

Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica¹

*(Reflections on behavioral-analytic therapy in the context of evidence-based practice
and possibilities of application of clinical behavior analysis)*

Jan Luiz Leonardi

Universidade de São Paulo
Centro Paradigma de Ciências e Tecnologia do Comportamento
(Brasil)

RESUMO

Na segunda metade do século XX, psicólogos brasileiros utilizaram os princípios da análise do comportamento e as considerações conceituais de Skinner sobre comportamento verbal e subjetividade para a prática da psicoterapia, criando uma tecnologia de intervenção conhecida atualmente como *terapia analítico-comportamental* (TAC). Paralelamente, surge na Psicologia e em outras ciências da saúde o movimento intitulado *prática baseada em evidências*, cuja premissa é a de que a conduta do profissional de saúde deve ser fundamentada em dados empíricos oriundos de pesquisas experimentais, concepção esta que está em perfeita harmonia com a análise do comportamento aplicada. Apesar do comprometimento dos analistas do comportamento em oferecer intervenções com sustentação empírica, Leonardi (2016), em uma revisão sistemática sobre TAC, constatou que essa terapia carece de evidências que comprovem ou rejeitem sua eficácia. Em vista disso, este artigo apresenta aos terapeutas analítico-comportamentais brasileiros com a intenção de atuar de acordo com o modelo de prática baseada em evidências três alternativas de atuação: utilizar a teoria da análise do comportamento como guia da prática clínica e meio de apropriação de evidências; adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que seja empiricamente sustentado; sistematizar a TAC para, posteriormente, pesquisá-la experimentalmente.

Palavras-chave: terapia analítico-comportamental; terapia comportamental; prática baseada em evidências; psicologia clínica; análise do comportamento; behaviorismo

1) Este artigo é parte da tese de doutorado do autor (bolsista CAPES, processo 13.1.00056.47.7). E-mail: janleonardi@gmail.com

ABSTRACT

In the second half of the twentieth century, Brazilian psychologists applied the principles of behavior analysis and the conceptual considerations on verbal behavior and subjectivity by Skinner to the practice of psychotherapy, creating an intervention technology known nowadays as *behavioral-analytic therapy* (TAC). In approximately the same period, the field of Psychology and other health sciences has witnessed the appearance of a movement called *evidence-based practice*, whose premise states that the conduct of health professionals must be based on empirical data from experimental research, which is in perfect harmony with applied behavior analysis. Despite the commitment of behavior analysts in providing interventions with empirical support, Leonardi (2016), on a systematic review of TAC, found that this therapy lacks evidence to support or reject its efficacy. Based on this premise, this article presents three alternative ways in which Brazilian behavioral-analytic therapists who intend to act in accordance with evidence-based practice can operate: use the theory of behavior analysis to guide clinical practice and as a means of gathering evidence; adopt one of the empirically supported international models of clinical behavior analysis; systematize TAC and research it experimentally afterwards.

Keywords: behavioral-analytic therapy; behavior therapy; evidence-based practice; clinical psychology; behavior analysis; behaviorism.

No fim da década de 1960 e início da década de 1970, psicólogos brasileiros com formação em análise experimental do comportamento começaram a transpor os princípios da análise do comportamento (e.g., reforçamento, discriminação, etc.), que dispõem de ampla sustentação empírica, para o ambiente de consultório, criando uma terapia fundamentada no behaviorismo radical. Ao longo das décadas seguintes, diversas terminologias foram utilizadas para se referir à essa prática psicoterápica originada e desenvolvida no Brasil, mas a denominação *terapia analítico-comportamental* (TAC) se tornou consenso a partir do início do século XXI (Leonardi, 2015; Vandenberghe, 2011).

Dessa forma, pode-se constatar que o desenvolvimento da TAC seguiu um percurso independente ao das terapias comportamentais que surgiram nos EUA nas décadas de 1980 e 1990, constituindo uma inovação bastante autônoma na prestação de serviços em análise do comportamento (cf. Leonardi, 2015). Naquele país, com o intuito de delimitar a terapia comportamental embasada nos fundamentos da análise do comportamento de todo o rol de terapias comportamentais existentes, alguns autores (e.g., Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai, & Dougher, 1993) cunharam a *análise do comportamento clínica*, que foi definida como um ramo da análise do comportamento aplicada que se caracteriza pelos tipos de clientes atendidos (adultos verbalmente competentes), problemas clínicos abordados (transtornos psiquiátricos, estresse, obesidade, tabagismo, dificuldades do dia-a-dia, problemas conjugais, melhora da qualidade de vida, etc.), procedimentos utilizados (interações verbais entre terapeuta e cliente) e ambiente no qual a intervenção é conduzida (consultório) (Guinther & Dougher, 2013). Deve-se destacar que a análise do comportamento clínica não é constituída de um único modelo terapêutico, mas abarca diversas terapias, como a *terapia de aceitação e compromisso* (ACT), a *psicoterapia analítica funcional* (FAP), a *terapia comportamental dialética* (DBT) e a *ativação comportamental* (BA), chamadas de *terapias comportamentais de terceira onda* (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006).

Em paralelo à história das terapias comportamentais, uma revolução ocorreu na psicologia clínica a partir da década de 1990 com a identificação dos tratamentos empiricamente sustentados e com o surgimento do movimento da *prática baseada em evidências*. A prática baseada em evidências, cuja premissa é a de que a conduta do profissional de saúde deve ser fundamentada em dados empíricos oriundos de pesquisas experimentais, é fundamental tanto para atender ao interesse de pesquisadores, clínicos e associações profissionais em comprovar os resultados dos serviços prestados pela categoria, quanto à demanda dos consumidores em assegurar a qualidade dos serviços recebidos (para uma introdução sobre prática baseada em evidências em Psicologia, ver Leonardi & Meyer, 2015).

Ainda que o paradigma de prática baseada em evidências esteja em perfeita harmonia com a ideologia da análise do comportamento aplicada, uma vez que esta, desde a sua origem, apresenta um forte comprometimento com a sustentação empírica de seus procedimentos (ver, por exemplo, Behavior Analyst Certification Board, 2010 e van Houten et al., 1998), é essencial avaliar em que medida a TAC e as terapias abarcadas na análise do comportamento clínica estão ou não produzindo evidências de qualidade acerca da eficácia de suas intervenções.

Tendo em vista que a eficácia de outras modalidades de terapia comportamental já havia sido meta-analisada (cf. Öst, 2014 para a ACT; Stoffers et al., 2012 para a DBT; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009 para a BA; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006 para a terapia cognitivo-comportamental), Leonardi (2016) conduziu uma revisão sistemática da literatura em 14 bases de dados para analisar a produção de evidências empíricas de eficácia da TAC. A seleção dos estudos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser relato de caso, experimento de caso único ou pesquisa de grupo que descreve os resultados obtidos num processo de terapia individual; ter participantes com desenvolvimento típico e idade igual ou superior a 18 anos; ter ocorrido exclusivamente no ambiente de consultório; ser fundamentado no behaviorismo radical e utilizar conceitos da análise do comportamento na descrição do processo terapêutico.

Os dados encontrados por Leonardi (2016) revelaram que TAC carece de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos. O autor localizou 38 relatos de caso e seis experimentos de caso único, ainda que tenha abarcado outras denominações para a terapia comportamental desenvolvida no Brasil (e.g., *terapia por contingências de reforçamento*). Tendo em vista o fato de que a maior parte da amostra era formada por relatos de caso (que, por não terem validade interna e validade externa, são insuficientes como evidência científica) e carecer de estudos experimentais (que são indispensáveis para estabelecer relações causais entre os procedimentos realizados e os resultados observados), não é possível, atualmente, determinar a eficácia da TAC.

Além disso, a maioria dos procedimentos de intervenção dos trabalhos analisados por Leonardi (2016) não foi descrita de forma que um leitor treinado em terapia comportamental fosse capaz de replicá-los em uma pesquisa ou reproduzi-los em sua prática. Alguns exemplos, entre muitos outros, em que não foi possível compreender as ações que o terapeuta executou são “treino de habilidades sociais”, “uso de técnicas de resolução de problemas”, “dar estímulos discriminativos para o cliente se aproximar da família”, “dar estímulos discriminativos explícitos para o cliente discriminar as emoções”, “apresentação da análise funcional ao cliente”, “análise das regras que controlavam os comportamentos-problema” ou “questionamento de regras”, “levar a cliente a perceber que o registro diário favorece o processo de reeducação alimentar”, etc. A falta de informações acerca de quais

foram, de fato, os comportamentos que o terapeuta emitiu ao longo das sessões diminuí consideravelmente o valor científico dos trabalhos.

Leonardi (2016) apontou também que nenhum dos estudos avaliou a fidelidade ao procedimento, isto é, a análise de se a intervenção foi implementada conforme planejada e descrita, o que inviabiliza determinar se a intervenção relatada foi ou não eficaz, uma vez que os resultados podem não estar relacionados com o que o terapeuta acredita ter feito (o tratamento planejado), mas sim a outras ações terapêuticas que sequer foram planejadas e descritas (o tratamento que foi realmente praticado).

Em conjunto, a falta de descrições precisas dos procedimentos utilizados e a inexistência de avaliação da fidelidade destes inviabiliza identificar as características idiossincráticas da TAC. Segundo Newland, Pennypacker, Anger e Mele (2003):

Construir uma ciência aplicada sem especificar claramente os procedimentos é reconhecida-mente difícil. Construir uma tecnologia nessas circunstâncias é impossível. . . . Muito mais ênfase deve ser dada ao problema da identificação, observação, quantificação e, portanto, controle, da variável independente na pesquisa aplicada. Da mesma forma, qualquer tecnologia resultante deve focar principalmente nesses fatores. Eles devem ser isolados e refinados até o ponto em que possam ser reproduzidos por outros sob uma variedade de circunstâncias e seus efeitos esperados possam ser rotineiramente obtidos². (p. 534)

De modo semelhante, Horner e Kratochwill (2012) afirmam que:

O ponto principal é que qualquer esforço para definir uma prática como “baseada em evidências” deve começar com uma definição rigorosa da prática. Práticas que são definidas de forma ambígua não podem ser documentadas como baseadas em evidências. Esses critérios operacionais deveriam, então, ser aplicados à pesquisa sendo conduzida (e.g., ensaios clínicos randomizados e/ou investigações com delineamento de caso único), assim como a prática na qual a pesquisa está sendo generalizada para o problema ou questão em consideração. (p. 268)

Em suma, os dados oriundos da revisão de literatura sobre TAC realizada por Leonardi (2016) indicam que essa modalidade de terapia carece de pesquisas clínicas de qualidade que comprovem sua eficácia, o que significa que a prática da TAC, conforme realizada atualmente, se distancia do movimento global de oferecer intervenções psicoterápicas com sustentação empírica.

Sob a ótica desses dados, do comprometimento dos analistas do comportamento com a sustentação empírica de seus procedimentos e do dever ético que o psicólogo clínico tem em oferecer intervenções cientificamente comprovadas, o presente artigo tem por objetivo apresentar três alternativas de atuação aos terapeutas analítico-comportamentais brasileiros que têm a pretensão de atuar dentro do modelo de prática baseada em evidências: (1) utilizar a teoria da análise do comportamento como guia da prática clínica e meio de apropriação de evidências; (2) adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que seja empiricamente sustentado; (3) sistematizar a TAC para, posteriormente, pesquisá-la experimentalmente. Essas três alternativas serão pormenorizadas a seguir.

2) Todas as citações oriundas de textos em inglês foram traduzidas pelo autor deste artigo e revisadas por um profissional proficiente em língua inglesa.

A TEORIA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO COMO GUIA DA PRÁTICA CLÍNICA E MEIO DE APROPRIAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Forsyth (1997) argumenta que a prática da terapia comportamental deveria ser orientada pelos princípios conceituais, especialmente por conta da interconexão entre filosofia, teoria, pesquisa básica, pesquisa aplicada e prestação de serviços que caracteriza a análise do comportamento como ciência e profissão. Inclusive, o autor lembra que a análise do comportamento se sobressaiu do resto da Psicologia justamente porque perseguiu o objetivo de construir uma teoria acerca do funcionamento do comportamento humano, o que, consequentemente, culminou na possibilidade de explicá-lo, prevê-lo e controlá-lo. Para Skinner (1947/1972):

O acúmulo de fatos não é ciência em si. Existem manuais científicos que contêm centenas de milhares de fatos isolados – talvez o conhecimento mais concentrado que existe – mas isso não é ciência. A física é mais do que uma coleção de constantes físicas, assim como a química é mais do que uma descrição das propriedades dos elementos e compostos. . . . Não existe figura mais patética na psicologia atualmente do que a do simples colecionador de fatos, que opera, ou acha que opera, sem base para a seleção de um fato em detrimento de outro. O comportamento só pode ser satisfatoriamente compreendido indo-se além dos fatos em si. O que é necessário é uma teoria do comportamento. (p. 301)

Neste contexto, é importante destacar que a importância da teoria para a psicoterapia foi enfatizada em um número especial da *Behavior Therapy*, publicado em 2013, dedicado a discutir a lacuna entre teoria e prática comumente observada nas terapias cognitivo-comportamentais. De modo geral, os autores (e.g., Herbert, Gaudiano, & Forman, 2013; Hofmann, 2013; Pilecki & McKay, 2013) demonstram receio de que os terapeutas apliquem protocolos empiricamente sustentados de maneira inflexível e, assim, prejudiquem o resultado da terapia, oferecendo diversos argumentos a favor da necessidade de um amplo conhecimento teórico, a saber: orientar a avaliação clínica e a formulação do caso; desenvolver novos procedimentos de intervenção; aperfeiçoar a qualidade da intervenção; adaptar tratamentos empiricamente sustentados para atender às necessidades individuais de cada cliente; possibilitar o uso de diferentes intervenções manualizadas quando o cliente possui comorbidades; etc.

Entretanto, tentativas assistemáticas de aplicar os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento para a prática clínica que não foram precisamente descritas e nem testadas em experimentos, que é o que ocorre na prática atual da TAC, não são suficientes para fundamentar uma psicoterapia baseada em evidências, sobretudo porque a transformação de ciência básica em tecnologia de intervenção não é simples e nem direta, mas deve ser desenvolvida e investigada no âmbito da pesquisa aplicada. Nesse sentido, Plaud, Eifert e Wolpe (1998) alertam para o fato de que pesquisadores em terapia comportamental precisarão prestar mais atenção à maneira pela qual o conhecimento científico é traduzido em algo que possa ser utilizado ou aplicado pelo praticante. Como a teoria da aprendizagem apenas fornece analogias para o delineamento de tratamento, os princípios básicos da teoria devem ser traduzidos no trabalho clínico em um conjunto secundário de princípios a partir dos quais o tratamento pode ser derivado. O processo pelo qual um clínico pode fazer transformações da teoria para prática da forma mais efetiva é um processo importante, complexo e mal compreendido e, portanto, um tópico digno de estudo mais detalhado. (p. 329)

De modo semelhante, em *The Evidence-Based Practice of Applied Behavior Analysis*, artigo publicado pela *The Behavior Analyst*, Slocum et al. (2014) explicam que:

Princípios do comportamento são afirmações amplamente generalizadas que descrevem relações comportamentais. Sua base empírica é extremamente vasta e diversificada, incluindo participantes humanos e não humanos em diversos contextos, comportamentos e consequências. Embora os princípios do comportamento sejam baseados em uma literatura de pesquisa extremamente ampla, eles também são afirmados em nível amplo. Como resultado, o julgamento do analista do comportamento tem um papel fundamental na aplicação dos princípios para problemas particulares, e uma tentativa particular de aplicar um princípio para resolver um problema pode não ser bem-sucedida. Portanto, embora os princípios comportamentais sejam sustentados por evidências, intervenções recém-construídas baseadas nesses princípios ainda não foram avaliadas. Essas intervenções devem ser consideradas menos certas ou validadas do que pacotes de tratamento ou elementos que tiveram sua efetividade demonstrada para problemas, populações e contextos específicos. (p. 49-50)

Em síntese, por melhores que sejam a coerência interna de uma teoria e a sustentação empírica de seus princípios, as evidências de eficácia de determinados procedimentos em detrimento de outros deveriam ser soberanas. Afinal, é perfeitamente possível que uma terapêutica funcione mesmo que os pesquisadores não saibam explicar o porquê. Assim, quando um terapeuta se depara com um cliente em profundo sofrimento, não parece ético fazê-los esperar pela identificação dos princípios teóricos que sustentam aquela prática comprovadamente eficaz. Em defesa desse argumento, suponha a existência de dois tratamentos para câncer: o X teve eficácia de 95% nos ensaios clínicos randomizados, mas é totalmente ilógico do ponto de vista teórico; o Y é totalmente compatível com a teoria, mas nunca foi testado empiricamente. Qual desses tratamentos seria a melhor opção para um paciente oncológico? Dificilmente alguém escolheria o Y.

Quer os analistas do comportamento reconheçam ou não, a terapia cognitivo-comportamental dispõe de mais de 325 ensaios clínicos randomizados que demonstraram sua eficácia para diversos transtornos psiquiátricos (cf. Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), enquanto que as evidências da TAC são escassas. Em vista desses dados e das limitações da teoria para a prática clínica, é compreensível a resposta contundentemente pragmática que Bernard Rangé deu à pergunta “Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental?” em uma conferência realizada no segundo congresso da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC):

Acostumei-me a valorizar mais os dados do que a retórica, pois são o único fundamento confiável para a nossa prática, e sempre acabam se impondo inevitavelmente. E eles têm demonstrado inequivocamente a efetividade da terapia cognitivo-comportamental. Não pretendo, pois, negar a força destes dados em defesa de uma filosofia, por mais adequada que pareça. (Rangé, 1997/2001, p. 21)

É importante observar que as evidências empíricas de eficácia de determinados procedimentos produzidas pela terapia cognitivo-comportamental ou até mesmo dentro de outras tradições poderiam ser absorvidas por analistas do comportamento sem que fosse necessário assimilar explicações internalistas ou incorrer em ecletismo teórico. Afinal, para postularem constructos cognitivos, as propostas mentalistas precisam necessariamente partir de algum fenômeno comportamental e, portanto, dispõem de dados que são relevantes para o avanço de uma ciência do comportamento e de uma prática clínica embasada nesta. Segundo de Rose (1999):

A própria Psicologia Cognitivista, antagonista à Análise do Comportamento, uma vez que se propõe a estudar a mente, com base na analogia com o computador e sua função de processador de informações, não tem outra escolha a não ser a de tomar o comportamento como variável dependente de seus estudos experimentais. Nesta medida, a própria Psicologia Cognitivista tem produzido muitos dados interessantíssimos sobre comportamento, por mais que o objetivo de seus proponentes seja o de estudar a mente. (p. 72)

Nesse sentido, um programa de pesquisas poderia ser desenvolvido com o intuito de analisar os diversos tratamentos empiricamente sustentados sob a ótica da análise do comportamento. Tal empreendimento representaria um importante avanço tanto para a terapia comportamental quanto para a prática baseada em evidências em psicologia como um todo, pois os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento poderiam elucidar os processos comportamentais envolvidos nas diversas intervenções comprovadamente eficazes que existem para um mesmo quadro clínico. Em resumo:

Uma vez que a teoria da aprendizagem é sobre o comportamento humano como um todo, é, obviamente, possível analisar todas as terapias psicológicas com base nesse quadro de referência, a despeito de qual teoria a terapia em questão se baseia. Se as ações de um terapeuta em relação a um cliente de fato modificam o comportamento do cliente, isso deve estar ocorrendo de acordo com princípios de comportamento, se assumirmos que esses princípios são universalmente válidos. Quando um psicanalista ou um terapeuta cognitivo produz mudanças em um setting clínico (Leichsenring, 2005; Dobson, 1989; Beck, 2005), isso ocorre porque suas ações na terapia influenciam antecedentes e consequentes do comportamento que foi modificado. Não há outra possibilidade quando olhamos para isso de uma perspectiva comportamental, apesar de os próprios terapeutas desprezarem seu trabalho para atingir tal mudança de um ângulo teórico diferente. (Törneke, 2010, p. 158-159)

Se a análise do comportamento é capaz de se apropriar dos dados empíricos acerca da eficácia de determinados procedimentos que foram produzidos em outras tradições, faz-se necessária uma mudança de atitude por parte dos analistas do comportamento, que, segundo diversos autores da área (e.g., Augustson, 2002; Critchfield, 2014; Glenn, 1993), têm assumido uma postura de autosuficiência e difamado publicamente pesquisas de outras abordagens teóricas. Certamente, a análise do comportamento não tem todas as respostas e ignorar informações preciosas sobre quais procedimentos psicoterápicos são ou não eficazes é um posicionamento anticientífico e incompatível com a máxima Skinneriana de que ciência “é a disposição para aceitar fatos mesmo quando eles são opostos aos desejos” (Skinner, 1953/1965, p. 12). Em suma, como defendem Reese, Rosenfield e Wilhelm (2013), descartar um procedimento que se provou útil em pesquisas rigorosas apenas porque ele não é compatível com os pressupostos de uma filosofia ou teoria é uma prática eticamente condenável.

A ADOÇÃO DOS MODELOS INTERNACIONAIS DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA

Terapeutas comportamentais brasileiros preocupados em oferecer intervenções empiricamente sustentadas e, ao mesmo tempo, dispostos a exercer uma prática clínica com a identidade própria da análise do comportamento, têm como alternativa adotar um dos modelos internacionais (DBT, FAP, ACT e BA) de análise do comportamento clínica, uma vez que todas elas já foram descritas operacio-

nalmente em manuais de tratamento e se dizem, pelo menos em algum grau, embasadas nos princípios teórico-conceituais da análise do comportamento.

Neste contexto, alguém poderia questionar: por que distinguir a TAC do restante da análise do comportamento clínica? Tal distinção é importante porque, embora tanto a TAC quanto a análise do comportamento clínica tenham sido definidas como psicoterapias fundamentadas na filosofia do behaviorismo radical e nas bases conceituais, metodológicas e empíricas da análise do comportamento (cf. Guinther & Dougher, 2013; Meyer et al., 2010), elas não são práticas idênticas. Por um lado, elas defendem a transposição de princípios comportamentais empiricamente validados (reforçamento, discriminação, etc.) para o âmbito da psicoterapia, mas, por outro, a análise do comportamento clínica não indica ou é representada por uma única terapia, mas inclui a ACT, a FAP, a DBT, a BA, entre outras, que são modelos distintos entre si. Desse modo, embora o movimento intitulado *análise do comportamento clínica* possa ter aparecido como um avanço para aqueles que buscavam exercer uma prática psicoterápica com a identidade da análise do comportamento (uma vez que seria um retorno da terapia comportamental às características essenciais dessa abordagem), ele acabou culminando na criação de diferentes modelos de intervenção, repetindo, mais uma vez, a história de ecletismo da terapia comportamental. Inclusive, as terapias comportamentais que originalmente foram definidas como análise do comportamento clínica são também chamadas, atualmente, de *terapias contextuais* (e.g., Pérez-Alvarez, 2012; Wulfert, 2002), *terapias cognitivo-comportamentais contextuais* (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011) e *terapias comportamentais contextuais* (Mulick, Landes, & Kanter, 2011), o que sugere uma certa crise de identidade da área.

Além disso, os modelos terapêuticos abarcados pela análise do comportamento clínica apresentam, às vezes, desprendimento com os princípios da análise do comportamento e fazem uso de um linguajar que soa mentalista para aqueles que valorizam o jargão Skinneriano (Vandenberghe, 2011). Já em 1997, numa edição especial da *Behavior Therapy* publicada em comemoração aos trinta anos da fundação da *Association for Advancement of Behavior Therapy*, representantes de três gerações de terapeutas comportamentais (e.g., Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez, & Lau, 1997; Forsyth, 1997; Franks, 1997; Hawkins, 1997; Jacobson, 1997; Wilson, 1997; Wolpe, 1997) afirmam que a terapia comportamental, como um todo, se afastou de seus pressupostos filosóficos, de seus princípios teóricos, de suas raízes na pesquisa básica e de seu enfoque idiográfico, de tal forma que sua identidade foi completamente perdida. Poucos anos depois, essa perda de identidade se tornou ainda mais explícita com a mudança do nome da associação supracitada para *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* em 2005. Como resume Guilhardi (2004):

Não há unanimidade, mesmo entre os que se denominam terapeutas comportamentais, quanto à definição de Terapia Comportamental, quanto às práticas clínicas empregadas com o cliente, quanto ao referencial conceitual adotado, quanto aos dados de pesquisa utilizados, quanto à metodologia de pesquisa adotada, quanto ao objeto fundamental de estudo, isso somente para citar as divergências mais relevantes (p. 7).

Um exemplo bastante ilustrativo desse conflito de identidade presente na terapia comportamental é a ACT, a modalidade de análise do comportamento clínica com o maior número de publicações teóricas e empíricas, que possui um modelo de formulação de caso que prescinde da análise de contingências e faz uso extensivo de termos de nível médio (*middle-level terms*, no original), como *fusão cognitiva*, *inflexibilidade psicológica*, *self como contexto* e *self conceitualizado*, que não foram gerados a partir da pesquisa básica e que parecem não possuir qualquer relação com a teoria e o vo-

cabulário da análise do comportamento (Guilhardi, 2012; McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey, & Barnes-Holmes, 2015).

Esses termos [termos de nível médio] adicionam pouco ou nada para a nossa compreensão dos processos de sofrimento psicológico e não oferecem nenhuma direção para seu alívio. Esta questão, *em si mesma*, pode não ser um problema para *todas* as tradições clínicas, mas é extremamente problemática para cientistas e profissionais alinhados com a psicologia analítico-funcional. . . . Para ser franco, há pouca evidência até agora de que os termos de nível médio da ACT possam ser submetidos a um exame analítico-funcional apropriado. (McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey, & Barnes-Holmes, 2015, p. 57-58)

Em suma, o cenário descrito aqui permite constatar que, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, ainda não existe consenso sobre o modelo analítico-comportamental de intervenção psicoterápica. Afinal, simplesmente postular que ACT, FAP, DBT, BA, etc. fazem parte de um movimento intitulado *análise do comportamento clínica* implica que todas essas modalidades de terapia são embasadas nos fundamentos filosóficos, conceituais, metodológicos e empíricos da análise do comportamento, mas tal postulado requer um exame crítico e aprofundado acerca da compatibilidade desses modelos com os princípios da análise do comportamento, o que poderia vir a ser realizado em estudos futuros. Além disso, outros trabalhos poderiam fazer análises comparativas para identificar as semelhanças e diferenças entre os diferentes modelos de terapias comportamentais de terceira geração, de modo a especificar, de maneira mais homogênea, a identidade da análise do comportamento clínica.

Em busca de uma possível solução para a crise de identidade da terapia comportamental, Callaghan e Darrow (2015) sugerem retomar a avaliação funcional como a principal ferramenta norteadora da prática do terapeuta comportamental e utilizá-la como diretriz para determinar qual procedimento de intervenção oriundo de qual das diferentes modalidades de análise do comportamento clínica deveria ser empregado, o que constituiria a quarta geração das terapias comportamentais. Em suas palavras:

Sem denegrir qualquer um dos tratamentos de terceira onda, é possível ver o surgimento de uma quarta onda da terapia comportamental. Esta onda enfatizaria o papel central da avaliação funcional na seleção dos problemas do cliente e na escolha de quais estratégias dos diferentes tratamentos comportamentais existentes seriam aplicadas a um determinado cliente. Isso relega os tratamentos atuais de terceira onda a um conjunto de intervenções para os problemas do cliente que podem ser integradas em uma intervenção coerente e individualizada guiada por uma avaliação funcional. Isto está em contraste ao uso mais típico da ACT, FAP, DBT ou Ativação Comportamental como intervenções independentes, e exigiria que o terapeuta considerasse múltiplas hipóteses para variáveis contextuais envolvidas em diferentes tipos de sofrimento. . . . Criar uma abordagem para entender e tratar o sofrimento humano que seja baseada em princípios comportamentais, orientada pela avaliação funcional e que utilize as tecnologias contemporâneas de tratamento comportamental disponíveis pode permitir que um clínico se torne uma referência da ciência clínica e terapia contemporâneas. A próxima onda da terapia comportamental pode integrar abordagens existentes para partir do cliente, e não do transtorno e nem do tratamento, mas sim de uma avaliação funcional dessa pessoa única. Mais do que isso, essa onda vai dar espaço para o desenvolvimento de novas estratégias para aliviar o sofrimento à medida que nossos problemas psicológicos evoluem com a espécie humana. (p. 62-63)

A proposição de Callaghan e Darrow (2015) parece se aproximar da prática da TAC, uma vez que a avaliação funcional é, neste modelo, a ferramenta que orienta a avaliação clínica e que determina a intervenção apropriada para modificar os comportamentos-alvo (cf. Leonardi, Borges, & Cassas, 2012; Meyer et al., 2010). Nessa perspectiva, a assimilação de um ou mais dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica por terapeutas brasileiros poderia ser menos complicada.

Por fim, é essencial apontar que, a despeito de qual seja a compatibilidade da ACT, FAP, DBT, BA e TAC com a análise do comportamento e dessas terapias entre si, apenas a BA e a DBT possuem evidências rigorosas da eficácia (cf. Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009; Stoffers et al., 2012); a ACT dispõe de mais de uma centena de ensaios clínicos randomizados, mas a maioria tem baixa qualidade metodológica (cf. Leonardi & Meyer, no prelo; Öst, 2014); a FAP têm poucas pesquisas e, no geral, sua qualidade metodológica é baixa (cf. Leonardi, 2016; Mangabeira, Kanter, & Del Prette, 2012). Nesse sentido, terapeutas e pesquisadores brasileiros interessados nesses modelos internacionais poderiam colaborar para a sustentação empírica da ACT e da FAP.

A SISTEMATIZAÇÃO DA TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL EM UM MANUAL DE INTERVENÇÃO

Além das possibilidades de utilizar a teoria como guia para a prática clínica e de adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica, pesquisadores brasileiros também poderiam se dedicar ao estabelecimento da TAC como um modelo de psicoterapia com identidade própria, o que requer, em primeiro lugar, descrever meticulosamente seus procedimentos para, então, investigar sua eficácia. Dito de outra forma, a construção de uma tecnologia psicoterápica oriunda dos princípios teórico-conceituais da análise do comportamento necessita de uma especificação operacional das estratégias de intervenção. Somente após essa etapa torna-se possível a realização de pesquisas experimentais que avaliem os resultados da TAC.

Caso tal descrição revele que a TAC é muito similar a um dos modelos internacionais, seria uma perda de tempo e de dinheiro testar sua eficácia em trabalhos experimentais. Por outro lado, se a TAC possuir características únicas que não foram abarcadas por um dos modelos internacionais e os terapeutas não se satisfizerem com os modelos internacionais, então será necessário pesquisá-la experimentalmente. De um jeito ou de outro, para que terapeutas e pesquisadores saibam o que exatamente constitui a TAC, ela precisa ser sistematizada no formato de um manual de tratamento. A imprescindibilidade do manual é explicitada no excerto abaixo:

Estudos de psicoterapia diferem de outros ensaios clínicos porque dependem significativamente de manuais de tratamento que detalham como a intervenção é feita; por conta dos métodos utilizados para treinar terapeutas na intervenção (tanto experimental quanto controle); e por conta dos métodos para medir quão bem os terapeutas do estudo realizaram as intervenções com qualidade elevada e da forma prevista. . . . A finalidade do manual é garantir que os terapeutas da pesquisa forneçam o tratamento conforme pretendido, para assegurar que os terapeutas administrem o mesmo tratamento e, se provado que o tratamento foi bem-sucedido, para permitir que outros profissionais da área repliquem as técnicas terapêuticas. (Areán & Kraemer, 2013, p. 37)

Sistematizar ou manualizar a TAC pode parecer, à primeira vista, contraditório à premissa básica da terapia comportamental de realizar intervenções individualizadas baseadas na análise de contin-

gências que, por definição, é estritamente peculiar a cada caso, uma vez que cada pessoa possui uma história genética e ambiental totalmente única (Meyer et al., 2010). Entretanto, ainda que a individualização da terapia seja inevitável sob a ótica dos fundamentos da análise do comportamento, isso não significa que a prática clínica deve ficar presa a tentativas assistemáticas ou improvisadas de transposição dos princípios teórico-conceituais. Neno (2005), que fez uma aprofundada análise acerca da compatibilidade de intervenções padronizadas em manuais com a TAC, explica que

o lugar reservado à individualização não torna o tratamento uma intervenção avessa ao conhecimento científico sobre o que funciona, em quais contextos. A rigor, uma intervenção absolutamente individualizada seria uma intervenção que não usufrui do conhecimento acumulado sobre o tratamento para problemáticas específicas, o que é difícil de sustentar no contexto de uma abordagem psicológica fortemente comprometida com a ciência. (p. 199)

Com o intuito de superar a dicotomia entre intervenções padronizadas e individualizadas, Neno (2005) defende que o uso de manuais é compatível com a inevitável individualização de uma terapia embasada na análise do comportamento, desde que não restrinja o tempo de duração e o conteúdo da terapia e que não adote o modelo médico de psicopatologia em detrimento da concepção funcional (para uma análise acerca das incompatibilidades do modelo psiquiátrico de transtorno mental com a concepção funcional da análise do comportamento, ver Banaco, Zamignani, & Meyer, 2010). Nesse sentido, vale lembrar que a análise do comportamento aplicada ao autismo, área em que essa ciência foi bem-sucedida, faz largo uso de protocolos padronizados de tratamento. Um exemplo disso é o *A Work in Progress: Behavior Management Strategies and a Curriculum for Intensive Behavioral Treatment of Autism* (Leaf & McEachin, 1999).

Enfim, para que a TAC possa vir a ser uma intervenção psicoterápica empiricamente sustentada e, assim, alcançar o mesmo sucesso da análise do comportamento aplicada ao autismo, é necessário o desenvolvimento de um manual que combine a realização de intervenções individualizadas (“sob medida”) que, ao mesmo tempo, tiveram sua eficácia estabelecida empiricamente em pesquisas experimentais. Embora tal empreendimento seja um tanto complexo, ele já foi atingido pela DBT, por exemplo, que é uma terapia comportamental manualizada que não limita o tempo de duração e o conteúdo da terapia e, ainda que seja altamente estruturada, emprega a análise de contingências como seu principal instrumento (fato que, inclusive, reforça a necessidade de conduzir análises comparativas entre a TAC e os modelos internacionais de terapia comportamental, como defendido no tópico acima).

De acordo com o guia de Areán e Kraemer (2013), a manualização de uma intervenção que já vem sendo praticada por um grupo de terapeutas, caso da TAC, precisa percorrer cinco etapas, a saber: (1) discussão com especialistas na intervenção para levantar os elementos centrais que a caracterizam; (2) observação de sessões realizadas pelos especialistas por meio de gravações, de modo a identificar os procedimentos que faltaram na descrição por parte deles; (3) elaboração da primeira versão do manual e análise daqueles e de outros especialistas para verificar se o texto realmente representa a intervenção – mudanças são realizadas até que haja consenso e uma versão final do manual possa ser elaborada; (4) comparação entre a intervenção orientada pelo manual com a intervenção sem o uso do manual, que tem por objetivo determinar se o manual a torna replicável. Maiores detalhes sobre cada uma dessas etapas e de todo o processo de construção de uma intervenção até o estabelecimento de sua eficácia podem ser encontrados no guia de Areán e Kraemer (2013).

Caso a TAC venha a ser sistematizada no formato de um manual de intervenção, sua eficácia poderia ser, finalmente, testada empiricamente em pesquisas experimentais. Dois métodos são úteis para isso: o experimento de caso único e o ensaio clínico randomizado (para uma descrição detalhada desses dois métodos de pesquisa, ver Leonardi, 2016).

É importante lembrar que o experimento de caso único, cuja origem e desenvolvimento ocorreu no seio da análise do comportamento e é certamente o método de preferência dos analistas do comportamento, foi reconhecido pela força-tarefa da Divisão 12 da *American Psychological Association* (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) como um método legítimo para identificar tratamentos empiricamente sustentados, uma vez que é quantitativo, experimental e dispõe de validade interna e de validade externa. Contudo, tendo em vista que apenas um experimento de caso único (bem como um único ensaio clínico randomizado) é insuficiente para estabelecer a eficácia de uma intervenção, é essencial sintetizar as evidências oriundas de diversas pesquisas por meio de revisões sistemáticas da literatura. Com base nisso, o *What Works Clearinghouse* (WWC), um núcleo de pesquisa do *Institute of Education Sciences* do Departamento de Educação dos EUA, desenvolveu critérios de avaliação da qualidade metodológica de experimentos de caso único (cf. Kratochwill et al., 2013), que deveriam ser seguidos por qualquer pesquisador interessado em contribuir para o avanço da TAC.

Além de pesquisá-la em experimentos de caso único, a eficácia da TAC provavelmente teria de ser comprovada também em ensaios clínicos randomizados. Embora, tradicionalmente, os analistas do comportamento rejeitem fortemente os delineamentos de grupo (cf. Sidman, 1960; Skinner, 1963), o ensaio clínico randomizado é considerado o padrão-ouro tanto pelos pesquisadores em saúde mental quanto pelas agências de fomento e, portanto, abrir mão de pesquisar a TAC com esse método seria, em certa medida, escolher ficar de fora do cenário da prática baseada em evidências.

Vale destacar que a proposta de investigar intervenções analítico-comportamentais combinando experimentos de caso único e ensaios clínicos randomizados não é uma inovação proposta por este autor, tendo sido aventada já em 1997 por Thyer. Em suas palavras:

Talvez, apenas talvez, o que seria útil seriam programas de avaliação em larga escala do tratamento analítico-comportamental, usando tanto delineamentos de sujeito único quanto de grupo, e a análise visual de dados individuais apresentados em gráficos somada a análises estatísticas nomotéticas. Usemos medidas comportamentais diretas rigorosas e as escalas de lápis e papel tão favorecidas pelos terapeutas comportamentais. Examinemos tratamentos analítico-comportamentais delineados individualmente derivados da análise funcional versus a tão falada terapia cognitivo-comportamental praticada via protocolo padronizado. Se eles são tratamentos verdadeiramente efetivos, seus efeitos positivos deveriam ser detectados usando-se tanto estratégias nomotéticas quanto idiográficas, e avaliações comparativas da efetividade dos tratamentos deveriam ser possíveis. Se a análise do comportamento é tão poderosa quanto acreditamos que seja, então deveríamos participar do grande jogo dos ensaios clínicos randomizados (ECRs). Os ECRs são a moeda do reino no que diz respeito aos padrões contemporâneos de evidência (p. 733)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma verdadeira revolução ocorreu na psicologia clínica nas últimas décadas com o surgimento da prática baseada em evidências. Esse movimento, que continua no centro das atenções no cenário internacional e que começa a ganhar espaço em território brasileiro, permitiu um avanço incomensurável na lacuna comumente observada entre a pesquisa e a prática da psicoterapia.

Tendo em vista o incessante comprometimento dos aplicadores da análise do comportamento com a sustentação empírica de seus procedimentos, era esperado que a terapia analítico-comportamental (TAC), desenvolvida no Brasil por terapeutas profundamente influenciados pela obra de Skinner, dispusessem de evidências empíricas de eficácia de boa qualidade metodológica. Entretanto, a TAC tem um número muito pequeno de pesquisas experimentais e dispõe fundamentalmente de relatos de caso anedóticos (cf. Leonardi, 2016). Profissionais que utilizam a TAC deveriam ficar assombrados pela ausência de sustentação empírica de seus procedimentos, de modo que ela não deveria ser veiculada como cientificamente comprovada até que estudos conclusivos sejam realizados.

Nesse contexto, os terapeutas brasileiros têm como opção utilizar a teoria da análise do comportamento como meio de se apropriarem das evidências de eficácia dos procedimentos de terapias empiricamente sustentadas, adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que já tiveram sua eficácia empiricamente comprovada (neste momento, BA e DBT), o que requer uma análise aprofundada dessas terapias à luz dos fundamentos da análise do comportamento ou, então, desenvolver um manual de TAC a fim de identificar suas características definidoras para, então, testá-la empiricamente em pesquisas experimentais. Seja adotando um modelo internacional empiricamente sustentado ou pesquisando a TAC, os analistas do comportamento brasileiros que atuam com psicologia clínica caminhariam na direção de uma prática psicoterápica baseada em evidências.

Por fim, espera-se que este artigo fomente um debate entre os membros da comunidade de terapeutas analítico-comportamentais que, provavelmente, terão posicionamentos divergentes sobre as três possibilidades de atuação apresentadas e vislumbrarão diferentes prós e contras em cada uma delas.

REFERÊNCIAS

- Areán, P. A., & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- Augustson, E. M. (2002). An overview of some current challenges within the field of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst Today*, 3, 265-269.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho, & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Behavior Analyst Certification Board (2010). *Guidelines for responsible conduct for behavior analysts*. Disponível em <http://www.bacb.com/index.php?page=57>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64.
- Critchfield, T. S. (2014). Punishment: Destructive force or valuable social “adhesive”? *Behavior Analysis in Practice*, 7, 36-44.
- de Rose, J. C. (1999). O que é um Skinneriano? Uma reflexão sobre mestres, discípulos e influência intelectual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 67-74.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Lau, A. W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Forsyth, J. P. (1997). In the name of the “advancement” of behavior therapy: Is it all in a name? *Behavior Therapy*, 28, 615-627.
- Franks, C. M. (1997). It was the best of times, it was the worst of times. *Behavior Therapy*, 28, 389-396.
- Glenn, S. S. (1993). Windows on the 21st century. *The Behavior Analyst*, 16, 133-151.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. Em C. N. Abreu, & H. J. Guilardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Retirado de: <http://www.itrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Guinther, P. M., & Dougher, M. J. (2013). From behavioral research to clinical therapy. Em G. J. Madden (Org.), *APA handbook of behavior analysis. Vol. 2: Translating principles into practice* (pp. 3-32). Washington: American Psychological Association.
- Hawkins, R. P. (1997). Can behavior therapy be saved from triviality? Commentary on “Thirty years of behavior therapy”. *Behavior Therapy*, 28, 637-645.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., & Forman, E. M. (2013). The importance of theory in cognitive behavior therapy: A perspective of contextual behavioral science. *Behavior Therapy*, 44, 580-591.
- Hofmann, S. G. (2013). Bridging the theory-practice gap by getting even bolder with the Boulder model. *Behavior Therapy*, 44, 603-608.
- Horner, R. H., & Kratochwill, T. R. (2012). Synthesizing single-case research to identify evidence-based practices: Some brief reflections. *Journal of Behavioral Education*, 21, 266-272.
- Jacobson, N. S. (1997). Advancing behavior therapy means advancing behaviorism: Commentary on “In the name of the advancement of behavior therapy: Is it all in a name?” *Behavior Therapy*, 28, 629-632.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.

- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*, 26-38.
- Leaf, R., & McEachin, J. (Orgs.) (1999). *A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York: DRL Books.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*, 1139-1156.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (no prelo). Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. *Temas em Psicologia*.
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Tese de doutorado), São Paulo, SP.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Porto Alegre: Artmed.
- Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). Functional analytic psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 78-89.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411.
- McEntegart, C., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., & Barnes-Holmes, D. (2015). The ties between a basic science of language and cognition and clinical applications. *Current Opinion in Psychology, 2*, 56-59.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.
- Mulick, P. S., Landes, S. J., & Kanter, J. W. (2011). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 23-32.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in) compatibilidade com a terapia analítico-comportamental* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Newland, M. C., Pennypacker, H. S., Anger, W. K., & Mele, P. (2003). Transferring behavioral technology across applications. *Neurotoxicology and Teratology, 25*, 529-542.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé, 5*, 159-172.
- Pérez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 291-310.
- Pilecki, B., & McKay, D. (2013). The theory-practice gap in cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy, 44*, 541-547.

- Plaud, J. J., Eifert, G. H., & Wolpe, J. (1998). The role of theory in behavior therapy: Conceptual and practical conclusions. Em J. J. Plaud, & G. H. Eifert (Orgs.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 320-331). Boston: Allyn and Bacon.
- Rangé, B. P. (2001). Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental? Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 31-39). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Reese, H. E., Rosenfield, E., & Wilhelm, S. (2013). Reflections on the theory-practice gap in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy, 44*, 609-613.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist, 18*, 503-515.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1972). Current trends in experimental psychology. Em B. F. Skinner (Org.), *Cumulative record* (3a ed.; pp 295-313). New York: Appleton-Century-Crofts. (Trabalho original publicado em 1947)
- Slocum, T. A., Detrich, R., Wilczynski, S. M., Spencer, T. D., Lewis, T., & Wolfe, K. (2014). The evidence-based practice of applied behavior analysis. *The Behavior Analyst, 37*, 41-56.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*, 3-23.
- Thyer, B. A. (1997). Professor Higgins' dilemma: Eliza Doolittle grows up-a review of *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*, edited by Vincent van Hasselt and Michel Hersen. *Journal of Applied Behavior Analysis, 30*, 731-734.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger.
- van Houten, R., Axelrod, S., Bailey, J. S., Favel, J. E., Foxx, R. M., Iwata, B. A., & Lovaas, O. I. (1988). The right to effective behavioral treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 21*, 381-384.
- Vandenbergh, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC, 34*, 33-41.
- Wilson, G. T. (1997). Behavior therapy at century close. *Behavior Therapy, 28*, 449-458.
- Wolpe, J. (1997). Thirty years of behavior therapy. *Behavior Therapy, 28*, 633-635.
- Wulfert, E. (2002). Can contextual therapies save clinical behavior analysis? *The Behavior Analyst Today, 3*, 254-258.

Received: April 13, 2016

Accepted: June 26, 2016