes ocorreram a partir de relatos ocasionais sobre a observação de mudanças em comportamentos de interesse clínico, como efeitos colaterais em investigações laboratoriais sobre o comportamento livre operante (Kazdin, 1978).

Uma das principais técnicas comportamentais, derivadas do modelo operante, foi elaborada por Ayllon e Azrin⁷ (Kazdin, 1978). Tratava-se de um sistema de reforçamento para alterar comportamentos de pacientes psicóticos em custódia, reduzindo a frequência de vários comportamentos disruptivos. Tal sistema passou a ser conhecido como “Economia de Fichas”, configurando-se em uma estratégia viável para ser aplicada em larga escala em ambientes planejados, como instituições de ensino, saúde ou do trabalho (Vandenberghe, 2004).

Do ponto de vista clínico, Skinner (1953/1965) descreveu os efeitos da terapia e chegou a discutir a etiologia e tratamento de alguns transtornos psiquiátricos, tendo como base os princípios operantes. Em conjunto com

⁷ O texto ao qual Kazdin (1978) está se referindo é: Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Crofts.

Lindsley⁸, também desenvolveu um programa de estudos cujos resultados suscitaram o interesse de outros pesquisadores para a realização de pesquisas aplicadas, como a investigação do comportamento psicótico, de processos comportamentais e características do operante livre em crianças normais e com atraso do desenvolvimento intelectual, o comportamento de tiques motores e o comportamento de crianças autistas (Kazdin, 1978).

Apesar da evolução da terapia comportamental com a aplicação clínica dos princípios operantes, a ênfase numa intervenção direta nas contingências de reforçamento parece ter contribuído para um desinteresse dos terapeutas comportamentais para o desenvolvimento de uma abordagem clínica dos eventos privados. Além disso, algumas afirmações de Skinner pareciam conferir um valor secundário à investigação clínica dos eventos privados:

Felizmente, raramente o assunto [controle do comportamento por eventos privados] é de importância crucial no controle do comportamento humano. O leitor cujos interesses sejam essencialmente práticos e que prefiram seguir para capítulos posteriores poderá fazê-lo sem problemas sérios. (Skinner, 1953/1965, p. 258)

⁸ Kazdin (1978) está fazendo referência ao estudo: Skinner, B. F., Solomon, H. C., Lindsley, O. R. (1953). *Studies in behavior therapy*. Metropolitan State Hospital, Waltham, Massachusetts. Status Report I, November 30, 1953.

O enfoque da Teoria da Aprendizagem Social:

Apesar da importante contribuição das técnicas operantes, alguns problemas em relação à sua aplicação foram apresentados por Ferster (1967; 1972). Graças à sua experiência no Linwood Children's Center, que tratava de crianças autistas e esquizofrênicas, Ferster (1967) teve a oportunidade de observar e relatar aspectos parecidos com aqueles presentes numa relação terapeuta-cliente e manifestou sua preocupação com a necessidade do desenvolvimento de habilidades pessoais do terapeuta para que a aplicação de técnicas comportamentais tivesse êxito. Ao ressaltar a relação terapêutica como uma variável relevante para a eficácia na aplicação de técnicas comportamentais, Ferster contribuiu para uma melhor investigação dessa variável e de sua relação com os resultados clínicos obtidos.

De acordo com Kazdin (1978), a partir da década de 60, a maior experiência dos terapeutas comportamentais com o contexto clínico levou-os a se preocupar com temas comuns às psicoterapias tradicionais, tais como: a relação terapeuta-cliente, a queixa relatada pelo cliente (ao invés da abordagem direta e restrita aos problemas comportamentais identifi-

cados pelo terapeuta), aceitação de evidências clínicas (não experimentais) e a valorização dos eventos privados.

Com essas mudanças, diminuíram as diferenças entre uma terapia comportamental e não-comportamental, o que levou muitos terapeutas a postularem o título de “comportamental” para técnicas que não estavam subordinadas à teoria da aprendizagem, além de algumas tentativas de combinar procedimentos comportamentais e não comportamentais em uma única abordagem clínica (cf. Meichenbaum, 1986).

Foi nesse contexto de mudanças e indefinições que Bandura (1977a) passou a criticar a terapia comportamental por um suposto determinismo ambiental excessivo, embora estivesse fazendo referência principalmente ao modelo respondente de análise do comportamento. Para Bandura (1986), os processos de aprendizagem por condicionamento não eram suficientes para explicar a aquisição de comportamentos complexos. Nesse sentido, o autor tomou a teoria da aprendizagem social como base teórica para desenvolver o conceito de aprendizagem vicariante ou por observação, que se caracteriza como um processo de aprendizagem, no qual o

indivíduo aprende uma resposta, a partir da observação de sua emissão por outra pessoa. Tal aprendizagem dependeria da intermediação de processos cognitivos, por meio dos quais seriam elaboradas concepções sobre como as respostas observadas ocorrem e, posteriormente, essa “construção simbólica” serviria como base para ações futuras. O indivíduo também teria a capacidade de representar futuras consequências, ampliando o papel da cognição não só para a aquisição, mas também para a manutenção de certos comportamentos (Bandura, 1977b).

A valorização dos aspectos cognitivos para a alteração comportamental também se refletiu nas propostas de Bandura para um modelo de intervenção terapêutica, favorecendo ainda mais a aproximação entre a terapia comportamental e as psicoterapias que partem do pressuposto de que a mudança das cognições do cliente sobre ele próprio e sobre o mundo é condição *sine qua non* para a alteração do seu comportamento (cf. Bandura, 1977b).

O enfoque da Modificação do Comportamento Cognitivo e o surgimento das terapias cognitivo-comportamentais:

Kazdin (1978) atribui a Salter⁹

⁹ Kazdin (1978) aqui está se referindo ao texto: Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Creative Age Press.

a condição de primeiro behaviorista a utilizar terapêuticamente a imaginação, manipulando-a com o intuito de alterar o humor e os sentimentos do cliente, tanto nas sessões de terapia como na sua experiência diária, para que este pudesse mais facilmente superar reações mal adaptativas, como a ansiedade. Mas, segundo Kazdin, foi somente a partir do desenvolvimento da técnica de dessensibilização sistemática (Wolpe, 1973/1976) que a imaginação passou a ser mais frequentemente utilizada como um instrumento terapêutico na modificação do comportamento.

Ainda de acordo com Kazdin (1978), coube a Lazarus & Abramovitz¹⁰ a ampliação do uso terapêutico da imaginação na terapia comportamental, ao utilizá-la de forma inédita na dessensibilização com crianças, substituindo o relaxamento pela imaginação de imagens positivas, supostamente funcionando como a resposta de inibição da ansiedade. Sua hipótese era de que tais imagens poderiam evocar sentimentos positivos que, por sua vez, inibiriam a ansiedade.

Lazarus estava convencido de que as técnicas terapêuticas baseadas no modelo de condicionamento respondente

eram insuficientes para o desenvolvimento de uma psicoterapia efetiva (Kazdin, 1978). Na verdade, Lazarus não estava sozinho em suas críticas. Mesmo com o reconhecimento da terapia comportamental como uma forma eficaz de intervenção terapêutica, o modelo teórico-metodológico da qual se originou nunca deixou de ser visto, por muitos terapeutas, como excessivamente rigoroso e inadequado para abordar problemas clínicos (Bandura, 1977a; Walsh, 1997). Além disso, certos resultados experimentais e clínicos, como o êxito terapêutico no emprego da imaginação em substituição ao real estímulo fóbico na dessensibilização sistemática, não pareciam ser adequadamente esclarecidos, a partir de um modelo estritamente comportamental (Lee, 1992).

Dessa forma, no final dos anos 60, predominava uma avaliação paradoxal da terapia comportamental, coexistindo um interesse geral pelas suas técnicas, de eficácia cada vez mais comprovada, e um desinteresse ou insatisfação dos novos terapeutas comportamentais pela teoria behaviorista. Tal situação tornou-se, então, propícia para a inserção de outras teorias e técnicas no campo da terapia comportamental, gerando distintos modelos de análise, intervenção e propostas para a adoção de um ecletismo

¹⁰ O texto referido por Kazdin (1978) é: Lazarus, A. A. & Abramovitz, A. (1962). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.

teórico como a melhor alternativa para aqueles que desenvolviam uma prática clínica comportamental (Lee, 1992).

Em “Behavior Therapy and Beyond”, Lazarus (1977/1980) descreve as fontes de conhecimento para o que viria a ser chamado de terapia cognitivo-comportamental, ao diferenciar sua proposta terapêutica da terapia comportamental:

Pensei em intitular este livro “Beyond Behavior Therapy”, mas foi-me apontado que este título implicaria num rompimento decisivo com a terapia comportamental. De fato, eu me apóio fortemente nesta disciplina, enquanto, por outro lado, emprego também técnicas que não se ajustariam facilmente dentro deste quadro de referências no presente (p. 11).

Um pouco mais adiante, Lazarus (1977/1980) apresentou sua justificativa para “ir além” da terapia comportamental:

A razão para empregar técnicas, além daquelas descritas por, digamos, Wolpe e Lazarus (1966) ou Wolpe¹¹ (1969), é simplesmente que esses métodos, em separado, são, no meu entender, quase sempre insuficientes para produzir resultados duradouros (Lazarus¹², 1969, p.11-2).

Na percepção de Lazarus (1977/1980), a terapia comportamental

falhava porque nela os métodos eram previamente escolhidos pelo terapeuta e os pacientes eram, então, coagidos a abandonar suas respostas inadequadas. Em sua opinião, isso produzia uma menor efetividade daquela terapia. A alternativa por ele proposta era de que o terapeuta deveria estar mais voltado para encontrar uma “combinação de técnicas que parecem ser mais benéficas para as pessoas que procuram ajuda” (p.12), sem uma maior preocupação com as teorias, das quais aquelas eram provenientes. Tal posição foi nomeada por Lazarus como “ecletismo técnico” e estava baseada na premissa de que a efetividade de técnicas empiricamente testadas deveria se sobrepôr a hipóteses teoricamente deduzidas sobre o comportamento do cliente.

Nos início dos anos 70, apesar da expansão do número de livros publicados, da fundação de novas sociedades científicas e de periódicos importantes na área, a terapia comportamental encontrava-se mais fragmentada que nunca. Uma confirmação desta afirmação pôde ser observada no artigo de autoria dos editores da revista Behavior Therapy, no seu primeiro número, em 1970¹³. Os autores definiam a terapia comportamental como “multidimen-

¹¹ Lazarus (1977/1980) está se referindo aos seguintes textos: 1- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press; 2- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

¹² Lazarus está fazendo menção a um texto próprio anterior: Lazarus, A. A. (1969). Broad-spectrum behavior therapy. *Newsletter of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, 4, 5-6.

¹³ O artigo em questão é: Franks, C. M. & Brady, J. P. (1970). What is behavior therapy and why a new journal? *Behavior Therapy*, 1, 1-3.

sional”, numa clara tentativa de unificar práticas heterogêneas sob uma mesma denominação (Hallam, 1987; Kazdin, 1978). Em meio ao ambiente de indefinições, alguns terapeutas interessados na maior valorização dos aspectos cognitivos no processo psicoterápico – dentre os quais se destacam os nomes de Albert Ellis, Aaron Beck, Michael Mahoney e Donald Meichenbaum – desenvolveram, de forma independente, novas abordagens terapêuticas (Hawkins, Kashden, Hansen & Sadd, 1992).

O termo terapia cognitivo-comportamental não foi inicialmente empregado para identificar essas terapias emergentes porque não tiveram uma origem única ou articulada. Ellis e Beck, por exemplo, não eram terapeutas comportamentais, mas treinados anteriormente sob o enfoque psicanalítico. De acordo com Wilson (1978), esse termo foi usado pela primeira vez numa convenção em Nova York, em abril de 1976. Posteriormente, a proposição de uma categoria de terapias cognitivo-comportamentais teve como função identificar um grupo de terapias que associavam uma perspectiva teórica enfática quanto ao papel dos processos cognitivos na mediação do comportamento ao uso de estratégias

terapêuticas comportamentais (Dobson & Block, 1988; Shinohara, 1997).

Por se tratar de um conjunto heterogêneo, Mahoney e Arnkoff (1978) sugeriram a classificação das terapias cognitivo-comportamentais em três grupos, de acordo com sutis diferenças quanto aos seus objetivos: a) As terapias de habilidades para o enfrentamento, cujo foco está nas formas pelas quais o cliente poderá minimizar os efeitos negativos de eventos externos; b) As terapias de resolução de problemas, mais voltadas para o ensino de estilos de reação e estratégias de produção de um maior número de alternativas possíveis para a solução de problemas; e c) As técnicas de reestruturação cognitiva, cujo alvo é a mudança de pensamentos perturbadores.

Há também grande diversidade de técnicas empregadas, indo desde técnicas projetivas, até técnicas computadorizadas de avaliação de medidas relacionadas à atividade cognitiva. Destacam-se ainda, os procedimentos de investigação imaginativa, de condicionamento encoberto, de confrontação e reestruturação de crenças disfuncionais, correções verbais de visões e/ou processos distorcidos e questionamento socrático, dentre outras (Dobson, 1988; Sweet & Loizeaux, 1991).

Apesar das diferenças quanto aos objetivos e às técnicas utilizadas, Dobson e Block (1988) identificaram três premissas básicas compartilhadas pelas terapias cognitivo-comportamentais:

1. A atividade cognitiva afeta o comportamento: essa ideia resgata a noção básica do modelo mediacional de Tolman, e suas implicações clínicas são evidentes, já que alterações cognitivas levariam a alterações comportamentais;
2. A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada: os terapeutas cognitivo-comportamentais concordam que a pessoa tem acesso direto às suas próprias cognições e, portanto, são capazes de alterá-las;
3. A mudança de comportamento almejada pode ser afetada pela mudança cognitiva: em uma perspectiva mediacional, os terapeutas cognitivo-comportamentais argumentam que, além da mudança nas contingências de reforçamento, as alterações ao nível cognitivo funcionariam como métodos alternativos para se efetuar mudanças comportamentais e enfatizam os procedimentos que levam em conta tal processo. Tal ênfase é, muitas vezes, citada como um diferencial

importante em relação aos terapeutas comportamentais.

Ao analisar possíveis fatores relacionados ao surgimento das terapias cognitivo-comportamentais, Beidel & Turner (1986) levantaram a hipótese de que tais terapias surgiram como uma alternativa terapêutica enquanto uma reação à pouca valorização das cognições nas terapias comportamentais clássicas. Por sua vez, Dobson & Block (1988) ressaltaram um conjunto de diferentes questões relacionadas ao advento daquelas terapias, dentre as quais: os problemas teóricos remanescentes para uma explicação estritamente behaviorista para os comportamentos humanos complexos; a natureza dos problemas relatados pelos clientes, quase sempre envolvendo a participação de eventos privados; a publicação de pesquisas cujos resultados pareciam demonstrar a eficácia de técnicas cognitivo-comportamentais e a proposição de conceitos mediacionais, por parte dos psicólogos cognitivistas que, na opinião de Dobson e Block, pareciam mais adequados para explicar como as cognições ocorreriam.

Independentemente dos fatores responsáveis pelo seu advento, para alguns analistas do comportamento, as novas terapias cognitivo-

comportamentais, pouco consistentes com os princípios da Análise do Comportamento, acabaram produzindo condições para o ressurgimento da noção de determinantes internos do comportamento, anteriormente descartados pelo behaviorismo, voltando a serem caracterizados como variáveis passíveis de serem investigadas cientificamente e que poderiam ser alvo de uma intervenção terapêutica (Schwartz, 1982).

As terapias cognitivo-comportamentais e o desenvolvimento de uma abordagem analítico-comportamental dos eventos privados:

Até a década de 70, não era prioritária na terapia de base analítico-comportamental a elaboração de um modelo terapêutico para a intervenção frente a relatos autodescritivos de eventos privados. A explicação para tal fato estava na tradição behaviorista, especialmente no que se refere a três aspectos: 1) A abordagem skinneriana não previa nenhum tratamento distinto para uma abordagem do comportamento privado, uma vez que seus determinantes seriam os mesmos do comportamento público; 2) A ampla tradição dos analistas do comportamento com a pesquisa básica da aprendizagem animal, que não requeria o

estudo da subjetividade¹⁴; e 3) O tipo de população tradicionalmente atendida pelos primeiros terapeutas comportamentais: crianças com problemas de desenvolvimento e pacientes internos, que demandavam uma intervenção mais diretamente voltada para a mudança das contingências ambientais (Wilson, Hayes & Gifford, 1997). Dougher (1993) aponta, ainda, que o fato de atuar em ambientes institucionais garantia ao terapeuta poder quase que completo sobre as contingências ambientais; parecia desnecessário intervir de alguma forma sobre eventos privados, haja vista que era possível intervir diretamente sobre os determinantes de fenômenos que, embora inacessíveis à observação pública, são determinados por eventos ambientais, como todos os outros comportamentos (Kerbaux, 1983). Como consequência, os terapeutas comportamentais demoraram a se deparar com contingências que favorecessem o desenvolvimento de um modelo de intervenção comportamental frente aos eventos privados.

O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais contribuiu para intensificar as discussões sobre a necessidade de elaboração de tal modelo,

¹⁴ Estamos nesse trabalho utilizando o conceito de subjetividade como sinônimo para sentimentos, emoções, cognições e outros eventos de difícil observação pública direta.

ao suscitar uma questão fundamental como ponto de partida para essa tarefa: os princípios da análise do comportamento são suficientes para embasar uma prática clínica eficaz e coerente com o behaviorismo radical frente a verbalizações do cliente que parecem descrever algum estado ou processo privado?

As novas formas de terapia de base analítico-comportamental surgem, então, a partir da pressão simultânea de dois lados: a necessidade de responder às crescentes críticas de terapeutas cognitivo-comportamentais referentes a uma carência da própria terapia em dar conta do comportamento humano complexo e da própria pressão de mercado, uma vez que a maior parte dos empregos para analistas do comportamento estava restrita à atuação em instituições para tratamento de autistas, por exemplo. A possibilidade de expandir sua área de atuação também fortaleceu a necessidade de realização de pesquisas cujo objeto de interesse fosse a intervenção do terapeuta comportamental no ambiente de clínica face-a-face.

Em especial na década de 80, analistas do comportamento voltaram-se para os conceitos de eventos privados e de comportamento controlado por regras de forma a preencher a lacuna apontada

pelos cognitivistas (Hayes, 2004). Foi nesse contexto que surgiram as propostas terapêuticas voltadas para a atuação em um contexto de terapia verbal que levasse em consideração a subjetividade e, principalmente, mantivesse uma coerência com o modelo teórico defendido na Análise do Comportamento, caracterizado pelo selecionismo, o monismo ontológico e a perspectiva relacional.

Evitando o risco de basear sua prática em concepções internalistas, os terapeutas analítico-comportamentais compartilham a posição skinneriana, essencialmente relacional, e admitem que os eventos privados podem fazer parte de relações de controle do comportamento, mas deixam claro que o caráter causal de tais eventos está restrito a um certo controle discriminativo destes sobre respostas subsequentes (Tourinho, 1997).

A partir dessa concepção, podemos afirmar que o relato de pensamentos e sentimentos, por parte do cliente, é de extrema importância para que o terapeuta tenha condições de avaliar o efeito das contingências que controlaram e/ou controlam esses relatos, estabelecendo uma análise funcional mais rica do comportamento em foco (Skinner, 1974/1982).

Banaco (1999) resume uma perspectiva comum a várias propostas terapêuticas coerentes com a Análise do Comportamento. Para o autor, quando o terapeuta pergunta ao cliente acerca de seus pensamentos, sentimentos e emoções, ele não o faz para intervir sobre esses eventos. Ele os usa como comportamentos capazes de sugerir sob quais contingências o sujeito está submetido (Por exemplo, quando a pessoa relata “ficar feliz” com a ação do cônjuge, provavelmente estamos diante de uma operação de reforçamento). Eventos privados, nesse sentido, são meios através dos quais o analista do comportamento pode descobrir e investigar seu verdadeiro material de trabalho – as contingências ambientais externas ao indivíduo, que podem ser efetivamente modificadas¹⁵. Em várias propostas analítico-comportamentais de terapia, encontramos afirmações semelhantes (e.g., Guilhardi, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1991).

Considerações Finais

Segundo Costa (2002), encontramos hoje em dia pelo menos dois tipos de movimento: um integracionista,

que busca unir as abordagens de base analítico-comportamentais e cognitivo-comportamentais e uma via que determina a impossibilidade de uma integração, para a qual as diferenças epistemológicas, conceituais e de atuação são grandes demais, sendo possíveis apenas aproximações superficiais entre as duas abordagens.

Não é propósito deste trabalho, no entanto, aprofundar essa discussão ou tomar partido de analistas do comportamento, cognitivistas ou de um movimento integracionista. No que se refere às diferenças entre os princípios da Análise do Comportamento e as bases teóricas nas quais estão fundamentadas as terapias cognitivo-comportamentais, por ora, concordamos com Hawkins & Forsyth (1997): Apesar das divergências, o desenvolvimento de uma boa relação entre os analistas do comportamento e os cognitivistas poderá contribuir para o desenvolvimento da análise do comportamento como ciência, a análise aplicada do comportamento enquanto parte relevante desta ciência e para o estabelecimento de práticas clínicas eficazes e cientificamente embasadas. Acrescentaríamos, ainda, que isso é verdadeiro também para os terapeutas cognitivo-comportamentais, que têm a ganhar com a interlocução com

¹⁵ Além de oferecer pistas sobre as contingências às quais o sujeito está submetido, Banaco (1999) sugere, ainda, que perguntar sobre estados afetivos e pensamentos torna a relação terapêutica mais próxima, contribuindo assim para o fortalecimento de um vínculo entre cliente e o terapeuta.

terapeutas que têm como base o behaviorismo radical skinneriano. Nessa direção, Wilson e cols. (1997) sugerem que essa aproximação não se dê no plano teórico, e sim no interesse mútuo pela investigação empírica das cognições enquanto variáveis intervenientes para o comportamento.

Além disso, podemos ressaltar a importância, dentro da Análise do Comportamento, de maiores investigações a respeito de questões relacionadas a eventos privados. Tourinho (2007, 2009) aponta que, se considerarmos o conceito de eventos privados como uma resposta verbal emitida por analistas do comportamento, veremos que ainda é colocado sob o rótulo de eventos privados fenômenos diversos e de complexidade extremamente variável. Em uma mesma linha, Borba e Tourinho (no prelo) apontam que apenas entre analistas do

comportamento que atuam na área clínica é possível encontrar um consenso sobre a instrumentalidade e coerência do conceito de eventos privados, o que não ocorre entre autores de pesquisa básica e teórica da área.

Esses estudos são apontados aqui apenas para ilustrar que o conceito de eventos privados ainda não é um consenso na Análise do Comportamento. Maiores discussões ainda são necessárias, não apenas relacionadas ao conceito, mas também ainda é preciso propor e testar formas de ação do terapeuta frente a autodescrições de eventos privados, com o objetivo de desenvolver modelos clínicos comportamentais de eficácia empiricamente comprovada. Esses programas de pesquisa devem contribuir para um avanço da terapia analítico-comportamental e, de acordo com nossa visão, também contribuirá para o avanço da terapia cognitivo-comportamental.

Referências

- Banaco, R. A. (1999). O acesso a eventos privados na prática clínica: Um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 135-142.
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191-215.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T.; Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Publicado originalmente em 1979.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical psychology review*, 6, 177-197.
- Borba, A. & Tourinho, E. Z. (no prelo). Instrumentalidade e coerência do conceito de eventos privados. *Acta Comportamental*.
- Costa, M. N. P. da (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*, 1. ed., Santo André: ESETec Editores Associados.
- Craighead, E. W. (1990). The changing nature of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 21, 1-2.
- Dobson, K. S. (1988). The present and future of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 387-414). New York: The Guilford Press.
- Dobson, K. S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 1-38). New York: The Guilford Press.
- Dougher, M. J. (1993). On the advantages and implications of a radical behavioral perspective on private events for the behavior therapist. *The Behavior Therapist*, 204-206.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A. & Greiger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Ferster, C. B. (1967). Transition from animal laboratory to clinic. *The Psychological Record*, 17, 145-150.
- Ferster, C. B. (1972). Psychotherapy from the standpoint of a behaviorist. In J. D. Keehn (Org.), *Psychopathology in animals* (pp. 279-303). New York: Academic Press.
- Franks, C. M. (1996). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: Uma revisão conceitual. In: V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 3-22). Campinas: Editorial Psy.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy: Expanded edition*. New York: John Wiley & Sons. Publicado originalmente em 1976.

- Greenway, D. E. & Wulfert, E. (2002). The current status and future direction of Clinical Behavior Analysis: Introduction to the special section. *The Behavior Analyst Today*, 3 (3), 246-247.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. Em: C. N. de Abreu, e H. J. Guilhardi (Eds.). *Terapia comportamental e cognitivo comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Roca.
- Hallam, R. S. (1987). Prospects for theoretical progress in behavior therapy. In: H. J. Eysenck & I. Martin (Org.), *Theoretical foundations of behavior therapy* (pp. 315-329). New York/London: Plenum Press.
- Hawkins, R. P. & Forsyth, J. P. (1997). Bridging barriers between paradigms: Making cognitive concepts relevant for behavior analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28 (1), 3-6.
- Hawkins, R. P., Kashden, J., Hansen, D. J. & Sadd, D. L. (1992). The increasing reference to "cognitive" variables in Behavior Therapy: A 20-year empirical analysis. *The Behavior Therapist*, 23, 115-118.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Kazdin, C. M. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kerbaux, R. R. (1983). Terapia comportamental cognitiva: mudanças em algumas técnicas. *Cadernos de Análise do Comportamento*, 4, 30-45.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Krasner, L. (1969). Behavior modification – values and training: The perspective of a psychologist. In C. M. Franks (Ed.) *Behavior therapy: appraisal and status* (pp. 537-566). New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1979). Prefácio. In: A. A. Lazarus (Ed.), *Terapia comportamental na clínica* (pp. 13-15). Belo Horizonte: Interlivros. Publicado originalmente em 1972.
- Lazarus, A. A. (1980). *Psicoterapia personalista: uma visão além dos princípios de condicionamento*. Belo Horizonte: Interlivros. Publicado originalmente em 1977.
- Lee, C. (1992). On cognitive theories and causation in human behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23 (4), 257-268.

- Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. In: S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 689-722). New York: Wiley.
- Meichenbaum, D. (1986). Cognitive-Behavior Modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Org.), *Helping people change: a textbook of methods* (pp. 346-380). New York: Pergamon Press.
- Schwartz, R. M. (1982). Cognitive-behavior modification: A conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 2, 267-293.
- Shinohara, H. O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. In: R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 1-5). São Paulo: ARBytes.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: The Free Press. Publicado originalmente em 1953.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o Behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo, SP: Cultrix. Publicado originalmente em 1974.
- Sweet, A. A. & Loizeaux, A. L. (1991). Behavioral and cognitive treatment methods: A critical comparative review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22 (3), 159-185.
- Tourinho, E. Z. (1997). Evento privado: Função e limites do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 13, 203-209.
- Tourinho, E. Z. (2007). Conceitos científicos e “eventos privados” como resposta verbal. *Interação em Psicologia*, 11, 1-9.
- Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. São Paulo: Paradigma.
- Vandenberghe, L. (2004). Relatar emoções transforma 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, 39-48.
- Walsh, P. (1997). Bye-bye behaviour modification. In: K. Dillenburg, M. F. O'Reilly, & M. Keenan, M. (Eds.). *Advances in Behaviour Analysis* (pp. 91-102). Dublin: University College Dublin Press.
- Wilson, G. T. (1978). On the much discussed nature of the term “Behavior Therapy”. *Behavior Therapy*, 9, 89-98.
- Wilson, K. G.; Hayes, S. H. & Gifford, E. (1997). Cognition in behavior therapy: agreements and differences. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 28 (1), 53-63.
- Wolpe, J. (1976). *Prática da terapia comportamental*. São Paulo: Brasiliense. Publicado originalmente em 1973.

Recebido em: 14/07/2008

Aceito para publicação em: 16/06/2010