

CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS E HISTÓRICAS SOBRE A *TERCEIRA ONDA* NO BRASIL¹-*

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI

**Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento
Campinas - SP**

Há várias maneiras de interpretar uma metáfora. Quando se evoca a expressão *Terceira Onda* eu prefiro interpretá-la como *mais do mesmo*. Explico! A Ciência não avança buscando *diferenças*. O conhecimento avança buscando regularidades, semelhanças... Formulando leis, enfim. “Ciência é a busca de ordem, de uniformidade, de relações entre os eventos na natureza sujeitas a leis.” (Skinner, 1953, p.13). O que há de comum entre as sucessivas ondas? Em que cada uma delas contribuiu para expandir o conhecimento prévio? Persistem, nesse processo sucessivo, os princípios filosóficos, metodologia de pesquisa, linguagem e conceitos fundamentais? Se a resposta for *sim* a todas as questões, então uma nova onda pode ser acolhida como sendo *mais e melhor* do mesmo. Caso as respostas sejam negativas, então se está arbitrariamente juntando óleo com água... Não se misturam, e não se complementam! Veremos, ao avançarmos no texto, que há, entre as características das ondas elementos comuns e diferentes, os quais precisam ser avaliados de forma mais confiável. É prematuro, para ser cauteloso, afirmar conclusivamente se há uma *terceira onda* ou *outra* onda. De qualquer maneira, quero alertá-los desde o início que o desenvolvimento das terapias comportamentais nos EUA e no Brasil não seguiu os mesmos percursos por razões históricas e culturais. Em suma, não foram processos semelhantes conforme procurarei expor nesta apresentação.

“Os últimos anos têm testemunhado o surgimento das assim chamadas terapias comportamentais de *terceira onda*, que inclui ²: *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) e *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP). Embora o termo *terceira onda* possa não ter sido adotado por todos, inclusive por proponentes das próprias terapias, há um senso entre muitos de que tais terapias representam uma mudança (*shift*), tanto na teoria como na prática em relação a noções mais tradicionais de outras terapias cognitivas e comportamentais” (Anderson, 2008, p. 145).

Acredito que as mudanças referidas como primeira, segunda e *terceira onda* tenham uma caracterização que é cabível no contexto do desenvolvimento das terapias comportamentais norte americano. O aparecimento e a evolução das terapias comportamentais no Brasil tiveram características peculiares e únicas que justificam a apresentação de um desenvolvimento histórico próprio, que não repete o processo norte americano, embora com ele tivesse ligações e dele sofresse influências. Da mesma

¹ Trabalho apresentado no XXI Encontro da ABPMC – 2012.

² Para saber mais: ACT: Hayes *et al.* (1999) e Hayes *et al.* (2001).
DBT: Linehan (1987), Linehan (1993a) e Linehan (1993b).
FAP: Kohlenberg e Tsai (1991) e Tsai *et al.* (2009).

* Agosto de 2012

forma que as imagens de um caleidoscópio, o qual, não obstante conter os mesmos pedriscos coloridos, a cada movimento expõe uma gestalt colorida diferente, o processo brasileiro gestou um produto individualizado e próprio. Uma diferença fundamental diz respeito à posição da *Modificação de Comportamento*. É de se estranhar que ela tenha sido omitida na classificação norte americana, uma vez que, desde a década de 50 os princípios comportamentais, basicamente comportamento operante, eram aplicados de forma sistemática à alteração de comportamentos de indivíduos institucionalizados (doentes psiquiátricos e indivíduos com desenvolvimento atípico) e não institucionalizados, tendo gerado importante produção científica e aplicada fartamente documentada em artigos publicados em revistas da área. O desenvolvimento de estudos com humanos se ampliou rapidamente na década de 60, quer com ênfase em pesquisa básica, quer com objetivos de produzir mudanças socialmente significativas, isto é, com relevância para o cliente e o mundo social em que ele se inseria. Será que a exclusão da *Modificação de Comportamento* se deve ao fato de ela ter entrado na prática clínica de consultório nos EUA tardiamente e de forma tão somente incipiente e fugaz, conforme conclusão de Kohlenberg *et al.* (2002, p. 249) após levantamento dos artigos aplicados com orientação operante publicados na revista *Behavior Therapy*? Por sua vez, no Brasil a *Modificação de Comportamento* seguiu rota diferente e tem que fazer parte destacada da “nossa” primeira onda. Foi com ela que saímos da Universidade para o consultório (e, inversamente, só depois foi para o hospital psiquiátrico e instituições para indivíduos com desenvolvimento atípico...) e foi ela, sem hesitação, a semente iniciadora do desenvolvimento da terapia comportamental no Brasil. A *Modificação de Comportamento* desde a segunda metade da década de 60 pastoreou o desenvolvimento das terapias comportamentais entre nós.

No Brasil em 1969 surgiu em Campinas-SP a primeira Clínica do Comportamento, pretendendo estar enraizada na Ciência do Comportamento e se propondo a ser uma clínica comportamental operante. Expectativa prematura! Não havia conhecimento conceitual, não havia experiência clínica, nem tecnológica com o modelo comportamental, não havia modelos de atuação em consultório para tanto. Simplesmente, não deu para ser exclusivamente operante! Ela se desenvolveu tentando a interação (não integração) das duas vertentes clínicas existentes à época, que se propunham a fazer um trabalho alicerçado nos conceitos, nas metodologias e nos dados das teorias da aprendizagem. Coloco teorias no plural, mas tal pluralidade não era completamente consciente. Pelo menos, não o era para nós! Parecia que a adoção de um modelo de aprendizagem (qualquer que fosse) em oposição aos modelos psicodinâmicos então dominantes nos consultórios psicoterapêuticos, bastava para criar uma uniformidade conceitual e prática.

Estávamos no início da década de 60. Desenvolvia-se nos EUA dois movimentos paralelos que atuavam na área clínica. Eram muito diferentes, mas os unia a adesão comum à aprendizagem. Hoje tal simplificação – que aproximava duas propostas bastante diversas – pode parecer ingênua; não era naquele tempo. No Brasil o acesso ao conhecimento era extremamente limitado. A aquisição de livros e revistas especializadas era restrita, a importação de publicações era dificultada e tomávamos conhecimento do que vinha sendo publicado nos EUA com anos de atraso. Quais eram, então, os dois movimentos? A *Terapia Comportamental*, identificada como *clássica*, a qual teve origem e se sistematizou com os trabalhos de Eysenck (1960), Wolpe (1958),

Lazarus (1972), Wolpe (1973), Yates (1970), entre outros; e a *Modificação de Comportamento*, que teve origem a partir dos trabalhos de Skinner e que se definiu como uma prática clínica fundamentada na Análise de Comportamento operante. Os trabalhos pioneiros sob esta denominação abrangente podem ser encontrados em coletâneas, tais como as organizadas por Ullmann e Krasner (1965) e Ulrich, Stanich e Mabry (1966 e 1970). Eram dois movimentos independentes que surgiram na década de 50 nos Estados Unidos e coexistiam com o objetivo de influenciar comportamentos das pessoas com base em conceitos (ou teorias) da aprendizagem. Cada qual se diferenciava pelos pressupostos, metodologia, procedimentos e paternidade conceitual.

Por um lado o modelo externalista operante de Skinner; por outro o modelo internalista respondente de Pavlov, Sherrington, Hull. O primeiro descartava causas internas; o segundo atribuía funções conceituais hipotéticas ao sistema nervoso central que eram formuladas teoricamente, indo além de observações e manipulações empíricas (por ex., o conceito de inibição recíproca). As filiações filosóficas e metodológicas, ainda que disso não se tivesse ciência à época, propunham diferenças na concepção da tarefa do terapeuta: a visão operante, skinneriana, externalista dava preferência para *construir* repertório, enquanto a visão da terapia comportamental clássica visava a *eliminar* os problemas expostos nas queixas (fobias, ansiedade, rituais compulsivos etc.), conforme anotou Vandenberghe (2011, p. 36). Assim, o enfraquecimento de um repertório operante indesejado não devia ser alcançado através da punição, mas através de instalação e ampliação de repertórios comportamentais incompatíveis com o indesejado. (É interessante constatar que a *terceira onda*, de forma análoga no que tange a objetivos – não a técnicas terapêuticas – também se propõe uma abordagem construcional de repertório). “O terapeuta internalista”, completa Vandenberghe (2011, pp.36-37), “que busca as causas do problema dentro do cliente, quer identificar os processos patológicos a serem tratados para eliminar o transtorno [adota o modelo médico]. Já o terapeuta externalista precisará ajudar o cliente a construir novas maneiras de lidar com o ambiente, mais adequadas que os comportamentos até então adotados [adota o modelo psicológico de aprendizagem]”.

O primeiro modelo (operante) se desenvolvia com pessoas com desenvolvimento atípico (deficientes, autistas etc.) e com adultos institucionalizados (doentes psiquiátricos crônicos). Parecia que esta era a única possível contribuição dos procedimentos operantes para auxiliar pessoas a se desenvolverem e para mitigar seus sofrimentos. Pouco parecia ser capaz de oferecer para pessoas como nós... aquelas que tipicamente procuram ajuda nos consultórios psicológicos. (Estudos com humanos “normais” eram desenvolvidos como pesquisas experimentais; não como trabalhos com preocupações clínicas).

O segundo modelo (sistema nervoso conceitual), liderado por Wolpe e Eysenck (para citar dois dos mais renomados), voltava-se para preocupações tipicamente clínicas de consultório. Não é de estranhar que fossem ambos psiquiatras. Wolpe, por exemplo, desenvolveu linhas de pesquisa que resultaram em procedimentos terapêuticos, praticáveis em consultório, sobejamente conhecidos para lidar com ansiedade e suas manifestações: a dessensibilização sistemática e o treino de assertividade. Ambos pressupunham a eliciação da inibição recíproca (conceito originário de Sherrington) como mecanismo explicativo subjacente ao sucesso das técnicas de Wolpe.

O primeiro grupo chamava sua atividade de *Modificação de Comportamento*. É interessante observar que o modelo operante denominava sua atuação prática como *Modificação de Comportamento* (a ênfase estava no produto do processo de intervenção) e não *análise comportamental* (em que a tônica estaria no processo de análise funcional dos fenômenos comportamentais de interesse) e nem *manejo de contingências de reforçamento* (com ênfase no instrumento de intervenção que produz a mudança). Estávamos, de fato, no início! Na *terapia comportamental operante* (cunho esta expressão para destacar que se trata de atuação terapêutica sob o modelo operante skinneriano), segundo Vandenberghe (2011, p.37): “O material central da terapia é então como o cliente age sobre seu mundo e como os efeitos dessas ações afetam o cliente. Por esse motivo, a tríplice contingência é a ferramenta conceitual predileta dos terapeutas comportamentais brasileiros (Guilhardi, 2004). Essa ferramenta tende a direcionar o terapeuta para identificar onde está faltando o reforço positivo, quais repertórios devem ser fortalecidos etc. Assim, um viés a favor da construção parece inerente à própria ideologia skinneriana.” Outra característica da terapia comportamental operante é a ênfase na análise funcional. Conforme apresentada por Vandenberghe (2011, pp. 37 e 38):

“Os procedimentos e os passos de antigamente deram lugar a um processo flexível, no qual o raciocínio clínico fica evidente. Podemos resumir a contribuição da terapia analítico-comportamental [e Terapia por Contingências de Reforçamento] em duas dicotomias: menos passos e mais processo; menos ênfase sobre técnicas e mais sobre princípios... Assim, a terapia comportamental [operante] contemporânea não pode ser definida por técnicas características. Digamos que ela não possui técnicas, como a terapia comportamental clínica (com técnicas típicas, incluindo dessensibilização sistemática e exposição gradual) ou a terapia cognitivo-comportamental (com o diálogo socrático, a seta descendente etc.). A terapia comportamental [operante] brasileira se caracteriza pelo papel central da análise funcional como princípio na sua prática clínica e pela referência a processos de aprendizagem, como explanação do que ocorre no tratamento... Similarmente, a *terceira onda* também não se define por algum tipo de procedimento padronizado... [o processo terapêutico] apontará informações diferentes para cada caso e inconstantes no decorrer do processo, e não um conjunto de passos predeterminado”.

O segundo grupo denominava sua atividade *Terapia Comportamental* (clássica). Desconhecia o conceito de análise funcional e não usava contingências de reforçamento como instrumento de trabalho. O enfoque do tratamento não estava no construir repertório, mas na eliminação do problema (por ex., remoção da ansiedade). As técnicas eram padronizadas e predeterminadas para cada problema-queixa, permitindo tão somente adaptações menores às características particulares do cliente, desde que não alterassem os padrões fundamentais da técnica. Não se pense que, à época, tais diferenças tão discrepantes, entre as duas correntes de aplicação, eram reconhecidas!

Assim, os dois termos caminharam paralelamente por numerosos anos e as práticas decorrentes dos dois modelos se misturavam. Tal confusão, porém, não ocorreu apenas entre nós – Ullmann e Krasner (1965) os organizadores do livro que intitularam *Case Studies in Behavior Modification*, selecionaram entre 50 artigos, pelo menos 12 que usaram conceitos e técnicas da Terapia Comportamental. Adicionalmente, no Prefácio (p. V) escreveram: “As fontes mais próximas daquilo que tínhamos em mente foram dois livros excelentes que serão frequentemente mencionados no conteúdo que se segue: o livro de Wolpe (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition* e a antologia

organizada por Eysenck (1960) *Behavior Therapy and the neuroses*". Tais aproximações eram naturais à época. Como afirmou Skinner (1953, p.9): "Teorias afetam práticas. Uma concepção científica do comportamento humano dita uma prática, uma filosofia de liberdade pessoal determina outra. Confusão na teoria significa confusão na prática." Sim, estávamos um pouco confusos. Aos poucos o termo *Modificação de Comportamento* foi se esvaindo, mais por razões espúrias do que por razões conceituais, perdeu relevância e só permanece como registro histórico. Os profissionais que permaneceram na prática na clínica, mantendo sua adesão com a aprendizagem, passaram a se denominar indistintamente terapeutas comportamentais, embora houvesse claras distinções conceituais, epistemológicas, metodológicas, de linguagem e de procedimentos terapêuticos entre as duas propostas. Tais distinções progressivamente foram se tornando claras, como se pode confirmar examinando os artigos publicados nos dois volumes denominados *Control of Human Behavior*, organizados por Ulrich, Stachnik e Mabry (1965 e 1970), nos quais todos os estudos (são cerca de 97 ao todo) foram conduzidos sob a denominação, conceituação e procedimentos operantes. No primeiro volume os organizadores anotaram no Prefácio: "O propósito deste livro é tornar disponível um volume de leituras que apresente uma ampla gama de contribuições para o controle do comportamento humano. Chegou o tempo em que todos aqueles que procuram modificar comportamento humano possam se beneficiar do conhecimento dos princípios de comportamento derivados da análise experimental." Escreveram no Prefácio do segundo volume: "O propósito deste volume é explorar e documentar o impacto da análise experimental do comportamento em sua aplicação no homem, particularmente em relação aos conceitos de prevenção e cura."

Os críticos que diziam – dentro do grupo operante – que o modelo germinado na análise experimental do comportamento não era apropriado para a atuação clínica em consultório tiveram razão até aquele momento e por anos que se seguiram. Hopkins (1970) escreveu um artigo a respeito dos primeiros anos da utilização da Modificação do Comportamento em hospitais psiquiátricos com pacientes crônicos denominado "Os primeiros vinte anos são os mais difíceis..." Se era difícil trabalhar com pessoas institucionalizadas, alterando comportamentos públicos, num ambiente controlado, ou seja, em condições que compunham o território arável da aplicação de técnicas operantes, então o que dizer da aplicação feita no ambiente clínico tradicional com pessoas que tipicamente procuram ajuda terapêutica, com queixas em ambientes tão remotamente enquadrados nos contextos preferidos para a aplicação dos procedimentos operantes? Quantas diferenças! Mas não eram percebidas... Como consequência os modificadores de comportamento (ou terapeutas comportamentais?) no Brasil passaram a se comportar sob controle das duas propostas disponíveis: para certos comportamentos-problema e com determinados indivíduos a abordagem operante se impunha; para outros, o modelo da Terapia Comportamental oferecia a atuação de escolha. Que confusão!

Importante novidade foi a publicação em 1968 da revista *Journal of Applied Behavior Analysis*, análoga a sua versão mais velha *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, que oferecia o termo *Análise Aplicada* (em oposição a *Experimental*) do Comportamento para identificar as aplicações analítico-comportamentais. Tal termo nunca chegou a se popularizar, mas definiu território e modo de atuação. Um artigo clássico de Baer, Wolf e Risley (1968) expunha as características essenciais de um

trabalho em Análise Aplicada de Comportamento. Foi um avanço notável do ponto de vista conceitual, de organização do conhecimento disponível, de caracterização da prática do profissional operante em atividades aplicadas. A revista iniciou a publicação de trabalhos aplicados; apresentando o pouco que era possível fazer, em particular nos consultórios. Era, de fato, muito pouco para a clínica, mas aconteceu um fenômeno importante: quebrou-se a barreira que dificultava a eclosão formal de uma área de atuação aplicada, até então envolta em limitações, proibições, suspeitas e descrédito. Mas a partir desta data as diferenças se tornaram claras. Sabíamos que os dois movimentos tinham identidades próprias. Mais diferenças que semelhanças!

Foi a semente da Terapia Analítico-Comportamental e da Terapia por Contingências de Reforçamento, que viriam a germinar e ganhar contornos brasileiros – dotadas de características próprias – a partir de uma origem comum. São irmãs gêmeas, não univitelinas.

Aí está sintetizada, do meu ponto de vista, a primeira onda da Análise Aplicada do Comportamento no Brasil. Não coincide, em importantes aspectos, com a primeira onda delineada por Hayes e outros, que excluíram (ou minimizaram) a *Modificação de Comportamento* como parte ativa e significativa do movimento inicial. Uma possível explicação é de natureza histórica, geográfica e cultural. No Brasil a terapia comportamental começou de forma pontual, com uma única clínica do comportamento, comprometida explicitamente com o modelo operante (pelo menos, a isso se propunha). Seus componentes na época eram os únicos modificadores – terapeutas – de comportamento brasileiros. Recém formados, inexperientes na atuação clínica, mas com sólida formação em Análise do Comportamento, dentro do referencial operante e sem nenhuma noção do que era o Behaviorismo Radical. Tal clínica era única e não tinha equivalente nos EUA. *Nascemos sem paternidade institucional!*

A pré-história da terapia comportamental operante no Brasil (seria mais preciso nomeá-la de Modificação de Comportamento) começou com a vinda do professor Keller para a USP em 1961. Seguiu-se a criação do Curso de Psicologia em Brasília, sob o modelo da Análise do Comportamento. Um sonho que se desmoronou, após curto período, com a demissão coletiva dos professores em 1965. O projeto de Brasília era abrangente e de longo prazo. Envolveria uma sólida formação em pesquisa dos alunos mais avançados do 1º Curso de Psicologia do Brasil (USP). Contemplava inovação nos métodos de ensino, formação sistemática dos nossos alunos nos centros mais avançados de Análise do Comportamento nos EUA. O que mais viria? Somente a concretização dos sonhos programados poderia dizer...

A catástrofe institucional na UnB interrompeu bruscamente planos e formação. Os professores mais qualificados voltaram para suas Universidades e Faculdades de origem (Carolina Bori, Rodolpho Azzi entre outros); os alunos que estavam nos EUA lá permaneceram completando sua formação (Maria Amélia Matos, João Claudio Todorov, entre outros) e os demais se distribuíram – qual uma diáspora – por diferentes cursos de Psicologia – alguns já existentes e outros em processo de criação.

O projeto Brasília incluía, no início, profundo conhecimento dos princípios fundamentais do comportamento, basicamente método e produtos da ciência do

comportamento. O livro eleito para tal iniciação foi *Princípios de Psicologia* de Keller e Schoenfeld (1950, 1966), um texto criativo que apresentava a Psicologia Geral de maneira inovadora, completamente reformulada sob a perspectiva operante. No Prefácio os autores escreveram: “Este é um novo tipo de introdução à psicologia. É diferente, pois representa pela primeira vez um ponto de vista que começa a guiar o pensamento e a investigação de um grupo ativo de psicólogos neste país. Os membros deste grupo são primordialmente experimentalistas, que trabalham em laboratório e gastam a maior parte do seu tempo com a observação e a medida do comportamento de organismos [...] Estão buscando persistentemente os princípios fundamentais do comportamento” ... (no Prefácio). Os princípios de comportamento foram retomados com o revolucionário texto programado de Holland e Skinner (1961, 1969). O estudo das obras de Skinner fazia parte do avanço da formação da equipe de Brasília. João Cláudio Todorov, com a supervisão de Rodolpho Azzi, procedia à tradução do *Ciência e Comportamento Humano*, que circulava na forma de apostila mimeografada. Não houve tempo de aprofundar as leituras e discussões de Skinner. Pelo menos para aqueles que ficaram no Brasil. Aí se apresenta a primeira importante lacuna no desenvolvimento da plena formação dos analistas comportamentais brasileiros. Pouco do trabalho de Skinner foi estudado; pouco se sabia sobre suas obras para ser ensinado. A formação dos nossos alunos se restringia, em geral, a textos de princípios (Keller-Schoenfeld, Charles Ferster, Mellinson, Mallot-Whaley e Catania) e aos exercícios de laboratório. A fabricação do protótipo brasileiro da caixa de Skinner pelo Dr. Mario Guidi facilitou a expansão dos laboratórios operantes por razões espúrias: equipamento barato, nacional e que convenientemente, atendia a exigência do MEC para os Cursos de Psicologia, os quais para serem reconhecidos formalmente, precisavam ter laboratório experimental.

Nossa formação foi mutilada. O grande excluído foi Skinner. A maior vítima: a nossa formação. Fizemos o melhor com o que tínhamos. A USP, com a volta de Maria Amélia Matos, iniciou seu Curso de Psicologia Experimental em 1970. O foco era formar pesquisadores com atitudes e metodologia delineadas pela Ciência do Comportamento. Melhores pesquisadores; não melhores aplicadores...

Enquanto isso...

Estávamos – nós da clínica – atordoados em busca de um modelo. Lentamente, muito lentamente as técnicas da Terapia Comportamental (clássica) foram sendo reavaliadas sob a ótica da Análise do Comportamento. A fusão – que nunca foi completa – começou se desfazer. O treino assertivo foi conceituado em termos operantes, o termo mentalista “assertividade” foi delegado a segundo plano; a dessensibilização sistemática foi substituída por modelagem, *fading in* dos eventos aversivos e descartou-se o conceito de inibição recíproca...

Tal desenvolvimento foi lento e árduo: muitos terapeutas comportamentais se bandearam para outras abordagens. Era frustrante e assustador insistir no modelo operante; foi mais fácil abandoná-lo. Tínhamos que buscar um caminho sem bússola, embora o barco singrasse com algum suprimento... mas para o que precisávamos o suprimento era escasso. Aos poucos tivemos animador acesso a Skinner, quando ocorreram as publicações dos livros *Contingências de Reforço* e *Sobre o Behaviorismo*.

Eles nos ofereciam a possibilidade de nos recolocar na rota de encontrar o Mestre para *conhecê-lo*, afinal!

A terapia cognitivo-comportamental chegou até nós com os textos de Albert Ellis (1962), que denominava seu modelo clínico *Terapia Racional-Emotiva* e, posteriormente, pelos escritos de Aaron Beck (1976) que cunhou a designação *Terapia Cognitiva*. Nos EUA ganhava corpo a segunda onda. Ela nos impressionou de início. Nova (con) fusão. Mais uma vez, o grupo de clínicos comportamentais se dividiu. Uma parte se encantou com a possibilidade de lidar com idéias irracionais, pensamentos disfuncionais! Por vias conceitualmente tortas acreditavam que estavam avançando na direção dos comportamentos encobertos. Equívoco conceitual, que para outros causou estranheza e desconforto, pois o contexto já era outro. Não havia mais a ingenuidade conceitual dos primeiros tempos. As idéias e os pensamentos sobre o que falavam os cognitivistas não eram conceituados da mesma forma que o Behaviorismo Radical conceituava comportamento encoberto. Atribuía-se a eles função causal, o modelo era mecanicista... Para o Behaviorismo Radical todos os comportamentos – públicos e encobertos – são da mesma natureza: manifestações do organismo, sujeitas às mesmas leis e ... comportamento não causa comportamento (Skinner, 1974). O modelo cognitivista não convenciu os adeptos da terapia comportamental operante, mas os desafiava! Aqueles que se bandearam para o modelo cognitivo, o fizeram por opção, não por desconhecimento. Outros, porém, permaneceram fiéis ao modelo operante. Eram claras, à época, as diferenças entre os dois modelos. Tais diferenças podem ser reconhecidas com clareza em texto recente (O'Brien, 2008, pp.153-154):

“Os primeiros behavioristas adotaram a parcimônia e a continuidade através das espécies. A explicação mais simples que dê conta de todos os fatos é a melhor explicação. Se uma teoria der conta de um comportamento que foi observado em muitas espécies diferentes, tal teoria é preferível em relação a aquela que requer explicações específicas da espécie. [...]

“A teoria dos dois fatores da aprendizagem de esquiva de Mowrer (1939) é uma descrição parcimoniosa da ansiedade e esquiva. Veja-se um exemplo: Bob ficou preso num elevador. Antes de tal experiência, elevador não eliciava ansiedade, mas ter ficado preso foi um estímulo incondicionado para a resposta incondicionada de ansiedade. Ao emparelhar o elevador com ficar preso, aquele se tornou um estímulo condicionado para a ansiedade. Bob aprendeu a se esquivar de elevadores porque dessa forma reduzia sua ansiedade. Tal explicação é totalmente parcimoniosa para o desenvolvimento de medo de elevador. Daí decorre o que precisa ser feito para tratá-lo: expor Bob a elevadores e evitar a resposta de esquiva, de tal maneira que ele aprenda que não há nada a temer, ou seja, o medo entra em extinção. Esta explicação é simples e completa. [...]

“Compare-se com a explicação de Beck (1996, pp. 3-4), exposta ao longo de quase duas páginas de explicação cognitiva do mesmo fenômeno, parcialmente apresentada em seguida: ‘A sucessão dos eventos pode ser analisada como se segue. Inicialmente, enquanto Bob se aproxima do prédio, seu esquema de *orientação* sinaliza que há um perigo adiante. O sinal é suficiente para ativar todos os sistemas do *modo*: o *sistema afetivo*, o qual gera rapidamente aumento nos níveis de ansiedade; o *sistema motivacional*, que expressa uma crescente intensidade do impulso para fugir e o *sistema fisiológico*, aquele que produz um aumento na frequência de batimentos cardíacos, um enrijecimento dos músculos do peito, uma redução na pressão sanguínea, o que resulta numa sensação de desmaio e contrações no abdômen’ Isso tudo resulta em medo de morte, de perder o controle e em mortificação, começando num nível pré-consciente. Tais constructos internos obscurecem as variáveis controladoras identificadas na teoria de dois fatores e dependem da descrição verbal, o que

elimina análises entre espécies. Após 6 horas naquele elevador, muitas espécies diferentes mostrariam respostas de medo quando fossem colocadas ali de volta. É improvável que fossem seus *esquemas* ou *modo* de perder o controle, os produtores de grunhidos no elevador. [...] As evidências sugerem que envolvimento cognitivo consciente não é necessário para o condicionamento emocional.”

A terapia comportamental operante não assimilou a segunda onda... Dela se beneficiou para avanços! Assim, a segunda onda americana funcionou como poderosa influência para os analistas de comportamento (ou melhor denominados terapeutas comportamentais operantes) buscarem em Skinner alternativa conceitual para incorporar a compreensão dos caminhos abertos pela TCC. Começamos a falar em conceitos até aquele momento adormecidos: controle do comportamento por regras e autorregras... Ou seja, a TCC foi uma poderosa operação motivacional que nos levou a redescobrir o *Verbal Behavior* (1957, 1978) de Skinner. Embora tal livro já tivesse sido (pobremente) traduzido, era desdenhado. Considerado um texto especulativo, desligado da pesquisa, era tido como uma obra menor de Skinner. A partir do momento em que passou a ser seriamente estudado ganhou novo status. Merecia ser estudado com seriedade. E assim foi! Pela primeira vez entre nós, a terapia de consultório baseada em interações pelas palavras adquiriu status operante. Falar é comportar-se. Ouvir é comportar-se. Bendito *Verbal Behavior*! Aos poucos ele catalisou interesse por pesquisa na área verbal e foi tamanho o desenvolvimento que justificou a criação de uma revista especializada, denominada *Journal of Verbal Behavior*. Puxa, estou falando do futuro. No momento em que vivíamos, tal futuro ainda era nebuloso. Estávamos vários anos para trás de tal desenvolvimento. Mas praticávamos o modelo operante dentro do consultório. Não conversávamos com os clientes; emitíamos comportamento verbal... Comportamentos governados por regras; comportamentos selecionados pelas consequências!

Neste ponto iniciou-se no Brasil, do meu ponto de vista, a segunda onda da Terapia Comportamental (operante), que se definiu pela retomada do estudo sistemático de Skinner, basicamente a partir de leituras dos livros *Verbal Behavior* (1957), *Contingencies of Reinforcement* (1969) e *About Behaviorism* (1974). Com tudo isso, afinal Skinner foi (re)descoberto e levado para a intimidade do consultório clínico, um ambiente pouco familiar a ele até então. Skinner nos proporcionou uma visão sistemática da concepção de Homem formulada pelo *Behaviorismo Radical*. Devemos agradecer à segunda onda americana a germinação da segunda onda da terapia comportamental operante no Brasil. Vandenberghe (2011, p. 36) escreveu: “No Brasil, a sequência foi diferente [daquela que ocorreu nos Estados Unidos]. A terapia cognitivo-comportamental se tornou uma força importante, quando a terapia comportamental de cunho behaviorista radical já estava bem desenvolvida. Eis mais um motivo para se perguntar se há algum sentido em falar de *terceira onda* no Brasil.” Minha resposta a tal pergunta é enfática: não há sentido. No entanto, não obstante a terapia cognitivo-comportamental ter vindo depois de uma terapia operante “bem desenvolvida” no Brasil, ela contribuiu para influenciar e alavancar novos desenvolvimentos. A TCC chegou ao Brasil e encontrou uma sólida atuação em clínica de acordo com o modelo operante. Faltavam, porém, conceitos operantes que dessem respostas a questões próprias do contexto terapêutico (os clientes, afinal, falavam sobre suas idéias, pensamentos, crenças, fantasias etc.), as quais por ali esvoaçavam sem serem satisfatoriamente explicadas. O desenvolvimento operante solidificado impediu a contaminação do ambiente clínico pelo modelo cognitivo. Antepôs a ele uma barreira.

Por outro lado, se sentiu impelido a dar uma resposta comportamental ao desafio cognitivista, sem abandonar pressupostos filosóficos e metodológicos da Ciência do Comportamento, sem macular os conceitos comportamentais com dualismo duvidoso, sem reintroduzir o modelo explicativo mecanicista, há muito abandonado por Skinner em favor do modelo de seleção do comportamento pelas consequências. Um novo fato *não muda* a Ciência, a fim de explicá-lo; a *desafia* para explicá-lo. A Ciência do Comportamento estava exposta a desafios, portanto!

O processo de se desligar da influência cognitivo-comportamental se completou para um grupo de terapeutas; outros lá se filiaram e promoveram importante desenvolvimento da área cognitiva, criando, inclusive, associações profissionais próprias. A TCC captou novos adeptos, a maior parte dos quais sem tradição operante na sua formação – a maioria psiquiatras – que por sua vez influenciaram a adesão de psicólogos. A adesão de tal novo contingente de profissionais se fez de maneira não crítica, pois estavam privados da influência da Ciência do Comportamento e do Behaviorismo Radical. Os terapeutas cognitivos comportamentais nunca foram operantes. Formam, como tal, um contingente de profissionais que aplicam e desenvolvem uma proposta terapêutica que *não é variação do modelo operante*; é uma *outra* proposta: é dualista, mecanicista, tecnicista e atribui a comportamentos e sentimentos função causal. A segunda onda norte americana dividiu os terapeutas comportamentais no Brasil e, por um lado, deu origem ao grupo de terapeutas cognitivo-comportamentais, enquanto catalisou, por outro lado, novos desenvolvimentos da terapia comportamental operante. Assim, a TCC desafiou os terapeutas operantes a compreender e a conceituar dentro do modelo skinneriano o objeto de estudo cognitivo: como a terapia comportamental operante conceituava pensamentos, crenças e idéias irracionais? Tinham eles a mesma função que lhes atribuía a TCC? etc. Fazia-se necessária a ampliação das possibilidades clínicas do modelo operante sem perda de identidade. Ao buscar e propor respostas conceitualmente coerentes e tecnicamente eficientes para aquelas questões, os terapeutas comportamentais operantes demonstraram evolução conceitual e tecnológica. Os órfãos do passado passaram, através de tal processo progressivo de amadurecimento profissional, a ser pais de nova geração de profissionais. Pode-se afirmar que temos no Brasil um modelo de atuação clínica próprio. Não se conhecem semelhantes. Embora a interação com os desenvolvimentos que ocorrem nos EUA se mantenham, os processos lá e cá preservam identidades próprias. Bem, até certo ponto... temos importado mais do que se faz necessário!

O que se apresentou até aqui pode ser assim resumido:

- Pouco se conhecia de Skinner. Foi pouco lido, muito pouco compreendido. O descaminho começou com a crise de Brasília. Tal desconhecimento atrasou o desenvolvimento da terapia comportamental operante brasileira.
- O potencial da Análise do Comportamento, do Behaviorismo Radical, dos procedimentos e dados da Ciência do Comportamento estão longe de ter se esgotado.
- É melhor prática científica insistir numa revisão, compreensão e crítica de uma abordagem a partir de dentro do próprio sistema (isto é, desenvolvida pelos seus

adeptos) do que buscar outros referenciais teóricos e outras práticas clínicas, os quais não têm acolhimento dentro do referencial conceitual operante.

- A proposta behaviorista pertence à Ciência natural. Ela se desenvolve e amplia seu escopo ao incorporar novos fatos, sem abrir mão dos pressupostos filosóficos, dos conceitos, linguagem e método científico que a caracterizam. O surgimento de novos dados ou de desafios não enfraquece a Ciência, mas a desafia a explicá-los.

A *terceira onda* das terapias comportamentais que surgiu nos EUA tem algo em comum com as anteriores, inclusive com a terapia comportamental operante. Tem também muitas diferenças. Sua linguagem se afastou do vocabulário operante (o que dificulta compreensão recíproca); sua prática é exposta sem a devida descrição tecnológica (um dos critérios definidores fundamentais da Análise Aplicada do Comportamento) o que impossibilita a replicação sistemática dos procedimentos psicoterapêuticos; os fenômenos comportamentais que ocorrem no processo terapêutico não se inserem num referencial conceitual da análise do comportamento (outro critério definidor fundamental da Análise Aplicada do Comportamento). Concluo, então, que a *terceira onda* é *outra* onda. É um desvio com rota própria. Com certeza não é um avanço da Análise Aplicada do Comportamento e não se coloca como membro da terapia comportamental operante.

Reservo à *terceira onda* o mesmo papel que, neste meu ensaio, atribuí a segunda onda. Ela tem a função de operação motivacional para novos avanços na compreensão do Behaviorismo Radical e desenvolvimento da Ciência do Comportamento. Que tal definir de forma comportamental *mindfulness*? Como compreendê-la à luz das contingências de reforçamento? Qual é seu papel na alteração dos comportamentos do cliente: ela é causa ou é causada? Sua função é explicar ou precisa ser ela própria explicada? A adoção da técnica de *mindfulness* na *terceira onda* merece o *mesmo tratamento conceitual* que as técnicas de *dessensibilização sistemática* e *treino de assertividade*, proposta para combater a ansiedade na terapia comportamental clássica da primeira onda, conforme proposta por Wolpe (1958). Assim, compete ao terapeuta esclarecer em relação ao uso do treino de respostas assertivas, por exemplo, porque o desenvolvimento da “assertividade” tinha a propriedade de reduzir a ansiedade, em particular aquela despertada nas interações sociais? Wolpe definia assertividade como a emissão de determinadas classes de respostas em interações sociais e saltava para a conclusão de que sendo assertiva a pessoa produzia alívio na ansiedade, porém não explicitava sua função causal num contexto conceitual comportamental! Guilhardi (1983, 2002, 2012), ao expor que a assertividade é um conceito mentalista, propôs que deveria ser substituída por um enunciado comportamental. Assim a definiu: emissão de comportamentos em interações sociais que produzem reforços positivos para si mesmo (e, se possível, para o outro) e emissão de comportamentos que reduzem, eliminam ou pospõem eventos aversivos para si (e, se possível para o outro), manejando contingências de reforçamento amenas com o cuidado de não alterar as consequências às custas do outro. Trata-se de definição compatível com a análise do comportamento: substitui o termo “assertividade” por repertório de comportamentos (os quais podem ser qualificados como assertivos) da pessoa; apresenta dois procedimentos que ampliam o repertório comportamental, quais sejam reforçamento positivo e negativo; propõe que reforçamento positivo produz sentimentos positivos, incompatíveis com a ansiedade,

enquanto reforçamento negativo produz sentimentos de alívio que substituem a ansiedade. Fica assim exposto o mecanismo comportamental que modifica a ansiedade. Dentro de um modelo que adota a análise funcional do comportamento, não basta propor a instalação de um repertório de comportamentos assertivos para reduzir ansiedade. É necessário explicitar porque a instalação do repertório assertivo produz tal redução. Da mesma maneira, não basta propor ao cliente que pratique *mindfulness*. É necessário demonstrar a função que tal prática tem na mudança do sofrimento da pessoa em *termos comportamentais*. A *terceira onda* não nos oferece, por ora, tal contribuição! É muito esclarecedor ler o cap. 7 do livro de Bandura (1969, pp. 424-500), no qual ele apresenta estudos experimentais sistemáticos que analisam as funções dos componentes da técnica de dessensibilização sistemática criada e desenvolvida por Wolpe (1958). Será surpreendente constatar como o controle experimental das variáveis consegue demonstrar que o conhecimento se estende para além dos desejos do experimentador. (Não cabe no presente texto apresentar detalhes do capítulo e, como tal, sugiro sua leitura para os interessados).

Aqueles terapeutas que não subscrevem o modelo operante, que não se definem como analistas do comportamento, que não adotam o Behaviorismo Radical, e que não trabalham com contingências de reforçamento, podem adotar pressupostos filosóficos, conceitos, linguagem e técnicas da *terceira onda* e não há razões para avaliar, nem comentar sua devoção e prática. Por outro lado, aqueles que se dizem comprometidos com o modelo operante e com tudo que o define podem ser subdivididos em três grupos. O grupo que adota de forma acolhedora as terapias de *terceira onda*, é frugal no conhecimento do modelo; volúvel no seu compromisso conceitual e ideológico; e abre portas para o ecletismo conceitual e técnico o que, para dizer pouco, é uma lástima! Outro grupo ignora os desenvolvimentos das terapias de *terceira onda* e perde a oportunidade de se envolver com a operação motivacional e os abundantes SDs provenientes dela para se engajar num processo sadio de ampliação da proposta comportamental consistente com o modelo operante: deixa de incorporar problemas e de propor soluções. O terceiro grupo incorpora o que o segundo deixou de lado. Acata questões e dúvidas e as traz para seu seio e se desenvolve sem abandonar a proposta filosófica, conceitual, experimental e de linguagem do modelo operante como um todo, e desta forma o enriquece. Assim fizeram a Física, a Biologia, a Química – as ciências naturais, enfim. O mesmo caminho de crescimento do conhecimento sobre o comportamento proponho para a Ciência do Comportamento e para a Terapia Comportamental operante. É claro que a *mindfulness* pode permanecer onde está – dentro da proposta da *terceira onda* – mas se há pretensão de colocá-la como parte do processo de desenvolvimento da terapia comportamental operante, então tal acomodação é inaceitável.

Conclui-se que a *terceira onda*, detectada nos EUA, agrupa propostas terapêuticas que não têm a ver com o modelo operante. São abordagens que não compartilham, sistematicamente, da filosofia, conceitos, procedimentos e termos do modelo terapêutico operante. Como tal, são *outras* abordagens que merecem respeito – como muitas outras –, mas que não são *continuidade* e *nem avanço* da proposta operante. São outra coisa, o que não lhes tira possíveis méritos. E se, em algum nível, ajudam na compreensão e na melhor vida dos seres humanos que sejam bem vindas. Mas, não como *terceira onda* da terapia comportamental operante. Acredito que o modelo operante não deveria se

preocupar em influenciá-las. Elas têm enveredado por caminhos próprios. O modelo operante poderia se deixar influenciar – sem perder identidade – pelas preocupações e propostas técnicas da *terceira onda* de maneira bem caracterizada. Usá-las para se desenvolver; não se preocupar em criticá-las; e não adotá-las sem adequado enquadramento conceitual. Afinal, conforme já exposto, a Ciência busca regularidades, não diferenças... Vandenberghe (2006) mostrou como tal preocupação pode promover aproximações, mais do que oposições:

“À primeira vista, as terapias pertencentes à segunda onda são as menos compatíveis com *mindfulness*. Na terapia cognitivo-comportamental tradicional, a saúde mental é fortemente identificada com o que é racional. Enquanto as práticas de *mindfulness* promovem uma mudança geral na maneira de lidar com eventos privados, Beck (1995) e Ellis (1974) ensinam a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O cliente aprende a observar e identificar os pensamentos depressogênicos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém, como apontam Segal, Teasdale e Williams (2004), há um aspecto de *mindfulness* que já estava implicitamente presente nestas terapias desde o advento da segunda onda. Participando do trabalho de reestruturação cognitiva, o cliente logo aprende que o que pensa sobre si mesmo não é a representação correta da realidade. Aprende no processo que mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que os conteúdos dos seus pensamentos, longe de serem informações objetivas e confiáveis, são produções subjetivas dele próprio. Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos. Como resultado de identificar repetidamente pensamentos, crenças e distorções e tomar uma atitude crítica em relação a estes, o cliente pode realizar uma mudança geral em sua perspectiva para com os eventos cognitivos. Ao invés de vê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba vendo-os como eventos internos que não possuem necessariamente valor literal. É possível que esta similaridade no nível prático (apesar da inovação teórica) tenha facilitado a rápida absorção de *mindfulness* na tradição cognitivo-comportamental.” Quem sabe – como ocorreu com a segunda onda americana, que contribuiu positivamente para a segunda onda operante brasileira – também o modelo clínico operante possa ser estimulado a novos avanços. Por ora, prefiro me manter cauteloso a respeito das “contribuições” da *terceira onda* e acatar a prudência de Salzinger (2003, p.7) que, ao comentar o livro de Hayes *et al.* (2001) escreveu: “Há muitas palavras e sentenças e relações e idéias interessantes neste livro. Muitas delas são familiares, especialmente depois de relê-las várias vezes. Muitas delas são novas, mas principalmente na primeira leitura; algumas delas são provocativas, não porque são novas, mas porque se diz que são novas e revolucionárias e tem-se que batalhar muito para avançar nelas.”

Concluo com a adoção das palavras de Vandenberghe (2011, p.39):

“A terapia analítico-comportamental [e a Terapia por Contingências de Reforçamento, acrescido] dificilmente pode ser considerada uma integrante da *terceira onda* [americana]. Isso porque o termo *terceira onda* se refere a uma forma de psicoterapia que se desenvolveu após a terapia cognitivo-comportamental e se propõe como uma versão filosoficamente diferente e metodologicamente melhorada da mesma. Por outro lado, a terapia analítico-comportamental [e Terapia por Contingências de Reforçamento] se desenvolveu no Brasil no seio da análise do comportamento, sem estar historicamente endividada com a terapia cognitivo-comportamental.”

Acrescento que as contribuições e crescimento da terapia comportamental operante justificam sua consistente adesão ao modelo operante, sem se omitir de apresentar variabilidades. Afinal, se o modelo é o da seleção pelas consequências, variabilidade deve ser praticada e não temida!

CONCLUSÕES

1. Não se pode falar de uma *terceira onda*, como continuidade de um processo, pelo menos no Brasil, quando os procedimentos terapêuticos não são descritos de forma tecnológica e a linguagem conceitual – o uso dos termos – não é comum. Logo, é melhor falar em *outras* abordagens e não em variações de abordagem e como decorrência, também é melhor evitar apontar abordagens mais avançadas, mais eficientes etc.
2. É *melhor atitude em Ciência* buscar regularidades e semelhanças e não diferenças. Uma abordagem cresce e se desenvolve quando é criticada a partir de si mesma, sensível a cada palavra que possa trazer alguma contribuição, levando a extremos sua potencialidade conceitual e tecnológica e não descartando *a priori* potencialidades não exploradas. O profissional se engrandece como cientista quando contribui para o avanço de sua abordagem e não quando dela se afasta, propondo atalhos ou desvios que distraem a atenção do foco essencial do cientista, qual seja a obstinação pelo enunciado de leis.
3. A cronologia e a discussão que autores americanos, em particular Hayes propõem como etapas do desenvolvimento das terapias comportamentais nos EUA, não se aplica à realidade brasileira. O equívoco está em tentar transpor tal categorização para cá. Não se invalida, porém, a sistematização desde que contextualizada. Não considero tal classificação a melhor contribuição para a compreensão do desenvolvimento das terapias comportamentais, embora tenha alguma validade. Haja vista o que aqui estamos discutindo e sobre o que estamos refletindo! Seria mais relevante mostrar mudanças *dentro* do processo – é uma outra maneira que encontro para retomar que o importante é buscar e demonstrar regularidades – não diferenças – integrando-as, de maneira a permitir avanços e enriquecer a abordagem. Acredito que aquilo que vem ocorrendo na terapia comportamental operante no Brasil está mais próximo de tal objetivo. A frase de O'Brien (2008, p.153) é um exemplo coerente sobre a busca de regularidade e de integração do conhecimento: “O que teria acontecido à CBT (Terapia Cognitiva Comportamental) se a segunda onda tivesse precedido a primeira? No fim dos anos 60, os behavioristas tinham empregado com sucesso modelos e métodos derivados da aprendizagem animal para o tratamento de uma ampla gama de problemas psicológicos. Alcançaram tal sucesso evitando rótulos do DSM e documentando-o com a mensuração direta do comportamento de interesse ao invés de usar testes de lápis e papel. Tais resultados foram produzidos sem o desenvolvimento de um único esquema, nem sequer debatendo um único pensamento irracional. [...] Técnicas cognitivas foram inicialmente descritas como complementos (*adjuncts*) às abordagens comportamentais eficazes. Se as abordagens comportamentais não estivessem disponíveis quando Ellis e Beck introduziram suas teorias cognitivas, nós chegaríamos a ter Terapia Cognitiva Comportamental?” A conclusão é que ela não teria se desenvolvido.
4. Respeito a proposta e o desenvolvimento da ACT, da DBT e da FAP, mas não as acolho no seio da Terapia Comportamental fundamentada na Análise do

Comportamento. Antes de chamá-las de *terceira onda*, precisamos saber se pertencem à mesma praia. Não estou só nesta posição. Moran (2008, p. 156) anotou: “Antes que usemos nossas navalhas para cortar o supérfluo, deveríamos afiá-las começando por estabelecer de modo cooperativo os princípios básicos provenientes de experimentos de laboratório, desenvolvendo pressupostos filosóficos pragmáticos que se componham com tais princípios básicos e, então se estabeleçam metas psicológicas com precisão, objetivo e profundidade. Não vejo a psicologia ainda lá... Acredito que é sábio para a comunidade da ABCT como um todo encampar o trabalho atual dos laboratórios operantes com humanos e os pontos críticos do contextualismo funcional... Este é um apelo para reconhecer que temos que avançar muito ainda, mas penso que poderemos chegar a nossa nobre missão compartilhada de reduzir o sofrimento humano se colaborarmos e criarmos uma linguagem comum.” Hayes desenvolveu sofisticado sistema dos quadros relacionais, os quais, por sua vez partiram das pesquisas de Sidman sobre relações de equivalências, áreas de pesquisas com forte inserção na análise experimental do comportamento... Correto, mas qual é a relação e qual a continuidade que existe entre os quadros relacionais de Hayes e a ACT? É possível adotar a prática da ACT *sem nenhum conhecimento* do behaviorismo radical e dos princípios fundamentais do comportamento . Há uma lacuna entre os quadros relacionais e a ACT, de tal maneira que a mera *justaposição* de uns e outra não autoriza a relacioná-los funcionalmente! Surpreendente...

5. A comparação entre os resultados de diferentes propostas terapêuticas esbarra na complexidade metodológica enfrentada por tais estudos comparativos, quais sejam os mitos da uniformidade do cliente, da uniformidade dos terapeutas, da uniformidade dos procedimentos. Não se trata, portanto, de gastar tempo comparando desempenhos de maior ou menor sucesso das práticas terapêuticas. “Para tornar produtivo nosso exame das diferentes terapias, os adeptos de cada abordagem deveriam descrever suas atividades críticas com termos da análise de comportamento (*behavior analytic terms*), de tal maneira que todos estejam usando uma linguagem comum”. (Salzinger, 2008, p. 147). Bem, tal exigência é a mínima que se pode fazer para o início do diálogo.
6. É importante manter em foco a seguinte advertência de Leahy (2008, p. 149): “Embora haja inovações e técnicas intrigantes e criativas que são parte das abordagens da *terceira onda*, é necessário reconhecer que os julgamentos de eficácia dos tratamentos e alegações de eficácia dos novos tratamentos devem ser amenizados pelas limitações dos dados. Não há dúvida que seria vantajoso para todos nós se tratamentos novos e eficazes fossem propostos, enriquecendo os terapeutas com mais instrumentos para aliviar o sofrimento humano.”
7. Merecem reflexões as considerações que se seguem de DiGiuseppe (2008, pp.154-155): “Presentemente, grupos que representem cada modelo de terapia comportamental alegam características distintas, que tornam seu modelo único e mais eficaz. Cada terapia propõe diferentes constructos hipotéticos que ela dá a entender que eliciaram comportamento desadaptado. Cada modelo promove pesquisa conectando seus constructos hipotéticos à emoção ou comportamentos

perturbados. Cada grupo propõe uma intervenção psicológica que direciona seus constructos hipotéticos para tratamento e identifica um caminho ou mecanismo para mudança que envolve seus constructos hipotéticos.” Não estaria ele apontando o perigo de desenvolver diferenças, ao invés de buscar semelhanças?

8. Concordo com a frase de Hayes (2008, p. 151): “Muitas coisas ficaram por ser feitas. Numa visão em retrospectiva podemos vê-las claramente. Os processos de mudança não eram claros e, frequentemente, não testados; os componentes responsáveis pelos resultados eram mais senso comum do que provados; e os princípios subjacentes tornaram-se frágeis e menos conectados com a ciência comportamental básica, resultando em teorias que eram difíceis de serem refutadas. O objetivo original de procedimentos empiricamente validados foi mantido, mas a visão original da ciência aplicada translacional ligada a princípios básicos bem estabelecidos foi enfraquecida.” No entanto, ela se aplica igualmente à ACT. Pena que Hayes se exclua de tal avaliação. Por outro lado, não se aplica à Análise Aplicada do Comportamento, na qual a demonstração inequívoca de relações funcionais cientificamente alicerçadas é parte de sua autodefinição (haja vista que desenvolveu procedimentos de controle experimental de sujeito único tais como ABAB e linha de base múltipla, para citar dois exemplos). Curiosamente Hayes não inclui as contribuições da Análise Aplicada do Comportamento como membro legítimo das Terapias Comportamentais. Melhor que assim seja, pois se por um lado há uma estranha e inexplicável omissão, por outro lado a ela sua avaliação não se aplica e, portanto, com ela não comete injustiça!
9. Tivéssemos estudado mais e melhor os achados da Ciência do Comportamento, tivéssemos estudado mais e melhor o Behaviorismo Radical, tivéssemos aplicado mais e melhor as técnicas de influência sobre comportamentos, consistentes com a Análise do Comportamento, tivéssemos apresentado maior e melhor variabilidade comportamental na atuação clínica sob os fundamentos da Ciência (em particular da Ciência do Comportamento), tivéssemos adotado uma concepção de Homem compatível com aquela proposta pelo Behaviorismo Radical, tivéssemos associado de maneira competente os conhecimentos da pesquisa com os da prática clínica não correríamos o risco de nos encantarmos de maneira ingênua com “bezerros de ouro”. Teríamos, isso sim, a partir de desafios e questões advindas das variantes comportamentais, nos motivado (desafios e questões podem ter função de operações motivacionais) para mais estudar e aprofundar as generalizações dos conhecimentos disponíveis. Pouco usamos de todo o potencial – ainda não completamente sistematizado e exposto – da Ciência do Comportamento. *O mais difícil é o mais fácil de ser abandonado ou negligenciado.*

Referências

- Anderson, D. (2008). Introduction to the Special issue. *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº8, 145-147.

- Baer, D., Wolf, M, e Risley, T. (1968). Some current dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 1, 91-97.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. (1995). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford.
- DiGiuseppe, R. (2008). Surfing the waves of Behavior Therapy. *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº 8, 154-155.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1974) *Techniques of disputing irrational beliefs*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Eysenck, H. J. (1960). *Behavior Therapy and the Neuroses*. Oxford: Pergamon Press.
- Guilhardi, H. J. (1983). *Avaliação Fisiológica e Psicológica*. Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Intercâmbio médico-Psicológico, realizado no Rio de Janeiro de 18 a 19 de junho de 1983, promovido pelo Centro de Psicologia Clínica, tendo como tema A Intercessão da Psicologia com a Clínica médica.
- Guilhardi, H. J. (2002). *O Uso de instrumentos padronizados de avaliação comportamental nas sessões de terapia*. Em site www.itrcampinas.com.br
- Guilhardi, H. J. (2012). *Assertividade-inassertividade em um referencial comportamental*. Em site www.itrcampinas.com.br
- Guilhardi, H. J. (2004) *Terapia por Contingências de Reforçamento*. Em C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Ed. Roca, 3- 40.
- Hayes, S. C. (2008). Avoiding the Mistakes of the Past. *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº 8, 150-153.
- Hayes, S. C. Barnes-Holmes, D. e Roche, B. (2001) (Eds.). *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Strosal, K.D. e Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford.

- Holland, J. G. e Skinner, B. F. (1961). *The analysis of behavior*. New York: MacGraw-Hill. Traduzido por Rodolfo Azzi e Carolina M. Bori (1969). *Análise do Comportamento*. São Paulo: Ed. Herder.
- Hopkins, B. L. (1970). The first twenty years are the hardest. Em R. Ulrich, T. Stachnik J e Mabry (Orgs.) *Control of Human Behavior*, vol 1. Scott Foresman: Glenview, Illinois, 358-365.
- Keller, F. S. e Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of Psychology*. New York: Appleton. Traduzido por Carolina M. Bori (1966). *Princípios de Psicologia*. São Paulo: Ed. Herder.
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W. e Parker, C. R. (2002) Clinical Behavior Analysis: where it went wrong, how it was made good, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, vol. 3, issue 3, 248-253
- Kohlenberg, R.J. e Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, A. A. (1972). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Leahy, R. L. (2008). A Closer Look at ACT. *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº 8, 148-150.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Journal of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. (1993a). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Moran, D. J. (2008). Charting a Collaborative Course. *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº 8, 155-157.
- Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 533-565.
- O'Brien, R.M. (2008). What would have happened to CBT if the second wave had preceded the first? *The Behavior Therapist*, vol. 31, nº 8, 153-154.
- Salzinger, K. (2003). On the Verbal Behavior of Relational Frame Theory: a Post Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *The Analysis of Verbal Behavior*, 19, 7-9
- Salzinger, K. (2008). Waves or Ripples. *The Behavior Therapist*, vol 31, nº 8, 147-148

- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. e Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness based therapy: rationale and empirical status. In S. Hayes, V. Folette e M. Linehan (Orgs.). *Mindfulness and Acceptance: the new behavior therapies*. New York: Guilford 45-65.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton. Traduzido por Maria da Penha Villalobos (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo: Ed. Cultrix: Ed. da Universidade de São Paulo.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. New York: Appleton.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Tsai, M. et al. (2009) (Orgs.). *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Ullmann, L.P. e Krasner, L. (1965) (Orgs.). *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt.
- Ulrich, R., Stachnik, T. e Mabry, J. (1966) (Orgs.). *Control of Human Behavior*, vol. 1, Scott Foresman: Glenview, Illinois.
- Ulrich, R., Stanick, T. e Mabry, J. (1970) (Orgs.). *Control of Human Behavior: from cure to prevention*, vol. 2, Scott Foresman: Glenview, Illinois
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. *Boletim Contexto*, nº 34, 33-41
- Vandenberghe, L. e Sousa, A. C. A. (2006). *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, vol. 2, nº 1, 35-44.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon.
- Yates, A. J. (1970). *Behavior Therapy*. New York: John Wiley.