UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CAROLINE DA CRUZ PAVAN-CÂNDIDO

Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica

Ribeirão Preto
2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Caroline da Cruz Pavan-Cândido

Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica

Versão corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Ciências, obtida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pavan-Cândido, Caroline da Cruz

Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica. Ribeirão Preto, 2019.

179 p.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia da Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Neufeld, Carmem Beatriz.

1. Pesquisa Histórica; 2. Terapia Analítico-Comportamental;
3. Terapia Cognitiva; 4. Terapia Cognitivo-Comportamental;
5. Terapia Comportamental.

Nome: Pavan-Cândido, Caroline da Cruz

Título: Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de doutora.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

São inúmeras as pessoas a quem devo meus mais sinceros agradecimentos pois, direta ou indiretamente, contribuíram para que o desenvolvimento desta pesquisa fosse possível e/ou para que eu pudesse me dedicar a sua execução.

Ao Gabriel, pela parceria, pela companhia nas nossa aventuras acadêmicas, pela compreensão, por estar com a Olívia, por todo o auxílio com a própria pesquisa. Sem você esta pesquisa sequer existiria.

À Olívia, por fazer os dias mais alegres e os momentos de descanso mais divertidos, especialmente na reta final de entrega do trabalho. Pelo amor indescritível e pela experiência maravilhosa de ser sua mãe.

À Bia, minha orientadora, pela proposta da pesquisa, por todas as oportunidades de crescimento acadêmico, pelas discussões, pela parceria de trabalho, que já era anterior a este projeto. Além disso, pela compreensão das minhas ausências e da mudança de rotina, em função das demandas da maternidade. Isso, com certeza, fez toda a diferença na minha vida, acadêmica e pessoal, e na da Olívia.

A todos os colegas do LaPICC (não vou nomeá-los para garantir que não cometerei nenhuma injustiça) que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, compartilhando os desafios da pesquisa. E especialmente às colegas que se transformaram em amigas queridas Isabela Ferreira, Juliana Maltoni, Priscila Palma e Thaís Benedeti.

Ao Professor Roberto Banaco, pela enorme disponibilidade para auxiliar em todos os momentos e pelas diversas contribuições dadas ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa.

À Professora Andréia Schmidt por suas contribuições diretas e indiretas em vários momentos e pelo incentivo ao desenvolvimento da pesquisa.

À Professora Cláudia Oshiro, por tão gentilmente me receber em seu laboratório e pelas contribuições metodológicas tão relevantes.

Ao Professor Edward Morris, que recebeu a mim, juntamente com Gabriel e nossa gata, não somente em seu departamento – *Applied Behavioral Science Department da University* of *Kansas*– mas também em sua casa. Todas as atividades realizadas sob sua supervisão e convite foram extremamente enriquecedoras para o projeto e para minha formação como pessoa e pesquisadora.

Aos Professores Roberto Banaco e Ricardo Gorayeb, pelas contribuições dadas durante o exame de qualificação. Juntamente com as contribuições do Professor Morris, foram determinantes para o caminho que a pesquisa tomou.

Aos meus pais, Djalma e Marilda, pelo apoio, incentivo e admiração de toda a vida. Ao meu irmão, Leandro, minha cunhada Camila e a Lalá, pelo apoio, companhia e momentos de diversão.

Às amigas-mães (Josiane Campos, Maira Coutinho, Joyce Schultz, Juliana Pavesi, Ana Irene Mendes, Gabriela Xavier Moreira...) pelo apoio com as dúvidas, dificuldades e crises da maternidade e da conciliação dela com a carreira de cientista.

Aos amigos de sempre (Daniel Medeiros, Maira Coutinho, Joyce Schultz, Juliana Pavesi, Liana Faraco), pelos momentos leves que ajudaram no enfrentamento das dificuldades.

Aos amigos próximos e à família (meus pais, Gabriel, Olívia, meu irmão, minha cunhada e sobrinha) pela compreensão da minha ausência em muitos momentos importantes para me dedicar à tese.

À Fabiana Guerrelhas, pelo apoio em diversos momentos de dificuldade.

À Fapesp (Processo nº 2014/25532-8), pelo financiamento do projeto, e consequentes oportunidades que ele permitiu.

E a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que esta pesquisa pudesse ser realizada, meu muito obrigada.

RESUMO

Pavan-Cândido, C. C. (2019). Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

Desde o início do século XX, havia grande preocupação da Psicologia, de forma geral, de se constituir enquanto uma ciência. A expressão maior disso na psicoterapia foi a emergência da Terapia Comportamental. Estas mesmas preocupações foram responsáveis pelo surgimento das Terapias Cognitivas. É possível identificar na história destes dois grupos de terapias origens e influências comuns. Ao mesmo tempo, são claros alguns pontos de afastamento e divergência entre estas perspectivas. Considerando a importância de fundamentação teórica e técnica coerentes com a prática e não simplesmente uma aplicação de técnicas indiscriminada, justifica-se a realização de um estudo com o objetivo de realizar análise histórico-conceitual das terapias de base comportamental e/ou de base cognitiva, de suas técnicas e teorias, examinando as aproximações e divergências entre estas propostas de intervenção, estabelecendo relação entre a história e as características das práticas atuais no Brasil. Para isso, foi realizado um estudo histórico cujas fontes foram materiais variados - livros, capítulos, artigos científicos, relatórios científicos, dissertações e teses, correspondência entre autores, programas de conferências, e anotações pessoais - que tratassem de fatos relacionados direta ou indiretamente à história destas terapias. Além disso, foi realizada uma entrevista e visitas a diversos arquivos históricos nos EUA. A partir dos textos encontrados, primeiramente foi elaborada uma definição, a partir da literatura brasileira, para diversos termos utilizados para se referir às terapias de base comportamental e/ou cognitiva. Em seguida, foi elaborada uma história das abordagens, com foco na evolução dos termos utilizados ao longo da história e dos pontos de aproximação e divergência entre as diversas propostas terapêuticas. Observa-se que Watson, Mary Cover Jones, Skinner, Tolman e Hull são apontados como precursores destas terapias. Os trabalhos de Lindsley, Solomon e Skinner, Wolpe, e Eysenck são apontados como os fundadores da área, ao utilizar o termos Terapia Comportamental pela primeira vez. Ainda na década de 1950, aparecem as primeiras propostas de terapias de base cognitiva, de Beck e Ellis. Em um segundo momento, integrantes do grupo comportamental começam a questionar alguns aspectos da TComp e surgem insatisfações com o modelo, mas mantendo as preocupações com o critério científico. É neste contexto que surgem outro grupo de intervenções de base cognitiva, as Terapias Cognitivo-Comportamentais. Em relação ao Brasil, observa-se um desenvolvimento próprio da área no país, que se inicia com a transposição dos conhecimentos da Análise do Comportamento para a clínica. No final da década de 1970 e início de 1980, aumenta o interesse pelos aspectos cognitivos, o que culmina na chegada das Terapias Cognitivas, no país, no início da década de 1980. Com relação à metáfora de ondas, pode-se afirmar que é utilizada para descrever três diferentes períodos da história das abordagens, descrevendo as mudanças ocorridas na história destas terapias nos EUA. Quando se usa essa mesma metáfora para falar da história do Brasil, é necessário realizar algumas análises específicas da história do país, que é diferente da história americana. Pode-se concluir que a variedade de terminologias utilizadas para se referir às práticas terapêuticas de base cognitiva e comportamental revelam algumas diferenças nas interpretações das mesmas premissas filosóficas. Diversas implicações podem derivar destas características. Uma delas está relacionada à força e estabelecimento da área, que pode perder a coesão e sofrer enfraquecimento, se diferentes denominações forem utilizadas para se referir às mesmas práticas. Ademais, os dados mostram que é necessário reconhecer particularidades existentes na história dos diferentes grupos e países.

Palavras-chave: Análise do Comportamento Clínica; Terapia Analítico-Comportamental; Terapia Cognitiva; Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia Comportamental.

ABSTRACT

Pavan-Cândido, C. C. (2019). Behavioral-based therapies and cognitive-based therapies: Approaches and divergences from a historical analysis. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

Since the beginning of the twentieth century, there has been a great concern of Psychology, in general, to constitute itself as a science. The greater expression of this, in psychotherapy, was the emergence of Behavior Therapy. These same concerns were importante for the emergence of Cognitive Therapies. It is possible to identify in the history of these two groups of therapies common origins and influences. At the same time, some points of departure and divergence between these perspectives are clear. Considering the importance of theoretical and technical foundation consistent with practice and not simply an application of indiscriminate techniques, it is justified to carry out a study with the objective of performing a historical-conceptual analysis of behavioral and cognitive based therapies, of their techniques and theories, examining the approximations and divergences between these intervention proposals, and establishing a relationship between the history and the characteristics of current practices in Brazil. For that, a historical study was carried out that had as sources assorted materials - books, chapters, scientific articles, scientific relays, dissertations and theses, correspondence between authors, conference programs, and personal annotations – dealing with facts directly or indirectly related to history of these therapies. In addition, an interview was conducted and visits were made to various historical archives in the USA. From the texts found, we first elaborated a definition, from the Brazilian literature, for several terms used to refer to behavioral and cognitive based therapies. Then, a history of the approaches was elaborated, focusing on the evolution of the terms used throughout history and the points of approximation and divergence between the several therapeutic proposals. It is noted that Watson, Mary Cover Jones, Skinner, Tolman and Hull are pointed out as precursors of these therapies. The articles of Lindsley, Solomon and Skinner, Wolpe, and Eysenck are singled out as the founders of the area, by using the term Behavior Therapy for the first time. Still in the decade of 1950, the first proposals of cognitive based therapies, by Beck and Ellis appear. In a second moment, members of the behavioral group begin to question some aspects of Behavior Therapy and dissatisfactions arise with the model, but maintaining the concerns with the scientific criterion. It is in this context that another group of cognitive-based interventions, Cognitive-Behavioral Therapies, emerges. In relation to Brazil, there is a proper development of the area in the country, which begins with the transposition of the knowledge of Behavior Analysis to the clinic. In the late 1970s and early 1980s, interest in cognitive aspects increased, culminating in the arrival of Cognitive Therapies in the country in the early 1980s. With respect to the wave metaphor, it can be said that it is used to describe three different periods in the history of the approaches, describing the changes that have occurred in the history of these therapies in the USA. When one uses this same metaphor to talk about the history of Brazil, it is necessary to make some specific analyzes of the country's history, which is different from American history. It can be concluded that the variety of terminologies used to refer to cognitive and behavioral therapeutic practices reveal some differences in the interpretations of the same philosophical premises. Several implications may derive from these characteristics. One is related to the strength and establishment of the area, which may lose cohesion and be weakened if different denominations are used to refer to the same practices. In addition, the data show that it is necessary to recognize particularities existing in the history of the different groups and countries.

Keywords: Analytical-Behavior Therapy; Clinical Behavior Analysis; Cogntive Therapy; Cogntive-Behavioral Therapy; Behavior Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AABT	*Association for Advancement of Behavior Therapies - Association for Advancement of Behavior Therapy*
ABCT	*Association for Behavioral and Cognitive Therapies*
ABPMC	Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental
ACA	Análise do Comportamento Aplicada
ACC	Análise do Comportamento Clínica ou Análise Comportamental Clínica
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
ALAMOC	Associação Latino-Americana de Modificação do Comportamento e Terapias Cognitivo-Comportamentais
ALAPCO	Associação Latino Americana de Psicoterapia Cognitiva
APA	*American Psychological Association*
BA	Ativação Comportamental
BMO	*Behavior Modification* (revista)
BRAT	*Behavior Research and Therapy*
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMOC	Centro de Modificação do Comportamento
DBT	Terapia Comportamental-Dialética
DEDALUS	Banco de Dados Bibliográfico da Universidade de São Paulo
EABT	*European Association of Behavior Therapy*
FAP	Psicoterapia Analítica Funcional
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FBTC	Federação Brasileira de Terapias Cognitivas

FFCLRP	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
IBCT	Terapia Comportamental Integrativa de Casal
JABA	*Journal of Applied Behavior Analysis*
JEAB	*Journal of Experimental Analysis of Behavior*
LaPICC	Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental
MBCT	Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*
MC	Modificação do Comportamento
PCP	Psicoterapia Comportamental Pragmática
RBTC	Revista Brasileira de Terapias Cognitivas
RBTCC	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
SBP	Sociedade Brasileira de Psicologia
SPRP	Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto
TAC	Terapia Analítico-Comportamental
TC	Terapia Cognitiva
TCCons	Terapia Cognitiva Construtivista
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCs	Terapias Cognitivo-comportamentais
TComp	Terapia Comportamental
TCR	Terapia por Contingências de Reforçamento
TE	Terapia do Esquema
TMA	Terapia Molar e de Autoconhecimento
TREC	Terapia Racional Emotiva Comportamental

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
1.1 Surgimento da Psicologia Clínica nos EUA 21
1.1.1 Da introspeção à Psicologia Experimental e Behaviorismo 23
1.1.2 Fundação da Psicologia aplicada e da psicologia clínica nos Estados Unidos 29
1.1.3 Desenvolvimentos no pós-guerra 32
1.1.4 A Segunda Guerra Mundial 33
1.2 Psicologia Clínica no Brasil 35
1.2.1 Nasce a Psicologia Clínica 35
1.2.2 As diferentes fundamentações da psicologia clínica no país 43
1.3 Justificativa 44

2 OBJETIVOS 47
2.1 Objetivo Geral 47
2.2 Objetivos Específicos 47

3 MÉTODO 49
3.1 Alguns aspectos importantes da metodologia historiográfica 49
3.1.1 Fontes primárias 49
3.1.2 Internalismo X Externalismo 50
3.1.3 Historicismo X Presentismo 50
3.2 Fontes 51
3.3 Procedimento de coleta e análise das fontes 52

4 RESULTADOS 55
4.1 Definições 55
4.1.1 Modificação do Comportamento 56
4.1.2 Terapia Racional Emotiva Comportamental 57
4.1.3 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitivo-Comportamental 61
4.1.4 Terapia Cognitiva Construtivista 63
4.1.5 Terapia Comportamental 64
4.1.6 Terapia Analítico-Comportamental 65
4.1.7 Terapia por Contingências de Reforçamento 66

4.1.8 Terapia Comportamental Dialética 67
4.1.9 Terapia Comportamental Integrativa de Casal..... 68
4.1.10 Terapia de Aceitação e Compromisso 68
4.1.11 Terapia do Esquema..... 69
4.1.12 Outras denominações 70
4.2 Primeiras aplicações dos princípios de aprendizagem para mudar problemas de comportamento humano..... 71
4.3 Primeiros usos do termo Terapia Comportamental..... 74
4.4 Desenvolvimentos das Terapias Comportamentais até a década de 1970 82
4.5 Surgimento da Terapia Cognitiva e da Terapia Cognitivo-Comportamental 88
4.6 Terapia Comportamental, Análise do Comportamento Aplicada e Análise do Comportamento Clínica 93
4.7 Uma perspectiva brasileira..... 95
4.8 Esta história por outra perspectiva: as três ondas 111

5 DISCUSSÃO..... 121

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS 133

APÊNDICES..... 155
APÊNDICE A - Referências levantadas na primeira pesquisa realizada no Brasil 155
APÊNDICE B - Referências dos materiais levantas nas bibliotecas nos EUA 165

1 INTRODUÇÃO

A primeira consideração a ser feita em um trabalho em História da Psicologia é que existem diversos fatores que interferem na narrativa histórica e na produção historiográfica que incluem a escolha do evento e período a ser estudado, a seleção das fontes que fundamentarão o olhar do pesquisador, além de outros fatores, como a própria história pessoal e profissional do pesquisador.

Outro esclarecimento necessário refere-se à importância de se estudar a história de uma prática clínica. Alguns autores da história da psicologia consideram desnecessário justificar a importância do estudo da área. Brozek, por exemplo, assume que o valor da pesquisa histórica "deve ser evidente para qualquer pessoa capaz de pensar" (*apud* Wertheimer, 1998, p.23). Por outro lado, é possível identificar autores que dedicam textos inteiros à explicação e discussão das razões para se estudar história da psicologia. Wertheimer (1998) enumera algumas razões, dentre elas: a oportunidade de redescobrir grandes ideias do passado e, ao mesmo tempo, evitar repetir erros do passado; ajudar a concentrar nas questões realmente fundamentais da área; ajudar a integrar um campo de grande diversidade de forma coerente; e compreender onde a psicologia - ou uma de suas áreas - se encontra agora e como chegou até aqui – o que ajuda na solução dos problemas atuais. Assim, a pesquisa histórica pode auxiliar na reflexão filosófica e na ampliação da consciência nas práticas, uma vez que traz o desenvolvimento da psicologia como ciência e prática (Morris, Todd, Midgley, Schneider, & Jhonson, 1990).

Não há uma forma correta ou incorreta de se ver a história, já que toda história deve ser contada a partir de um conjunto de documentos selecionados para responder à questão levantada pelo pesquisador. Do mesmo modo, não há uma forma correta ou incorreta de se explicar o desenvolvimento das terapias abordadas neste trabalho. É possível identificar na literatura sobre a área, diferentes formas de se falar sobre os mesmos temas. Cada uma destas possíveis interpretações está relacionada às fontes usadas pelo pesquisador e às histórias pessoal e profissional dos autores responsáveis por sua "redação". Outro fator que parece influenciar na produção histórica é o momento histórico em que o autor viveu. A depender do momento em que começou a ter contato com os eventos narrados – se enquanto parte dessa história ou somente depois dela – parece haver uma diferença em sua compreensão.

Desta forma, este trabalho representa uma das formas de se relatar a história das terapias de base comportamental e de base cognitiva no Brasil. Buscou-se conhecer a literatura sobre a história destas terapias para se elaborar um quadro de referências para a

busca de fontes primárias. Em seguida, selecionou-se bibliografia primária sobre as terapias em questão, na tentativa de descrever os termos usados e as práticas que representavam, o surgimento de novas propostas, debates, críticas e adesões a certos padrões técnicos. Esta análise foi feita levando em consideção os desenvolvimentos que ocorreram em dois locais. Um deles é o Brasil e o outro, os Estados Unidos da América, por ser constantemente citado como o país de origem dos pesquisadores que influenciaram o surgimento de tais terapias no Brasil.

A literatura sobre as terapias de base comportamental e de base cognitiva tem revelado uma proliferação de práticas abarcadas nestas amplas classificações. Mostra, também, a existência de uma variedade de nomenclaturas para as mesmas práticas e diferentes práticas incluídas na mesma nomenclatura (Campos, 2001; Rangé, 2001; Shinohara, 2001a, 2001b; Guilhardi, 2004; Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008; Martin & Pear, 2009; Costa, 2011).

Para compreender melhor como esta característica foi se mantendo ao longo do tempo, é importante olhar para sua história. Neste trabalho, ela será apresentada pelas seguintes perspectivas. Primeiramente, será apresentada uma seção com as descrições das práticas das diferentes modalidades de terapia de base comportamental e de base cognitiva descritas na literatura brasileira na atualidade. Em seguida, será descrita a trajetória da área desde o primeiro uso do termo Terapia Comportamental (TComp) até o desenvolvimento da Análise do Comportamento Clínica (ACC), Análise do Comportamento Aplicada (ACA), Modificação do Comportamento (MC), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Terapia Analítico-Comportamental (TAC). Após isso, uma sessão será exclusivamente dedicada ao relato da história brasileira. Por último, a história será abordada utilizando a perspectiva da metáfora de ondas (Hayes, 2004).

Mas antes de iniciar a discussão a que o trabalho se propõe, é importante fazer alguns esclarecimentos. O primeiro deles é em relação às definições dos termos que serão utilizados ao longo do texto, já que, como foi problematizado logo de início, diferentes definições são dadas para as terapias aqui abordadas. O termo “terapias de base comportamental” será utilizado ao longo do trabalho para se referir às terapias fundamentadas, em algum grau, nos Behaviorismos (o Metodológico, de Watson, o Radical, de Skinner ou o Mediacional, de Tolman ou Hull) e/ou nas teorias da aprendizagem, mas que não adotam a premissa de que a cognição tem um papel mediacional fundamental. Já o termo “terapias de base cognitiva” será utilizado para tratar das terapias que tem o papel mediacional da cognição como pressuposto básico fundamental na explicação do comportamento e da emoção, e que os processos cognitivos podem (e devem) ser acessados e alterados. Vale ainda acrescentar que o termo

TCC passou a ser utilizado posteriormente na história, a partir da segunda metade da década de 1970 (Wilson, 1978), para se referir às terapias de base comportamental, historicamente baseadas nos Behaviorismos Mediacionais de Tolman ou Hull, e que passaram a adotar pressupostos mediacionais como parte da explicação do comportamento. Assim, é partindo destas definições que este trabalho foi delineado, em função da perspectiva histórica adotada e que ficará clara para o leitor, ao longo da leitura do texto. Esta escolha não expressa a forma correta ou a única forma possível de se abordar os temas e os termos. Esta é uma perspectiva adotada diante dos estudos e pesquisas realizadas.

1.1 Surgimento da Psicologia Clínica nos EUA

Durante o final da década de 1890 e início de 1900, mudanças sociais e culturais ocorreram nos Estados Unidos da América. A eleição do republicano William McKinley (1843-1901) em 1896 foi um marco para a urbanização e para o desenvolvimento industrial. "A reforma, a eficiência e o progresso se tornaram as palavras de ordem do dia. A psicologia se ofereceria para atender aos três objetivos e, ao fazê-lo, transfigurou-se de um ramo experimental da filosofia para uma profissão prática aplicada" (Leahey, 2013, p. 441). Estava começando o Progressismo como um movimento social. As principais preocupações dos progressistas eram o controle social e a ordem, e que tudo deveria ser feito para melhorar a vida das pessoas. Líderes sociais haviam começado a realizar um projeto de gestão da sociedade baseado em meios científicos, em vez de religiosos ou tradicionais, de controle social. A psicoterapia era vista como a maneira de curar as doenças do espírito ou da alma. De acordo com Cushman (1992), a psicoterapia desse período, nos EUA, era fortemente influenciada pelo mesmerismo[1].

Assim, os primeiros anos do século XX foram marcados por uma profunda mudança na sociedade e na cultura. As pessoas mudaram-se da fazenda para as cidades, começaram a trabalhar nas modernas fábricas ou lojas de departamentos, em vez de trabalhar na fazenda e, com isso, começaram a comprar comida e roupas, em vez de produzi-las. Oportunidades que as pessoas nunca tiveram antes estavam disponíveis: trabalhar e morar onde escolhessem, namorar e casar com quem escolhessem. As pessoas começaram a estudar por mais anos e o ensino médio passou a existir (Leahey, 2013).

[1] Prática médica voltada ao magnetismo animal e hipnotismo

Os valores tradicionais, relacionados à família e religião, foram se modificando. A urbanização fez com que as famílias, que até aquele período viviam próximas e se ajudavam mutuamente em questões como criar filhos e problemas conjugais, procurassem outros tipos de ajuda. A religião, que costumava desempenhar um papel importante no aconselhamento de famílias, estava perdendo sua importância. Então, as pessoas estavam procurando por novas formas de autoridade sobre como guiar suas vidas.

Além disso, a perda da noção de comunidade e tradição, a mudança na ideia do passado de que as normas e compreensões sociais possuíam certeza e autoridade divina, e que a verdade era transmitida pelos pais; também as perdas de autoridade provindas de orientação comunal e religiosa; e o mundo se tornando cada vez mais complicado levou as descobertas científicas e a perícia profissional a assumirem uma nova importância (Cushman, 1992).

A mudança da fazenda para as cidades transformou a vida dos novos cidadãos urbanos, consequentemente trazendo mudanças psicológicas e exigindo novas habilidades psicológicas. Foi nesse contexto que a psicoterapia foi profundamente afetada e, junto com a publicidade, surgiu e foi acolhida pela classe média (Cushman, 1992).

John Dewey (1859-1952), o filósofo do Progressismo, foi presidente da *American Psychological Association* (APA) durante o último ano do século XIX. Ele foi o responsável pelo desenvolvimento das ideias do Progressismo na Psicologia. Segundo Dewey, o progressismo na ciência, representado pela Psicologia, substituiria a moral e os valores mantidos pelos costumes e pela tradição. As ideias de progressismo trazidas à ciência estavam relacionadas a uma apreciação do conhecimento aplicado em vez do conhecimento puro, que poderia trazer melhorias sociais e pessoais, ensinando as pessoas a agir. Essas características influenciaram a maneira como o campo da psicologia se desenvolveu no país. Além do fato de que, mesmo antes do progressismo, os americanos consideravam o conhecimento aplicado valorizado, a psicologia americana, desde o início, dedicava-se principalmente à aplicação útil em vez de pesquisa pura.

Apesar do interesse precoce dos americanos pelo conhecimento utilizável em vez da ciência pura, a APA foi fundada em 1892 com o objetivo principal de avançar a Psicologia como ciência. A existência desses dois grupos diferentes, compostos pelo psicólogo cientista e pelo psicólogo aplicado, levou a uma tensão na Psicologia. Essa tensão começou porque "a psicologia norte-americana queria ser reconhecida como ciência, mas especialmente como uma ciência com objetivos práticos (...) com os objetivos de controle social e gestão científica da sociedade" (Leahey, 2013, p. 450). Quando seus membros começaram a aplicar a ciência da Psicologia, a APA teve um problema de definição e regulação da prática profissional da

área. "Havia, no entanto, especialmente nos Estados Unidos, nenhum retorno ao desenvolvimento da psicologia profissional aplicada: as circunstâncias sociais da psicologia e as ideologias do pragmatismo e do funcionalismo exigiam isso" (Leahey, 2013, p. 450).

> A visão progressista não estava, obviamente, confinada à psicologia, mas estava refazendo todas as ciências sociais em linhas semelhantes. A direção inevitável era comportamental porque, em última análise, o controle social é o controle do comportamento. E para alcançar o controle social, os psicólogos teriam que abandonar a prática inútil e arcaica da introspecção para o estudo prático do comportamento, com o objetivo de descobrir os princípios científicos pelos quais os progressistas poderiam alcançar o controle social. (Leahey, 2013, p.446).

1.1.1 Da introspeção à Psicologia Experimental e Behaviorismo

Enquanto mudanças estavam acontecendo na sociedade, ideias em Psicologia estavam se desenvolvendo. Com o surgimento da Psicologia Animal e Comparada e do método experimental, a Psicologia baseada no método de introspecção perdeu espaço e seguidores e esse método foi substituído pela experimentação mais objetiva. Ainda, o surgimento das primeiras teorias de aprendizagem impactou o desenvolvimento da Psicologia nos anos seguintes.

Thorndike (1874-1949) estabeleceu princípios gerais da aprendizagem humana e animal, desde seus experimentos com gatos aprendendo a escapar de uma caixa, o que o levou a formular a lei do efeito[2] (Fishman, & Franks, 1998). Em conformidade com as ideias progressistas, ele achava que o objetivo da Psicologia deveria ser o controle do comportamento. Ele acreditava que a Psicologia se tornaria o estudo do comportamento. Por causa de sua paixão pela Psicologia educacional, ele deixou a academia e a pesquisa experimental (Leahey, 2013).

Os trabalhos sobre condicionamento na Rússia foram importantes para as teorias da aprendizagem e "parte de um movimento maior em direção a um maior objetivismo e materialismo dentro das ciências" (Kazdin, 1982, p.9). Seu fundador foi Sechenov (1829-1905), cujo trabalho foi popularizado por um de seus alunos, Bechterew (1857-1927). Mas foi Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) quem foi o maior e mais conhecido dos seguidores de Sechenov, embora não seu aluno. Pavlov desenvolveu estudos sobre digestão - devido aos quais ganhou o Prêmio Nobel em 1904 - e forneceu um conhecimento considerável sobre os

[2] A Lei do Efeito afirma que os comportamentos tendem a se repertir a depender do efeito que produzem. Se um efeito de satisfação, o comportamento tende a se repetir.

processos de aprendizagem. Ele foi responsável por descobrir o condicionamento clássico e por desenvolver um programa de pesquisa sistemática para descobrir seus mecanismos (Fishman & Franks, 1998).

Thorndike e Pavlov desenvolveram métodos importantes, que se tornaram *mainstream* no behaviorismo e constituíram a base dos desenvolvimentos nas teorias da aprendizagem behaviorista (Fishman e Franks, 1998; Leahey, 2013).

Em 1913, Watson (1878-1958), publicou o artigo *A Psicologia como o behaviorista a vê (Psychology as the Behaviorist Views It)*. Foi publicado no periódico *Psychological Review*, e ficou conhecido como Manifesto Behaviorista. Neste artigo, ele propôs que a Psicologia poderia ser vista como uma ciência natural, a ciência do comportamento, com os objetivos de previsão e controle do comportamento (Watson, 1913). Ele era totalmente contra o uso de introspecção como método e também termos como a consciência, estados mentais, mente, introspectivamente verificável, imagem, sensações e similares (Malone, 1990; Cushman, 1992; Fishman, & Franks, 1998; Leahey, 2013). Ele se opunha à eugenia e à possibilidade de herança de inteligência, personalidade, talento, moral ou quaisquer outras características. Ele acreditava que a maior parte do comportamento complexo, como esses, era aprendida pelo condicionamento pavloviano ao longo da vida, e que os seres humanos nasciam com muito poucos reflexos incondicionados.

Embora Watson sempre tenha afirmado que ele não era o fundador do Behaviorismo (Malone, 1990), ele é geralmente considerado o seu fundador (Cushman, 1992; Fishman & Franks, 1998). Alguns historiadores da Psicologia, contemporâneos dele, atribuem à Watson a fundação do Behaviorismo, enquanto pesquisadores mais recentes da história, como Kazdin e Samelson, “tendem a creditar Watson como sendo o catalisador de um movimento (em direção ao 'objetivismo' e para longe da 'consciência') que já estava em andamento” (Krasner, 1990, p.5).

De qualquer forma, Watson estava encabeçando o movimento do Behaviorismo na Psicologia, e, como pensava Thorndike, a psicologia se tornaria o estudo do comportamento em vez do estudo da mente (Leahey, 2013).

Além disso, Watson achava que a psicologia introspectiva ou mentalista não poderia ajudar a resolver os problemas que as pessoas tinham na vida moderna. Ele sempre se preocupou com a psicologia aplicada, especialmente o desenvolvimento infantil e a educação dos filhos (Malone, 1990). Ele sempre quis escrever sobre psicologia para um público popular. Assim, após sua expulsão da universidade e da academia, devido a seu romance e subsequente casamento com Rosalie Rayner (1899-1935), sua aluna e assistente, tornou-se

um *advertising psychologist* (atuação ligada à psicologia do consumidor), aplicando princípios comportamentais ao controle social do comportamento (Leahey, 2013).

Seguindo Watson, outros psicólogos conhecidos desenvolveram pesquisas e teorias sobre comportamento, a partir do ponto de vista de Watson, mas mudando-o em muitas características específicas: Edwin R. Guthrie (1886-1959), Edward Chace Tolman (1886-1959), Clark Leonard Hull (1884-1952), e Burrhus Frederick Skinner (1904-1990). Como Watson, todos eles fizeram propostas de explicação do comportamento sem apelar para conceitos mentais (Malone, 1990; Leahey, 2013). Porém, Tolman e Hull, apesar de não utilizarem conceitos mentais em suas explicações, suas propostas de explicação do comportamento envolviam mecanismos internos do organismo fazendo mediação entre o estímulo ambiental e o comportamento resposta do organismo. Desta forma, processos mentais como memória e intenção poderiam ser explicados e discutidos. De acordo com Cushman (1992, p. 41) "esta linha de teorização behaviorista contribuiu para o desenvolvimento da psicologia cognitiva, uma força crescente na prática psicoterapêutica".

Aqui, as principais ideias dos três últimos serão apresentadas, pois foram as mais influentes no desenvolvimento da TComp.

Tolman, que lera os trabalhos de Watson, propunha um tipo de behaviorismo que excluía a consciência e a mente, mas mantinha ideias de intencionalidade e cognição (Malone, 1990; Leahey, 2013). Embora ele tenha dito que não gostava desses termos, usou-os para se referir ao que ele chamou de comportamento molar, a unidade de análise que ele usou, em oposição ao comportamento molecular, aquele usado por Watson e Hull. Ele achava que o comportamento era sempre direcionado para o objetivo e seu propósito poderia ser inferido a partir da observação do comportamento (Malone, 1990).

Ele discordou da unidade molecular de análise baseada em estímulos e respostas, e apontou que o comportamento molar não era apenas a soma do comportamento molecular, mas tinha propriedades emergentes e podia ser entendido em seu próprio nível. A ênfase que ele colocou na diferença entre o comportamento molar e molecular foi uma influência da psicologia da Gestalt.

Ele foi o primeiro psicólogo a fazer muito uso de variáveis intervenientes, que eram inferidas a partir do comportamento observável. Essas variáveis intervenientes corresponderam à unidade molar de análise (Malone, 1990).

Para ele, cognições e pensamentos eram representações internas do mundo desempenhando um papel causal na determinação do comportamento (Leahey, 2013). Mapa cognitivo é o nome que ele deu a essas representações e as concebeu como um conjunto de

cognições organizadas que pessoas e animais examinavam para guiar o comportamento inteligente em direção a um objetivo. Ainda, ele achava que o reforço não era necessário para que esse aprendizado acontecesse, o que ele chamou de aprendizagem latente (Malone, 1990).

Foi em seu livro *Purposive Behaviorism in Animals and Man*, de 1932, que ele apresentou a maior parte de sua teoria e em *Cognitive Maps in Rats and Man*, de 1948, onde compilou suas principais descobertas.

O behaviorismo de Tolman era uma abordagem mais mentalista e foi fundamental para os desenvolvimentos da ciência cognitiva. Foi nomeado behaviorismo molar, behaviorismo intencional, behaviorismo de sinais e behaviorismo cognitivo (Malone, 1990).

Tolman tentou discutir e mostrar aplicações de sua teoria, mas ela não era muito aplicável. Ele não tinha muitos discípulos; e sua teoria não foi muito popular e aceita em seu tempo. Mas, mais tarde, nas décadas de 1970 e 1980, algumas das ideias de Tolman e problemas que ele havia discutido foram retomados em livros e artigos de periódicos. Com o surgimento das teorias cognitivas, as preocupações que os pesquisadores tinham e os experimentos que começaram a fazer eram os mesmos que Tolman costumava ter e fazer. "Tolman provavelmente se tornou mais influente do que havia sido em toda a sua vida" (Malone, 1990, p.195).

Hull, outro *neobehaviorista*, tornou-se um dos mais distintos e influentes psicólogos experimentais de sua época. Um dos principais objetivos de seu behaviorismo era tornar a psicologia uma verdadeira ciência natural, para a qual o método hipotético-dedutivo seria a chave para o progresso. Ele propôs que organismos vivos, incluindo seres humanos, poderiam ser entendidos como máquinas biológicas; que a análise do comportamento deveria ser molecular e baseada no modelo de estímulo-resposta (S-R); e esse comportamento deveria ser quantificável, mensurável e explicado por leis. As leis do comportamento deveriam ser expressas em termos de equações matemáticas, através das quais era possível fazer previsões precisas (Malone, 1990; Leahey, 2013).

A estrutura proposta por Hull em sua teoria compreendeu quase apenas variáveis intervenientes, termo utilizado para se referir à relação entre variáveis independentes covariando com algumas variáveis dependentes (Malone, 1990).

O sistema de Hull foi apresentado em seu livro mais famoso, *Principles of Behavior* (1943), e estendido em *A Behavior System* (1952) (Malone, 1990). Mas foi o primeiro que fez com que ele alcançasse sua pretensão de ser lembrado na história da psicologia (Leahey, 2013).

Hull não acreditava em propósitos e cognições, e acreditava que a experiência privada não precisava ser explicada e não deveria fazer parte da psicologia (Malone, 1990). Esse era o Behaviorismo Metodológico de Hull, que considerava que manter a mente na psicologia era uma herança da teologia medieval. Usando o conjunto de postulados que ele propôs - que ele acreditava que descreviam o sistema nervoso e os estados neurofisiológicos dos organismos - ele tentou mostrar que o comportamento intencional poderia ser considerado mecanicamente (Malone, 1990; Leahey, 2013). Sua posição sobre a experiência privada levou-o a ser muito criticado e também levou muitos outros psicólogos a acreditar que todos os behavioristas depois de Hull também tinham essa visão sobre a experiência privada (Malone, 1990).

Hull não estudou o comportamento humano nem aplicou diretamente sua teoria a ele. Mas considerando suas preocupações com o comportamento complexo e os registros das questões discutidas em seu *Sessions of Monday-Night Group*, se não fosse sua morte, ele provavelmente teria abordado essas questões. Eles discutiam questões como conflitos entre as nações, o aprendizado da fala, mentira, racionalização, raciocínio, lógica, psicanálise e fingimento, tudo em termos de hábitos fortalecidos pelos reforçadores. Hull teve muitos discípulos, como Kenneth Spence (1907-1967), que continuou sua pesquisa e continuou influenciando outros cientistas e psicólogos aplicados até a década de 1960 (Malone, 1990).

Apesar do fato de o behaviorismo de Hull e Tolman serem bem diferentes, ambos objetivaram propor uma teoria científica de aprendizagem e comportamento aplicando-a a, pelo menos, todos os mamíferos, incluindo seres humanos (Leahey, 2013).

Depois destes três diferentes behaviorismos, nos anos 1930 uma nova proposta começou a ser desenvolvida e, após a Segunda Guerra Mundial, desafiou e tomou o lugar de todos os outros behaviorismos. Tornou-se conhecido como Behaviorismo Radical.

B. F. Skinner, seu fundador, é o mais conhecido e influente de todos os behavioristas. Ele desenvolveu o Behaviorismo Radical com base na proposta de Watson, mas incluindo muitas novas ideias e conceitos (Leahey, 2013). Ele estava preocupado em encontrar ordem no comportamento, ou seja, descobrir as leis do comportamento que poderiam descrever e permitir compreendê-lo (Malone, 1990).

Ele diferenciou dois tipos de comportamento: comportamento respondente e comportamento operante. O primeiro foi estudado por Pavlov e é frequentemente chamado de comportamento reflexo. O comportamento respondente é eliciado por um estímulo específico, que pode ser incondicionado ou condicionado. A outra categoria, comportamento operante, é emitida, em vez de eliciada, e, às vezes, é chamada de comportamento voluntário. Esse tipo de comportamento é controlado por suas consequências, o que significa que, se produzir um

reforçador, o comportamento terá mais probabilidade de ocorrer no futuro, em condições semelhantes (Skinner, 1938). Todo comportamento, não importa se operante ou respondente, é produto da história filogenética, ontogenética e cultural do organismo (Skinner, 1984).

O processo pelo qual os comportamentos são aprendidos durante a vida é chamado condicionamento - condicionamento respondente e condicionamento operante. Assim, ele negou que o comportamento pudesse ser um produto da intenção ou da vontade (Skinner, 1938).

Segundo suas ideias, não era necessário recorrer a variáveis intervenientes para explicar o comportamento. Como alternativa, ele propôs o estudo das contingências, o que é a análise do próprio comportamento. Para Skinner, a análise de contingências poderia explicar atividades como atenção, memória, aprendizagem, percepção, disposição, motivação, entre outras (Malone, 1990).

Ele acreditava que era importante não apenas descrever o comportamento - determinando quais eram as variáveis que o influenciavam - e prevê-lo, mas também era necessário controlar o comportamento.

Ele propôs substituir toda tradição psicológica "por uma psicologia científica modelada na teoria evolucionista darwinista, que buscava fora dos humanos as causas do comportamento". Ele achava que as causas do comportamento - e, portanto, sua explicação - estavam no ambiente, fosse interno ou externo (Leahey, 2013, p. 358).

Skinner considerou que as entidades mentais não eram necessárias para explicar o comportamento de uma maneira científica e, em vez disso, elas complicavam a explicação, exigindo explicação para elas próprias. Mas ignorar entidades mentais não significava ignorar a experiência privada. Skinner considerou que os behavioristas metodológicos que excluíram a experiência privada da análise - apenas porque era privada - estavam errados. Para ele, parte do ambiente das pessoas está dentro de sua pele e é acessível apenas à própria pessoa. Esses estímulos, como o estímulo externo, podem controlar o comportamento das pessoas e devem fazer parte de uma análise do comportamento humano. Assim, os eventos privados devem fazer parte da ciência e devem ser compreendidos e explicados (Skinner, 1945).

Com o desenvolvimento de todas essas teorias, a abordagem filosófica do Behaviorismo ganhou força (Cushman, 1992). Assim, a preocupação dos psicólogos mudou do que a mente era para o que a mente fazia - em outras palavras, as causas do comportamento -, usando métodos experimentais para identificar a influência do estímulo sobre o comportamento (Leahey, 2013).

Da mesma forma que hoje, naquele momento, o termo Behaviorismo poderia ter muitos significados diferentes, mas todos relacionados a teorias preocupadas com a previsão e explicação do comportamento, além de abordar a aprendizagem. "Aprender era o processo pelo qual os animais e os seres humanos se ajustavam ao ambiente, pelo qual eram educados, e pelo qual podiam ser mudados no interesse do controle social ou da terapia." (Leahey, 2013, p. 369).

Devido às suas ideias de substituir a religião e o controle moral pelo controle científico e tecnológico do comportamento, o behaviorismo combinou com o Progressismo. Como as preocupações do Progressismo estavam relacionadas ao controle social através de meios científicos, e o behaviorismo tinha a tecnologia para controlar o comportamento, os políticos e apologistas progressistas descobriram que poderiam substituir a autoridade da tradição pela ciência do comportamento. A ideia progressista de controle social foi um ponto central para a aceitação do behaviorismo e, depois, da TComp (Leahey, 2013)

Além disso, os psicólogos tinham o desejo de ser socialmente úteis, implicando o estudo do comportamento, em vez de apenas estudar os conteúdos mentais. Da mesma forma que na psicologia em geral, os debates sobre behaviorismo foram interrompidos pela Segunda Guerra Mundial. Todas as preocupações foram voltadas para o esforço de guerra, em que a testagem psicológica desempenhou um papel importante na comprovação da eficiência e do valor da psicologia objetiva. A participação bem-sucedida da psicologia na guerra tornou-a famosa e conhecida por um público mais amplo. Como a psicologia objetiva era representada pelo behaviorismo, "depois da guerra, a questão não era mais se o behaviorismo era legítimo, mas que forma o behaviorismo deveria tomar" (Leahey, 2013, p. 365).

1.1.2 Fundação da Psicologia aplicada e da psicologia clínica nos Estados Unidos

A seguir, veremos como os processos de modernização moldaram a psicologia e como os testes mentais deram origem a um novo campo profissional da psicologia aplicada, ao lado da psicologia acadêmica tradicional. O teste mental foi fundamental para a fundação da psicologia profissional ou clínica.

No final dos anos 1800 e início dos anos 1900, a psicoterapia era entendida como a maneira de curar as doenças do espírito ou da alma. Neste momento, os profissionais responsáveis e autorizados a aplicar a psicoterapia eram apenas os psiquiatras, enquanto o papel dos psicólogos estava restrito à aplicação de testes. Mas desde a década de 1890, houve

movimentos, planejados ou não, para a ampliação do campo da psicologia aplicada (Kazdin, 1978; Cushman, 1993).

No final da década de 1890, Lightner Witmer (1867-1956) fundou o que ele chamou de psicologia clínica. Sua concepção de psicologia clínica estava relacionada ao método de intervenção, que era a testagem mental, não o lugar em que era desenvolvida. Não era uma terapia face-a-face, que era associada a médicos, e nem a psicoterapia como é praticada hoje. Era semelhante ao que era praticado nos hospitais psiquiátricos, no século XIX, a terapia moral. Tinha o objetivo de reestruturar o ambiente da criança, de modo a mudar o seu comportamento. Poderia ser aplicada a uma ampla variedade de pessoas: o que era chamado de crianças normais, mentalmente e moralmente retardadas, e também crianças precoces e geniais. Segundo ele, seus métodos de psicologia clínica eram aplicáveis em qualquer lugar que fossem necessários observação, experimento e tratamento pedagógico, a fim de produzir uma mudança, como desenvolver a mente individual. Ele publicou uma descrição de sua proposta no jornal que ele fundou, a Clínica Psicológica.

Em 1896 ele fundou sua clínica psicológica na universidade. A clínica foi fundada depois que ele havia avaliado e começado a tratar de um menino que não sabia ler, embora ele parecesse ter inteligência normal. Essa intervenção produziu o primeiro caso na história da psicologia clínica. Sua clínica foi o primeiro local formal para a prática de psicologia profissional e o primeiro a fornecer programa de pós-graduação em psicologia clínica (Leahey, 2013).

Ao mesmo tempo em que a psicologia clínica crescia, a aplicação da psicologia nos negócios e na indústria estava sendo discutida por Hugo Münsterberg (1863-1916); psicologia na propaganda e, posteriormente, psicologia na seleção de pessoal, estava sendo aplicada por Walter Dill Scot (1869-1955). Além disso, iniciado por um antigo doente mental, o Movimento de Higiene Mental passou a ser aplicado em Psicologia, com o objetivo de prevenir doenças psicológicas. O movimento também foi importante para a criação adicional das clínicas de orientação infantil (Leahey, 2013).

A psicologia clínica era uma profissão completamente nova e não era incomum que outros profissionais desprezassem os testadores mentais. Wallace Wallin (1876-1969) estava nessa condição e ficou perturbado com isso, o que o levou a se reunir com outros psicólogos clínicos e aplicados para organizar a *American Association of Clinical Psychologists* (AACP), em 1917. O principal objetivo da AACP era criar uma identidade pública para profissionais psicólogos.

Apesar disso, quando os Estados Unidos entraram na Primeira Guerra Mundial, os psicólogos já estavam aplicando suas ideias e técnicas - especialmente testes - a uma ampla gama de problemas sociais. Quando a guerra chegou, eles se candidataram à tarefa maciça de avaliar homens para servir no exército dos EUA. "Um ano depois, a psicologia tornou-se parte permanente do panorama intelectual da vida americana e sua terminologia se tornou parte do vocabulário americano." (Leahey, 2013, p. 457).

A Primeira Guerra Mundial promoveu nos EUA não apenas mudanças sociais - transformando o país de uma nação rural em urbanizada e industrializada - mas também mudanças na situação da Psicologia. Trouxe uma variedade de problemas do século XX, criando muitas oportunidades para os psicólogos no esforço de guerra. Essas oportunidades foram para avaliar os soldados que estavam se candidatando à batalha na guerra, o que impulsionou a testagem psicológica nos Estados Unidos. Além disso, os problemas causados aos soldados pela experiência de guerra geraram uma necessidade imediata de psicoterapia. "A tecnologia do bem-estar moderno criou um novo tipo de acidente, a vítima psiquiátrica. A Administração dos Veteranos[3] teve uma necessidade imediata de psiquiatras e psicólogos no pós-guerra" (Cushman, 1992, p. 40). Tudo isso foi responsável pelo financiamento de grandes projetos fornecido pelo recém-criado Comitê Nacional de Higiene Mental e pelo aumento dos programas de treinamento nas universidades.

Ao mesmo tempo, surgiu outra oportunidade para os psicólogos e intensificou o desenvolvimento dos testes psicológicos. O crescimento da indústria e a necessidade de influenciar os clientes, impulsionaram o desenvolvimento de técnicas de gestão de pessoal, que incluíam testes psicológicos mais precisos, tipologias e técnicas de pesquisa de mercado (Cushman, 1992).

Como a APA foi fundada para promover a psicologia como ciência, não havia espaço para psicólogos profissionais lá. Assim, durante os primeiros 40 anos após a fundação da APA, associações, como a AACP, foram criadas para representar psicólogos que não eram cientistas, como psicólogos clínicos. Depois de tentativas frustradas de criar associações diferentes e unificar estas e a APA, aceleradas pelo advento da Segunda Guerra Mundial, a APA foi modificada para representar não apenas os cientistas, mas também os interesses dos psicólogos profissionais.

> em adição ao propósito tradicional da APA de avançar a psicologia como ciência, o avanço da psicologia 'como profissão e como meio de promover o bem-estar humano'… Uma nova

[3] A Administração de Veteranos é o departamento que fornece serviços de saúde aos veteranos de guerra nos EUA (nota do autor).

> revista, a *American Psychologist*, foi criada para servir como a voz da nova psicologia unida. Na nova APA havia um segmento jovem e em crescimento, quase inteiramente novo: o psicólogo clínico como psicoterapeuta (Leahey, 2013, p. 481).

1.1.3 Desenvolvimentos no pós-guerra

Após a guerra, devido a todas as perdas e frustrações em alcançar os objetivos da Progressismo, como controle social, os líderes americanos buscaram na ciência ajuda para administrar os problemas sociais do pós-guerra, principalmente na psicologia, a fim de reajustar a família e o local de trabalho. Assim, a psicologia passou a ser uma das instituições mais importantes da sociedade, fornecendo orientação aos líderes para o controle social e para as pessoas comuns sobre como se comportar. Dado que, a I Grande Guerra mudou completamente a psicologia: ela revolucionou a pouco conhecida disciplina acadêmica da psicologia em uma profissão bem aceita e reconhecida, transformando-a em uma moda americana.

A psicologia aplicada e profissional continuou se desenvolvendo e ganhando cada vez mais importância em diferentes áreas da vida humana, o que ocasionou um grande incremento no número de psicólogos aplicados. Naquele momento, qualquer aplicação da psicologia era chamada psicologia clínica devido à designação que Witmer havia dado ao seu trabalho. Foi somente após a Segunda Guerra Mundial que a denominação psicologia clínica passou a ser usada principalmente para se referir à prática da psicoterapia. Mas, como a psicoterapia ainda não era uma prática dos psicólogos, nos anos após a Primeira Guerra Mundial, as aplicações da psicologia na indústria e no aconselhamento sobre problemas cotidianos da família moderna foram as mais frequentes e populares (Leahey, 2013).

Na indústria, algumas mudanças foram feitas para supostamente satisfazer as necessidades emocionais dos trabalhadores. Nesse contexto, a primeira e mais conhecida aplicação psicológica foi o aconselhamento pessoal, que foi fornecido para os trabalhadores que não estavam satisfeitos com seus empregos ou com a maneira como estavam sendo tratados, para que pudessem se aliviar. A outra aplicação importante da psicologia nas indústrias foi o uso de testes para colocar o homem certo na posição correta.

Como o que aconteceu com o resto da psicologia aplicada, embora a psicologia industrial tenha começado antes da guerra, seu desenvolvimento ocorreu depois disso. O sucesso dos psicólogos em resolver os problemas colocados pelo exército, durante a guerra, tornou a psicologia industrial popular nos negócios americanos. Além disso, os gerentes reconheceram que, além de gerenciar os cargos, a eficiência e os lucros só poderiam ser

melhorados se os trabalhadores fossem gerenciados como pessoas com sentimentos e apego emocional ao trabalho (Leahey, 2013).

Em relação aos problemas familiares modernos, a psicologia assumiu o papel de orientar sobre a moral e as regras de comportamento. As mudanças na sociedade levaram a mudanças na maneira como as famílias viviam, relacionavam-se e criavam seus filhos.

Uma das principais mudanças foi no papel da família. As famílias começaram a desempenhar o papel de garantir o ajuste emocional, já que o papel da unidade tradicionalmente econômica não existia mais. O papel dos pais passou a ser a de uma espécie de psicoterapeuta, com o objetivo de manter o olho nos estados emocionais das crianças e ajudá-las a resolver qualquer problema que tivessem. Para realizar essa tarefa, os pais precisavam de treinamento em habilidades terapêuticas e aconselhamento profissional, o que era uma oportunidade para os psicólogos aplicados aplicarem a psicologia à educação infantil, orientação e psicoterapia.

Como a primeira geração de americanos criados nas comunidades urbanas e industriais, a juventude dos anos 1920 buscou orientação na ciência moderna em vez de na tradição e religião. Eles também apreciavam o ajustamento emocional e tentaram alcançá-lo através de técnicas terapêuticas por conta própria (Leahey, 2013).

A crise familiar ampliou as possibilidades para os psicólogos, que passaram a ampliar suas preocupações e controle social científico da política e dos negócios para o ambiente familiar.

Tudo isso justificou a presença da expertise dos cientistas sociais profissionais para lidar com os problemas de adaptação da família. A maternidade deveria se tornar uma profissão que requeria educação e treinamento, o que "promoveu a causa da ciência social profissional, fornecendo uma ideologia que justificava a intervenção na vida familiar com conselhos de 'especialistas' não possuídos por pessoas comuns" (Leahy, 2013, p. 473)

1.1.4 A Segunda Guerra Mundial

Durante a década de 1930, ainda sob as consequências da crise de 1929, as preocupações da população média eram voltadas para questões econômicas consideradas mais importantes naquele momento, reduzindo assim a discussão e a divulgação sobre a psicologia. Apesar dessa retração, a psicologia continuou crescendo, em um ritmo mais lento, até sua re-emergência no movimento da guerra seguinte (Leahey, 2013).

Com o início da guerra, mudanças rápidas aconteceram e a APA estava totalmente envolvida nos esforços. As reuniões anuais foram suspensas e um Comitê de Guerra foi formado. O Comitê reconheceu que, como na Primeira Guerra Mundial, a psicologia deveria permanecer unificada para trabalhar na guerra e também no avanço da psicologia como profissão.

Havia muito trabalho na guerra para os psicólogos, já que, entre todas as outras ciências sociais, era a única indicada como profissão crítica pelo Departamento de Guerra. E, assim como na Primeira Guerra Mundial, os psicólogos estavam inicialmente servindo como testadores, aplicando os testes para avaliar diferentes demandas, por exemplo, demandas psicológicas como desempenho humano com armas sofisticadas ou controle biológico de mísseis.

A guerra também mudou o papel da psicologia na indústria, destacando o papel do psicólogo na gestão industrial eficiente. Devido à necessidade de melhorar a produção de material de guerra e a necessidade de novos funcionários para substituírem os que tinham ido para a guerra, os psicólogos tiveram mais um lugar de trabalho e de ajuda para a sociedade (Leahey, 2013).

Durante a Segunda Guerra, o trabalho realizado por psicólogos foi quase o mesmo que eles fizeram na I Guerra: testes - testes de recrutas para determinar para que trabalho militar eles eram mais adequados e também de soldados voltando da guerra para avaliar sua necessidade de psicoterapia. Ao mesmo tempo em que aplicavam testes durante a guerra, estavam se preparando para o mundo do pós-guerra.

A Administração de Veteranos de guerra já fornecia os serviços de saúde de que os veteranos necessitavam, como orientação profissional - oferecidos em centros de orientação de veteranos em universidades - e aconselhamento. O que esses psicólogos faziam, contribuiu muito para definir as atividades dos *counseling psychologists* mais tarde. Muitos veteranos que precisavam de orientação psicológica conseguiram isso nos VAs. Mas veteranos com problemas mais graves, como aqueles nos hospitais VAs, precisavam de mais do que conselhos, o que fez com que os VAs ajudassem a definir o novo profissional de saúde mental, o psicólogo clínico, que poderia fornecer psicoterapia aos milhares de veteranos que precisassem dela.

Ainda durante a guerra, muito mais soldados, do que qualquer pessoa envolvida no exército de guerra poderia imaginar, estavam voltando da frente precisando de ajuda psicológica. Não havia psiquiatras suficientes que pudessem oferecer essa ajuda. Assim, os

psicólogos, que haviam trabalhado nas equipes médicas fazendo diagnóstico, mesmo que mal treinados, começaram a trabalhar também como terapeutas.

Mais da metade dos veteranos hospitalizados foram hospitalizados por motivos psiquiátricos, o que deixou clara a necessidade crescente de atendimento psicológico. Além disso, veteranos não hospitalizados tiveram várias dificuldades, desde problemas no reajustamento à vida cotidiana, até distúrbios do sono, emotividade excessiva e sintomas equivalentes a de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Leahey, 2013).

Assim, a Segunda Guerra Mundial mudou profundamente o papel social dos psicólogos, criando um novo papel para esse profissional: a psicoterapia, que era preciosamente reservada aos psiquiatras, e que rapidamente se transformou no papel que definiu os psicólogos americanos (Cushman, 1992; Leahey, 2013). Como o governo precisava de psicoterapeutas, foi oferecido um programa de recrutamento e treinamento, para que a psicologia e seus padrões profissionais se redefinissem. Além disso, a guerra fez o campo crescer mais rápido do que nunca, reconciliando-o em uma única profissão acadêmica aplicada (Leahey, 2013).

Com isso, a recém-reunificada APA teve que assumir a tarefa de definir o psicólogo profissional e os padrões de treinamento, o que a APA sempre evitou. Para diferenciar os psicólogos dos psiquiatras, foi proposta que, em vez de serem apenas profissionais, como psiquiatras, os psicólogos clínicos seriam definidos como cientistas-profissionais.

Depois da guerra, os psicólogos encontraram um lugar seguro e poderoso para eles no país. A psicologia estava presente em diferentes lugares da sociedade, como na indústria, na educação, na educação infantil, na saúde mental, na solução de problemas sociais, e a psicoterapia tornou-se a mais importante atividade da psicologia (Leahey, 2013).

1.2 Psicologia Clínica no Brasil

1.2.1 Nasce a Psicologia Clínica

O início da Psicologia Clínica no Brasil se confunde com o início da Psicologia já que, as primeiras aplicações desta ciência estavam ligadas direta ou indiretamente ao que veio se configurar, décadas mais tarde, enquanto atuação em Psicologia Clínica ou da Saúde. Por isso, para falar da história da psicologia clínica, serão abordadas as contribuições da Psicologia ao campo da medicina e educação e, em seguida, sua constituição enquanto área de conhecimento específica.

Na primeira metade do século XX, a Psicologia no Brasil estava vinculada a outras áreas, como a Medicina – especialmente Psiquiatria, Neurologia e Medicina Social - e Educação (Lourenço Filho, 1971a; Antunes, 2004). Sua separação e constituição enquanto ciência e profissão autônomas, começou a se dar na década de 1930 com diversos acontecimentos. É importante analisar este movimento de constituição da Psicologia considerando fatores como "as múltiplas demandas impostas pelas condições sociais brasileiras" (Antunes, 2004, p.110), a intensa produção em psicologia ao longo da década de 20 e especialmente de 30; a vinda de profissionais estrangeiros para o Brasil, muitos fugindo das guerras, e a ida de brasileiros para aprofundar seus estudos no exterior (Lourenço Filho, 1971a; Antunes, 2004).

No que se refere à Psicologia Clínica, esta contou com contribuições de ambas as áreas já citadas, para seu desenvolvimento (Antunes, 2004; Velloso, 1982). Da Medicina, dentre outras características, herdou a própria denominação "clínica". Assim como ocorreu em outros lugares do mundo, no Brasil, as primeiras publicações e intervenções que se caracterizam como precursoras e que deram origem à Psicologia Clínica foram realizadas por médicos, fossem psiquiatras ou não. Diante disso, o modelo médico em que se baseou inicialmente toda a psicologia clínica brasileira foi um herança da medicina e não uma escolha planejada (Velloso, 1982). Essa herança aparece nas atividades de observação, compreensão e intervenção no caso, intervenção esta que tem o objetivo de tratar e curar. Características de uma prática higienista, no geral, as questões sociais eram pouco consideradas na clínica psicológica (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Já a contribuição da Educação no desenvolvimento da Psicologia Clínica esteve relacionada às demandas por intervenção e às práticas desenvolvidas neste contexto. Inicialmente havia uma preocupação predominante com a medição de capacidades, ou seja, o foco na psicometria. Mas com Helena Antipoff (1892-1974), que trabalhou com indivíduos com necessidades especiais, surgiu uma posição contrastante, focada no atendimento clínico, que considerava aspectos para além das medidas das capacidades mentais, como as condições emocionais, familiares, sociais, econômicas, culturais e de saúde física (Velloso, 1982). Diante disso, não surpreende que algumas das primeiras aplicações da psicologia no campo da clínica tenham sido realizadas na assistência à criança, mais especificamente, vinculada ao contexto ou aspectos escolares (Velloso, 1977; 1982).

Estas áreas se encontravam entrelaçadas em muitos dos serviços que foram criados ao longo dos anos, em que educadores e médicos se aproximavam tanto com relação à fundamentação nos princípios de higiene mental como na utilização do que viriam a ser os

testes psicológicos, como instrumentos de diagnóstico (Lourenço Filho, 1971a; Velloso, 1977).

Além das contribuições da medicina, especialmente da psiquiatria, neurologia e medicina social, e da educação, também podem ser identificadas contribuições de juristas e de diversas escolas da psicanálise (Velloso, 1977).

Uma das primeiras experiências de aplicação da Psicologia em uma perspectiva de psicoterapia aconteceu no Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, criado em 1923, no Rio de Janeiro, por Gustavo Riedel (1887-1934). O laboratório foi dirigido pelo psicólogo polonês Waclaw Radecki (1887-1953), que teve papel de destaque em toda a produção do laboratório, tendo sido autor, colaborador ou orientador em quase toda ela. Esta produção colaborou grandemente para o reconhecimento da Psicologia enquanto área de conhecimento e prática profissional autônoma. E, de acordo com Antunes (1998/2007), pode-se considerar que sua preocupação e atenção ao trabalho clínico tenha constituído as bases para a atuação nesta área da Psicologia, que só viria a tornar-se campo de atuação definido décadas mais tarde. De acordo com a autora a Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro foi uma das mais importantes instituições que geraram condições para o estabelecimento da Psicologia no Brasil, quer pela consolidação desta área do saber como ciência, quer em relação ao reconhecimento de sua autonomia teórica e prática.

As contribuições de Medicina iniciaram na década de 1920, no contexto do Movimento Higienista, quando começam a surgir as Ligas de Higiene Mental (Antunes, 1998/2007). A ideia do Movimento de Higiene Mental, do qual o Brasil foi precursor, levava em conta a importância das condições sociais na determinação das psicopatologias (Lourenço Filho, 1971a).

As Ligas de Higiene Mental tiveram papel de destaque no desenvolvimento de pesquisas, na aplicação da Psicologia, e consequentemente, na independência da Psicologia em relação à Medicina.

No mesmo ano da fundação do mencionado Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, Gustavo Riedel, também fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental. O objetivo inicial da Liga, idealizado por seu fundador, era melhorar a assistência oferecida ao doente mental. No entanto, esse objetivo foi se alterando, a partir de 1926,

> cedendo lugar o ideal eugênico, à profilaxia e à educação dos indivíduos. A preocupação transferiu-se do indivíduo ‘doente’ para o ‘normal’, da cura para a prevenção, ampliando seu

> raio de ação para a sociedade como um todo, definindo a ação psiquiátrica como prática higiênica, apoiada na noção de eugenia (Antunes, 1998/2007, p.50).

A Liga reconhecia a Psicologia como sendo ciência relacionada à Psiquiatria e incentivava a produção de conhecimento, tendo criado um Laboratório de Psicologia, e feito a proposta, que foi aceita pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1932, de que deveria ser obrigatória a existência de "gabinetes de Psicologia" nas clínicas psiquiátricas (Antunes, 1998/2007, p.50). Além disso, também realizava as 'Jornadas Brasileiras de Psicologia', com o objetivo de divulgar as pesquisas produzidas na área (Antunes, 1998/2007).

Posteriormente à Liga Brasileira, foi criada a Liga Paulista de Higiene Mental, em que a Psicologia aparecia claramente com preocupações voltadas às questões do trabalho (Antunes, 1998/2007).

A relação das Ligas com a Psicologia, estava não só na busca de fundamentação teórica e técnica para executar suas funções de "higienização social do trabalho e da família" (Antunes, 1998/2007, p.51), mas também no trabalho preventivo que passaram a realizar, voltado para os indivíduos 'normais', nas chamadas Clínicas de Higiene Mental (Antunes, 1998/2007). Esta última prática se aproximava do que veio a ser tornar a Psicologia Clínica.

Em 1926, foi criado o Instituto de Higiene de São Paulo, por Geraldo Horácio Paula Souza (1889-1951), por meio da desvinculação do Laboratório de Higiene da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Os estudos ali realizados deram origem ao Serviço de Inspeção Médico-Escolar, no qual foi criada além de uma escola especial para crianças com deficiência mental, uma das primeiras clínicas de orientação infantil do país. A Clínica de Orientação Infantil, criada em 1938, foi dirigida por Durval Marcondes (Antunes, 1998/2007; Antunes, 2004; Lourenço Filho, 1971a; Velloso, 1982). Além da direção da Clínica de Orientação Infantil, Marcondes (1899-1981), em 1927, fundou o Serviço de Higiene Mental nas Instituições Escolares e, no mesmo ano, juntamente com Franco da Rocha (1864-1933), a Sociedade Brasileira de Psicanálise, a primeira da América Latina. Mais tarde, em 1954, organizou na Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo – USP, o primeiro curso de especialização em Psicologia Clínica. Na USP também criou as primeiras cátedras de Psicologia, Psicanálise e Higiene Mental no país (Psicologia: Ciência e Profissão, 2004).

As ideias que fundamentavam as ações da maior parte das Ligas de Higiene Mental eram aquelas "correntes" na Psiquiatria brasileira, uma psiquiatria baseada no pensamento alemão, de seguidores do organicismo de Kräepelin, em que a doença mental era vista como

produto da constituição orgânico-genética do indivíduo, e determinante de suas condições sociais, refletindo uma concepção de mundo autoritária.

> Pretendia-se, em nome da ciência, abarcar o controle da sociedade e, para tal, defendia-se e estimulava-se a pesquisa e a aplicação da Psicologia como meio auxiliar para seus fins. É interessante notar que a Psicologia encontra-se, nesse contexto, como detentora de um saber e de um corpo de técnicas, particularmente a psicometria, relacionada às práticas especificamente psicológicas, numa versão bastante próxima das atuais (Antunes, 1998/2007, p.52).

Porém, havia alguns profissionais e pesquisadores totalmente contrários à ideologia da eugenia, baseando sua atuação e pesquisas no conceito de higiene mental de Riedel, quando da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental: humanização e aprimoramento da assistência psiquiátrica ao doente mental. O médico Ulysses Pernambucano (1892-1943) se destacou neste grupo, tendo, dentre outras realizações, a fundação da Liga de Higiene Mental de Pernambuco. No que se refere diretamente a sua contribuição para a Psicologia, é importante destacar a criação do Instituto de Psicologia e sua preocupação com a formação de profissionais na área, além de sua concepção e atuação sobre a doença mental, muito próximas às consideradas pela Psicologia. A concepção de doença mental de Pernambucano estava diretamente relacionada ao contexto social dos indivíduos. Para ele, doença mental era uma "situação existencial, resultante da dinâmica do processo psicológico, considerando o sujeito como agente desse processo e admitindo os fatores sociais como co-determinantes" (Antunes, 1998/2007, p.54).

Assim como Antipoff, Pernambucano tinha uma posição clínica, uma preocupação que ia muito além da medição de capacidades mentais. Estava preocupado com todo o contexto social, econômico, emocional e cultural dos indivíduos (Lourenço Filho, 1971a; Velloso, 1977).

Após a criação do Serviço de Higiene Mental nas Instituições Escolares e da Clínica de Orientação Infantil, em São Paulo, diversas outras clínicas foram surgindo pelo país. Exemplos são a Clínica Psicológica do Instituto *Sedes Sapientiae* e a Clínica de Orientação Infantil da Universidade Federal do Rio de Janeiro, além do Centro de Orientação Juvenil, do Departamento Nacional da Criança, de responsabilidade de Antipoff. Duas características destas clínicas se destacavam: a realização do trabalho em equipe e o objetivo de treinamento de profissionais. Muitas delas, além de oferecer os atendimentos, ofereciam cursos, seminários, reuniões de estudo de caso e um programa de *treinamento em serviço*, que foi responsável por preparar aqueles profissionais que se tornaram supervisores dos estágios que

essas clínicas vieram a oferecer no futuro (Velloso, 1977; 1982). De acordo com Antunes (2004), o trabalho desenvolvido por estes centros já podia ser considerado como Psicologia assim como os trabalhos semelhantes de Ana Maria Poppovic (1928-1983) no abrigo Social de Menores, nas Clínicas Psicológicas da Sociedade Pestalozzi de São Paulo e do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Nas décadas de 1940 e 1950, outros fatores foram de grande importância para o estabelecimento tanto da Psicologia de forma geral, como da Psicologia Clínica, e, consequentemente para a regulamentação da profissão. Um deles foi a criação de sociedades de diversos tipos, reunindo psicólogos de todo o país. Um exemplo é a Sociedade Brasileira de Psicologia Aplicada, que criou grupos de especialidades, incluindo a Psicologia Clínica. Também a participação de profissionais da área clínica em eventos científicos, não só da Psicologia, mas de áreas afins, como a Medicina, tanto no Brasil como no exterior. Outro foi a publicação de periódicos como a *Revista de Psicologia Normal e Patológica* e os *Arquivos Brasileiros de Psicologia* – anteriormente denominado *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, e depois *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada* -, e posteriormente da *Infância e Adolescência*, dedicada exclusivamente à Psicologia Clínica. Além disso, a proposição, em 1946, da portaria do Ministério da Educação sobre a organização de cursos de pós-graduação em Psicologia Clínica, da Educação e Aplicada ao Trabalho, e, a criação, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 1950, do Departamento de Psicologia Médica, para o ensino de Psicologia, Psicanálise, Medicina Psicossomática e Higiene Mental, foram importantes neste processo (Lourenço Filho, 1971b; Velloso, 1977).

Ainda antes da regulamentação da Psicologia como profissão, foram sendo criadas diversas outras Clínicas de Psicologia, em várias cidades do país. Elas estavam ligadas tanto a serviços públicos federais ou estaduais, ou a serviços particulares, mas principalmente, estavam vinculadas às universidades, junto às cadeiras de Psiquiatria e Psicologia. A demanda pelo trabalho do psicólogo vinha crescendo gradativamente também nos hospitais e institutos de Psiquiatria públicos e privados, e o trabalho desenvolvido de forma multiprofissional ia contribuindo para a ampliação da visão clínica do psicólogo (Velloso, 1977; 1982). Cada vez mais estava crescendo o espaço e a demanda para a existência da profissão de psicólogo.

Na ocasião da regulamentação da profissão[4]de psicólogo, houve um movimento, por parte de alguns médicos, no sentido de não permitir que a atividade de psicoterapia ficasse à

[4] As primeiras movimentações para a regulamentação da profissão, ocorridas na década de 1950, propunham uma profissão denominada psicologista/psicometrista, que teria como função a avaliação e aplicação de testes psicológicos, mas sempre subordinada ao médico, excluindo a atividade clínica da competência deste

cargo de psicólogos, mas sim, exclusivamente de médicos. De acordo com este grupo, a profissão a ser regulamentada deveria ser de psicologista ou psicometrista, e não psicólogo, e essa atividade profissional deveria estar subordinada e ser acessória à atividade do médico (Antunes, 2004).

De acordo com Velloso (1982), é provável que a área clínica tenha sido a responsável pelas dificuldades e pela demora, em quase 10 anos, no reconhecimento da profissão de psicólogo. Isto porque, os anteprojetos, como os propostos por Mira Y López (1896-1964) e Lourenço Filho (1897-1970), eram vetados antes de chegar ao Congresso previam a realização da atividade clínica pelo profissional da Psicologia, e restrições no sentido de limitar a atividade à psicometria e manter uma posição subordinada, eram impostas como condição para aprovação. Especialmente nesta fase, aqueles cursos que ofereciam algum tipo de formação em técnicas psicoterápicas para profissionais não médicos eram fortemente criticados.

Velloso (1982) afirma que, analisando os materiais da época, sobre o assunto, fica claro que não era apenas uma questão de mercado de trabalho. Segundo a autora, não havia sentido pensar que os responsáveis pelos pareceres contrários à regulamentação da atividade clínica enquanto competência do psicólogo, viam na regulamentação uma possível situação de competição. Ela atribui tais impedimentos ao medo diante da novidade, especialmente em se tratando de uma atividade que "dá margem a fantasias de poder mágico, de penetração nos pensamentos e desejos dos outros e de controle do comportamento alheio" (p. 25).

Diante disso, a promulgação da Lei n° 4119 foi uma conquista. Velloso (1977) afirma que a conquista da atividade psicoterapêutica pelo psicólogo no Brasil, assim como aconteceu em outros países, foi produto não só da legislação, mas do desenvolvimento da própria área e do campo da saúde mental.

Em 1971 são criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia (Lei 5.766, de 20/12/71). Nesse momento, a questão do exercício de atividades clínicas terapêuticas pelo psicólogo volta a tona, questionada pelo Conselho Nacional de Saúde, particularmente pela pessoa do sanitarista Artur Alcântara "que em 5/5/73 publicou no Jornal do Brasil um parecer, aprovado pelo Ministério de Saúde, propondo restrições sérias a atividades terapêuticas por psicólogos" (Rozestraten, 1988).

---

profissional e mantendo-a como exclusividade do médico. Foram as comissões da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada, da Sociedade de Psicologia de São Paulo e da Associação Brasileira de Psicólogos que se reuniram em 1961 e propuseram um projeto substitutivo ao que estava em tramitação na Câmara dos Deputados, que foi aprovado em 1962, na forma da Lei no 4119, que "dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo" (não sei a referencia desta frase – foi tirada de Lourenço Filho, 1971b) (Lourenço Filho, 1971b)

Havia uma suspeita de psicólogos cariocas de que essa era uma tentativa de monopólio da psicoterapia como atividade de psiquiatras e psicanalistas. Diante disso, Aroldo Rodrigues (1933-), que era presidente da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada e coordenador do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da PUC do Rio de Janeiro iniciou uma mobilização que envolveu diversos profissionais e representantes de entidades de psicologia que elaboraram um programa

> em defesa dos direitos dos psicólogos assegurados pela lei 4119/62. Esta mobilização dos psicólogos em defesa de sua profissão provavelmente teve outra consequência benéfica, a de que, finalmente, nos últimos dias de dezembro de 1973, foi convocada uma reunião das diversas entidades de psicologia para dar forma mais concreta à Lei 5.766 de 20/12/71, [realizando a primeira eleição para o Conselho Federal de Psicologia].

A atuação na clínica no Brasil é mais recente que aplicações na área de Educação e Organizacional e suas aplicações iniciais foram originadas de demandas no campo da Medicina e da Educação, como na citada Clínica de Orientação Infantil, que tinha como objetivo atender crianças com problemas escolares (Antunes, 2004). Apesar desse início mais recente, apresentou uma rápida expansão. De acordo com Velloso (1982) esse crescimento da área se deu pois era privilegiada no currículo das Instituições de Ensino Superior privadas, em que os cursos de graduação em Psicologia se multiplicaram, após autorização e incentivo do governo militar ditatorial, iniciado em 1964, e despertava maior interesse dos alunos.

Em função destas origens, inicialmente o psicólogo clínico se dedicava primordialmente à terapia infantil. Com o passar do tempo foi havendo uma migração de profissionais para a terapia de adultos, ampliando a prática do psicólogo clínico para todas as faixas etárias (Velloso, 1982). A prática também se ampliou no que se refere às modalidades de atendimento - individual e grupo – e quanto às abordagens terapêuticas utilizadas.

Assim, como em seu início, a clínica parece continuar sendo a escolha de preferência entre os profissionais da psicologia. Em pesquisas realizadas em diferentes momentos da história da profissão de psicólogo no Brasil (Velloso, 1988; Bastos & Gomide, 1989; Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010), a atuação clínica sempre aparece como sendo aquela que reúne um maior número de profissionais, apesar de ter havido, ao longo do tempo, leve redução no número de psicólogos atuando em clínica e aumento em outras áreas (Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010).

1.2.2 As diferentes fundamentações da psicologia clínica no país

Desde seu início, a prática da psicologia clínica, no Brasil, vem sofrendo diversas influências. A psicanálise, influência europeia, se mostrava escolha predominante entre os psicólogos clínicos, desde o início da área, ao menos até a última pesquisa realizada por Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010). Na verdade, a psicanálise era basicamente a única corrente filosófica existente no país no início.

No final da década de 1970, já existia uma maior variedade de possibilidades teóricas e técnicas na clínica, e outras estavam chegando. Como exemplo, Velloso (1977) cita trabalhos sobre

> aconselhamento rogeriano, terapia gestáltica, psicoterapia existencial, hipnoanálise, além de técnicas conjugadas, como as de relaxamento com terapia jungiana, análise de Reich aliada a pressupostos, também de Jung. (...) Parece importante a influência de profissionais argentinos, agora radicados no Brasil, na introdução de técnicas de terapia de casais, terapia de família, intervenção em crise. A arte-terapia vem sendo utilizada (...). O psicodrama (...) é das técnicas mais difundidas e estudadas por intermédio da Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama" (Velloso, 1977, p. 14)

A influência norte-americana se deu nas técnicas de MC, TComp e TC (Velloso, 1982). As influências provenientes da América do Sul foram basicamente da Argentina. Muitos analistas brasileiros receberam formação de qualidade neste país e uma parte considerável da literatura que chegava, eram traduções argentinas de obras originais em inglês, tornando-a mais acessível ao profissional brasileiro. Houve também renomados profissionais argentinos que vieram dar cursos e supervisões no Rio de Janeiro, além daqueles que se radicaram por aqui, como Maurício Knobel (1922-2008), que foi professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). Outras influências mais recentes recebidas pelo país referem-se ao pensamento oriental (Velloso, 1982).

De acordo com Velloso (1977), na década de 1970, a MC e a TComp pareciam ser mais frequentemente utilizadas em São Paulo, Campinas, Ribeirão Preto e Brasília que em outras regiões do país.

Já no Rio de Janeiro, houve influência inicial do trabalho de Carl Rogers. Segundo a autora, por uma preferência do cliente, que desconhecia as técnicas e procurava pela "psicoterapia de apoio", por entender que isto significava que não tinha um problema grave que justificasse receber um trabalho psicanalítico. Mas no final da década de 1960, a psicanálise passou a predominar no estado,

> assumindo atualmente proporções de um 'modismo' que, eventualmente, pode até prejudicar a seriedade indispensável ao trabalho psicoterápico de qualquer natureza; de um preconceito muito pouco científico contra qualquer outra técnica que não seja psicanalítica; e de partidarismo veemente entre as várias correntes - freudiana, kleiniana, culturalista, ou quaisquer outras (Velloso, 1982, p. 29-30)

Nesta mesma época, em outras regiões do país, parecia que se realizava uma prática mais eclética, sofrendo influências variadas.

A predominância de uma ou outra abordagem psicológica em cada região do país depende de características do local, inclusive da formação recebida pelos profissionais, e de aspectos sócio-histórico-culturais regionais (Velloso, 1982).

Em pesquisa realizada em 2010 sobre a orientação de preferência dos psicólogos clínicos brasileiros os autores encontraram que, apesar de continuar sendo a preferida, a escolha pela abordagem psicanalítica reduziu em relação a pesquisa realizada na década de 1980. De acordo com os autores, isto se deu em função do aumento do interesse de psicólogos por outras abordagens como a Humanista, a Comportamental, a Cognitivista e a Sócio-Histórica (Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010).

Em função de seu crescimento desde sua origem, de sua relevância para a área e de seu desenvolvimento no Brasil simultâneo ao processo de desenvolvimento da Psicologia e regulamentação da profissão, serão foco deste trabalho as terapias de base comportamental e de base cognitiva.

1.3 Justificativa

Desde o início do século XX, havia grande preocupação da Psicologia, de forma geral, de se constituir enquanto uma ciência. Assim, todas as aplicações dentro da área sofreram influências dessa noção de ciência, em uma tentativa de buscar uma prática que fosse mais científica que as realizadas na época. Essa ideia fundamentou o surgimento das diversas aplicações no campo da ciência psicológica, dentre elas a prática clínica, em suas diferentes fundamentações teórico-filosóficas.

A expressão maior disso na psicoterapia foi a emergência da TComp. Enquanto a TComp se desenvolvia, permeada por suas divergências teóricas internas, novas práticas iam surgindo, denominações eram propostas, dando nova característica a área, mas mantendo-se, no entanto, a preocupação com o critério científico e as críticas àquelas perspectivas que não compartilhavam destas preocupações, como as psicoterapias psicodinâmicas.

Posteriormente, integrantes do próprio grupo comportamental começam a questionar alguns aspectos da TComp e surgem insatisfações com o modelo, mas mantendo as preocupações com o critério científico. É neste contexto que surgem as TCCs.

É possível identificar na história das terapias de base comportamental e/ou cognitiva origens e influências comuns (Costa, 2002; Rangé, Falcone & Sardinha, 2007). Ao mesmo tempo, são claros alguns pontos de afastamento e divergência entre estas perspectivas. Apesar da existência de diversos estudos na área, autores apontam que não há um trabalho único que organize historicamente os pontos de aproximação e divergência de ambos referenciais teóricos (Costa, 2002).

Apesar de frequentemente discutidas, as aproximações e divergências entre estas terapias ainda não estão bem delimitadas e os autores que tratam do assunto apontam a necessidade de mais estudos. Os materiais encontrados geralmente se destinam a tratar de alguns aspectos específicos ligados ao tema e, por isso, não tratam da história da área, de seus encontros e desencontros (Costa, 2002, Guilhardi, 2012). Também há pouca discussão sobre os impactos e suas diferenças teóricas e filosóficas na prática terapêutica.

Observando na literatura a variedade de práticas incluídas nos grupos de terapias de base comportamental e de base cognitiva, e a variedade de denominações para estas práticas; e considerando a importância de fundamentação teórica e técnica coerentes com a prática e não simplesmente uma aplicação indiscriminada de técnicas (Franks, 1996; Beck & Alford, 1997; Costa, 2011; Banaco, 1999), justifica-se a realização de um estudo histórico-conceitual sobre tais práticas e sua fundamentação, apresentando as descrições encontradas na literatura para os termos em questão, e discutindo suas aproximações e divergências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar análise histórico-conceitual das terapias de base comportamental e/ou de base cognitiva, de suas técnicas e teorias, examinando as aproximações e divergências entre estas propostas de intervenção, e estabelecendo relação entre a história e as características das práticas atuais no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as origens e o desenvolvimento das terapias de base comportamental e/ou cognitiva, a partir de seus fundamentos filosóficos;
- Traçar percurso histórico das terapias de base comportamental e/ou cognitiva, com destaque para o Brasil;
- Investigar pontos de aproximação e divergência entre as áreas, com foco na literatura brasileira;
- Comparar as características do percurso histórico destas abordagens no Brasil e nos EUA;
- Apresentar as conceituações propostas na literatura brasileira para os termos utilizados para se referir a estas terapias, como TComp, TCC, TC, e os demais encontrados ao longo da pesquisa.

3 MÉTODO

Segundo Danziger (2003), ao se estudar uma prática, não é possível compreendê-la apenas pelo estudo de seu estado atual. Para uma compreensão adequada do que ele chama de objeto psicológico, é necessário realizar um estudo histórico dos objetos discursivos, ou seja, estudar o que os autores responsáveis pela criação e desenvolvimento da área dizem sobre ela, ao longo de seu tempo de existência. Segundo Todd & Morris, (1992) "assim como o comportamento de um organismo é função de sua história (e.g., selecionado via sua história de reforçamento), assim também é a atividade de uma disciplina científica, isto é, a história do comportamento de seus cientistas" (p. 133).

Quando se fala em historiografia, está se tratando do comportamento de escrever a história, dos métodos através dos quais se coleta materiais para esta escrita, das formas de organizar estes materiais de modo objetivo e significativo, e das formas de análise e integração dos mesmos (Woodward, 1998; Morris et al, 1990). De acordo com Massimi (2010), "podemos comparar a escrita da história ao trabalho artesanal da tecelagem: dispomos de fios (as fontes) que ordenamos em tramas (as narrativas), sempre levando em conta a possibilidade de existirem outros fios e outras tramas" (p. 107).

Considerando estes fatores, serão discutidos alguns aspectos a serem levados em conta ao se usar a metodologia historiográfica.

3.1 Alguns aspectos importantes da metodologia historiográfica

3.1.1 Fontes primárias

A seleção de fontes para pesquisa histórica é um dos aspectos mais discutidos pelos historiadores. De acordo com os preceitos da História Crítica (Woodward, 1998), as fontes primárias (incluindo pesquisas em arquivos usadas para identificar materiais diferentes, bem como artigos científicos e livros) devem ser preferidas em relação às fontes secundárias e terciárias. (Furumoto 1989; Teo, 2013).

As fontes primárias consistem em livros, capítulos, manuscritos, publicados ou não, escritos por membros da área, além de correspondência, notas, entrevistas, catálogos, instrumentos científicos, notas pessoais, entre outros. Para que qualquer um destes documentos seja considerado uma fonte primária ele deve ser um documento original, produzido no momento histórico que é objeto de estudo da pesquisa. É uma fonte direta dos

acontecimentos que se deseja estudar, sem intermediação ou interpretações de outras pessoas. É baseado nelas que as fontes secundárias e terciárias são constituídas, pois incluem citações, comentários, interpretações e/ou conclusões a partir das fontes primárias e de seu conteúdo original (Morris et al., 1990). É importante destacar que uma fonte é classificada enquanto primária, secundária ou terciária em função do objeto de estudo da pesquisa.

Assim, um dos problemas do uso de fontes secundárias e terciárias é a perpetuação de possíveis preconceitos e folclore sobre um dado campo de conhecimento (Todd & Morris, 1992). Furumoto (1989) explica algumas das razões para a preferência da História Crítica - ou Nova História - por fontes primárias: "A Nova História utiliza fontes primárias e documentos de arquivo ao invés de depender de fontes secundárias, o que pode levar à passagem de anedotas e mitos de uma geração de escritores de livros para a próxima" (p. 18).

3.1.2 Internalismo X Externalismo

Uma História da Psicologia internalista é constituída principalmente pela narrativa cronológica dos fatos relacionados a um campo específico do conhecimento, sem a preocupação de contextualizá-los em relação ao desenvolvimento de outras ciências, sociedade, cultura e política local (Wertheimer, 1998; Woodward, 1998).

Pesquisas históricas internalistas são em geral fortemente criticadas por pesquisadores da História Crítica (Furumoto, 1989). O que os historiadores críticos consideram uma alternativa apropriada ao internalismo é o externalismo, que é a construção da narrativa histórica contextualizada em relação ao desenvolvimento de outras ciências, além da contextualização sócio-política-cultural. Assim, os caminhos percorridos pelo campo científico estudado podem ser melhor compreendidos.

Há também historiadores que consideram a combinação de análise interna e externa a melhor opção para a escrita histórica (Watson, 1960; Wertheimer, 1998; Woodward, 1998). Segundo esses autores, a combinação de abordagens garante tanto a contextualização do corte histórico estudado em relação ao campo científico do qual faz parte, quanto em relação ao campo das outras ciências, circunstâncias sociais, políticas e culturais.

3.1.3 Historicismo X Presentismo

A chamada História tradicional, muito criticada pelos historiadores críticos, tem uma forte tradição internalista e presentista (Furumoto, 1989). Esses historiadores criticam

veementemente o presentismo, como fazem com o internalismo, apontando-o como uma espécie de distorção da História. Em geral, numa abordagem presentista, os autores dedicam-se a estudar os "heróis" e "grandes descobertas" que impactam no momento presente, sem se incomodarem em abordar o que não foi bem sucedido ou se caracterizou como um retrocesso (Woodward, 1998). Os autores afirmam que essa abordagem está relacionada à tentativa de entender o passado para auxiliar o presente. Isso significa que a História é estudada para resolver questões do presente, procurando compreender um momento passado, baseado em características e problemas socio-político-culturais atuais. Opondo-se ao presentismo, os historiadores críticos defendem o historicismo (Stocking, 1965), que se caracteriza pelo estudo da História em todos os seus aspectos, e não apenas naqueles que hoje são considerados esforços bem-sucedidos de nossos ancestrais. Também valoriza o estudo do passado exclusivamente com o propósito de entender o que aconteceu no passado, não movido pela necessidade de entender o presente. Além disso, enfatiza a importância de interpretar eventos passados com base nas condições culturais da época e não no momento em que os historiadores vivem (Wertheimer, 1998).

Apesar da utilidade da interpretação presentista para os psicólogos que trabalham com a psicologia aplicada, Wertheimer (1998) afirma:

> De fato, é difícil defender um “presentismo” puro porque remover uma idéia de seu contexto cronológico, social, intelectual e cultural, e trata-la como se fosse o produto de uma era e um cenário totalmente diferentes – o nosso – só pode levar à caricatura destrutiva. (p. 33)

É importante lembrar que os historiadores não estão imunes às influências do momento presente enquanto estudam e escrevem História. Mas, conscientes dessa influência, conseguem prestar atenção ao contexto histórico dos fatos estudados (Smith, 1988).

Diante disso, para atingir os objetivos do estudo, foi proposta a realização de um estudo histórico sobre a origem e desenvolvimento das terapias de base comportamental e/ou cognitiva.

3.2 Fontes

Constituíram-se fontes desta pesquisa, materiais variados, que tratassem de fatos relacionados direta ou indiretamente à história das terapias de base comportamental e/ou de base cognitiva. Dentre estes materiais encontram-se livros, capítulos, artigos científicos,

relatórios científicos, dissertações e teses, correspondência entre autores, programas de conferências, e anotações pessoais.

Como preconizado pela literatura, foi dada preferência às fontes primárias (Furumoto, 1989; Teo, 2013), já que o uso de fontes terciárias e secundárias favorece a perpetuação de possíveis preconceitos e folclore sobre um determinado campo de conhecimento (Todd & Morris, 1992).

Além destes documentos, foi realizada uma entrevista com Nancy J. Hughes-Lindsley, viúva de Ogden R. Lindsley, a fim de obter informações sobre o trabalho do autor com TComp e ACA.

3.3 Procedimento de coleta e análise das fontes

Tomou-se como referência para a busca das fontes o ano de 1953, apontado pela literatura secundária e terciária como o primeiro uso do termo TComp por Lindsley, Skinner, e Solomon (Franks, 1996; Barbosa & Borba, 2010; Leonardi, 2015).

Primeiramente, foram consultados livros, capítulos de livros e artigos científicos sobre história, fundamentos filosóficos e teoria das terapias de base comportamental e/ou cognitiva, disponíveis nas seguintes bibliotecas e/ou base de dados:

- Biblioteca do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) – reconhecido pelo desenvolvimento de pesquisas e intervenções na área de TCCs;
- Biblioteca do Centro Paradigma de Ciências do Comportamento – que é um reconhecido centro de ensino e pesquisa em TAC e ACA;
- Biblioteca da Universidade de São Paulo (materiais disponíveis em todos os campi, acessados via sistema DEDALUS) – uma das maiores universidades do país, que possui amplo acervo na área de psicologia e da presente pesquisa;
- Portal de Periódicos CAPES – biblioteca virtual que, segundo a própria descrição do website, "reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional" (Portal de Periódicos CAPES/MEC).

Para levantamento nestas bibliotecas, foram utilizados os termos: MC, TAC, TC, TCC, TComp, e terapia comportamental-cognitiva. Uma lista das referências do material levantado nesta primeira pesquisa encontra-se no Apêndice 1.

Posteriormente, durante o período de estágio de pesquisa no *Applied Behavioral Science Department (ABS)* da *University of Kansas (KU)*, foram consultados e coletados materiais sobre os mesmo assuntos nas bibliotecas da *KU*, do *ABS* – Universidade e Departamento pioneiros no ensino e pesquisa em ACA -, do *Center for the History of Behavior Analysis* pertencente ao *ABS* (sob responsabilidade do Prof. Dr. Edward K. Morris) e na biblioteca pessoal do próprio Prof. Morris – pesquisador referência nos estudos historiográficos em ciências comportamentais e cognitivas. Foram utilizados os mesmos termos citados anteriormente, traduzidos para o inglês, exceto TAC e terapia comportamental-cognitiva por serem termos utilizados apenas no Brasil: *behavior modification*, *cognitive therapy*, *cognitive behavior therapy*/ *cognitive behavioral therapy*, e *behavior therapy*.

Além disso, neste mesmo período, foi realizada visita aos arquivos da *Harvard University*, para pesquisa na coleção de B. F. Skinner e contatos com os arquivos da *University of Akron*, do *Center for the History of Medicine* da *Harvard University*, do Estado de Massachussetts e do *Barret Endowment for Neuro-Operant Research* da *University of North Texas* para acesso a materiais de interesse. O material coletado foi organizado em uma lista de referências que se encontra no Apêndice 2.

Foi também durante o período de estágio na *KU* que foi realizada a entrevista com Nancy J. Hughes-Lindsley que, a convite do Prof. Morris, compareceu à *KU* para uma conversa sobre a carreira de Lindsley. Na ocasião, compartilhou alguns materiais, como o relatório em que Lindsley, Skinner e Solomon (1953) utilizam pela primeira vez o termo *Behavior Therapy*.

As bibliotecas, bases de dados e arquivos consultados, no Brasil e nos EUA, foram escolhidos em função de sua relevância para a área das terapias de base comportamental e de base cognitiva. O levantamento inicial não se restringiu a fontes primárias, pois o acesso às fontes secundárias e terciárias forneceria um panorama da área e indicaria fontes primárias a serem coletadas. Este processo de levantamento de fontes primárias a partir das referências das secundárias e terciárias, chamado de triangulação, foi importante para a identificação de fontes primárias autoritativas[5].

Levando em conta os objetivos da pesquisa, foram identificadas fontes primárias, que foram selecionadas e catalogadas em função de sua autoria e origem. Foi elaborada uma lista

[5] Um documento histórico se constitui enquanto fonte autoritativa quando foi criado produzido/criado por uma autoridade no assunto ou area da pesquisa histórica em questão. No caso da presente pesquisa, documentos produzidos por Wolpe, Lazarus, Lindsley, sobre TComp, por exemplo, são fontes autoritativas.

com as referências de todo o material coletado; e, à medida que novas fontes eram selecionadas, sua referência era incluída na lista.

O processo de levantamento de fontes e escrita da história ocorreu de forma dialética, uma vez que, à medida que uma lacuna era identificada a partir da escrita, nova pesquisa era realizada em busca destes fatos. A leitura e análise do material foi voltada para identificar as características das terapias de base comportamental e/ou cognitiva nos diferentes momentos históricos, as diferentes nomenclaturas atribuídas a estas terapias, as diferentes definições apresentadas pelos autores da área, as aproximações e divergências entre as diversas propostas, além dos acontecimentos internos e externos à área que foram encaminhando as mudanças ocorridas nas teorias e práticas relatadas.

O material coletado foi organizado em arquivo digital, separado por autor e/ou origem da fonte (e.g., revista em que o material foi publicado).

A etapa de interpretação do material coletado foi iniciada durante o estágio no exterior, com supervisão do Prof. Morris, e finalizada após retorno ao Brasil. Para auxiliar na interpretação, foram consultados outros materiais, na tentativa de realizar análises externas a área.

4 RESULTADOS

A literatura sobre as terapias de base comportamental e/ou cognitiva estudada indica a existência de uma variedade de práticas incluídas nestas amplas classificações (Campos, 2001; Rangé, 2001; Shinohara, 2001a, 2001b; Guilhardi, 2004; Zamignani et al., 2008; Martin & Pear, 2009; Costa, 2011), o que ocorre em função de seu entrelaçamento teórico, de suas semelhanças e de sua história compartilhada. Apesar desta multiplicidade teórico-técnica parecer uma característica da condição atual destas modalidades terapêuticas, pode-se observa-la desde o surgimento da área.

Para compreender como esta característica foi se expandindo ao longo do tempo, é importante olhar para sua história. Diante disso, neste trabalho, os resultados foram divididos em duas seções. A primeira delas trata das definições dadas para os terapias utilizadas por autores brasileiros na atualidade. A outra delas trata do desenvolvimento histórico destas terapias. Primeiramente, será discutido o desenvolvimento da área nos EUA, considerando desde as primeiras aplicações dos princípios de aprendizagem para alterar o comportamento humano, passando pelo surgimento da TComp, da TC e TCCs, ACA e ACC. Em seguida, será abordada a história das terapias de base comportamental e/ou cognitiva no Brasil, considerando desde a chegada da AEC na década de 1960, passando pelo desenvolvimento da MC, TComp, TC e TCCs, da TAC, até as práticas atuais. Por último, será apresentada uma perspectiva histórica a partir da metáfora de ondas.

4.1 Definições

Assim como no início da história das TComp, em que pelo menos três autores fizeram uso do primeiro termo de forma independente, ao longo destes mais de 60 anos, outros muitos autores fizeram uso destes e de outros termos relacionados, propondo definições e descrições diferentes, e muitas vezes incompatíveis. Como já apresentado no início desta seção, a discussão sobre definições vem permeando a área desde seu início e continua até os dias atuais. O que parece ter se modificado é a forma como essa discussão acontece. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, os autores pareciam bastante preocupados em difundir e estabelecer a definição que adotavam, em uma tentativa de convencer o grupo a abandonar as demais definições (e.g., Wolpe, 1963; 1976a; 1976b; Lazarus, 1967; 1971; 1973). Na atualidade, ao discordar de alguma característica da proposta de intervenção vigente ou da nomenclatura adotada, os autores tendem a criar novas nomenclaturas para se diferenciarem do grupo do

qual discordam da proposta (e.g. Cavalcante, 1999; Tourinho & Cavalcante, 2001; Guilhardi, 2004; Zamignani et al., 2008). Nesta seção, serão apresentadas algumas destas propostas encontradas e descritas na literatura brasileira. Importante mencionar que a maior parte das propostas descritas abaixo não foi desenvolvida por autores brasileiros. Porém, as definições apresentadas aqui, serão a compreensão dos autores brasileiros sobre as mesmas.

4.1.1 Ativacão Comportamental (BA)

Segundo os autores, a nomenclatura BA foi dada por Jacobson, na década de 1990, à psicoterapia orientada pela agenda de atividades, já existente desde a década de 1960. Apesar disso, ela vem sendo apresentada como uma das terapias comportamentais de terceira onda. A BA conta com diversos modelos de protocolo, dentre eles a Terapia Comportamental para Depressão de Lewinsohn e colaboradores, a Ativação Comportamental de Martell e colaboradores, a Ativação Comportamental Breve no Tratamento da Depressão de Lejuez e colaboradores, além do protocolo de Kanter, Bush e Rusch (Abreu & Abreu, 2016).

Apesar de ter sido citada em alguns dos artigos analisados, a BA foi descrita e discutida em apenas um deles. Ele traz um protocolo proposto por terapeutas brasileiros para o tratamento de transtorno depressivo, baseado em uma perspectiva contextual.

O protocolo de Abreu e Abreu (2016) não prescreve um número de sessões, podendo este ser reavaliado ao longo do tratamento, a depender do efeito das intervenções. Na primeira sessão, deve ser apresentada a compreensão da BA sobre a depressão e seu tratamento, além de aplicada a escala para avaliação da depressão – no caso deste protocolo, a escolha é pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Além disso, é utilizado um texto de Martell e colaboradores para complementar a explicação sobre a BA.

A agenda diária de atividades – também chamada de agenda de eventos prazerosos - deve ser adotada semanalmente, uma vez que auxilia na "identificação dos contextos em que ocorrem as esquivas passivas, para a programação dos enfrentamentos orientados e para o enriquecimento com atividades positivamente reforçadoras" (Abreu & Abreu, 2017, p. 243). Originalmente a agenda era composta por 320 eventos supostamente prazerosos, dos quais o paciente deveria escolher metade. Nesta proposta, os autores trabalham com atividades escolhidas em função dos valores do cliente. "Dentro da concepção comportamental, [valores] são regras aprendidas na história do indivíduo, e o seu seguimento pode produzir contato com contingências de reforçamento positivo em médio e longo prazo" (p. 244).

Associado à agenda de eventos, é avaliado o repertório de habilidades que o cliente

apresenta para o enfrentamento ativo e são realizadas intervenções para o desenvolvimento de habilidades sociais, acadêmicas, profissionais, entre outras, caso necessário. O cliente é ensinado a utilizar a análise funcional, a fim de ajuda-lo a conhecer a relação entre os eventos que ocorrem em sua vida, com um foco de análise, e também de intervenção, nos contextos em que ocorre punição, perda da efetividade do comportamento operante e extinção operante. É comum que os autores integrem a ACT e a FAP ao seu protocolo de BA e trabalhem "para que o cliente se comporte de acordo com objetivos para a mudança comportamental a despeito de como se sente" (Abreu & Abreu, 2017, p. 250).

4.1.2 Modificação do Comportamento

A MC teve suas origens na proposta de Skinner e se definiu como prática fundamentada no Behaviorismo Radical e na Análise do Comportamento, cujo foco de intervenção estava sobre o comportamento operante, em intervenções realizadas em instituições e grupos (Nolasco, 2002), mas também no contexto clínico (Queiroz & Guilhardi, 1980). Não se constituía como uma prática clínica propriamente dita mas, no país, seus conhecimentos foram transpostos para a aplicação clínica.

De acordo com Guilhardi (2012) na

> *Modificação de Comportamento* (a ênfase estava no produto do processo de intervenção) e não na 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). (p. 4)

O termo MC aparece pouco na literatura atual sobre as terapias de base comportamental. Ela esteve presente especialmente no início das aplicações da AC no Brasil, denominando, dentre outras atividades, a prática clínica da área (Queiroz, 1973; Queiroz, Guilhardi, Guedes & Martin, 1976; Queiroz & Guilhardi, 1980; Mejias, 2002). "Aos poucos o termo *Modificação de Comportamento* foi se esvaindo, mais por razões espúrias do que por razões conceituais, perdeu a relevância e só permanece como registro histórico (Guilhardi, 2012, p. 5).

4.1.3 Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

A FAP é uma das terapias que surgiu nos anos de 1980, proposta pelo grupo de terapeutas de Seattle e Reno, e está inserida entre as denominadas terapias de terceira onda.

Sua proposição está fundamentada em uma crítica contextualista da TCC (Vandenberghe, 2017; Moreira, Silva, Lima, Assaz, Oshiro & Meyer, 2017).

Tem como foco a interação entre terapeuta e cliente no momento da sessão (Moreira & Oshiro, 2017), pois seu pressuposto básico é o de que os comportamentos que acontecem em sessão guardam semelhança funcional com os comportamentos-problema do cliente. Assim, acredita-se que comportamentos problemáticos nas relações interpessoais do cliente irão aparecer na relação terapêutica (Moreira, et al., 2017).

A FAP tem seu processo baseado em cinco regras que direcionam a intervenção para três tipos de Comportamento Clinicamente Relevantes (*clinically relevant behaviors* – CRBs). O CRB1 refere-se ao comportamento problema sendo apresentado em sessão; o CRB2, é a apresentação do comportamento de melhora na própria sessão, e o CRB3 consiste na realização da análise do comportamento pelo próprio cliente. Quanto às cinco regras, a primeira prevê que o terapeuta observe os CRBs, a segunda sugere que o terapeuta evoque CBRs, a terceira recomenda o uso do reforço natural quando da ocorrência do CRB2, a quarta sugere a observação das consequências da regra 3 – se foi reforçadora ou punitiva. A quinta regra recomenda que o terapeuta analise funcionalmente o comportamento do cliente, forneça a ele estas interpretações e promova generalização (Almeida, Runnacles & Silveira, 2016; Camoleze & Silveira, 2017; Martim & Silveira, 2017; Vandenberghe, 2017).

Além das 5 regras, a FAP conta com uma organização de seus procedimentos em 12 passos, que intercalam ações do terapeuta e do cliente (Martim & Silveira, 2017; Vandenberghe, 2017). Estes passos são: "1. terapeuta estabelece um paralelo 'fora para dentro' e o discute com o cliente; 2. cliente confirma o paralelo; □3. terapeuta evoca comportamento clinicamente relevante; □4. cliente emite o comportamento problemático acostumado; 5. terapeuta enfraquece esse comportamento; 6. cliente emite comportamento mais saudável; 7. terapeuta reforça esse novo comportamento.; 8. cliente engaja-se em mais comportamento mais saudável; □9. terapeuta verifica o efeito das suas ações descritas anteriormente sobre o cliente; 10. cliente engaja-se em mais comportamento mais saudável.; 11. juntos estabelecem um paralelo 'dentro para fora'; □12. juntos combinam uma lição de casa" (Vandenberghe, 2017, p. 213)

Assim, seu foco de intervenção está na modelagem de comportamentos durante a interação entre o terapeuta-cliente (Martim & Silveira, 2017; Moreira & Oshiro, 2017). Diante disso, é fortemente recomendado que o terapeuta utilize reforço natural para os comportamentos do cliente, já que a proposta preza por uma relação genuína (Moreira & Oshiro, 2017; Vandenberghe, 2017). O critério de melhora está baseado na ocorrência de

novos padrões de comportamento dentro da sessão aliado ao relato de melhora fora da sessão, permitindo ao terapeuta inferir que houve generalização (Martim & Silveira, 2017).

4.1.4 Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP)

A PCP foi proposta e sistematizada por C. A. Medeiros e apresentada no encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), em 2010. É fundamentada na Análise do Comportamento, em autores como Skinner, Ferster, Goldiamond, Catania e Ribeiro. Também conta com contribuições da psicanálise, da abordagem centrada na pessoa e da TC. A escolha do termo PCP está "pautada no fato de enfatizar que o critério para validar as interpretações clínicas feitas no setting terapêutico é o de verdade pragmática, isto é, na utilidade da interpretação para a vida do cliente" (p. 51). Foi proposta por suas intervenções não se enquadrarem nas modalidades já existentes de terapias de fundamentação analítico-comportamental (Costa, 2011).

Seus objetivos estão voltados a proporcionar ao terapeutizando – termo utilizado no lugar de cliente - o desenvolvimento de autoconhecimento e, consequentemente, a possibilidade de experienciar relações mais reforçadoras com o ambiente (Costa, 2011).

O processo de intervenção é pouco diretivo, baseado em perguntas, ao invés do fornecimento de regras, interpretações e explicações sobre princípios comportamentais. As sessões são baseadas na análise e intervenção sobre o comportamento verbal; as análises funcionais são individuais e não lineares, estabelecendo relações entre os diversos comportamentos alvo, a relação terapeuta-cliente tem grande relevância, com destaque para a audiência não-punitiva. Além disso, preza pelo reforçamento diferencial dos comportamentos na sessão por meio de reforçadores naturais (Costa, 2011).

Um detalhe importante em relação a esta modalidade terapêutica é sua indicação apenas no atendimento de adolescentes mais velhos e adultos, e sua restrição para uso no atendimento de crianças, indivíduos com limitação cognitiva e grupos (Costa, 2011).

4.1.5 Terapia Racional Emotiva Comportamental

A primeira das TCs conhecida na literatura é a TREC, proposta por Albert Ellis, na segunda metade dos anos 1950. Caracteriza-se por ser um método de terapia orientado para a solução de problemas de forma direta, realizando mudanças emocionais e comportamentais por meio de desafio dos pensamentos auto-derrotistas (Ellis, 2001; Rangé, 2007). Além do

desafio dos pensamentos, na TREC são empregados muitos métodos de mudança de comportamento, como a dessensibilização sistemática, proposta por Wolpe, e outros métodos de exposição imaginária ou *in vivo*, por exemplo (Ellis, 1995).

O autor esclareceu a influência dos processos cognitivos sobre o funcionamento emocional e comportamental dos indivíduos por meio da proposição do modelo ABC, que descreve as relações entre os acontecimentos (A), as crenças (B, do inglês *beliefs*) e as consequências emocionais e comportamentais (C). Além disso, enfatizou que as crenças irracionais podem ser combatidas (D, de *dispute*) por meio dos métodos lógico-empíricos da ciência. Segundo a TREC, a perturbação psicológica está relacionada à tendência dos indivíduos a fazerem avaliações *absolutistas* das situações. "Essas avaliações, que têm a forma de 'tenho quês', de 'deverias', de 'devos' e 'tenho-a-obrigação-de' *dogmáticos*, são os aspectos centrais de uma filosofia de religiosidade dogmática que Ellis afirma ser o aspecto central da perturbação emocional e comportamental humanas. Há, inclusive, um termo, infelizmente intraduzível, que aparece frequentemente em seus escritos: '*musturbation*'" (Rangé, 2007, p.5).

Nesta proposta, a ideia é que a cognição humana funciona baseada em crenças racionais e irracionais. As crenças racionais são aquelas compatíveis com a realidade, refletem a percepção adequada do indivíduo sobre si e sobre o mundo; estão relacionadas aos estados emocionais negativos equilibrados (tristeza, mágoa, pesar, desprazer, aborrecimento, por exemplo) e aos comportamentos saudáveis. Por outro lado, as crenças irracionais produzem reações emocionais consideradas por ele como perturbadas, como pânico, depressão, fúria, por exemplo, e, quando ativadas, estão relacionadas a comportamentos problemáticos, juntos trazendo prejuízos para o indivíduo (Ellis, 2001).

Além disso, segundo o autor, o ser humano é hedonista, com tendência biológica à manutenção da sobrevivência e à busca de felicidade. E, apesar desta tendência, a escolha pelo hedonismo é uma predisposição e não uma determinação, ou seja, existe uma tendência de que o indivíduo faça escolha, mas não necessariamente ele a faz. Desta forma, é escolha do indivíduo a satisfação imediata ou de longo prazo. Esta escolha realizada de forma racional, implica em aceitação de suas implicações. No entanto, se o indivíduo escolhe pela satisfação imediata e não aceita as consequências, exigindo satisfação também no futuro, temos uma situação de comportamento irracional, caracterizando uma psicopatologia (Rangé, 2007).

4.1.6 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitivo-Comportamental

Parece haver consenso de que os termos TC e TCC podem se referir a um conjunto de mais de 20 abordagens baseadas em evidências que compartilham princípios, pressupostos e conceitos fundamentais, mas apresentam divergências em termos de teorias, procedimentos e técnicas de intervenção, e, exatamente por se tratar de um conjunto de abordagens é que os termos são utilizados no plural (Dobson & Scherrer, 2004; Knapp, 2004b; Neufeld & Affonso, 2013; Neufeld, Xavier & Stockman 2010; Neufeld & Cavenage, 2010; Rangé et al., 2007; Moreno & Wainer, 2014). Há autores que expressam claramente em seus trabalhos que os termos são sinônimos (Neufeld & Affonso, 2013); outros utilizam-nos de forma intercambiável ao longo do texto, mas sem antes ter feito referência às definições de cada um deles (Rangé et al., 2007).

Devido à heterogeneidade do grupo de terapias incluídas sob este rótulo, autores fizeram propostas de classificação das TCCs em subgrupos. Mahoney e Arnkoff propuseram sua classificação em função de diferenças quanto aos seus objetivos: a) As terapias de habilidades para o enfrentamento, cujo foco está nas formas pelas quais o cliente poderá minimizar os efeitos negativos de eventos externos; b) As terapias de resolução de problemas, mais voltadas para o ensino de estilos de reação e estratégias de produção de um maior número de alternativas possíveis para a solução de problemas; e c) As técnicas de reestruturação cognitiva, cujo alvo é a mudança de pensamentos perturbadores (Barbosa & Borba, 2010). Gabalda propôs outra forma de organização, também em três diferentes modelos: a) *reestruturação cognitiva* – desenvolvidos por profissionais de formação psicodinâmica, como Ellis e Beck, identificam-se com as primeiras terapias cognitivas; b) *cognitivo-comportamentais* – de origem nas terapias comportamentais, e representados por Meichenbaum e Lineham, por exemplo; e c) *construtivistas* – representados por Mahoney e Neimeyer, por exemplo, pressupõem que seres humanos participam ativamente da construção de suas experiências (Rangé et al., 2007).

Parte da literatura que analisa os fundamentos das terapias de base cognitiva aponta uma origem na filosofia grega, passando pelas questões apontadas por Kant e a origem da Psicologia Cognitiva. Outros consideram a origem desta modalidade de intervenção na década de 1960. De acordo com Moreno e Wainer (2014), a discussão que a filosofia estóica faz sobre a interdependência entre razão e emoção está na base da discussão atual sobre crenças racionais e irracionais na Terapia Cognitiva (TC). E, segundo os autores, quando Kant estudou os mecanismos que permitem a construção de conhecimento pelo homem, novas

portas foram abertas para o surgimento e desenvolvimento da psicologia e TCs, que expandiram esta discussão.

Embora não estejam fundamentadas na Psicologia Cognitiva, as TCs receberam influências de seus pressupostos filosóficos, hipóteses metodológicas e desenvolvimentos experimentais. Exemplos destas influências são o racionalismo crítico – já que, para a abordagem, há um mundo externo que é percebido pelo indivíduo de forma correta ou incorreta (Dobson & Scherrer, 2004) - e a natureza construtivista do significado (Moreno & Wainer, 2014). Este último, pressuposto fundamental da abordagem, refere-se à ideia de que cada indivíduo constrói representações da realidade objetiva, que são organizadas em estruturas cognitivas, denominadas esquemas, a partir dos quais são construídas teorias sobre si e sobre o mundo, permitindo ao indivíduo organiza-los, prevê-los e modifica-los (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008; Moreno & Wainer, 2014).

Outras semelhanças entre as TCs no que se refere aos pressupostos básicos, inclui o papel mediacional fundamental da cognição, em relação ao comportamento e à emoção, além da crença na possibilidade de acessar e alterar os processos cognitivos (Duarte et al., 2008; Barbosa & Borba, 2010; Neufeld et al., 2010; Neufeld & Affonso, 2013; Moreno & Wainer, 2014).

Quanto aos objetivos, incluem levar o paciente a comparar seu sistema de significados construídos com a realidade, a fim de modifica-lo gerando, com isso, uma transformação emocional e comportamental duradoura, além de alívio ou eliminação dos sintomas. Também objetiva proporcionar autonomia, tornando o paciente capaz de utilizar o método terapêutico para continuar questionando os próprios significados depois do término do tratamento (Beck, 1995; Moreno & Wainer, 2014; Neufeld & Cavenage, 2010; Neufeld et al., 2010).

O foco de atenção e intervenção, então, está sob a compreensão da cognição, com o objetivo de promover mudanças emocionais e comportamentais (Beck & Alford, 1997; Moreno & Wainer, 2014). Este é um princípio compartilhado pela maioria dos terapeutas cognitivos, exceto pelos construtivistas (Rangé et al., 2007).

Para a TC, cada indivíduo desenvolve uma teoria acerca de si mesmo e do mundo, baseada no conjunto de significados construídos, que lhe permite ordenar, assimilar, prever e modificar o mundo (Beck & Alford, 2000). Desta forma, um evento será agradável ou desagradável para diferentes indivíduos a depender da interpretação dada por cada um deles para o evento (Falcone, 2007); e será a interpretação a responsável por gerar as emoções e comportamentos e não o evento em si (Knapp, 2004a).

Sua visão de psicopatologia é definida em função da diferença entre o conjunto de significados construídos individualmente e a realidade objetiva. Diante disso, justifica-se o uso dos termos *distorcidos, desadaptativos e disfuncionais* para se referir aos esquemas subjacentes à etiologia e manutenção dos distúrbios mentais (Moreno & Wainer, 2014). De acordo com a proposta de Beck, é possível compreender o funcionamento de indivíduos sem patologia a partir da compreensão dos indivíduos com alguma psicopatologia, pois existem padrões de respostas emocionais normais também nos indivíduos que apresentam psicopatologias. Assim, pode-se afirmar que seu modelo de psicopatologia propõe que os comportamentos e emoções disfuncionais nos transtornos psiquiátricos são exageros dos processos adaptativos normais, o que chamou de hipótese da continuidade (Beck, 1991).

Nesta proposta, cada transtorno psicopatológico tem uma conceitualização própria e as estratégias apropriadas da TC são utilizadas com cada um (Beck, 1991; Beck & Alford, 1997).

De modo geral, as TCCs são um tipo de terapia breve e focal, com função educativa e estratégia colaborativa, no sentido de treinar o paciente, ajudando-o a construir suas próprias ferramentas para testar a validade de suas interpretações, identificar as distorções cognitivas e alterá-las, a fim de reduzir os sintomas, até que possa realizar essas atividades sozinho (Abreu, 2004; Falcone, 2007).

Para Falcone (2007), a TREC e a TC de Beck são as modalidades de TCCs mais conhecidas e mais influentes. Além dos termos TC e TCC, bastante comuns e utilizados de forma intercambiável, podem ser encontrados outros termos, referindo-se a diferentes modalidades destas terapias.

4.1.7 Terapia Cognitiva Construtivista

As terapias cognitivo-construtivistas (TCCons), diferentemente das demais terapias cognitivas, focam sua intervenção nas emoções, pois consideram-nas preponderantes na influência do comportamento. Para o enfoque construtivista não há um mundo externo real, percebido de forma correta ou incorreta pelo indivíduo (Moreno & Wainer, 2014; Amorim & Castañon, 2013). Mas sim, um foco no "'valor da validade' das estruturas cognitivas, e não no seu 'valor de verdade'" (Rangé et al., 2007, p. 4). Segundo Moreno e Wainer (2014), os terapeutas cognitivo-construtivistas estão "menos comprometidas com o realismo ontológico característico da terapia cognitiva fundada por Aaron Beck" (p. 47).

A TCCons tem como objetivo "proporcionar estímulo compassivo e apoio profissional enquanto os indivíduos trabalham para que possam organizar a si mesmos e as suas vidas" (Amorim & Castañon, 2013, p. 54)

Esta modalidade terapêutica não é definida por técnicas específicas de intervenção, mas pela adaptação de diferentes técnicas ao próprio indivíduo. Seu método está relacionado diretamente ao conjunto de pressupostos filosóficos em que se baseia a terapia, "mesmo diante da dispersão dos modelos terapêuticos atribuídos a essa escola de psicoterapia" (p. 59) Sua intervenção está focada nos "processos de mudança dos padrões de experiência" (Amorim & Castañon, 2013, p. 54).

4.1.8 Terapia Comportamental

Da mesma forma que nas TCCs, há consenso entre os autores que o termo TComp não se refere a um único modelo de intervenção (Nolasco, 2002; Medeiros, 2002; Guilhardi, 2004; Marçal, 2005; Barbosa & Borba, 2010; Leonardi, 2015). Sob este rótulo podem estar incluídas a TComp Clássica, a AAC, a MC, a ACC, entre outras (Marçal, 2005; Leonardi, 2015). No Brasil, além de TComp, os termos psicoterapia comportamental e psicologia clínica comportamental foram utilizados ao longo dos anos para se referir a essas práticas (Lettner & Rangé, 1988; Leonardi, 2015).

Desde seu primeiro uso, o termo tem sido utilizado para se referir a uma variedade de intervenções, mesmo na ausência de semelhanças filosóficas, conceituais ou metodológicas entre elas (Leonardi, 2015), já que discussões sobre aspectos epistemológicos nas abordagens behavioristas não eram prática comum (Marçal, 2005).

Durante as décadas de 1970 e 1980, a denominação TComp era frequentemente atribuída às intervenções que se utilizavam de técnicas de diferentes modelos comportamentais (e.g., modelo clássico e modelo operante). "O efeito comparativo comumente encontrado era entre a terapia comportamental e terapias não comportamentais" (Marçal, 2005, p. 234).

Historicamente, a denominação TComp esteve associada à aplicação de técnicas comportamentais padronizadas e específicas para cada tipo de queixa, com foco na eliminação de respostas emocionais e/ou comportamentais chamadas desadaptativas., independente de uma fundamentação teórico-filosófica específica (Medeiros, 2002; Marçal, 2005; Vandenberghe & Sousa, 2006; Barbosa & Borba, 2010; Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015). Talvez, por isso, o uso de técnicas comportamentais não indicava a orientação teórico-

filosófica adotada pelo terapeuta, e ainda, não implicava uma coerência entre as técnicas utilizadas e a fundamentação adotada pelo terapeuta (Marçal, 2005).

De acordo com Nolasco (2002)

> Não se pode dizer que haja uma definição única da intervenção clínica comportamental no Brasil e pela análise das definições e termos designativos apresentados nota-se que há uma tendência pelo uso do termo "análise", a partir da década de 90; nota-se também que a intervenção clínica comportamental é definida como um processo baseado em princípios da aprendizagem, que identifica o comportamento-alvo como função e não como anormalidade. (p. I)

Como um subtipo de TComp, autores como Guilhardi (2012) e Marçal (2005) utilizam a denominação TComp Clássica. Utilizam-na para se referir aos trabalhos de Eysenck (1959), Wolpe (1958; 1973), Lazarus (1971), Yates (1970), entre outros. Segundo Guilhardi (2012), nesta submodalidade de terapia

> 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. (p. 4)

4.1.9 Terapia Analítico-Comportamental

A TAC tem sua origem nos trabalhos de Skinner que, ao propor uma Ciência do Comportamento, definiu o termo comportamento como a interação entre organismo e ambiente e propôs que uma mudança de comportamento só seria possível com a modificação desta relação (Zamignani et al., 2008).

De modo geral, pode-se definir TAC como um modelo que tem como base os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical, referencial conceitual e metodológico da Análise do Comportamento; tem como instrumento essencial de avaliação e intervenção a análise de contingências, que permite a proposição de um processo terapêutico individualizado, levando em conta a história de vida do cliente; utiliza-se da relação terapêutica para promover a modificação das contingências nas quais os clientes agem, devendo o terapeuta funcionar como uma audiência não-punitiva (Zamignani et al., 2008; De-Farias, 2010; Costa, 2011).

O objetivo principal e final da terapia é promover mudanças nos comportamentos por meio de mudanças nas contingências, primeiramente ensinando o cliente a analisar as contingências às quais está exposto, estabelecendo relações entre respostas abertas e encobertas,

com seus antecedentes e consequências, e, a partir desta análise, modificar a contingência da forma que for conveniente (Zamignani et al., 2008; De-Farias, 2010; Costa, 2011)

A TAC tem foco na relação entre as ações do cliente em seu mundo e os efeitos destas ações no cliente. Diante disso, a análise de contingências é a principal ferramenta de avaliação e intervenção, pois promove a identificação dos déficits e repertórios que necessitam ser fortalecidos pelo terapeuta (Vandenberghe, 2011).

Segundo Marçal (2005), a prática denominada ACC também compartilha destes pressupostos e pode ser utilizada como sinônimo de TAC. Porém, é importante destacar que a TAC é uma prática exclusivamente brasileira, desenvolvida e aplicada por profissionais do país (Leonardi, 2015; Zamignani et al., 2008).

> Podemos resumir a contribuição da terapia analítico-comportamental em duas dicotomias: menos passos e mais processo; menos ênfase sobre técnicas e mais sobre princípios (...) Similarmente à terceira onda, a TAC 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" (Vandenberghe, 2011, p.37-38).

4.1.10 Terapia por Contingências de Reforçamento

Outra prática exclusivamente brasileira, também fundamentada nos trabalhos de Skinner, é a TCR. Ela foi sistematizada e apresentada por Guilhardi (2004).

Diante da ausência de consenso em relação ao significado do termo TComp, bem como de seu referencial teórico-conceitual, de seus métodos e práticas clínicas, o autor afirma que "parece oportuno adotar um termo que substitua a denominação Terapia Comportamental por outro, *Terapia por Contingências de Reforçamento*, que se espera seja mais descritivo do envolvimento conceitual, experimental e aplicado dos terapeutas e menos envolto em equívocos e impropriedades". E destaca que, "mais do que uma nova terminologia, a Terapia por Contingências é uma forma de compreender e lidar com o comportamento humano, essencialmente comprometida com (…) o behaviorismo radical [de Skinner]; (…) a ciência do comportamento (…); [a] utilização de procedimentos de intervenção terapêutica "tecnologicamente" descritos e "conceitualmente sistemáticos" (…); linguagem para descrever os fenômenos interacionais entre terapeuta (pesquisador) e cliente (sujeito), alicerçada na proposta de análise do comportamento verbal de Skinner (Guilhardi, 2004, p.4)

> A Terapia por Contingências abrange um conjunto de interações comportamentais que ocorrem em diferentes contextos, nos quais uma pessoa com a função de agente de mudança comportamental (terapeuta) influencia os comportamentos de outra pessoa (cliente), que

> solicitou, da primeira, ajuda para alterar comportamentos e sentimentos que lhe são aversivos e cuja mudança está incapacitada de fazer por si mesma. (Guilhardi, 2003, p. 1)

Além dos procedimentos realizados dentro do consultório, podem ser realizadas observações e intervenções em quaisquer ambientes da vida do cliente que permitam acesso às contingências relevantes da vida do cliente. Quando avaliado necessário, também são realizadas interações com pessoas importantes da vida do cliente. Em ambas as situações, as intervenções são autorizadas e planejadas com o cliente.

Para a TCR, os comportamentos dos indivíduos são produtos da interação entre sua história genética (que não é objeto de intervenção do analista do comportamento), da história de contingências de reforçamento à qual a pessoa foi exposta e às contingências de reforçamento presentes na atualidade.

Todos os comportamentos humanos são de interesse da TCR, tanto para análise quanto para intervenção. Trata-se das respostas abertas e encobertas como manifestações do organismo, de mesma natureza, e regidas pelas mesmas leis do comportamento. "Pode-se concluir que a TCR inclui pensamentos, imagens, cognições, idéias etc. (não importam os termos adotados, desde que sejam conceituados como comportamento) na análise e intervenção terapêuticas" (Guilhardi, 2003, p. 1).

4.1.11 Terapia Comportamental Dialética

A Terapia Comportamental-Dialética (DBT) é um "protocolo de atendimento em clínica" (Abreu & Abreu, 2016, p. 47) – e não uma nova modalidade de terapia - que foi desenvolvido e divulgado por Marsha Linehan, em 1984.

Foi desenvolvida a partir dos pressupostos da filosofia dialética; e apesar de possuir "bases behavioristas consistentes" (Abreu & Abreu, 2016, p.49), sua intervenção está pautada em estratégias empregadas em outras terapias, como a centrada no cliente, a psicodinâmica e a cognitiva. Segundo Abreu & Abreu (2016), os títulos de seus livros "sugerem forte compromisso com as terapias cognitivo-comportamentais, tradição científico-aplicada tida como *mainstream* em psicoterapia quando da época de publicação do protocolo" (p. 47).

Foi desenvolvida com o objetivo de intervir em comportamentos suicidas e parasuicidas (Abreu & Abreu, 2016), mas devido ao posterior desenvolvimento, pela autora, de um protocolo de intervenção para indivíduos com diagnóstico de transtorno de

personalidade *borderline* e à sua ampla divulgação, autores como Vandenberghe e Valadão (2013) afirmam que este foi seu objetivo desde o início.

A terapia envolve o desenvolvimento de estratégias, como habilidades interpessoais e manejo de emoções, validação das vivências e experiências do cliente (Vandenberghe & Valadão, 2013). É composta de um protocolo pré-definido que envolve a aplicação equilibrada de técnicas de aceitação e mudança, sendo dividido em três estágios: 1- "alcançando as habilidades básicas"; 2- "redução do estresse pós-traumático"; 3- "resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio". Cada estágio tem uma meta que é pré-requisito para o desenvolvimento das metas específicas de cada estágio e também das metas dos estágios subsequentes (Abreu & Abreu, 2016).

4.1.12 Terapia Comportamental Integrativa de Casal

A Terapia Comportamental Integrativa de Casal (IBCT) constitui em uma modalidade de TComp, que tem como objetivo ampliar e tornar mais duradouros os efeitos das terapias comportamentais tradicionais. Seu modelo teórico prevê que as dificuldades na relação terapêutica, bem como na relação conjugal, podem ser enfrentadas e superadas com base na aceitação emocional.

A intervenção na IBCT é constituída, especialmente nas fases iniciais, pelo uso de técnicas psicoeducativas, com foco na reestruturação cognitiva e mudança de comportamento, além da aceitação de experiências difíceis (Vandenberghe & Valadão, 2013).

4.1.13 Terapia de Aceitação e Compromisso

A ACT é uma terapia fundamentada no contextualismo funcional - filosofia que amplia o funcionalismo do behaviorismo radical - e na teoria dos quadros relacionais - abordagem pós-skinneriana para a compreensão da linguagem e da cognição (Barbosa & Murta, 2014).

Sua proposta de intervenção parte dos princípios que estão expressos em seu próprio nome: aceitação – disposição em aceitar e encarar os acontecimentos da vida e os sentimentos e pensamentos da forma como ocorrerem – e comprometimento – em manter ou modificar seu comportamento baseado nos seus valores. Sendo assim, sua prioridade não é a modificação direta do comportamento, dos sentimentos e pensamentos, nem da influência destes últimos sobre o comportamento. O terapeuta deve mostrar ao cliente que pensamentos e emoções são produtos de sua história de aprendizagem e efeitos das contingências em vigor naquele momento. Eles devem

auxiliar o cliente a compreender o que está acontecendo com sua vida (Vandenberghe & Valadão, 2013). Sua proposta está baseada e "enfatiza a relação do indivíduo com os eventos psicológicos, e não com os eventos em si" (Barbosa & Murta, 2014, p.36).

Seu modelo de psicopatologia parte do princípio de que os transtornos de ansiedade e humor são, em grande parte, produzidos pela esquiva de sentimentos e sensações internas desagradáveis (Vandenberghe & Valadão, 2013).

4.1.14 Terapia do Esquema

A Terapia do Esquema (TE) é uma abordagem que foi desenvolvida na década de 1990, por Jeffrey Young que, baseado na TC de Beck, expandiu e integrou seus conceitos básicos a elementos de outras abordagens, como a Gestalt terapia e a Psicanálise (Rangé et al., 2007), e mais recentemente, a "outras formas de terapias cognitivas, como o *mindfulness* e a terapia de aceitação e compromisso" (Lopes, Bizinoto, Rodrigues & Neufeld, 2014, p. 94). Além disso, ela apresenta características dos três diferentes modelos propostos por Gabalda (apresentados na seção sobre as TC e TCC). Por isso, pode ser considerada uma abordagem cognitiva integrativa (Rangé et al., 2007).

A proposta inicial se desenvolveu a fim de constituir uma alternativa eficaz para o tratamento de transtornos de personalidade, mas foi estendida como intervenção possível também no tratamento dos demais transtornos internalizantes e psicóticos. E além da terapia individual para adultos, proposta inicialmente, também passou a ser aplicada em grupos, a casais e a crianças (Lopes et al, 2014).

Tem como um de seus conceitos centrais os "esquemas desadaptativos remotos" (EDRs), "que são definidos como temas ou padrões psicológicos amplos, difusos e fundamentais, formados por memórias, emoções e sensações corporais, relacionados à percepção de si mesmo e dos outros" (Lopes, Leite & Prado, 2011, p.46). Esses esquemas são desenvolvidos na infância e influenciam de forma negativa as percepções do indivíduo ao longo de toda a sua vida, uma vez que são distorcidos em relação à realidade (Lopes et al, 2014).

Os EDRs são organizados em 5 diferentes domínios de esquemas: 1) desconexão e rejeição; 2) autonomia e desempenho prejudicados; 3) limites prejudicados; 4) orientação para o outro e 5) supervigilância e inibição. Estes domínios estão relacionados às necessidades emocionais básicas não satisfeitas durante a infância: "vínculos seguros com outros indivíduos; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade de expressão e

emoções e validação das necessidades; espontaneidade e lazer; e limites realistas e autocontrole" (Lopes et al, 2014, p.92).

Três diferentes processos podem ocorrer com os esquemas nos níveis cognitivo, afetivo e comportamental. Eles podem ser reforçados (o que gera a manutenção do esquema), evitação (o que gera a evitação do esquema) ou supercompensados (produzindo uma compensação do esquema). A forma como os indivíduos lidam com os esquemas constituem suas respostas de enfrentamento. As respostas que, de alguma forma, perpetuam o esquema são consideradas desadaptativas e podem ser de três tipos: resignação, evitação e hipercompensação (Lopes et al, 2014).

Segundo Lopes e colaboradores (2011), esta proposta se configura como contribuição relevante para as TCs uma vez que propõe um modelo conceitual e clínico rico e eficaz no tratamento de casos crônicos, como os de transtornos de personalidade.

4.1.15 Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA)

A TMA foi proposta por J. V. Marçal e A. Dutra e apresentada no encontro da ABPMC, em 2010. Os autores da proposta indicam que ela tem uma fundamentação Skinneriana, uma vez que adota um caráter externalista, dando foco na função dos comportamentos. Em coerência com sua nomenclatura, na TMA o autoconhecimento é enfatizado durante o tratamento, enquanto ferramenta de intervenção e objetivo terapêutico (Costa, 2011).

Tem como objetivo promover autoconhecimento e, consequentemente, proporcionar o estabelecimento de novas relações entre indivíduo e ambiente. Segundo Costa (2011), os autores da proposta referem algumas vantagens em ter como objetivo o autoconhecimento, por exemplo: a facilitação em definir os objetivos terapêuticos, e o favorecimento da disposição do cliente para agir, além do enfraquecimento de respostas que dificultam o alcance destes objetivos.

O processo terapêutico é voltado para a análise e intervenção no repertório global do indivíduo, e não somente nas queixas; é caracterizado pela realizaçãoo de análises funcionais, tanto em nível molar quanto molecular, buscando as variáveis de controle do comportamento na história e vida atual do indivíduo (Costa, 2011).

No processo terapêutico da TMA, alguns procedimentos, por serem prejudiciais à terapia, são evitados, como exemplos são o fornecimento de regras e conselhos, e uso de

reforço arbitrário. As técnicas comportamentais tradicionais são raramente utilizadas e estratégias da FAP e especialmente da ACT são adotadas (Costa, 2011).

4.1.16 Outras denominações

Além dos termos apresentados e discutidos acima, foram encontradas outras denominações de terapias indicadas como tendo base cognitiva e/ou comportamental, porém na literatura que foi consultada para este trabalho, não foram apresentadas suas definições. São as seguintes: Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) (Barbosa & Murta, 2014; Leonardi, 2015) e Terapia Comportamental Construcional (Marçal, 2005).

4.2 Primeiras aplicações dos princípios de aprendizagem para alterar problemas de comportamento humano

Na primeira metade do século XX, muitos psicólogos aplicaram princípios de condicionamento com o objetivo de modificar o comportamento das pessoas.

Watson e Rayner, em 1920, conduziram um conhecido experimento em que eles condicionaram reações de medo em um bebê, mostrando que respostas emocionais eram aprendidas por condicionamento (Watson, & Rayner, 1920). Esta foi uma das primeiras aplicações do condicionamento com o objetivo de mudar o comportamento de pessoas. Mas, ao contrário das aplicações que ocorreram posteriormente, ela não foi uma tentativa de tratar problemas de comportamento. O objetivo dos autores era mostrar como as emoções poderiam ser aprendidas. O interesse de Watson sobre as emoções apareceu em todos os seus textos, sendo um deles uma publicação mostrando suas preocupações sobre os efeitos prejudiciais que certos tipos de cuidados parentais podem ter na futura saúde mental das crianças (Malone, 1990).

Pouco tempo depois, Mary Cover Jones (1897-1987), uma aluna de Watson, conduziu uma pesquisa sob sua supervisão, continuando seu programa de pesquisa sobre aprendizagem das reações emocionais. Neste caso, o objetivo da pesquisa era mostrar como o medo poderia ser removido em condições de laboratório (Cover-Jones, 1924a, Cover-Jones, 1924b). O Caso Peter, nome dado para uma das publicações (Cover-Jones, 1924a), é uma espécie de continuação da pesquisa de Watson sobre o condicionamento do medo. Como ele não conseguiu demonstrar que o medo condicionado poderia ser contra-condicionado, sua aluna Mary Cover-Jones o fez e registrou. Os resultados da pesquisa mostraram que os

procedimentos de condicionamento poderiam mudar as reações emocionais problemáticas. Quando avaliado para o estudo, Peter tinha medo de um rato branco, medo que se estendia a um coelho, um casaco de pele, uma pena, algodão, entre outros, mas não a brinquedos como blocos de madeira ou coisas parecidas. Foram realizados procedimentos de exposição utilizando um coelho – pois Peter acabou mostrando ter mais medo do coelho que do rato. O medo foi reduzido de um pânico muito forte acompanhado de tentativa de afastamento diante destes objetos, para tolerância total ou até um certo apreço, como no caso do rato.

Na mesma direção, em 1932, Dunlap (1875-1949) desenvolveu métodos para mudar hábitos desadaptativos (O'Leary & Wilson, 1987). Em 1938, Mowrer (1907-1982) publicou um artigo descrevendo um aparato que desenvolveu para tratar enurese noturna, que ficou conhecimento como tratamento ou alarme "*bell and pad*" (Mowrer, 1938). No mesmo ano, Mowrer and Mowrer (1938) relataram seu tratamento para enurese noturna, baseado no condicionamento pavloviano, depois de fazer uma extensa revisão de literatura mostrando métodos que funcionaram com um indivíduo mas não apresentaram os mesmos resultados quando aplicados a outras pessoas. Os autores também discutiram teorias que explicavam a enurese de diferentes formas e propuseram suas próprias explicações. Posteriormente, Mowrer publicou outro estudo analisando a ansiedade como uma relação resposta-estímulo e a possibilidade da ansiedade funcionar como um reforçador, já que traz um estado de alívio ou segurança. Ele também apresentou as explicações para a ansiedade propostas por W. James (1842-1910), Pavlov e Freud (1856-1939) e as razões para sua concordância com Pavlov (Mowrer, 1939).

Em 1949, Fuller (1872-1953) descreveu seu experimento de condicionamento operante com um "organismo humano vegetativo" (Fuller, 1949, p.587). De acordo com ele, os experimentos realizados anteriormente com humanos eram todos de condicionamento clássico ou respondente. Além disso, apesar de a maioria do comportamento humano ser operante, os experimentos anteriores com este tipo de comportamento haviam sido implementados principalmente com organismos não humanos. Portanto, o experimento de Fuller foi um dos primeiros no campo. Embora ele não tenha proposto um tratamento real para o problema do participante, ele mostrou como o condicionamento operante poderia mudar o comportamento de um organismo humano.

Na Rússia, Bechterew, em 1923, e Kantorovich (1912-1986), em 1930, desenvolveram métodos para tratar, respectivamente, perversão sexual e alcoolismo (O'Leary & Wilson, 1987).

Apesar de todas essas e outras aplicações dos princípios do comportamento, não havia uma abordagem comportamental constituída. O campo começou a partir de uma perspectiva experimental e sem relação direta com a psicologia clínica. Além disso, a psicanálise era a

abordagem dominante para tratamento de problemas clínicos. Este contexto foi se modificando e alguns eventos criaram as condições para a aceitação e reconhecimento das intervenções baseadas em princípios da aprendizagem.

De acordo com a literatura da área (e.g. Kazdin; 1978, 1982, O'Leary & Wilson, 1987; Krasner, 1990; Franks, 1996; Franks & Brady, 1970; Fishman, Rego & Muller, 2011) os principais fatores antecedentes para o surgimento da TComp foram:

1- Desenvolvimentos da fisiologia na Rússia: Além de suas pesquisas sobre o condicionamento, os cientistas russos desenvolveram teorias sobre o comportamento e suas influências. Eles também rejeitaram ideias psicanalíticas sobre eventos intrapsíquicos como causa de comportamentos e atribuíram suas causas ao meio ambiente.

2- O surgimento do Behaviorismo no início dos anos 1900, proposto por J. B. Watson: uma de suas principais contribuições foi o conceito de aprendizagem, que se tornou o centro das atenções da psicologia experimental ao longo dos anos seguintes. Muitos outros pesquisadores desenvolveram teorias e propuseram diferentes conceitos de aprendizagem, como E. L. Thorndike, E. R. Guthrie, E. C. Tolman, C. L. Hull, K. W. Spence, O. H. Mowrer, B.F. Skinner, A. Bandura (1925-).

3- Desenvolvimentos da pesquisa experimental sobre procedimentos de aprendizagem

4- Insatisfações com a psicanálise: as críticas à psicanálise estavam relacionadas às suas proposições sobre a formação e eliminação dos sintomas. De acordo com essa teoria, comportamentos desadaptativos são sintomas de distúrbios subjacentes, que devem ser o foco do tratamento. De acordo com esta teoria, se apenas o comportamento problemático fosse tratado, em vez do distúrbio subjacente, a substituição de sintomas seria produzida (Eysenck, 1959; Kazdin, 1978). Em 1952, Eysenck (1916-1997) havia realizado estudo que indicou ausência de evidências de que a eficácia da terapia psicanalítica fosse maior do que a remissão espontânea (Eysenck, 1952). Estes estudos mobilizaram terapeutas na busca de formas de intervenções eficazes para os transtornos mentais.

5- Insatisfações com o modelo de diagnóstico psiquiátrico: houve questionamentos sobre a utilidade do sistema e as possíveis consequências de rotular as pessoas como doentes mentais, com base em seu comportamento. Naquele momento, o diagnóstico psiquiátrico não era confiável, uma vez que o mesmo diagnóstico não era consistentemente dado à mesma pessoa por diferentes profissionais de saúde mental, e o diagnóstico inicial não era dado consistentemente em um momento futuro, mesmo pelo mesmo médico.

6- Críticas em relação ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico e avaliação por meio de técnicas projetivas: os pesquisadores apontaram que não havia relação entre os resultados da avaliação por meio de técnicas projetivas e o tratamento do paciente, nem qualquer aplicação dos resultados dos testes para o tratamento. Considerando que o objetivo do diagnóstico e da avaliação deveria ser ajudar a selecionar o melhor tratamento para o problema do paciente e prever o prognóstico, esse tipo de diagnóstico e técnica não tinha função (Kazdin, 1978).

Todas estas insatisfações levaram psicólogos a se dedicarem à avaliação e tratamento comportamental e a apresentar suas perspectivas ao longo das décadas seguintes. Somando-se a essas insatisfações, os desenvolvimentos na ciência comportamental, as mudanças sociais e as ideias do Progressismo, que ocorreram desde o final do século XIX, criaram o contexto, que não existia nos anos anteriores, para o surgimento e posterior aceitação da TComp.

A área que ficou conhecida como TComp surge pelo menos a partir de quatro textos independentes (Lindsley, Skinner & Solomon, 1953; Saslow, Matarazzo & Guze, 1955; Lazarus, 1958, Eysenck, 1959). A seguir, será apresentada a proposta destes textos, exceto o Saslow e colaboradores (1955), pois ele faz críticas ao modelo de psicoterapia vigente e levanta a necessidade do surgimento de uma nova modalidade que poderia receber o nome de TComp, porém, não apresenta uma proposta, como os demais discutidos abaixo.

4.3 Primeiros usos do termo Terapia Comportamental

O termo TComp foi utilizado pela primeira vez de forma independente, em três diferentes países, por diferentes pesquisadores ou terapeutas para descrever suas propostas de intervenção para mudar comportamento de indivíduos. Lindsley (1922-2004), Skinner e Solomon (1889-1982), nos EUA, em 1953, foram os primeiros a utilizar o termo; em 1958, Lazarus (1932-2013), na África do Sul, fez uso do termo para se referir à proposta de Wolpe (1915-1997), e em 1959, Eysenck, na Inglaterra, fez uso do termo para denominar sua proposta de intervenção descrita em um artigo. Em cada um destes trabalhos a TComp recebeu uma definição e descrição diferentes revelando este início diversificado, com intervenções mais baseadas nos princípios operantes ou respondentes.

Lindsley, Skinner e Solomon (1953) utilizaram o termo TComp no primeiro relatório parcial, não publicado, referente a uma linha de pesquisa desenvolvida por aproximadamente 11 anos, no Laboratório de Pesquisa do Comportamento, localizado no Metropolitan State Hospital, in Waltham, Massachusets. O termo TComp também nomeou o Laboratório (*Behavior Therapy Laboratory*), onde a pesquisa era desenvolvida, durante seus dois anos iniciais. Depois que o grupo

e a pesquisa se tornaram conhecidos e respeitados pela equipe do hospital e pelos pacientes, o nome do Laboratório foi modificado para Laboratório de Pesquisa do Comportamento (*Behavior Research Laboratory*). O relatório foi a primeira e única vez que o termo TComp foi usado para se referir ao projeto ou qualquer assunto relacionado.

Este relatório apresentava os primeiros resultados dos primeiros seis meses de pesquisa, que tinha como objetivo testar a hipótese de que o comportamento psicótico é operante e se é um comportamento socialmente reforçado.

Para isso eram realizados experimentos de laboratório com pacientes psicóticos, do sexo masculino, com idade entre 23-63 anos, internados em média há 12 anos, sem mudança comportamental observável. Dos 16 pacientes inicialmente considerados, 10 permaneceram participando do estudo. Três deles eram classificados como paranóides, quatro como catatônicos, um como maníaco-depressivo e dois como "mentalmente defeituosos, com delírios" (p. 2). Apesar de internados, os pacientes eram livres para comparecer ou não às sessões, podiam interrompe-las a qualquer momento, e não sofriam qualquer tipo de punição por isso. As sessões experimentais tinham, em geral, duração de uma hora por dia; mas havia pacientes que participavam de duas sessões consecutivas, totalizando duas horas. Durante as sessões os pacientes tinham a oportunidade de pressionar uma alavanca que, quando pressionada, liberava reforçadores. Para a maior parte dos pacientes, eram utilizados como reforçadores, doces, biscoitos e cigarros. Para seis deles, figuras coloridas projetadas em uma tela por alguns segundos também eram efetivas como reforçadores.

Os esquemas de reforçamento utilizados foram intervalo variável e razão fixa. Os autores apontaram que os resultados para razão fixa foram próximos dos típicos, mas que nos esquemas de intervalo variável, havia inconsistência nos dados encontrados. Os experimentadores observaram que os pacientes que respondiam em altas taxas eram aqueles que costumavam realizar pequenas tarefas, como varrer o corredor do hospital. Porém, este comportamento não estava relacionado com o grau de interação social ou verbal.

A taxa de resposta por minuto apresentada pelos pacientes na linha de base era correspondente ao esperado para o diagnóstico de cada um deles, dado no momento de sua admissão no hospital, aproximadamente 12 anos antes do início da pesquisa. O paciente maníaco apresentava a taxa de resposta mais elevada, aproximadamente 100 respostas/minuto, seguido pelos pacientes paranoides, variando entre 10 e 80 respostas/minuto, seguidos pelos "mentalmente defeituosos com delírios", com aproximadamente 1 resposta/minuto, e por último, os catatônicos, com taxas de resposta entre zero e um.

Mudanças progressivas no comportamento de alguns pacientes foram observadas. Em 40 dias, dois aumentaram a frequência de pressão da alavanca de menos de 1/minuto para 8/minuto, um aumentou para 14/minuto e outro para 50/minuto. Ao mesmo tempo que aumentaram o número de pressões à avalanca, reduziram o comportamento psicótico incompatível com a resposta exigida experimentalmente. De acordo com os autores, este aumento de frequência da pressão à alavanca confirma a hipótese sobre a natureza operante do comportamento.

Diante destes resultados, uma das conclusões apresentadas no relatório é que o comportamento de indivíduos psicóticos pode ser em grande medida controlado por reforçamento e pelos estímulos aos quais o reforço é contingente.

Os autores apresentam seus planos para as próximas etapas da pesquisa, que incluíam testar diferentes durações da sessão experimental; manter-se avaliando os efeitos de diferentes variáveis em psicoterapia e no estudo do comportamento psicótico (como drogas, procedimentos como terapia de choque, música, diferentes níveis e cores de iluminação, visitas da família); estudar os aspectos motivacionais do reforçamento; explorar outras formas de privação e reforçamento; adaptar os procedimentos experimentais para estudar relações sociais dos pacientes criando, por exemplo, situações de cooperação e competição.

Eles concluem que as mudanças produzidas pelo experimento são o tipo de mudança requerida na psicoterapia. Os pesquisadores compreendiam que a pressão à avalanca correspondia à apresentação de outros comportamentos que não eram compatíveis com a ocorrência de delírios e alucinações simultaneamente. Por isso, o aumento de pressões à alavanca era visto como um resultado positivo e correspondente ao que seria esperado em psicoterapia. Então, se indivíduos psicóticos passarem a ter reforçados seus comportamentos socialmente desejáveis e não reforçados os delírios e alucinações, estes últimos reduzirão consideravelmente de frequência e os demais aumentarão de frequência.

A linha de pesquisa que foi iniciada por este estudo teve considerável importância nos EUA pois, naquele momento, pouco se conhecia sobre pacientes psicóticos e formas de tratamento. Os pacientes, em geral, eram internados e não apresentavam melhora, não podendo mais retomar suas atividades.

Em 1958, Arnold Lazarus publicou o artigo *New Methods in Psychotherapy: A Case Study* (Novos métodos em psicoterapia: Um estudo de caso) em que, como o próprio nome traz, apresenta um novo método de psicoterapia, referido como sendo uma psicoterapia behaviorista, divergente da proposta psicanalítica, até então dominante. De

acordo com o autor, este método era fundamentado na base científica da neurofisiologia, seus conceitos eram derivados de experimentos de laboratório cuidadosamente controlados e suas ferramentas terapêuticas eram derivadas das teorias da aprendizagem (Lazarus, 1958).

No artigo, Lazarus apresenta um resumo dos fundamentos e do modelo de intervenção desta nova proposta de psicoterapia, destacando sua intenção de quebrar o mito de que a psicoterapia tem que ser sempre difícil, demorada e ineficiente. Outra diferença de sua proposta em relação às terapias ortodoxas é a não fixação em um ritual de aprofundamento no passado de todos os seus pacientes. Refere que, como apontado por Rachman anteriormente, muitos casos de cura se deram sem sequer conhecer os fatores causais envolvidos. "Na nossa visão, 'a ênfase na reabilitação psicológica deve estar na síntese que deve abraçar uma variedade diversa de técnicas terapêuticas efetivas, bem como inumeráveis medidas adjuntivas, para formar parte de um largo e abrangente programa reeducativo" (Lazarus, 1958, p. 661).

Destaca que os pacientes aprendem a se comportar de forma não adaptativa e que a cura está na eliminação deste comportamento. E complementa que a cura é acompanhada por mudanças na personalidade que podem ser interpretadas como envolvendo aprendizagem.

> Reconhecendo que as neuroses são aprendidas no meio social, muita ênfase é dada no fato de que o paciente não é um rótulo clínico mas um humano membro de uma sociedade e assim sendo todos os procedimentos específicos são aplicados dentro de um contexto amplo de adaptação social. (p. 661)

O foco da atenção do terapeuta deve estar no comportamento do paciente e na proposta de mudança do comportamento não adaptativo e não em analisar o que está dentro de sua mente. Para isso, são empregadas tanto técnicas terapêuticas chamadas por ele de tradicionais (como apoio, orientação, *insight*, catarse, interpretação) como técnicas objetivas, como a inibição de padrões neuróticos específicos. O repertório do terapeuta comportamental não se limita a uma técnica específica, mas sim, constitui-se por um amplo e flexível repertório de métodos terapêuticos para atender às necessidades individuais dos pacientes.

Assim, as principais características da *Psicoterapia Behaviorista*, de Lazarus, são a diretividade, a aplicação de técnicas e métodos efetivos; a substituição do foco no passado pelo foco na eliminação do comportamento-problema; a ausência de preocupação com causas, já que o problema poderia ser modificado sem descobri-las; a velocidade de melhora do cliente; e a cura acompanhada por mudanças na personalidade, que eram consideradas como

aprendizagem de novos comportamentos. Considerava que as neuroses eram aprendidas em ambiente social e, por isso, os procedimentos do tratamento eram aplicados considerando a necessidade de adaptação a um contexto social.

Para exemplificar sua proposta, Lazarus descreve no artigo um caso atendido por ele. O paciente era um homem de 36 anos de idade, com queixas de tensão e ansiedade, apresentando um padrão de comportamento obsessivo-compulsivo.

Inicialmente as sessões eram realizadas por duas vezes na semana, com duração de 30 a 70 minutos, exceto a segunda, que teve duração de 2 horas. O autor realizou sessões de entrevista e aplicação de instrumentos, treino de relaxamento progressivo, treino para respostas assertivas e "treino para respostas assertivas por meio de psicodrama" (o que chamaríamos atualmente de role-play), instruções para responder assertivamente, e relaxamento hipnótico. As primeiras 4 sessões empregaram procedimentos diagnósticos e terapêuticos tradicionais. Depois disso, focou-se mais nas técnicas objetivas. Segundo o autor, os problemas centrais do paciente eram inibições e compulsões e, se ambos fossem eliminados, todo o resto entraria em seu lugar. A partir da 8ª sessão o foco da intervenção era presente-futuro, ao invés de passado; ao contrário das orientações analíticas, em que a maior parte do tempo é dedicada ao passado. No total, o tratamento teve duração de oito meses, tendo sido realizadas 21 sessões e posterior contato por carta.

De acordo com o autor, as compulsões são resolvidas sem nenhuma atenção aos fatores envolvidos em suas causas. A teoria por trás do procedimento hipnótico é a seguinte: em geral, um indivíduo com características obsessivo-compulsivas fica ansioso até que possa realizar seu ritual compulsivo e, após realiza-lo fica aliviado. No procedimento hipnótico a ideia é reverter o processo. O indivíduo experimenta ansiedade enquanto está desempenhando seu ritual e fica relaxado/aliviado quando o encerra ou o evita. Assim, o comportamento compulsivo deve deixar de acontecer.

O autor também aponta o argumento de clínicos mais ortodoxos sobre a remoção dos sintomas sem identificação das causas não se constituir uma cura, trazendo a resposta de Rachman e Eysenck para a questão. Segundo o primeiro, ficar focado em buscar as causas subjacentes pode impedir o progresso terapêutico. Para Eysenck, diferentemente da proposta de Freud de que existe uma doença que causa os sintomas, são apenas hábitos errados que foram aprendidos e precisam ser desaprendidos, não há doença.

É importante destacar que esta proposta de psicoterapia tem origem nas ideias de Wolpe[6], que havia sido professor de Lazarus. Lazarus (1958) afirma em seu artigo que, para Wolpe, as neuroses são adquiridas em situações geradoras de ansiedade e a terapia de sucesso para a neurose depende da inibição recíproca das respostas neuróticas de ansiedade. De acordo com Fishman, Rego e Muller (2011, p. 107), a dessensibilização sistemática proposta por Wolpe "foi a primeira alternativa viável de 'terapia pela fala' às tradicionais formas psicodinâmicas de psicoterapia".

O terceiro uso do termo TComp foi realizado por Eysenck (1959), na Inglaterra. Seu artigo tinha o objetivo de discutir uma teoria alternativa para as neuroses, um método alternativo para seu tratamento, e uma forma alternativa de usar o conhecimento e a competência dos psicólogos na tentativa de curar as desordens neuróticas.

Alguns anos antes, o autor havia realizado um levantamento na literatura sobre a efetividade da psicoterapia e encontrou que a remissão dos sintomas de pacientes submetidos à psicoterapia era a mesma que daqueles que não haviam se submetido ao tratamento (Eysenck, 1952). Preocupado com o fato de que profissionais estavam sendo formados para atuar realizando um tratamento sem efetividade, e determinado a propor uma forma de tratamento que produzisse mudanças para os pacientes (Eysenck, 1952), passou a se aprofundar no tema, chegando à discussão apresentada no artigo de 1959. Nele, relata sua

---

[6] Apesar de Wolpe não estar entre os pioneiros no uso do termo TComp, ele foi pioneiro no desenvolvimento de uma proposta baseada nos princípios de aprendizagem. Assim como outros da época, Wolpe trabalhava com outra modalidade de terapia (*dynamic therapy*) e começou a ficar insatisfeito com os resultados obtidos, o que o levou a buscar alternativas. Debruçou-se sobre os estudos de Pavlov e sobre neurose experimental, o que o levou a seu famoso experimento de laboratório sobre indução de comportamento neurótico em gatos. Demonstrou que a neurose experimental era resultado da estimulação rápida aplicada a animais restritos, e não da existência de conflito, como aceito anteriormente. A partir disso, elaborou sua teoria sobre condicionamento de medo em humanos, seguida por uma busca para a solução deste problema. Testou diversas técnicas, levando em conta as pesquisas de Mary Cover-Jones, sobre superação do medo em crianças. Assim estabeleceu seu "procedimento de re-exposição gradativa e progressiva à situação traumática, precedida e acompanhada pela alimentação dos animais (dessensibilização sistemática)" (Rachman, 2000, p. 431). Depois de algumas tentativas, conseguiu adaptar o procedimento com animais para o tratamento de medos e ansiedade em humanos.

> Ele manteve a idéia central de exposições repetidas e progressivas aos estímulos evocadores do medo, mas substituiu a alimentação pelo relaxamento e as exposições aos estímulos reais por exposições imaginárias. A forma final de seu principal método de tratamento, a dessensibilização sistemática, consistia em exposições imaginárias repetidas e progressivas aos estímulos do medo durante o relaxamento. Esses estímulos foram graduados em uma ordem hierárquica e ele apresentou o estímulo menos perturbador primeiro. Uma vez que o paciente fosse capaz de tolerar o estímulo leve, Wolpe passaria para o próximo item na hierarquia, e assim por diante na hierarquia até que o paciente fosse dessensibilizado com sucesso para todos os itens que inspiram medo. (Rachman, 2000, p. 431)

Foram os resultados de sua pesquisa o fundamento para sua teoria de psicoterapia por inibição recíproca, que inspirou diversas pesquisas subsequentes e seu livro de mesmo nome Psicoterapia por Inibição Recíproca (*Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*) (Wolpe, 1958). De acordo com Rachman (2000, p. 432) "certamente um dos livros mais significativos da história da terapia comportamental e, de fato, um dos livros mais influentes da história da psicologia clínica".

proposta de método de tratamento e aponta que ela tem de inovação apenas a reunião das contribuições de diversos autores em uma teoria geral e a introdução dos conceitos de neuroticismo e extraversão/introversão como parâmetros essenciais na descrição e predição do comportamento.

Eysenck fez uma proposta de teoria alternativa para as neuroses. Para a psicanálise os sintomas manifestos das fobias, por exemplo, possuíam causas inconscientes subjacentes que deveriam ser desvendadas para se atingir a cura. Já para o autor, as chamadas neuroses eram apenas padrões aprendidos de comportamento que, por uma razão ou outra, eram desadaptativos e precisavam ser desaprendidos; não havia uma doença. Ele dá como exemplo o sentimento de medo: alguém apresentar medo de ratos é desadaptativo pois eles não causam danos. No entanto, se o medo apresentado for de cobras, seria adaptativo pois elas podem causar machucados e até levar o indivíduo à morte. Ainda segundo ele, o processo de condicionamento responsável pela aprendizagem desse medo é o mesmo nos dois casos – tanto do medo adaptativo como do medo desadaptativo. O paradigma que fundamenta esta explicação é o do experimento de Watson com o Pequeno Albert, e é denominado por Eysenck de paradigma da formação do sintoma neurótico.

O tratamento está baseado na inibição recíproca, em que é realizado o condicionamento de uma nova resposta no lugar de uma resposta anteriormente condicionada, sendo a nova resposta incompatível com a resposta existente no repertório do indivíduo. Diante disso, é necessário que seja realizada extinção do condicionamento de respostas excedentes e a construção de novas conexões estímulo-resposta, no caso de deficiências de condicionamento.

Assim como Lazarus, o autor se refere à proposta de Wolpe, mas destaca que a denominação TComp é mais apropriada que psicoterapia, uma vez que não se propõe a tratar a psique, como esta última, mas sim o comportamento. Outro ponto destacado pelo autor são as divergências teóricas existentes: havia discordâncias sobre princípios como a necessidade ou não de reforço para ocorrer a aprendizagem e sobre a própria natureza do reforço (Eysenck, 1959).

Essas três propostas iniciais, de certa forma, revelam o início da diversidade que atravessa toda a história da área e se faz presente até os dias de hoje. Observa-se que não se pode definir uma data específica para o surgimento da TComp. De acordo com Rachman (2016) seu surgimento se encontra entre os anos de 1958 e 1963, o que indica que ele exclui da área o trabalho de Lindsley, Skinner e Solomon.

Realmente os caminhos trilhados por Lindsley e Skinner foram ainda mais divergentes que os dos outros autores. Como mencionado anteriormente, o termo TComp somente foi utilizado naquele primeiro relatório. Durante os demais 11 anos de existência do Laboratório ele voltou a se chamar Laboratório de Pesquisa do Comportamento e a pesquisa Análise Experimental do Comportamento de Pacientes Psicóticos (*Experimental Analysis of the Behavior of Psychotic Patients*). O laboratório foi fechado em 1965, em função da mudança das práticas de financiamento e do aumento dos custos de manutenção (Rutherford, 2009). Além disso, Lindsley estava cansado de ser financiado, ao invés de ter um emprego e um salário (Nancy J. Hughes-Lindsley, comunicação pessoal, 2017). Nenhum deles tinha pretensões de atuar enquanto terapeuta e, de fato, nunca o fizeram. Skinner desenvolveu muitas atividades aplicadas, mas nunca atuou ou pesquisou sobre terapia. Lindsley sempre desejou fazer algo pelas pessoas, para ajudar a melhorar suas vidas e seguiu trabalhando nessa direção, na Universidade do Kansas (Nancy J. Hughes-Lindsley, comunicação pessoal, 2017).

"Embora o Laboratório de Pesquisa do Comportamento fosse dedicado à pesquisa básica, ele desempenhou um papel fundamental na expansão da análise do comportamento além de suas origens experimentais" (Rutherford, 2009, p. 52). O conhecimento sobre comportamento operante, desenvolvido no Laboratório, foi determinante para o desenvolvimento da MC, da AAC - influenciando nomes importantes da área como Teodoro Ayllon e Nathan Azrin -, e da própria TComp, por meio do uso de alguns princípios e técnicas, como o reforçamento.

A MC se misturou por um tempo com a TComp, e os termos chegaram a ser referidos por alguns autores como sinônimos (Ullmann & Krasner, 1965). Com o tempo, muitos daqueles que se diziam modificadores do comportamento se juntaram ao grupo da AAC ou das TComps, e, por razões que não fazem parte dos objetivos deste trabalho, parece que a área, ao menos com essa denominação, deixou de existir.

A AAC tomou caminho próprio e se separou definitivamente da TComp, tendo sua própria revista, associação, e reuniões anuais. E foi neste grupo que Skinner e Lindsley seguiram desenvolvendo seus trabalhos. Uma breve discussão sobre o desenvolvimento da área será realizada na seção 4.5.

Já com relação a Lazarus, Eysenck e Wolpe[7], permaneceram ativos no grupo das TComp durante toda sua vida, pesquisando, escrevendo e debatendo sobre as diferentes propostas, sua pertinência, efetividade, entre outros assuntos relacionados. Eysenck e Wolpe,

[7] Mais uma vez peço licença para inclui-lo entre os autores que fizeram os primeiros usos, devido ao seu pioneirismo na proposta de terapia.

apesar de discordarem em alguns aspectos, tiveram uma relação próxima e cordial e, só não trabalharam juntos na Inglaterra pois não houve abertura para que Wolpe se estabelecesse profissionalmente por lá (Rachman, 2000). Já Lazarus e Wolpe mantiveram uma relação de conflito, ao menos no que se refere à denifição e características da TComp. A área cresceu e se desenvolveu, tendo criado sua própria associação, algumas revistas e eventos científicos. Estes pioneiros estiveram ligados direta ou indiretamente a todos estes acontecimentos, o que será abordado na seção abaixo.

4.4 Desenvolvimentos das Terapias Comportamentais até a década de 1970

Nesta seção serão discutidos os desenvolvimentos ocorridos nas TComp desde as primeiras propostas, abordadas na sessão anterior, até a década de 1970.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pela proposição de intervenções baseadas em princípios científicos que, apesar de possuírem diferenças, estavam unidas sob a mesma denominação – TComp – e no enfrentamento de um "inimigo" comum, as psicoterapias psicodinâmicas (Wilson, 1978, p. 90; Fishman, Rego & Muller, 2011). Naquele momento, estas características foram suficientes para manter unidas propostas que foram se constituindo, cada vez mais, de forma divergente. À medida que se desenvolveram, começaram a se mostrar autocríticas e, no final da década de 1960, as diferenças inicialmente ignoradas, começaram a se destacar.

Uma das primeiras realizações da área foi a criação de um periódico exclusivamente dedicado à TComp, o *Behavior Research and Therapy (BRAT*), sob responsabilidade de Eysenck e Rachman (1934-) (Wilson, 1978). A TComp implicava em uma grande mudança em relação aos tratamentos psiquiátricos (medicamentosos ou físicos) e ao método psicanalítico, modalidades até então existentes para o tratamento dos transtornos psicológicos. Era difícil publicar nas revistas científicas existentes uma vez que os periódicos de medicina eram fechados para tratamentos realizados por profissionais não-médicos, e os de psicanálise, porque a TComp era vista como errada e prejudicial. Diversas tentativas de publicação do grupo de Eysenck receberam respostas negativas, breves e muitas vezes grosseiras. Diante disso, Eysenck, Rachman e Wolpe fizeram propostas de uma nova revista para diversas editoras, sem sucesso. Um ano depois da ideia de Eysenck de criar uma nova revista, saiu o primeiro volume do BRAT (Rachman, 2015; 2016).

No primeiro volume da BRAT, contra argumentando a posição de Lazarus (1958) e Eysenck (1959), em relação à denominação apropriada para a nova proposta de tratamento,

Wolpe (1963) afirma que o termo psicoterapia deveria ser utilizado para se referir aos tratamentos psicologicamente embasados no geral, enquanto que o termo TComp deveria ser utilizado para se referir à "classe de práticas psicoterapêuticas nas quais o comportamento é desdobrado de maneira diretamente planejada para provocar mudanças em hábitos específicos" (p. 23). Wolpe estava colocando a TComp como um subtipo de psicoterapia, que vinha de uma herança não científica mas que se colocava enquanto uma nova ciência.

Em 1968 Wolpe publicou artigo – com o mesmo título que o de seu livro que marcou a área *Psychotherapy by reciprocal inhibition* - em que descreveu diversas técnicas baseadas no processo de inibição recíproca, como a dessensibilização sistemática e o condicionamento aversivo. Afirmou que as técnicas comportamentais já testadas demonstraram eficácia superior aos métodos psicanalíticos existentes, mas que estudos comparativos deviam continuar sendo realizados, bem como pesquisas experimentais, com o objetivo de aperfeiçoamento das técnicas (Wolpe, 1968).

Um outro importante personagem da história da TComp foi Cyril Franks (1923-2015) que, juntamente com Brady, Krasner, Lazarus, Wolpe, J. Cautela, E. Dengrove, M. Gittelman, A. Salter, D. Susskind, fundou, em 1966, nos EUA, a *Association for Advancement for the Behavior Therapies* (AABT) (Wilson, 1978). Franks foi seu primeiro presidente, além de primeiro editor do boletim *Behavior Therapist*. A primeira reunião anual da Associação ocorreu em 1967, como parte do encontro anual da APA (Rachman, 2016; ABCT, 2019).

Também em 1967, um artigo publicado na *newsletter* da associação discute a adequação de seu nome com a palavra *therapy* no plural. No texto denominado *Behavior Therapy and Not Behavior Therapies* os autores enfatizavam que não se deveria fazer uma interpretação errônea das diversas técnicas da TComp como sendo diferentes tipos de terapia, já que todas eram derivadas das teorias da aprendizagem. Esta publicação influenciou a mudança de nome da associação para *Association for Advancement for the Behavior Therapy*, referindo-se, então a uma única terapia (Wilson & Evans, 1967). Modificar o nome de algo não implica na mesma modificação no comportamento e nas discussões dos indivíduos envolvidos no assunto. E foi assim com a TComp, as polêmicas e discussões permaneceram (Franks, 1996).

Também pode-se identificar esta questão no editorial do primeiro número da revista da Associação, a *Behavior Therapy*. Criada em 1970 também por Franks, seu editorial inicia tratando da dificuldade em definir TComp de uma forma que agradasse a todos os terapeutas e teóricos da área, justificando que a razão para isso era parcialmente histórica, pois a TComp surgiu de uma confluência de diversas linhas de pensamento. Apesar disso, os editores

consideravam importante propor uma definição para não cair no ecletismo e perder a força que a abordagem possuía. Para eles, TComp não se tratava de uma técnica específica de intervenção, mas sim, consistia em uma abordagem experimental para a psicologia e psiquiatria, que abordava os dados clínicos a partir dos procedimentos experimentais de laboratório, que alteram de forma confiável e previsível o comportamento; focava sua atenção no objetivo, mensurável e passível de replicação e poderia utilizar termos como consciência e cognição, definindo-os a partir de um quadro de referência comportamental e biológico (Franks & Brady, 1970).

Na publicação de 1965, *Case Studies in Behavior Modification*, em que o termo TComp é utilizado como sinônimo de MC, Ullman e Krasner definem TComp como sendo um "tratamento dedutível do modelo sociopsicológico que visa alterar o comportamento de uma pessoa diretamente através da aplicação de princípios psicológicos gerais" (Ullman & Krasner, 1965, p. 8). Esta definição contrastava com a chamada "psicologia evocativa" que se constituía enquanto um "tratamento dedutível dos modelos médicos e psicanalítico que objetiva alterar o comportamento da pessoa indiretamente primeiramente alterando organizações intrapsíquicas" (p. 8).

Em 1971, no capítulo de Krasner publicado na *Annual Review of Psychology*, ele conceituou a TComp como "uma série de técnicas específicas derivadas do laboratório experimental, geralmente baseadas na teoria da aprendizagem e aplicadas em situações de influência social. Assim, a TComp, segundo sua visão, é uma tecnologia construída sobre uma base de influência comportamental". E complementa afirmando que "tem havido uma infinidade de variações de significado ligadas à TComp após essas abordagens iniciais" (Krasner, 1990, p. 8). Aqui o autor deixa clara a proliferação de definições para o termo TComp após as primeiras propostas. Porém, assim como a tentativa de Franks e Brady (1970) de definir TComp de forma inclusiva, Krasner (1971) propõe algo semelhante, afirmando que

> o fator unificador na terapia comportamental é sua base derivada de procedimentos e princípios estabelecidos experimentalmente. A experimentação específica varia muito, mas tem em comum todos os atributos da investigação científica, incluindo o controle de variáveis, apresentação de dados, replicabilidade e uma visão probabilística do comportamento (p. 457-458).

Seguindo a mesma linha, dois anos depois Wolpe (1973) define "terapia comportamental, ou terapia do condicionamento, [como sendo] o uso de princípios de aprendizagem experimentalmente estabelecidos com o propósito de mudar o comportamento não adaptativo. Hábitos não adaptativos são enfraquecidos e eliminados; hábitos adaptativos são iniciados e fortalecidos"

Ainda discutindo sobre adequação das denominações e as definições de TComp, Wolpe publica dois artigos em 1976 (Wolpe, 1976a; 1976b), em que afirma que "historicamente, a terapia comportamental é o rótulo aplicado às práticas terapêuticas baseadas em princípios e paradigmas de aprendizagem experimentalmente estabelecidos. Como o referente do rótulo é um construto sintético, é inapropriado contestar seu significado, como alguns estão fazendo agora." (Wolpe, 1976a, p. 1). De acordo com o autor, a maior parte das práticas está baseada nos princípios de inibição recíproca e das contingências de reforçamento. Uma variedade de nomes foi proposta (*terapia do condicionamento reflexo, terapias de condicionamento, psicoterapia comportamental*) mas devido à "promoção" do termo TComp, realizada por Eysenck, foi este o termo adotado para as "práticas terapêuticas baseadas nos princípios experimentalmente estabelecidos" (p. 1)

Wolpe traz no primeiro dos artigos uma discussão aparentemente inédita sobre a questão da nomenclatura. Refere-se a Popper para diferenciar construções sintéticas ou artificiais de construções naturais. Ele afirma que ao lidar com um fenômeno natural, faz-se uma prescrição descritiva, ou seja, a partir da observação do fenômeno são descritas suas características de forma mais completa possível. À medida que novas informações são observadas, elas podem ser acrescentadas na descrição. Porém, quando se trata de construtos sintéticos, "as características estão contidas em sua definição, que é prescritiva e não pode ser melhorada, já que é a fórmula para o construto" (p. 2). Assim, se o proponente de um construto afirma que tal construto tem um determinado significado, não há sentido em um argumento de qualquer outro indivíduo sobre o real significado daquele construto. "No entanto, no que diz respeito à construção sintética, terapia comportamental, tais argumentos são solenemente propostos, e uma 'controvérsia' espúria tem sido gerada" (Wolpe, 1976a, p. 2).

Nestes dois artigos o autor também afirma que uma considerável parte das críticas à TComp está relacionada à compreensão incorreta ou falta de compreensão que os "descontentes" tem dela (TComp).

> O termo "descontente" é aplicado aos críticos da terapia comportamental cujas críticas são atribuíveis a inadequações em sua compreensão. (...) Um fator importante por trás das posições tomadas pela maioria dos descontentes é a divisão da personalidade humana em um reino biológico e um reino cognitivo - o "fantasma na máquina" de Ryle. A consciência da unidade do organismo é um requisito essencial para o estudo científico dos níveis mais complexos do comportamento humano. (Wolpe, 1976b, p. 109)

No segundo artigo, Wolpe faz uma crítica às propostas de Lazarus (1967; 1971) de ir além da TComp, incluindo outras técnicas efetivas, como os procedimentos "as if" e a

"fantasia da ilha deserta" (*desert island fantasy*) e a técnica "*blow up*". O autor ainda questiona a efetividade das mesmas, afimando que não são fundamentadas em dados suficientes para merecer recomendação. Refere-se a Lazarus como o principal protagonista do que ele chamou de "ecletismo multimodal". "Outra parte do programa de Lazarus para ampliar a terapia comportamental é baseada em uma percepção errônea. Ele propõe que [a TComp] deveria incorporar recursos cognitivos e 'personalistas'" (Wolpe, 1976b, p. 109) e propõe diversas sugestões de nomenclaturas, como "ecletismo técnico, psicoterapia personalista, terapia comportamental de amplo espectro, terapia comportamental clínica, terapia comportamental multimodal" (p. 109).

Wolpe afirma que a crítica de Lazarus está relacionada à sua percepção errada sobre duas características da TComp. A primeira delas refere-se à falta de consideração de problemas interpessoais, ou de um caráter 'personalista'. Para Lazarus, a TComp apenas aplicava procedimentos e técnicas para alterar as relações entre o indivíduo e os estímulos que o afetam. A outra se refere aos fatores cognitivos.

> A cognição está envolvida em todo intercâmbio entre paciente e terapeuta; e os sofrimentos, atitudes e pensamentos do paciente estão inevitavelmente no centro do palco. A ação cognitiva é tomada de acordo com as instruções de indicação para melhorar as relações interpessoais, comentários que aliviam a culpa e assim por diante. (Wolpe, 1976b, p.110)

Aqui Wolpe enfatiza a forma de compreensão da cognição (à qual ele se refere, em alguns trechos do texto por comportamento cognitivo) e à atenção dada pela TComp aos aspectos cognitivos, tanto quanto aos demais aspectos do comportamento. Ele afirma que o comportamento cognitivo é uma subclasse do comportamento, obedecendo às mesmas regras de aquisição e extinção, não importando sua complexidade, se são internos ou externos, físicos ou sociais, e não obedece a leis diferentes do restante do comportamento. Descreve a TComp como sendo uma terapia em que se discute problemas do dia-a-dia e se dá conselhos, como qualquer outra forma de terapia, mas que, além disso, dá ao paciente o benefício de técnicas cientificamente fundamentadas. E complementa afirmando que a TC é uma subclasse de TComp (Wolpe, 1976b).

Ele divide os descontentes em cinco grupos, às vezes sobrepostos: (I) aqueles que negam as bases da TComp, (2) aqueles que defendem algum tipo de fusão com a psicanálise, (3) aqueles que defendem o acréscimo de técnicas "multimodais", (4) aqueles que vêem a TComp como baseada inteiramente na mudança cognitiva e (5) aqueles que a veem como uma tecnologia de "exposição". A insustentabilidade da primeira dessas posições é mostrada na Parte I (Wolpe, 1976a).

Levando em conta as críticas de Lazarus a Wolpe, e vice-versa, pode-se afirmar que, apesar de Lazarus ter sido aluno de Wolpe, e da proposta do primeiro ter sido baseada nos escritos de seu professor, rapidamente elas divergiram e cada uma tomou caminhos próprios. Lazarus havia iniciado seus trabalhos baseado em uma proposta neo-hulliana, mas acabou abandonando esta perspectiva teórica e adotando uma fundamentação teórica e técnica mais cognitivista, defendendo o ecletismo técnico e, inclusive criticando o paradigma S-R, base inicial da TComp. Chamou de *narrow band behavior therapy* (TComp de banda estreita) as definições de Wolpe e Eysenck (Lazarus, 1971).

Ao longo do tempo, além das discussões sobre definição e características da TComp, também apareceram discordâncias sobre quando se deu o início do que veio a ser chamado de TComp. Por exemplo, em uma publicação de 1970, Yates afirmou que o responsável pelo início desta prática havia sido Shapiro, no Maudsley Hospital, e não Eysenck (Yates, 1970).

Como pode ser observado neste contexto, TComp significa diferentes coisas para diferentes pessoas. Como afirma Wilson (1978) "não é, nem nunca foi, uma estrutura monolítica" (p. 94). E afirma que "apesar da dificuldade em definir o que a terapia comportamental é, existe menos dificuldade em definir o que não é" (p. 94).

Apesar destas discordâncias, na década de 1970, as TComp já haviam se estabelecido como um tratamento respeitado e eficaz e o "inimigo" já havia sido, ao menos parcialmente, vencido. Diferentes correntes começaram a se formar e algumas diferenças começaram a falar mais alto (Fishman, Rego & Muller, 2011). Um ponto de discordância, mencionado por Wolpe em seus artigos de 1976, que tomou destaque entre as discussões da década de 1970 foi a consideração de fatores cognitivos. Alguns consideravam que a TComp tradicional não abordava suficientemente os aspectos cognitivos do comportamento e começaram a propor teorias e intervenções direcionadas a eles (Mahoney, 1974; Bandura, 1969); outros (Lazarus, 1971; 1973) discordavam do fato que os aspectos cognitivos tivessem a mesma natureza que os aspectos do comportamento observável, como havia proposto Wolpe (1976b), e acrescentaram explicações às teorias já existentes. Este movimento culminou com a subdivisão "oficial" da área em dois grupos: um formado pela já existente TComp e outro pela recém criada TCC.

É comum encontrar autores que consideram a Teoria da Aprendizagem Social, de Albert Bandura, e a Modificação Cognitiva do Comportamento, de Michael Mahoney (1946-2006), variações da TComp (e.g. Barbosa & Borba, 2010). Porém, por se constituírem enquanto teorias que questionaram alguns princípios iniciais e básicos das TComp, serão

tratadas como parte do desenvolvimento das TCCs, como considerado pela maioria dos autores, inclusive na literatura internacional (Dobson & Scherrer, 2004).

A próxima seção abordará os desenvolvimentos ocorridos no campo das terapias, especialmente das TC e das TComp, que resultaram na proposta do termo TCC.

4.5 Surgimento da Terapia Cognitiva e da Terapia Cognitivo-Comportamental

Pode-se afirmar hoje que o grande grupo denominado de TCCs ou TCs teve duas origens distintas. A primeira foi no final da década de 1950 e início de 1960, em um contexto de insatisfação e rejeição aos modelos psicodinâmicos (Dobson & Scherrer, 2004; Falcone, 2007; Rangé et al., 2007; Wenzel, 2018), em que foram feitas duas propostas de novos modelos de psicoterapia (Ellis, 1962; Beck, 1976). A segunda, no final da década de 1960, quando a rejeição aos modelos psicodinâmicos ainda se mantinha e foi acrescida da insatisfação com os modelos estritamente comportamentais (Dobson & Scherrer, 2004; Wenzel, 2018). Nesta seção, serão discutidos estes dois momentos e a união dos dois grupos sob a denominação "guarda-chuva" TCC.

Durante a chamada *Revolução Cognitiva*, no final da década de 1950 e durante a década de 1960, começou a surgir maior atenção aos aspectos cognitivos humanos (Neufeld, Brust & Stein, 2011), tanto na psicologia geral como na experimental. A teoria do processamento da informação vinha ganhando espaço e passou a ser cada vez mais utilizada na compreensão de fenômenos clínicos, como por exemplo, na mediação cognitiva da ansiedade (Dobson & Scherrer, 2004; Wenzel, 2018). Surge, ainda, um crescimento de uma concepção construtivista da cognição humana. Neste contexto aparece a Psicologia Cognitiva e, tempos depois, a TC.

Foi então que surgiram os dois primeiros modelos de terapias baseadas nos aspectos cognitivos: a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) (Ellis, 1962; 1995; 2001; Rangé, 2007; Hollon & DiGiuseppe, 2011), de Albert Ellis (1913-2007) e a TC (Beck, 1991; Beck & Alford, 1997), de Aaron Beck (1921-).

Ellis formulou sua teoria em 1955 e a apresentou na Convenção Anual da *APA*. Neste momento, já havia abandonado a psicanálise, devido à sua insatisfação com os resultados práticos do trabalho psicanalítico (Ellis, 1991), e trabalhava tentando mudar o comportamento de seus clientes por meio da alteração de suas crenças, substituindo crenças irracionais por racionais. Foi o primeiro modelo de psicoterapia que se fundamentou na

mediação dos sentimentos e comportamentos pela cognição. O primeiro livro publicado sobre seu modelo foi *Como Viver com um Neurótico*, em 1957 (Rangé, 2007).

Inicialmente denominou sua proposta de Terapia Racional em função de seu foco nas cognições. Em 1961, identificou que havia dado pouca ênfase ao papel das emoções na denominação de sua proposta e, diante disso, alterou a denominação para Terapia Racional Emotiva (*Rational-Emotive Therapy – RET*) (Ellis, 1995). A partir de 1993, ganhou o complemento "Comportamental", passando a se chamar Terapia Racional Emotiva Comportamental (*REBT*, em português TREC). O autor justifica esta segunda mudança com o argumento de que sua proposta, desde a criação, teve um importante viés comportamental, e este foi ignorado nas duas nomenclaturas iniciais (Ellis, 1995). Sobre a nomenclatura, o autor ainda discute que se fosse nomeá-la naquele momento, a denominaria Terapia Cognitiva-Emotiva. Mas não considerou conveniente já que a TC e a TCC já estavam bastante difundidas e conhecidas como diferentes da TREC (Ellis, 1995).

Apesar das duas mudanças de nome, a proposta de intervenção de Ellis sofreu poucas modificações ao longo dos anos. Em seu livro de 1962, *Reason and Emotion in Psychotherapy*, em que reúne e amplia o que veio apresentando em seus artigos, na década anterior, sobre a proposta inicial da RET (Ellis, 1995), continua sendo referência básica (Dobson & Scherrer, 2004).

Aaron Beck aponta que seus questionamentos à psicanálise iniciaram em 1956, quando identificou que a explicação psicanalítica para a raiva retroflexa na depressão, não correspondia ao que ele observava nos pacientes que acompanhava (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Na década de 1960, Aaron T. Beck, fez sua primeira proposta da TC, uma alternativa para a explicação do mecanismo da depressão que, segundo ele, não era adequadamente explicado pelas abordagens psicodinâmicas (Beck & Alford, 1997). Em 1963, publicou o resultado de uma pesquisa sobre o conteúdo temático das cognições de pacientes psiquiátricos em que demonstrou a importância das cognições nas neuroses (Beck, 1963).

De acordo com Hollon e DiGiuseppe (2011), a diferença básica entre as propostas de Ellis e Beck se encontra em aspectos da compreensão das cognições e do processo de mudança utilizado na psicoterapia. "No entanto, suas respectivas terapias foram mais semelhantes do que diferentes. Juntas, a REBT e a terapia cognitiva formaram um dos sistemas de terapia dominante nas últimas décadas" (p. 210).

No final da década de 1960, a insatisfação com pressupostos não mentalistas e rejeição aos modelos comportamentais, incluindo os Behaviorismos de Watson e Skinner, que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento (Dobson &

Sherrer, 2004; Falcone, 2007; Rangé et al., 2007), teve papel importante no desenvolvimento de intervenções que, mais tarde vieram compor o grupo das TCCs. De acordo com Krasner (1990), "um conceito que emergiu (ou reemergiu, dependendo de quão longa é a perspectiva histórica tomada) foi o de 'cognição' ou 'processo cognitivo'" (p. 7).

Além disso, os estudos de Eysenck, indicando a ausência de evidências de que os efeitos das psicoterapias – com destaque para as psicodinâmicas - aplicadas até então fosse maior do que a remissão espontânea (Eysenck, 1952), mobilizaram terapeutas na busca de formas de intervenção eficazes para os transtornos mentais (Rangé et al., 2007). Outros fatores importantes para o desenvolvimento da área foram o interesse pela objetividade e embasamento empírico, além do interesse em desenvolver intervenções para queixas comuns da terapia, como depressão, problemas de relacionamento, que recebiam pouca atenção dos analistas do comportamento (Leonardi, 2015).

As discussões desse grupo se baseavam na crítica à compreensão do comportamento humano exclusivamente pelos processos de condicionamento e na importância dos processos cognitivos. Suas propostas de intervenção mantinham o uso de procedimentos e técnicas comportamentais (Wolpe, 1958; 1968; Lazarus, 1958; 1971; 1973), de efetividade comprovada, para a mudança dos comportamentos observáveis, associado à rejeição dos diversos modelos behavioristas e de novas formas de compreensão dos mecanismos de mudança do comportamento. Mantinha-se aqui o ecletismo presente desde o surgimento do termo TComp.

Assim surgem as primeiras propostas de modificação cognitiva do comportamento, dentre outras novas formas de terapia. Entre os principais representantes deste segundo movimento estão Albert Bandura, Michael Mahoney, Marvin Goldfried (1936-) e Donald Meichenbaum (1940-), provenientes de uma tradição comportamental.

Bandura foi um crítico do modelo operante, de B. F. Skinner, ao demonstrar, a partir de métodos científicos, que o reforço em si não era o mais importante, mas sim, a forma como o sujeito percebia os reforços. Assim, introduziu o conceito de autoeficácia percebida. Também propôs o conceito de aprendizagem vicariante ou por observação, uma compreensão da aprendizagem por meio da *modelação*, ou seja, aquela que ocorre pela observação de um modelo, sem que seja necessária a reprodução do comportamento, o que é especialmente frequente no comportamento humano, e incluiu processos cognitivos em sua explicação (Bandura, 1967; 1969; 2008). Além disso, Bandura atribuía destaque aos aspectos sócio-cognitivos no tratamento comportamental e considerava excessivo o determinismo ambiental da TComp na explicação de comportamentos complexos. Ele foi o primeiro a propor um

método eficaz alternativo à dessensibilização sistemática para a redução do medo, denominado por ele de modelação terapêutica (Rachman, 2015).

Mahoney, em sua obra *Cognition and Behavior Modification* (1974), criticou os modelos não mediacionais, dando destaque aos processos cognitivos, até então ignorados pela TComp, e à possibilidade de estuda-los cientificamente. No mesmo ano, Meichenbaum, outro nome importante da abordagem, utilizou o termo *cognitive behavior modification* para descrever procedimentos como treino instrucional na modificação de processos cognitivos mal-adaptativos (Wilson, 1978).

Mesmo não propondo novos modelos de terapia, outros autores do grupo de TComp passaram a se interessar pelas propostas que vinham sendo feitas pelos terapeutas de base cognitiva. Um exemplo disso foi o interesse dos terapeutas comportamentais pelo trabalho de Beck (Beck, 1976), no tratamento da depressão, diante dos resultados obtidos por ele e da ausência de progressos de outros tratamentos. Apesar dos conceitos cognitivos, um fator que assegurava estes terapeutas era o uso de estratégias comportamentais em seus protocolos terapêuticos.

> Deixando de lado suas reservas sobre a aceitabilidade dos conceitos cognitivos, os terapeutas comportamentais começaram a tratar pacientes com técnicas cognitivas. Os sucessos terapêuticos removeram suas inibições remanescentes sobre a terapia cognitiva, pelo menos quando usadas ao lado da TComp e com ênfase nos componentes comportamentais da terapia cognitiva. Paul Salkovskis, um importante terapeuta comportamental que absorveu os conceitos cognitivos de Beck e se tornou um dos principais contribuintes para o crescimento da TCC reconheceu a dívida com Beck. (Rachman, 2015, p.5)

O caminho inverso também aconteceu. Na década de 1960 Beck tomou contato com a TComp e incorporou princípios à sua teoria e prática. Incorporou exercícios comportamentais, conhecidos atualmente como experimentos comportamentais, com o objetivo de oportunizar para o paciente o teste de suas crenças disfuncionais (Beck, 1970; 1993).

Estas intervenções foram se expandindo e variações delas foram sendo desenvolvidas. Por não compartilharem uma origem única, somente a partir da década de 1970, mais precisamente em um evento científico realizado em Nova Iorque, em 1976, o termo *TCC* foi utilizado pela primeira vez, referindo-se às terapias originalmente comportamentais que haviam passado a adotar pressupostos mediacionais como parte da explicação do comportamento (Wilson, 1978). Os dois movimentos que levaram ao surgimento da TCC aconteceram de forma independente, assim como as três primeiras propostas de TComp. Beck e Ellis não estavam familiarizados com as TComp quando propuseram seus modelos de terapia. Ao mesmo tempo, Bandura, Mahoney e Meichenbaum, apesar de terem feito suas propostas sob efeito das influências da *Revolução Cognitiva* e consequente maior atenção aos

aspectos cognitivos, também não mencionam familiaridade com as propostas de Beck e Ellis. A união de todos estes autores foi se dando ao longo do tempo, a partir da segunda metade da década de 1970, especialmente depois da proposta de denominação TCC.

Este movimento se deu não sem oposição de alguns autores. De acordo com Wilson (1978), Wolpe afirmava que a TC era uma classe de TComp. Wilson (1978) afirmava que a questão da diversidade de intervenções incluídas no rótulo TComp e a diversidade de definições que se dava para o termo não seria corrigida adicionando um qualificador ao termo, por exemplo "------- behavior therapy" (p. 96). E continua, defendendo a manutenção do uso do termo: "Apesar de (ou possivelmente por causa de?) sua indefinição, a terapia comportamental ainda pode ser útil, mantendo o campo amplo o suficiente para ser representativo de novos desenvolvimentos, mas estreito o suficiente para ser útil (Wilson, 1978, p. 95-96)

Nesse cenário, os princípios da análise do comportamento, que ja vinham recebendo pouca atenção, foram quase completamente abandonados no contexto da terapia, embora apresentando grandes avanços na análise aplicada do comportamento realizada em ambiente natural. Tal fato seria explicado pela pouca atenção que analistas do comportamento davam a queixas comuns da terapia, assim como a eficácia das TCC (Leonardi, 2015).

> No processo de fundir a TComp e a terapia cognitiva, a ênfase comportamental no empirismo foi absorvida pela terapia cognitiva. O estilo comportamental de conduzir a pesquisa de resultados empíricos foi adotado, com suas demandas por controles rigorosos, desenhos estatísticos, integridade e credibilidade do tratamento, e assim por diante. Por sua vez, os conceitos cognitivos foram absorvidos pela TComp, e os terapeutas cognitivos fizeram maior uso de experimentos comportamentais. (Rachman, 2015, p. 6).

Com o passar do tempo, o termo TCC passou a identificar os modelos de terapia fundamentados na premissa de que a cognição tem papel mediacional fundamental. São as chamadas TCCs argumentativas, e em que a saúde mental é fortemente identificada com o que é racional (Rangé et al., 2007). Apesar de compartilharem estas características fundamentais, apresentam diferenças em relação aos seus princípios e procedimentos de intervenção (Dobson & Sherrer, 2004; Rangé et al., 2007).

Como parte dos desenvolvimentos da área, em 1977 foi criada a revista *Cognitive Therapy and Research*, um importante periódico para divulgação das pesquisas da área.

A *AABT*, criada pelo grupo de terapeutas comportamentais, continuou abrigando os profissionais e as propostas teóricas e técnicas que incorporaram os aspectos cognitivos. O termo TCC passou a ser utilizado no plural para denominar todo o grupo de terapias

fundamentadas em princípios comportamentais e/ou cognitivos. Esta mudança culminou com uma segunda mudança do nome da Associação passando a se chamar *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (ABCT), em 2005 (Wilson, 2016; ABCT, 2019).

Os debates sobre nomenclatura das intervenções foram se acalmando ao longo do tempo – mas não cessaram - e outras questões, como a efetividade e a eficácia das intervenções, passaram a ser destaque no campo das TCCs.

4.6 Terapia Comportamental, Análise do Comportamento Aplicada e Análise do Comportamento Clínica

Como mencionado anteriormente, os caminhos tomados por Skinner e Lindsley e pela proposta de aplicação que eles realizaram em 1953 (Lindsley, Skinner & Solomon, 1953) não fizeram parte dos desenvolvimentos da TComp, tão pouco da TCC. Elas se constituíram enquanto um outro campo de atuação, inicialmente denominado de MC, evoluindo para ACA e, posteriormente, gerando a ACC. Esta seção irá discutir estes três termos e sua história brevemente, uma vez que eles extrapolam, em partes, os objetivos deste trabalho.

Pode-se afirmar que as primeiras publicações sobre MC foram geradas a partir do trabalho desenvolvido por Lindsley e Skinner sobre a modificação do comportamento psicótico de pacientes esquizofrênicos internados – a despeito do título TComp no primeiro relatório da pesquisa (Lindsley, Skinner & Solomon, 1953; Lindsley & Skinner, 1954; Lindsley, 1963)

Em 1965, dois trabalhos são publicados utilizando pela primeira vez o termo MC no título de um livro: *Case Studies in Behavior Modification* (Ullmann & Krasner, 1965) e *Research in Behavior Modification* (Krasner & Ullmann, 1965). Os autores deixam claro que utilizam o termo de maneira ampla, incluindo múltiplas abordagens, representando todas as intervenções da área com objetivo específico de tratamento clínico, baseando-se na descrição do historiador da Psicologia Robert I. Watson (Krasner, 1990).

A ACA se constitui enquanto a área de pesquisa aplicada e intervenção fundamentada no Behaviorismo Radical de Skinner e na AEC. Esta denominação e sua definição operacional, só se oficializou com a publicação de Baer, Wolf e Risley (1968), denominada *Some current dimensions of applied behavior analysis*. Nesta publicação os autores definem os seguintes critérios para que uma prática seja considerada ACA. Segundo os autores, “obviamente, o estudo precisa ser aplicado; comportamental, e analítico, além disso, deve ser

tecnológico, conceitualmente sistemático e eficaz, e deve apresentar alguma generalidade" (p. 92). Foi esta operacionalização que diferenciou a ACA da MC.

Em 1968 é fundado o *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) com o objetivo de criar um espaço para que o grupo que trabalhava com ACA pudesse publicar e divulgar seus trabalhos, uma vez que eles não eram bem aceitos nem nos periódicos de TComp, nem no Journal of Experimental Analysis of Behavior (JEAB). Ele pode ser considerado a versão aplicada do JEAB .

De acordo com Krasner (1990), o termo MC parece ter recebido menos atenção ao longo da história do que TComp e TCC. O termo MC "que representava o behaviorismo pop nas décadas de 1970 e 1980, foi usado de forma intercambiável com a terapia comportamental, ou para se referir apenas à aplicação do condicionamento operante, para distingui-lo da terapia comportamental derivada do trabalho de Wolpe" (p. 9).

Referindo-se a um momento posterior, Kazdin (1978) define MC de forma mais específica afimando que ela "pode ser definida como a aplicação de pesquisa básica e teoria da psicologia experimental para influenciar o comportamento com o propósito de resolver problemas pessoais e sociais e melhorar o funcionamento humano" (p. ix). No mesmo ano, ao discutir sobre a história de definição do termo TComp e sua relação com MC, Wilson (1978) apresenta uma possibilidade de diferenciação entre TComp e MC, em que o primeiro é utilizado para se referir ao tratamento individual de um único cliente e o outro para intervenções voltadas para a mudança de instituições sociais ou grupos de pessoas sem se preocupar com histórias individuais de aprendizagem.

Em 1976, Krasner publicou um artigo denominado *On the death of behavior modification: Some comments from a mourner*. No artigo o autor fala sobre a "morte" do termo, que vinha sendo frequentemente usado como sinônimo de TComp (Krasner, 1976). Porém, ele continuou sendo utilizado e, em 1977, uma revista denominada *Behavior Modification* (*BMO*) foi criada. Sobre o assunto, Wilson discorda por meio da seguinte afirmação: O "surgimento de uma nova revista, *Behavior Modification*, sugere que o cadáver ainda não está frio" (Wilson, 1978, p. 89).

Ao longo dos anos seguintes, alguns autores passaram a utilizar TComp para designar as intervenções baseadas no paradigma S-O-R e MC para as intervenções baseadas no paradigma não mediacional S-R. Porém, o autor afirma que este paradigma no qual se baseia a MC (S-R) é o paradigma operante, apesar de sua representação incorreta (Wilson, 1978).

Diferentemente do foco de trabalho da TComp, que era utilizada no tratamento de indivíduos que recebiam atendimento em clínicas e hospitais, especialmente para problemas

denominados neuróticos – como a ansiedade - a ACA tinha suas atenções voltadas para a melhora das condições de vida de pessoas com transtornos muito graves, como esquizofrenia, depressão maníaca, autismo, transtornos do desenvolvimento, comportamento auto-lesivo. Muitos dos profissionais da área trabalhavam em hospitais psiquiátricos, dedicados aos pacientes crônicos para os quais a maior parte dos profissionais não apresentava nenhuma expetativa de mudança/melhora. Exemplos são Ayllon (1963), Ayllon e Azrin (1968) (Rachman, 2015), e o próprio Lindsley. Ayllon e Azrin foram os responsáveis por introduzir o procedimento denominado economia de fichas, um sistema de reforçamento dos comportamentos desejados com fichas que poderiam ser trocadas por outros reforçadores, e ausência de reforço para os comportamentos indesejados (extinção).

Como decorrência dos desenvolvimentos da ACA e, impulsionado pelas críticas recebidas pelas TCC, o modelo teórico da AC começa a ser aplicado a práticas em contexto de terapia, considerando a complexidade da subjetividade humana a partir dos pressupostos selecionista, monista e da perspectiva relacional. Esta iniciativa levou à fundação da ACC (Leornardi, 2015; Barbosa & Borba, 2010).

Assim, como um dos subtipos de intervenção da ACA, a ACC não é caracterizada por uma única forma de atuação. Dentre as modalidades de ACC que compõem o grupo estão a ACT, a FAP, a DBT, a BA, a IBCT e a MBCT (Leonardi, 2015).

4.7 Uma perspectiva brasileira

No Brasil, durante a década de 1960, acompanhando as tendências mundiais, iniciou-se um movimento de ensino de Psicologia Experimental, especialmente a Análise Experimental do Comportamento (AEC), em São Paulo (Guedes et al, 2008; Candido & Massimi, 2012; Cândido & Massimi, 2016). Foi em 1961, com a vinda do Prof. Fred Keller (1899-1996) para a Universidade de São Paulo (USP), convidado para dar um curso de Psicologia Animal e Comparada, que este campo foi iniciado.

Em 1964 ingressou a primeira turma no curso de psicologia da Universidade de Brasília (UNB), idealizado a partir das propostas de ensino da análise do comportamento, por Carolina Bori (1924-2004), Rodolfo Azzi (1927-1993), Gilmour Sherman (1931-2006) e Fred Keller. Com o Golpe Militar de 1964, o curso foi interrompido, fazendo com que os professores, e suas ideias, se dispersassem pelo país. Foi a chamada Diáspora da Análise do Comportamento (Guedes et al, 2008). Com isso, também iniciou no país a proliferação do

ensino e da aplicação de intervenções clínicas na abordagem comportamental, na época denominada MC.

Estes conhecimentos começaram a ser aplicados para resolver problemas de comportamento. Um exemplo destas primeiras aplicações pode ser encontrado no volume XVIII/XIX, 1966-1967, do Boletim de Psicologia, publicação da Sociedade de Psicologia de São Paulo. Nele Isaías Pessotti (1933 -) publicou artigo descrevendo a "aplicação dos princípios da análise experimental da aprendizagem à correção e ao condicionamento de repertórios de respostas em sujeitos humanos (com) eficácia notável, seja para efeitos de eliminação de comportamentos indesejáveis, seja para a obtenção de respostas importantes e que faltam no repertório de um sujeito" (Pessotti, 1966-1967, p. 91). O autor se refere à intervenção realizada pelo nome de "terapia de reforçamento". No artigo, são apresentados seis casos clínicos, institucionalizados em que todos os "pacientes eram crianças retardadas, cinco classificadas como idiotas e uma como imbecíl. Em quatro casos os resultados conseguidos foram satisfatórios" (Pessotti, 1966-1967, p.91). Foram tratados casos de incontinência, fobia e problemas de motricidade que, apesar de diferentes, apresentavam "um denominador comum, do ponto de vista da terapia de reforçamento: são efeitos de reforçamentos inadequados, em grande medida. (...) a persistência de tais distúrbios de comportamento, senão a própria origem dos mesmos, resulta de contingências de reforçamento incorretas. A correção dos efeitos dessas contingências e a substituição delas constituem a essência dos processos de terapia de reforçamento, cujos efeitos são assegurados enquanto o sujeito não é recondicionado pela instituição de cura ou pela família a emitir novamente os comportamentos indesejáveis ou a omitir respostas socialmente aceitáveis adquiridas no tratamento" (Pessotti, 1966-1967, p. 105).

A primeira experiência de ensino com foco na aplicação clínica ocorreu em 1969, para a primeira turma de Psicologia da Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), sob responsabilidade de Luiz Otávio de Seixas Queiróz (1938-2003). Esta prática começou em função da demanda dos próprios alunos do curso que solicitaram uma matéria optativa sobre a aplicação dos princípios da análise do comportamento na clínica. A referência básica utilizada na disciplina foi o livro de Ullmann e Krasner, *Case Studes in Behavior Modification*. A fim de encontrar um lugar em que os alunos pudessem realizar seus estágios, Luiz Otavio fez contato com o Hospital Psiquiátrico Américo Bairral, em Itapira. Deste contato surgiu um convite para o próprio Luiz Otávio atuar no atendimento dos pacientes, o que teve como produto sua tese de doutorado "Modificação de Comportamento numa ala de pacientes crônicos utilizando sistema de economia de ficha: controle das respostas de higiene matinal

através de instruções orais e esmaecimento (Mejias, 2002). Este formato de curso, que havia sido desenvolvido em um parceria entre alunos e professores, satisfazia aos desejos desses grupos mas não ao da administração da Universidade que, alegando "desordem", demitiu Luiz Otávio (Guihardi, 2003, p. 7). Em apoio a ele e ao projeto de ensino que vinha sendo desenvolvido, todos os professores se demitiram e o curso tomou outros rumos (Mejias, 2002; Guilhardi, 2003).

No mesmo ano, também em Campinas, Queiróz, juntamente com seus alunos Hélio Guilhardi, Ana Teresa de Abreu Ramos, Maria Elisa Cardoso Guimarães, Erb Luís Lente Cruz e Ilka da Veiga Moroni, inaugurou a primeira clínica de modificação do comportamento – denominada *Clínica do Comportamento* (Mejias, 2002; Guilhardi, 2003) - com a proposta de atender seus clientes baseada especialmente nos princípios da MC. Guilhardi (2012) afirma que apesar da impossibilidade de se fazer uma terapia exclusivamente operante, as intervenções se basearam na interação entre as duas vertentes, já que ambas estavam embasadas nos métodos, conceitos e dados das teorias da aprendizagem, e não na integração entre elas, ou seja, não se fazia uma terapia eclética no sentido teórico, mas no sentido técnico, como era comum naquele momento histórico.

Além dos atendimentos, a clínica realizava pesquisas e grupos de estudos. Como um dos resultados destes trabalhos houve a publicação do artigo *A functional analysis of obsessive-compulsive problem with related therapeutic procedures*, na revista *Behaviour Reserach and Therapy* (19, 377-388, 1981) (Mejias, 2002).

Hélio Guilhardi, além da atuação na clínica, iniciou uma carreira acadêmica realizando mestrado pelo Programa Psicologia Experimental da USP e atuando como professor da mesma disciplina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a convite de Maria do Carmo Guedes (1934 -) (Guilhardi, 2003).

Em paralelo, desde o início da década de 1960 também, já existia no Rio de Janeiro o trabalho desenvolvido por Geraldo da Costa Lanna (Universidade Gama Filho) e Otávio Soares Leite (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) na abordagem comportamental. Eles realizavam intervenções clínicas na abordagem, denominadas de condutoterapia (Rangé & Guilhardi, 1995) e fundamentadas na proposta de Wolpe.

Em 1971, representando o Centro de Modificação do Comportamento (CEMOC) – anterior Centro de Condutoterapia – Myrian Vallias de Oliveira Lima fez contato com a Clínica de Modificação do Comportamento, em Campinas, onde realizou visita e conheceu o trabalho de Luiz Otávio com o sistema de economia de fichas. Além disso, encontrou Thereza

Mettel - que forneceu referências bibliográficas e ofereceu para dar supervisão - e Todorov na USP, em Ribeirão Preto (Lima, 1997).

Em 1970 foi criada, por um grupo de alunos e professores da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), a Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto (SPRP). Esta sociedade teve papel fundamental para o desenvolvimento da psicologia, incluindo da MC e da TComp (Gorayeb, 2010). Nos anos de 1985 e 1986, foi apresentada proposta para modificação do nome da sociedade para Sociedade Brasileira de Psicologia, uma vez que ela vinha representando, de fato, a área no país. Apesar da maioria dos sócios terem concordado com a proposta em um questionário aplicado pela Sociedade, ela foi rejeitada na assembléia geral de sócios por 2 anos consecutivos. "Os sócios presentes temiam que a transformação pudesse prejudicar a evolução positiva que a Sociedade vinha tendo e que disputas políticas pudessem comprometer a realização das reuniões anuais." (Rozestraten, 1988). Em 1991, na assembléia geral de sócios, durante a Reunião Anual, foi aprovada a criação da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e seu estatuto (Rubiano, 2019).

Durante a I Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto, organizada pela SPRP, em 1971, deu-se o primeiro contato de profissionais do estado do Rio com a TComp desenvolvida no estado de São Paulo, fundamentada na análise comportamental Skinneriana. Durante o evento, foram apresentados trabalhos de intervenção tanto do grupo do Rio (Rego, Lima & Leite, 1971) , como de São Paulo (Queiroz, 1971; Witter & Lima, 1971; Mettel & Costa, 1971; Silva & Lima, 1971; Silva & Affeche, 1971)

No ano seguinte, a convite de Myrian Vallias de Oliveira Lima, os professores João Claudio Todorov e Thereza Mettel (1927-2015), na época de Ribeirão Preto, ministraram cursos intensivos de AEC e ACA no Rio (Rangé & Guilhardi, 1995; Lima, 1997).

Assim como ocorreu nos EUA, desde seu início, no Brasil, não há consenso em relação à nomenclatura e à descrição das práticas. Há diversos autores que afirmam que a denominação MC era utilizada para as intervenções realizadas com indivíduos institucionalizados, baseadas exclusivamente no paradigma do condicionamento operante, ou em uma destas duas situações. Outros autores afirmam que do ponto de vista técnico, as intervenções denominadas MC inicialmente apresentam um ecletismo técnico, apesar de estarem fundamentadas no Behaviorismo Radical e na Análise do Comportamento. Já a denominação TComp estava associada às intervenções individuais, realizadas em ambiente de

consultório, baseadas nos modelos do condicionamento respondente. Mejias (2002) afirma sobre o assunto

> Ao tratar da história da modificação de comportamento entre nós, parece-me importante lembrar que todas as atividades ligadas à análise experimental do comportamento, estão direta, ou indiretamente, ligadas à vinda do prof. Fred S. Keller ao Brasil. Já as atividades chamadas de terapia comportamental, comumente realizadas em consultório, estariam, a meu ver, inicialmente mais ligadas a Joseph Wolpe, sendo praticada por muitos psicólogos que tiveram a oportunidade de entrar em contacto com aquele eminente psicólogo, nos Estados Unidos. Isso não significa que se possa fazer uma distinção clara entre terapia comportamental e modificação de comportamento – *assunto*, aliás, que já foi objeto de minhas preocupações (Mejias, 1981) – mas sim que grupos diferentes utilizaram-se de expressões diferentes nos primórdios da introduçãoo da área entre nós. (p.67)

Em 1969, Rachel Kerbauy (1935-2015) passou a oferecer aos alunos do curso de psicologia do Sedes Sapientiae, além das opções de estágio em psicologia clínica, organizacional e escolar, que já existiam, uma formação em MC, denominada na época Psicologia Experimental. Inicialmente era realizada modificação de comportamentos simples como chupar o dedo e enurese. Mais tarde o curso passou a ser denominado Treino em MC, oferecendo atendimento a crianças e adultos, além de "treino de para-profissionais e treino em observação" (Mejias, 2002, p.69). O curso funcionou até 1974, quando Kerbauy deixou as atividades no Sedes - diante da fusão deste com a Faculdade São Bento, transformando-se em PUC - e permaneceu integralmente no Instituto de Psicologia da USP.

Nesse período, houve uma expansão da MC na América do Sul, acompanhando o que vinha ocorrendo na América do Norte. De acordo com Queiroz, Guilhardi, Guedes e Martin (1976), este crescimento parece ter tido influência de dois fatores: a vinda de Keller ao Brasil e seu apoio ao desenvolvimento da área desde então, associados ao rápido desenvolvimento da MC no México e a realização do Simpósio de Modificação do Comportamento neste país, desde 1971. Entre 1972 e 1976, foram oferecidos, no Brasil, um ou dois cursos de MC, por 3 diferentes universidades e várias vinham oferecendo pelo menos um curso de AEC.

Entre 1968 e 1970 Thereza Pontual de Lemos Mettel, uma das primeiras psicólogas brasileiras a atuar na área da saúde e a primeira dentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMRP-USP), teve como seus estagiários Ricardo Gorayeb e Célia Maria Lana da Costa Zannon. Os estagiários eram treinados inicialmente observando e registrando o comportamento de terapeuta e paciente, em sala de espelho, durante os atendimentos realizados pelos estagiários mais graduados ou pela própria professora (Gorayeb, 2010). Thereza Mettel havia feito mestrado e doutorado nos EUA com Carl Rogers, porém, durante seu período no exterior fez especialização em MC e

um curso com Lovaas, para atendimento de crianças autistas. Essa formação permitiu que, ao voltar para o Brasil e ser contratada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP), Thereza passasse estes conhecimentos para seus alunos na disciplina de Análise Comportamental Aplicada (Branco, Maciel & Silva, 2007).

Em 1974, Ricardo Gorayeb, que havia sido aluno de Thereza Mettel e um dos fundadores da SPRP, foi contratado como docente da FMRP-USP. Tal contratação se deu para ocupar o lugar de Thereza, que havia sido convidada, juntamente com João Cláudio Todorov, para assumir atividades na UNB. Nesta posição, Gorayeb criou o Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas desta faculdade e uma Residência em Psicologia, nos moldes da residência médica. Ambos foram pioneiros, não apenas na área de Psicologia da Saúde no país, mas também na aplicação da abordagem comportamental neste contexto (Gorayeb, 2010). No mesmo ano, no Rio de Janeiro, foi criado o Centro de Psicologia Infantil, que tinha como objetivo realizar atendimento psicológico integral às crianças. Thereza Mettel ministrou cursos e realizou consultoria para a equipe do Centro (Lima, 1997).

Em 1975 Wolpe esteve no Brasil com sua esposa e, à convite da equipe do CEnPI, na ocasião coordenador por Myrian Vallias de Oliveira Lima, viajou para o Rio de Janeiro, cidade onde deu palestras (Lima, 1997).

Nesse período, um grupo de professores da PUC-SP começou a organizar um curso de MC e, diante do desejo de ter orientação de especialista americado, Luiz Otávio pediu a Keller a indicação de um nome. Keller indicou Jack Michael que, por não poder realizar o trabalho, apresentou e indicou seu ex-aluno Gary Martin. Martin esteve no país em quatro diferentes ocasiões: em 1973 quando ministrou um curso de MC para os alunos do Programa de Psicologia Experimental da USP e auxiliou no planejamento do programa de treinamento em MC; em 1974, ministrou um curso de MC na PUC-SP, outro para profissionais interessados em MC de *Excepcionais*, realizou várias palestras e consultorias, continuou colaborando com o planejamento do curso da PUC, além de ter auxiliado na fundação da Associação de Modificação do Comportamento (AMC), nos mesmos moldes da existente em Manitoba, sua cidade de origem (Cury, 1997; Mejias, 2002). Em 1975 ministrou aulas na USP, na Faculdade São Marcos, um curso para alunos da PUC-SP e outro em Campinas, além de ter continuado contribuindo com o grupo envolvido com a AMC. Por fim, em 1978, deu consultoria na escola Quero-Quero, onde sua ex-aluna Lúcia Williams havia desenvolvido um programa de treinamento, e deu aulas na Universidade Federal de São Carlos a convite de Lucia Williams, Larry Williams e Celso Goyos, que haviam sido seus alunos em Manitoba (Cury, 1997).

Em 1973, a PUC-SP iniciou o programa de treinamento planejado sob supervisão de Garry Martin. Era um programa completo de treinamento em MC, inédito em vários aspectos: devido às diferenças no sistema universitário brasileiro, devido à semelhança da proposta do programa com o sistema americano e também da proposta conjunta de uma pesquisa para avaliar os seus resultados em um *follow-up* de três anos. No mesmo ano, Rachel Rodrigues Kerbauy também iniciou um programa de MC na Faculdade Sedes Sapientiae que, no final deste mesmo ano se transferiu completamente para a PUC-SP. Na ocasião, Kerbauy e outros professores se uniram ao corpo docente da PUC, contribuindo para o programa desta última instituição (Queiroz, Guilhardi, Guedes & Martin, 1976).

A AMC criou, em 1976, a revista denominada Modificação do Comportamento – Pesquisa e Aplicação (Guilhardi, 2003), que teve quatro números publicados, nos anos de 1976 e 1977 e posteriormente os Cadernos de Análise do Comportamento, com 8 números entre 1981 e 1986 (Guedes, Guimarães & Queiroz, 2007). A Associação, que tinha como objetivos a difusão e organização do trabalho científico, foi substituída pela Associação Brasileira de Análise do Comportamento (ABAC), em 1985, criada com o objetivo não só de atender às demandas relacionadas ao trabalho científico, mas também da aplicação, inclusive da terapia (Botomé, 2006). A ABAC também teve curta duração, apesar dos esforços de Carolina Bori para sua continuação (Botomé, 2006; Matos, 1998).

Em 1981 aconteceu o 5º Mini-Congresso da AMC. O evento foi denominado Terapia Comportamental Cognitiva. Na ocasião, Lima (1997) apresentou um estudo de utilização do Teste de frustração de Rosenzweig, para avaliação e treinamento de assertividade.

Nesta mesma época, Kerbauy e Luiz Otávio começaram a apontar a necessidade de se estudar os comportamentos encobertos e os aspectos cognitivos como variáveis mediadoras do comportamento (Rangé & Guilhardi, 1995). Assim, em 1973, convidaram Mahoney, que estava no Brasil para ministrar um curso sobre delinquência, para ministrar um curso sobre modificação cognitiva do comportamento.

Rangé e colaboradores (2007) apontam que este interesse caracterizava um início do movimento de integração entre as abordagens comportamental e cognitiva no Brasil, que só se configurou de fato em integração entre os modelos no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990.

Neste mesmo período, com a chegada da literatura cognitivo-comportamental por meio dos textos de Albert Ellis, sobre TREC, e Aaron Beck, sobre TC, trazidos por professores universitários e por terapeutas, ambos de abordagem comportamental, que tomaram conhecimento das TCs com a participação em congressos internacionais e com a literatura da

área, em inglês, houve divisão no grupo de terapeutas comportamentais. Alguns se identificaram com os conceitos de crenças irracionais e pensamentos disfuncionais, por exemplo, e outros permaneceram seguindo as ideias operantes. Guilhardi (2012) afirma que, ao contrário da falta de conhecimento de outrora para tomar uma decisão consciente, naquele momento, a escolha dos profissionais foi feita em função de sua identificação e opção pela teoria.

Para os terapeutas que mantiveram sua opção pela TComp operante, a chegada destes conhecimentos foi desafiadora e, juntamente com a possibilidade de acesso às obras de Skinner, especialmente a partir da década de 1970, configuraram-se oportunidade e impulso para aprofundamento do conhecimento sobre o modelo operante, e o que antes era explicado via termos e processos mentalistas/mediacionais passou a ser descrito a partir das propostas de Skinner. Um dos temas que analistas do comportamento se aprofundaram a partir destas novas discussões foi o comportamento verbal. O livro de Skinner *Verbal Behavior* foi retomado e seus estudos aprofundados (Kerbauy, 2011; Guilhardi, 2012). A fusão entre as terapias comportamental operante e respondente foi cada vez mais sendo desfeita (Rangé & Guilhardi, 1995; Guilhardi, 2012).

No Rio de Janeiro, Bernard Rangé (PUC-Rio), que havia sido formado pelos fundadores da TComp no estado (Geraldo da Costa Lanna e Otávio Soares Leite) contratou, em 1981, o austríaco Harald Lettner, que impulsionou a formação dos primeiros mestres em psicologia clínica comportamental nesta cidade, como Eliane Falcone (que já havia feito formação clínica com Geraldo Lanna) e Helene Shinohara (que havia se formado em clínica comportamental com Hélio Guilhardi) (Rangé & Guilhardi, 1995). Foi ele quem apresentou aos terapeutas comportamentais brasileiros diversos procedimentos de TComp, especialmente a técnica de exposição com prevenção de respostas, para intervenção em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (Guilhardi, 2003). Lettner também foi um dos responsáveis pela fundação do Instituto de Psicoterapia Comportamental (IPC), que formou vários profissionais, como Mauricio Canton Bastos, Mônica Duchesne, Maria Alice Castro, Lucia Novaes e Sandra Salgado (Rangé et al., 2007). Nesta época, um grupo composto por Bernard P. Rangé, Elaine Falcone, Helene Shinohara, Paula Ventura, Monica Duchesne, Alice Castro e Lucia Novaes iniciou encontros periódicos para discutir o enfoque cognitivista e sua incorporação às suas práticas clínicas (Rangé & Guilhardi, 1995; Shinohara & Figueiredo, 2011).

Guilhardi (2003, p. 12) destaca que

> Lettner era apaixonado pelo trabalho clínico e mobilizou fortemente a comunidade de terapeutas comportamentais, catalisando alguns Encontros clínicos no Rio de Janeiro e em Campinas no ano de 1982. Tais Encontros foram, do meu ponto de vista, o germe dos futuros

> Encontros anuais da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Ele editou, em parceria com o Dr. Bernard Rangé, o primeiro livro de terapia comportamental no nosso país, chamado *Manual de Psicoterapia Comportamental* (1988).

Assim, a partir da década de 1980, nota-se que dois grupos começam a se estruturar. Um deles, mais tarde identificado pelo termo TCC, questionava os princípios skinnerianos como base de uma prática clínica eficaz, uma vez que, para eles, tais princípios não permitiam uma boa atuação frente às verbalizações que o cliente fazia, referindo-se a processos internos. Respondendo a críticas como esta, o outro grupo de terapeutas começa a se estruturar sob uma base especificamente analítico-comportamental. Para Barbosa e Borba (2010, p.73) "em especial na década de 80, analistas do comportamento voltaram-se para os conceitos de eventos privados e de comportamento controlado por regras de forma a preencher a lacuna apontada pelos cognitivistas". Diante disto, pode-se dizer que as terapias cognitivas no Brasil têm como origem o referencial comportamental, que em São Paulo se iniciou com a AEC e a MC e no Rio de Janeiro, com a prática clínica da chamada "condutoterapia" (Rangé & Guilhardi, 1995).

Após estes eventos, ao final da década de 80, o movimento cognitivo-comportamental começou a se estabelecer no Rio e em São Paulo (Abreu, Ferreira & Appolinário, 1998; Rangé & Guilhardi, 1995; Rangé et al., 2007). Em 1985, foi criado o AMBAN (Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP), a partir do interesse de alguns psiquiatras em aprofundar estudos sobre os transtornos de ansiedade na abordagem cognitivo-comportamental. Liderado por Francisco Lotufo Neto, o grupo atraiu profissionais como Miréia Roso, Ligia Ito e Mariângela Gentil Savoia. Ligia Ito aprofundou-se no tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos de ansiedade, em Londres, sob a orientação de Isaac Marks e posteriormente, em TC, sob orientação de Melanie Marks. As contribuições vindas de fora do país eram extremamente importantes naquele momento, já que a área ainda era bastante recente e estava se estabelecendo (Rangé et al., 2007).

Outros centros também se desenvolveram baseados no referencial cognitivo-comportamental. Em Campinas, por volta de 1985, foi fundado o Centro Psicológico do Controle do Stress, por Marilda Emmanuel Lipp. Na área da saúde, o Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), teve seus trabalhos iniciados em 1981, com a contratação de Maria Cristina Miyazaki e, posteriormente, de Neide Miceli Domingues, (Rangé et al., 2007). A criação deste Serviço foi inspirada no pioneiro Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, criado por Gorayeb (Gorayeb, 2010).

No Rio de Janeiro, a TCC também se expandiu para os hospitais com Mônica Duchesne coordenando o Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), situado no

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), em convênio com a UFRJ e Vera Lemgruber, na Santa Casa de Misericórdia, fundando um setor de psicoterapia breve. A partir dos anos de 1990, a área também começou a conquistar espaço no meio acadêmico. Eliane Falcone entrou para a UERJ; Bernard Rangé saiu da PUC e entrou para a UFRJ, seguido de Lucia Novaes; Helene Shinohara e Monique Bertrand entraram para a PUC-Rio, entre outros (Rangé & Guilhardi, 1995).

O desenvolvimento da área durante a década de 1990 se deu por meio da fundação de associações e da organização de vários eventos científicos. Em 1991, foi fundada a *Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (ABPMC) e em 1992 foi realizado o *I Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, na UERJ (Rangé & Guilhardi, 1995; Guedes et al, 2007; Guilhardi, 2008). Bernard Rangé foi o primeiro presidente da associação e teve papel importante como o principal agente de integração entre os profissionais de São Paulo, de Ribeirão Preto e de Campinas (Rangé & Guilhardi, 1995). O ano de fundação da Associação era um ano de comemoração para a área:

> 30 anos da chegada de Professor Keller e realização do primeiro curso de Análise Experimental do Comportamento no país; 20 anos das primeiras ofertas de estágio na então chamada «modificação do comportamento», depois «análise do comportamento aplicada», finalmente apenas «terapia comportamental»; 10 anos da decisão dos analistas de comportamento, então reunidos em uma associação iniciada em 1974 em São Paulo (a AMC - Associação de Modificação do Comportamento), de mudança para associação nacional e retomando o nome inicial da área – ABAC (Associação Brasileira de Análise do Comportamento), por sua vez desativada havia já cinco anos (desde 1986, data da publicação do último número de seu periódico *Cadernos de Análise do Comportamento*). (Guedes et al, 2007, p. 28-29)

Guilhardi (2008) destaca que Rangé tinha como proposta uma associação "menos preocupada com as diferenças entre formas de trabalhos em clínica, [e] se propunha a unir, dentro de uma mesma organização, aqueles que tinham algumas práticas e conceitos em comum" e complementa que "foi um passo histórico enfatizar semelhanças e não diferenças" (p. 2).

Desde sua fundação, a Associação realiza encontros anuais que foram crescendo ao longo dos anos, tendo chegado a atingir 2300 participantes em um evento. No ano de 2003, juntamente com o Encontro Anual, em parceria com a *Association for Behavior Analysis* (ABA) e a SBP, a ABPMC realizou a reunião internacional da ABA, no Brasil. A partir disso foi proposto que a ABA tivesse uma divisão no país, assim como já possuía em outros locais do mundo. Em 2004, seu estatuto foi escrito, mas diante da avaliação de que não fazia sentido haver mais uma associação da area, foi definido, em 2006, que a própria ABPMC seria a divisão da ABA no Brasil (Hübner, 2006).

No período de 1997 a 2010 a ABPMC publicou a coleção *Sobre Comportamento e Cognição*, um conjunto de livros contendo trabalhos apresentados nos encontro anuais desde 1993. Em 1999, lançou a *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (Guedes et al, 2007; Guilhardi, 2008).

Na avaliação de Guedes e colaboradores (2007, p. 28)

> a ABPMC tem inovado em vários aspectos, seja propiciando cuidadosa recepção aos iniciantes (os «Primeiros Passos» das reuniões anuais), seja preocupando-se desde o início com a publicação dos trabalhos científicos (além dos usuais *Anais*, vem publicando regularmente um periódico específico), seja ainda ocupando-se com a divulgação mais ampla destes trabalhos, publicando-os na forma de coletâneas (Coleção *Sobre Comportamento e Cognição)* e, para completar, criando as «Palestras para a comunidade», realizadas em seus Encontros Anuais.

Com a criação da ABPMC, Guilhardi (2003) afirma que

> a denominação Modificação de Comportamento foi caindo em desuso, enquanto a Terapia Comportamental consolidou sua adoção tanto pelos modificadores de comportamento, como pelos terapeutas comportamentais. A denominação deixou de identificar o modelo conceitual e experimental subjacente aos profissionais que se denominavam terapeutas comportamentais [e, duas nomenclaturas foram consolidadas: TComp e TCC]. (p. 14)

Em 1993, o grupo do Rio reuniu profissionais como Helio Guilhardi, David Barlow, Samuel Turner, Vicente Caballo, Gualberto Buela-Casal, Hector Fernandez-Alvarez, Herbert Chappa e Rafael Navarro, para o *Encontro Internacional de Terapia Cognitivo-Comportamental*. Em 1995, Bernard Rangé, Cristiano Nabuco de Abreu e Paulo Knapp foram convidados para participar do I Congresso Latino-Americano de Terapias Cognitivas, em Buenos Aires (Rangé & Guilhardi, 1995; Rangé et al., 2007). Em 1998, foi realizado em Gramado o II Congresso Latino-Americano de Terapias Cognitivas (ALAPCO) e o I Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, em que foi fundada a SBTC, com Paulo Knapp como seu primeiro presidente (FBCT, 2010; ALAPCO, 2019).

Também nesta década, o movimento cognitivo-comportamental teve início no Sul do país, mais precisamente em Porto Alegre. Segundo os terapeutas locais, as intervenções estritamente comportamentais não haviam se estabelecido na cidade, como havia acontecido em São Paulo e no Rio de Janeiro, devido à força da abordagem psicanalítica na região, por influência Argentina. Em 1994, Aristides Volpato Cordioli fundou, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, ambulatório para tratar de pacientes com transtornos de ansiedade (PROTAN), na abordagem cognitivo-comportamental. Dois anos depois, Melanie Ogliare Pereira criou o primeiro ambulatório do estado para atendimento de dependentes químicos, utilizando uma abordagem

cognitiva sistematizada, e Renato Caminha começou a desenvolver pesquisas na Unisinos sobre o desenvolvimento de modelos de tratamento de estresse pós-traumático.

Ao mesmo tempo, desde o início da década de 1990, já havia no Brasil uma TComp de base behaviorista radical bem solidificada, realizada por terapeutas e pesquisadores como Roberto Banaco, Hélio Guilhardi, Maly Delitti e outros tantos terapeutas comportamentais. Além destes, Maria Zilah Brandão e Fatima Conte já utilizavam a FAP e a ACT (Vandenberghe, 2011). Vandenberghe (2011, p. 33) afirma que "assim, parecia-me que as terapias brasileiras e as norte-americanas, pela similaridade acima comentada, podiam formar um casal perfeito".

Durante a década de 1990, os terapeutas de base behaviorista radical começaram a questionar as denominações que estavam sendo utilizadas para representar suas práticas. Afirmavam que o termo TComp, até então utilizado para se referir às suas práticas, incluíam técnicas e modelos teóricos que não eram parte daquilo que estava sendo praticado por estes profissionais, não representando, então, adequadamente seu trabalho.

Por exemplo, em um artigo de 1989, Lettner definiu TComp como sendo uma terapia com o

> objetivo claramento definido de resolver (ou pelo menos tentar resolver) qualquer problemática psicológica que um indivíduo possa estar experimentando e de (re)instituir um funcionamento psicologicamente adequado e, portanto, satisfatório para este indivíduo [o que] NÃO significa um tratamento 'sintomatológico' ou mecanicista — uma vez que esta abordagem é baseada no modelo sócio-psicológico que elimina o conceito de doença subjacente e, portanto, também de sintomas, através dos quais esta doença se manifestaria— mas SIM um tratamento das queixas apresentadas além dos mecanismos psicológicos funcionalmente envolvidos no desenvolvimento e na manutenção desta problemática. Isto, obviamente, necessita de um entendimento geral e específico do cliente em termos de seu funcionamento atual (principalmente os fatores de manutenção da problemática) e da história de vida que resultou no quadro atual." (p.35)

Segundo Lettner (1989) a TComp é composta por três passos: 1- análise funcional do caso, 2- o estabelecimento de uma relação terapêutica. 3- planejamento das intervenções. Seu modelo de análise funcional está representado na Figura 1 abaixo, em que S significa estímulo, que diz respeito a qualquer evento ambiental interno ou externo; R, resposta; O, organismo, o que inclui as predisposições neurológicas, fisiológicas, pessoais, história de vida e valores "que funcionam como um 'filtro' influenciando a percepção do estímulo e a seleção da resposta específica a ser emitida" (p. 36). A resposta é subdividida em três níveis representados pelo C, que significa cognitivo, A, respostas do sistema nervosa autônomo e M, refere-se às respostas motoras. Por fim, CONS se refere às consequências, "que podem ser externas e/ou internas como, por exemplo, alívio, crítica ou aprovação por outros, culpa, etc"

(p. 36). Em sua proposta, a ligação direta entre S e R ocorre somente nos comportamentos chamados por ele de reflexos. Nos demais comportamentos, há mediação do organismo.

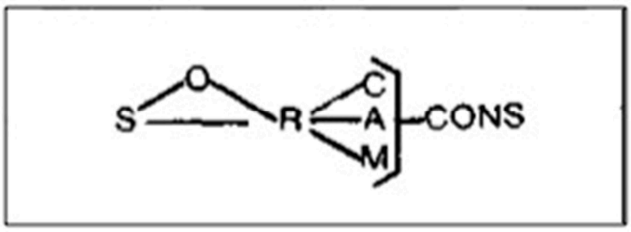

Figura 1: Modelo de análise funcional proposto por Lettner
(Fonte: Lettner, 1989, p. 36)

É importante observar que este modalidade de TComp difere das propostas de fundamentação behaviorista radical, dentre outras razões, pela consideração de um processo mediacional, marcado pelo Organismo (O) entre o estímulo (S) e a resposta (R) e também pelo tipo de evento que é considerado parte das consequências. Tal modelo se aproxima mais da compreensão e análise das TCCs.

Assim, "o termo terapia comportamental já não respondia mais à necessidade da comunidade de analistas do comportamento, pois estava muito associado às terapias baseadas em pressupostos respondentes e/ou mediacionais, tais como a comportamental-cognitiva e outras assemelhadas" (Zamignani et al., 2008, p. 9).

De acordo com Tourinho e Cavalcante (2001)

> pode-se argumentar sensatamente que, como um campo, a terapia comportamental é na verdade filosoficamente, conceitualmente e metodologicamente estranha à análise do comportamento. Onde a análise do comportamento é funcionalista, materialista, não reducionista e idiográfica, a terapia comportamental é estruturalista, mentalista, reducionista e nomotética. (p.10)

Considerando estes questionamentos e o uso do adjetivo "analítico-comportamental" na literatura da área para se referir "a abordagem, seus princípios, propostas e modelos de intervenção" (Tourinho e Cavalcante, 2001, p. 10), Cavalcante (1999) propõe o termo TAC, que foi adotado de forma geral, pelo grupo de terapeutas da área. Sua criação não significou a proposição de uma nova modalidade de intervenção, apenas a diferenciação da intervenção clínica behaviorista radical, que vinha sendo praticada no Brasil desde o início da década de 1970, das demais intervenções denominadas TComp (Costa, 2011; Leonardi, 2015).

> A adoção de uma nova nomenclatura – Terapia Analítico-Comportamental – não implica na criação de uma nova forma de terapia ou abordagem terapêutica, tampouco se pretende

> relacionar essa denominação a um grupo ou instituição específicos. Trata-se simplesmente de uma marca, de um nome, que deve identificar a que comunidade estamos respondendo, ou de onde provêm as bases filosóficas, metodológicas, tecnológicas e conceituais que sustentam nossa prática. (Zamignani et al., 2008, p. 15)

Termos alternativos utilizados por alguns autores são ACC e Análise Comportamental Clínica, traduções do termo em inglês *clinical behavior analysis* (Tourinho e Cavalcante, 2001).

Simultaneamente, Guilhardi (2003) vinha questionando o uso do termo TComp e refletindo sobre uma denominação mais adequada ao seu trabalho, fundamento em Skinner.

> A denominação Terapia Comportamental estava consolidada no meio profissional, no entanto ela carregava um pesado fardo de preconceitos e, principalmente, não abrangia aquilo que eu vinha realizando. Para mim a denominação Terapia Comportamental não servia mais. A primeira idéia foi nomear o que eu vinha fazendo de *Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências*. Era um nome provisório, talvez, um tanto desajeitado, mas sem duvida mais representativo do trabalho que eu vinha desenvolvendo. No ano de 1997, em Londrina, dei um curso de 14h, promovido pela Universidade Estadual de Londrina, intitulado *Terapia Comportamental: Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências.* Nesse mesmo ano no VI Encontro da ABPMC, realizado em Santos, apresentei um trabalho intitulado *Análise de Comportamento pela Seleção por Conseqüências: Um Estudo Clínico*. (Guilhardi, 2003, p. 17-18)

De acordo com o autor, era necessário uma nova denominação que representasse adequadamente sua forma de atuar. Em 2000, no IX Encontro da ABPMC, ministrou um curso denominado *Terapia por Contingências: Proposta Behaviorista Radical de análise terapêutica selecionada no contexto clínico* (Guilhardi, 2003). Em 2001, publicou na coleção *Sobre Comportamento e Cognição* um estudo de caso atendido de acordo com sua proposta (Queiroz & Guilhardi, 2001) e, em 2004, escreveu um capítulo de livro operacionalizando a TCR (Guilhardi, 2004).

Além da TAC e da TCR, outras nomenclaturas tem sido propostas recentemente para representar a atuação de profissionais que se identificam com o Behaviorismo Radical, de Skinner: Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA) e Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP), por exemplo. Segundo análise de Costa (2011), todas estas intervenções têm os pressupostos filosóficos, conceituais e metodológicos da Análise do Comportamento. São propostas relativamente recentes e ainda não sistematizadas em publicações acessíveis.

Ao mesmo tempo, as TCs ganharam força e adeptos no país e foi iniciado um movimento de produção e divulgação na área, tendo como um dos resultados a criação de associações científicas como a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC) e a Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva (ABPC) (Rangé et al., 2007).

Com a tradução, para o português, do livro *Terapia cognitiva da depressão* (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1981), em 1997, iniciou um movimento que vinha acontecendo em outros lugares do mundo: o surgimento de uma abordagem cognitivo-comportamental, que uniu profissionais no Rio, em São Paulo – local de forte tradição Skinneriana – e em Porto Alegre – como já mencionado, onde havia domínio da psicanálise, pela proximidade com a Argentina -, mudando a cara da TComp no Brasil (Rangé & Guilhardi, 1995). De acordo com Rangé e colaboradoras (2007), a ausência de tecnologias disponíveis na época e, portanto, a dificuldade de acesso à literatura científica, quando do surgimento da TCC no cenário internacional, foram os responsáveis pelo intervalo de 20 anos entre o início do movimento da TCC no mundo e no Brasil.

Em 1999, Aristides Cordioli criou o grupo para pacientes portadores de TOC, sendo esse protocolo utilizado atualmente em São Paulo, no Rio, em Recife e em Florianópolis. Neste mesmo ano, Cordioli fundou, juntamente com Paulo Knapp, um curso de extensão em TC na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rangé et al., 2007).

O desenvolvimento da abordagem cognitivo-comportamental em São Paulo também favoreceu o desenvolvimento do construtivismo na psicoterapia no país. Um grupo de São Paulo participou de um *Workshop* de Michael Mahoney, durante o *World Congress of Cognitive Therapy,* realizado em Toronto, em 1992. Depois desta experiência, o grupo se organizou para iniciar um trabalho com o construtivismo terapêutico, que passou a ser ensinado na graduação e na pós-graduação, e também divulgado em eventos científicos (Abreu, Ferreira & Appolinário, 1998).

Em 1996, o grupo de terapeutas cognitivo-construtivistas – composto por Cristiano Nabuco de Abreu, Rafael Cangeli Filho, Ricardo Franklin Ferreira, entre outros - fundou a Associação Brasileira de Terapias Cognitivas Construtivistas (ABTCC), a primeira associação da área no país. A ABTCC uniu-se à Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC), no momento da criação desta última, em abril de 1998, durante o I Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (CBTC) (Rangé et al., 2007). Em 2009, a SBTC passou a ser denominada Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) (Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, 2010), para abrigar as associações regionais (ATCs), criadas a partir de 2005 (Shinohara & Figueiredo, 2011).

A criação da FBTC teve grande importância para a área pelo seu trabalho direto para o desenvolvimento das TCs no Brasil, tornando-se referência para os terapeutas e pesquisadores brasileiros. Desde sua fundação, tem como objetivos: incentivar e colaborar com a realização de pesquisas científicas; incentivar e apoiar a criação de cursos de pós-graduação *lato sensu* e a inserção das TCs nos programas de pós-graduação *strictu sensu* e em cursos de graduação,

nos quais pode ser observado um crescimento do ensino de TC; facilitar o acesso de seus associados à capacitação, a partir da organização e apoio a eventos científicos e da publicação da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (RBTC) (Neufeld & Affonso, 2013).

Uma das formas de fortalecer uma área e favorecer o desenvolvimento de conhecimentos cientificamente construídos é a realização dos eventos científicos. Eventos científicos que difundam conhecimentos empiricamente embasados e que ofereçam aos profissionais e estudantes a oportunidade de ter acesso à produção de conhecimentos atuais e baseados em evidências. O CBTC é um evento bienal, realizado pela FBTC desde 1998, quando foi fundada (na época denominada SBTC), como parte de suas ações de divulgação e fomento à capacitação de seus associados e da comunidade acadêmica e profissional da área. Cada presidente assume a gestão da federação por um período de dois anos, durante o qual organiza uma edição do evento, sendo também o presidente dela. Uma exceção ocorreu com o II CBTC, realizado em 1999, em que o presidente da federação era Paulo Knapp e o presidente do congresso foi Bernard Rangé. Outra exceção em relação a esta edição do evento foi o intervalo de apenas um ano em relação à primeira edição. Ambas as exceções se deram a fim de realizar o evento juntamente com o *V Latini Dies*, levado para o Rio de Janeiro por Rangé, Eliane Falcone e Helene Shinohara, com apoio da FBTC e da ABPMC (Rangé et al., 2007), reunindo participantes de vários países da Europa, da América do Sul e de várias cidades do Brasil. A realização do II CBTC juntamente com outro evento pode ter favorecido a divulgação do primeiro, que ainda era novo no cenário científico, e também despertado o interesse para as TCs de profissionais e pesquisadores que não haviam tido contato prévio com a área (Neufeld, Paz, Martins & Pavan-Cândido, 2015). Durante o congresso foram aprovados os primeiros estatudos da Associação Latino-Americana de Terapias Cognitivas (ALAPCO) (Rangé et al., 2011), com a uruguaia Raquel Zamora, como primeira presidente (Associação Latino Americana de Terapias Cognitivas, 2019). A fundação da ALAPCO havia ocorrido em 1996 (funciona informalmente desde 1/11/1996), e foram realizados dois congressos entre 1996 e 1998, sem a existência de um presidente (Claudia Bregman, comunicação pessoal, 2019).

Em 2003, como forma de divulgar a SBTC no Rio de Janeiro que, nesta época, sediava sua diretoria e tinha Eliane Falcone como presidente, foi realizada a *I Mostra Universitária de Produção Científica em Terapia Cognitivo-Comportamental (I Mostra TCC*), na UERJ, reunindo mais de 600 participantes. Para dar continuidade a esse e a outros eventos no Rio, foi fundada, em abril de 2005, a *Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro* (*ATC-RIO*), tendo Helene Shinohara como presidente. Com isso, a mostra foi incorporada aos eventos oficiais

da associação, tornando-se um congresso estudantil bastante popular na cidade. A idéia da ATC foi tão bem aceita que esta passou a ser criada em outros estados, iniciando por São Paulo, com Gildo Angelloti como primeiro presidente. Neste mesmo ano, foi fundada a RBTC (Falcone, 2007), periódico científico especializado em publicações da área cognitivo-comportamental, uma importante contribuição do grupo do Rio de Janeiro à comunidade de terapeutas cognitivos brasileiros (Rangé et al., 2007).

Simultaneamente, as TCs foram difundidas para outros estados e regiões do país, como Paraíba, Bahia, Pernambuco, Piauí, Alagoas, Amazonas, além da região centro-oeste. Há ainda estados com pouca presença da abordagem e a FBTC tem feito planos no sentido de divulgar as TCCs nestes estados (Neufeld et al., 2015).

Com o crescimento e estabelecimento da área algumas preocupações para além da proposição de novas formas de intervenção e da discussão sobre nomenclaturas tem se destacado. De forma geral, estas pesquisas estão relacionadas a avaliar os resultados das psicoterapias, sua eficácia e efetividade, mas também a identificar qual é o processo pelo qual se chega a estes resultados (Peuker, Habigzang, Koller e Araújo, 2009; Zamigani & Meyer, 2014; Honda & Yoshida, 2015).

4.8 Esta história por outra perspectiva: as três ondas

Ao longo do desenvolvimento das terapias de base comportamental e/ou cognitiva, diversas terminologias foram utilizadas para se referir a elas, em função de seu entrelaçamento, de suas semelhanças, de sua história compartilhada. Esta ausência de consenso com relação às terminologias vem ocorrendo desde seu surgimento até o momento atual.

Além disso, a história destas áreas no Brasil se confunde com a história dos EUA. Por esta razão, é importante destacar que seu desenvolvimento não ocorreu da mesma forma nos dois países (Leonardi, 2015), mas que, apesar disso, frequentemente os autores não deixam explícita essa informação ao escrever sobre o assunto (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Nos últimos anos, convencionou-se dividir a história destas modalidades de terapias em três diferentes períodos históricos, a depender da fundamentação das intervenções emergentes e prevalentes no momento. Para se referir a estes períodos, observa-se a utilização da metáfora de ondas, tanto na literatura internacional, como na nacional (Hayes, 2004; Pérez Alvarez, 2006; Hayes & Hofmann, 2017; Vandenberghe, 2006; Vandenberghe & Sousa, 2006; Leonardi, 2015; Barbosa & Borba, 2010; Barbosa & Murta, 2014; Melo, 2014). Segundo Vandenberghe (2006, p.156-157) “A metáfora da onda faz referência à emergência

de conjuntos coerentes de ideias novas que emergiram em momentos determinados, inundaram o campo da terapia comportamental e acabaram por se diluir no mesmo". Há autores que utilizam o termo geração ao invés da metáfora das ondas, porém, com o mesmo significado (Pérez Alvarez, 2006; Hayes & Hofmann, 2017).

Especialmente quando a metáfora é utilizada, observa-se que a história destas práticas clínicas no Brasil se confunde com sua história nos EUA e, aspectos específicos da história no Brasil são negligenciados (Vandenberghe & Sousa, 2006) e equivocadamente apresentados como se tivessem ocorrido da mesma forma que nos EUA (Leonardi, 2015). Por isso, estas diferenças serão descritas.

Nos EUA, a primeira onda, iniciada na década de 1950, é caracterizada pela oposição à psicanálise, modelo vigente na época, e pela ênfase nos princípios científicos, especialmente relacionados à psicologia da aprendizagem (Malavazzi, 2011). O modelo predominante é o da TComp clássica, fundamentada na teoria pavloviana do condicionamento respondente. Seu modelo de psicopatologia é internalista, em que as causas dos problemas são atribuídas a um transtorno interno ao indivíduo e não a algo externo a ele, assim como o modelo médico. Seu foco principal estava na dinâmica das respostas emocionais e fisiológicas, objetivando a eliminação das respostas indesejadas e das reações emocionais inadequadas (Vandenberghe, 2011), por meio da utilização de técnicas, como a exposição ao vivo ou dessensibilização sistemática (Vandenberghe & Sousa, 2006), usadas especialmente no tratamento de transtornos de ansiedade, na época referidos como transtornos neuróticos ou neuroses. Caracterizada por um rigor experimental, limitou o estudo de questões humanas menos objetivas, que foram relegadas para tradições menos empíricas (Barbosa & Murta, 2014; Barbosa & Borba, 2010). Estava fundamentada nos Behaviorismos Mediacionais, especialmente na proposta de Hull. Os principais representantes deste modelo são Wolpe, Lazarus, Eysenck e seus seguidores.

Apesar da primeira proposta de Wolpe ter sido denominada Psicoterapia por inibição recíproca (*Psychotherapy by reciprocal inhibition*) (Wolpe, 1958) e mesmo existindo algumas diferenças entre as propostas de cada um destes autores, todas estas terapias eram referidas como TComp.

Ao mesmo tempo, também eram desenvolvidas intervenções baseadas nos princípios operantes, que eram aplicadas principalmente em contexto institucional, inicialmente em hospitais psiquiátricos e posteriormente em instituições que acolhiam indivíduos com necessidades especiais. Estas intervenções eram baseadas em uma visão externalista Skinneriana e eram utilizadas para o tratamento dos transtornos chamados psicóticos, como a

esquizofrenia. No primeiro trabalho conhecido da área, o termo TComp foi utilizado para se referir à intervenção realizada com pacientes esquizofrênicos internados em um hospital (Lindsley, Skinner & Solomon, 1953). Porém, o uso deste termo não mais apareceu ao longo dos anos para se referir à aplicação dos princípios operantes para a mudança do comportamento. Mais tarde, esse grupo de profissionais foi denominado de analistas do comportamento e sua atividade de MC ou ACA (Malavazzi, 2011). Eles não eram clínicos; desenvolviam seu trabalho principalmente em instituições. Algumas vezes a MC é referida como parte da primeira onda americana, outras vezes, ela é colocada como uma área que s desenvolveu à parte dos desenvolvimentos da TComp .

Os terapeutas comportamentais, que atuavam em consultório, trabalhavam fundamentados nos Behaviorismos Mediacionais; não eram adeptos do Behaviorismo Radical, como os analistas do comportamento. Algumas contribuições da análise do comportamento foram adotadas, já que Wolpe e Eysenck tinham interesse por tudo que fosse cientificamente fundamentado. O isolamento destes dois grupos não proporcionou trocas entre eles e as críticas externalistas por muito tempo não afetaram os terapeutas comportamentais (Guilhardi, 2012).

Já no Brasil, apesar de ter recebido a mesma denominação dada nos EUA, a TComp de primeira onda foi caracterizada especialmente por intervenções baseadas principalmente no modelo operante, fundamentadas no Behaviorismo Radical de Skinner. O foco de intervenção era externalista, o que significa que a explicação do comportamento se dá a partir da relação do indivíduo com o ambiente e não com seus aspectos internos, diferente da primeira onda americana (Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015).

O início da prática da TComp no Brasil se deu com a transposição para a clínica dos conhecimentos da AEC e da MC, trazidos para a universidade desde o início da década de 1960 (Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015). Diferente dos EUA, em que a aplicação da MC se deu inicialmente, e por várias décadas, apenas em instituições, no Brasil, seu início se deu praticamente simultâneo na clínica e em instituições, como hospitais psiquiátricos (Pessoti, 1966; Queiroz, 1973; Queiroz, 1971). Segundo Guilhardi (2012), essa saída da MC diretamente para os consultórios constituiu-se o cerne da TComp no Brasil e foi um dos responsáveis por suas idiossincrasias. Neste momento, muito do que foi realizado no país foi desenvolvido aqui, a partir dos conhecimentos teóricos trazidos. Foi uma adaptação ao nosso contexto e às necessidades da nossa população

Simultaneamente, no estado do Rio de Janeiro, houve uma experiência de aplicação da TComp de Wolpe, denominada condutoterapia (Rangé & Guilhardi, 1995). Porém, assim

como há autores que não consideram as intervenções operantes como parte da primeira onda americana, no Brasil, não se costuma considerar esta experiência como parte da primeira onda brasileira.

O surgimento da segunda onda nos EUA se deu com o objetivo de resolver a questão da cognição humana, que os princípios de condicionamento clássico e operante não podiam explicar adequadamente naquele momento (Vandenberghe & Sousa, 2006). Todas as propostas de intervenção deste momento estavam baseadas nas seguintes ideias: processos de condicionamento seriam insuficientes para compreensão do comportamento humano, ênfase nos processos cognitivos, incorporação de procedimentos comportamentais. Eram caracterizadas pelo modelo cognitivo racionalista, em que os processos psicológicos são mediados por sistemas de crenças subjacentes. Hayes e Hofmann (2017, p.245) afirmam que a segunda onda se constitui enquanto "a new generation of methods and concepts focused on the role of maladaptive thinking patterns in emotion and behavior, and the use of methods to detect and change those patterns."

Esta nova modalidade de terapia continuava se preocupando com processos mediacionais, mas havia abandonado a categoria de respostas emocionais e fisiológicas considerada nos Behaviorismos Mediacionais e adotado os processos cognitivos e as estruturas mentais (Rangé et al., 2007). O foco de intervenção estava na modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas, passando da modificação do comportamento para a modificação do conteúdo de pensamentos e sentimentos (Vandenberghe & Sousa, 2006).

A ênfase na validação empírica foi mantida mas, a inexistência, em seu início, de um modelo cognitivo baseado em princípios básicos gerou um modelo de produção do conhecimento com uma limitação: intervenções definidas estruturalmente, em forma de pacotes terapêuticos validados e aparentemente distintos, mas possivelmente baseados nos mesmos mecanismos terapêuticos. Apesar dos bons resultados clínicos, segundo alguns autores, há evidências desfavoráveis ao pressuposto cognitivista de que a melhora clínica depende da mudança cognitiva (Barbosa & Murta, 2014).

Seu modelo de psicopatologia estava fortemente associado ao modelo médico, em que os problemas são entendidos como sintomas de um transtorno que deve ser tratado (Banaco, 1999; Malavazzi, 2011).

Entre os principais representantes deste movimentos estão Albert Bandura, Michael Mahoney, além de Aaron Beck e Albert Ellis. Como já apresentado, Beck e Ellis fizeram suas propostas muito antes do início da segunda onda, durante as décadas de 1950 e 1960. Porém,

o movimento maior, com as características descritas acima só se estabeleceu na década de 1970.

Como esta é uma divisão arbitrária, diversos eventos poderiam ser considerados como o marco do início da segunda onda. Mas, levando em conta que as terapias desta onda são denominadas de TCCs, pode-se, então considerar como o marco para seu início, o uso do termo TCC pela primeira vez, no ano de 1976 (Wilson, 1978).

No Brasil, a segunda onda surgiu em um contexto de insatisfação com o foco externalista, e com um visão de pouca preocupação com questões como a cognição e a emoção. Terapeutas sentiam falta de possibilidades de explicações e intervenções para a cognição e emoção. A explicação externalista não dava conta, naquele momento, de explicar estes aspectos. A TComp realizada aqui estava baseada no Behaviorismo Radical e na MC, ou nas propostas de Wolpe, Lazarus e Eysenck, ou ainda, na união entre elas. No estado de São Paulo, em geral, a TComp tinha uma fundamentação Skinneriana, aplicando princípios da MC e técnicas da TComp Clássica, apresentando, então, um ecletismo técnico (Guilhardi, 2012). Já a TComp desenvolvida no Rio de Janeiro era predominantemente Clássica, fundamentada na proposta de Wolpe e Lazarus (Lettner, 1989; Rego, Lima & Leite, 1971).

Assim, as TCCs chegaram ao Brasil nesse cenário e foram adotadas pelo grupo de profissionais que vinham insatisfeitos com aquela lacuna no conhecimento. Guilhardi (2012), apresenta uma análise um pouco diferente da tradicionalmente apresentada pelos autores da área. Segundo ele, a retomada do estudo de Skinner, especialmente sobre comportamento verbal, após a chegada da TCC, indica o início da segunda onda da TComp brasileira.

Observa-se que a nomenclatura atribuída a esta nova modalidade de terapia foi a mesma nos dois países, bem como as características de sua prática. Assim, pode-se afirmar que a segunda onda brasileira compartilha as características com a segunda onda americana, diferindo somente no contexto em que ocorreu.

É por esta razão que autores brasileiros afirmam haver uma inversão na cronologia nacional em relação à norte-americana: a TCC se estabeleceu no Brasil na década de 1990, momento em que TComp de base Behaviorista Radical já havia se desenvolvido no país, enquanto nos EUA as terapias baseadas em um referencial externalista ainda não estavam estabelecidas quando as TCCs se destacaram no cenário norte-americano (Vandenberghe, 2011; Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015).

A partir da década de 1990, nos EUA, surgiram algumas novas propostas de intervenção terapêutica dentro destes grupos de terapias. Os autores destas novas propostas questionavam algumas características dos modelos mais populares naquele momento e/ou

enfatizavam algum aspecto específico como sendo primordial para a efetividade da intervenção.

As duas primeiras propostas dentro deste grupo foram a Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP), proposta por Kohlenberg e Tsai (1991) e a Terapia de Aceitação e Compromisso, proposta por Steven Hayes (Hayes, McCurry, Afari & Wilson, 1991). Mas foi somente em 2004, quando Hayes publicou *Terapia de Aceitação e Compromisso, Teoria dos Quadros Relacionais e a Terceira Onda das Terapias Comportamental e Cognitiva* (*Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies* - Hayes, 2004), que o termo ondas foi utilizado pela primeira vez pelo autor, para se referir aos períodos em que dividiu a história das terapias comportamentais e cognitivas. Após este primeiro uso da metáfora de ondas para se referir a estes períodos ela passou a ser amplamente adotada por diversos autores.

Após as duas pioneiras, outras modalidades de terapia foram surgindo como parte desta terceira onda. Exemplos dela são a Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia Comportamental Integrativa de Casal (IBCT) a Ativação Comportamental (BA), a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), entre outras (Leonardi, 2015; Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015). No geral, estas modalidades terapêuticas tem um enfoque comportamental, estando fundamentadas direta ou indiretamente no Behaviorismo Radical de Skinner (Pérez Alvarez, 2006).

Um princípio central nas terapias da terceira onda é o controle das ações pelos valores do indivíduo e não por seus pensamentos. A noção de *mindfulness*, bastante popular a partir da década de 1990, apesar da ideia mentalista que o termo traz (Vandenberghe, 2011), é coerente com estas preocupações e utilizada como parte das técnicas pelas vertentes da terceira onda (Vandenberghe & Sousa, 2006). Por exemplo, na ACT, uma das modalidades de terapia deste grupo, há ênfase da relação do indivíduo com os eventos psicológicos, e não com os eventos em si (Barbosa & Murta, 2010). Outra característica da terceira onda é a ênfase no relacionamento genuíno entre terapeuta e cliente, apontando que o terapeuta deve estar presente na sessão enquanto pessoa, que ele deve compartilhar algumas de suas próprias experiências e deve estar atento à possibilidade de cometer erros e distorções, assim como o cliente (Vandenberghe, 2011).

Os proponentes destas novas modalidades terapêuticas adotaram a análise funcional do comportamento verbal e da relação terapêutica pois consideravam que elas poderiam melhorar a prática da TCC. As terapias de 3ª onda opõem-se ao modelo médico, aos modelos cognitivistas, e rejeitam os protocolos de tratamento (Malavazzi, 2011; Vandenberghe, 2011).

De acordo com Hayes (2004), enquanto os indivíduos tentarem controlar suas experiências internas (cognições e emoções), vivenciarão ainda mais sofrimento emocional.

Sua fundamentação é baseada em epistemologias como o construtivismo cognitivo, releituras contextualistas do Behaviorismo Radical, ou novos modelos cognitivos mais interativos e menos lineares. Está pautada numa visão contextual de eventos privados e relações interpessoais diferente das tentativas diretas de modificar pensamentos ou sentimentos.Foi mantido o foco na cognição, mas passando de seu conteúdo, para o contexto dos pensamentos, sentimentos e sensações (Vandenberghe, 2011). Seu foco está na aceitação de variações de humor, sensações e sentimentos negativos e atenção focada no momento presente, não permitindo a passagem do estado de humor negativo para pensamentos negativos (Vandenberghe & Sousa, 2006).

As duas primeiras ondas divergiam nos métodos, mas compartilhavam o objetivo de modificar diretamente comportamentos, ou cognições ou sentimentos (Barbosa & Murta, 2010). Diante disso, os proponentes da terceira onda retomam algumas críticas e contribuições das terapias de primeira e segunda onda para elaborar sua proposta – especialmente a crítica externalista às práticas da segunda onda, substituindo o modelo cognitivo por um modelo contextualista, inspirado no Behaviorismo Radical, trazendo análises Skinnerianas da cultura, dos sentimentos e do comportamental verbal para a atuação clínica, compreendendo este último como tendo papel fundamental na origem do sofrimento humano.

O advento destas novas propostas terapêuticas provocou reações diversas entre terapeutas e pesquisadores brasileiros. Alguns as compreendem como complementares à terapia de base Skinneriana, há muitos anos já realizada por aqui. Outros as consideram muito distantes das propostas analítico-comportamentais, tornando estes grupos incompatíveis entre si. Por exemplo, Guilhardi (2012, p. 11) afirma 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".

Há também aqueles que se identificam com os novos modelos e os adotam enquanto forma de intervenção, abandonando suas antigas propostas; e ainda há aqueles que apontam a existência de mais semelhanças que diferenças entre as propostas de terceira onda e as anteriores e propõem a combinação destas propostas de intervenção (Barbosa & Murta, 2010; Vandenberghe, 2011).

Vandenberghe (2011) afirma que a TAC e as terapias de terceira onda apresentam como semelhanças filosófica e clínica o externalismo, o foco nas contingências da relação

terapeuta-cliente, a visão construcional do repertório, a ênfase na análise de contingências em detrimento de tratamentos tecnicistas. Entretanto, a linguagem utilizada pelas abordagens da terceira onda difere muito da linguagem de analistas do comportamento brasileiros, dificultando a comunicação e a colaboração entre as áreas.

Nesta direção, diversos autores brasileiros afirmam que o surgimento das terapias de terceira onda, no Brasil, com foco externalista (contextualista) não trouxe novidade para as intervenções, já que as terapias de primeira onda já tinham este caráter desde seu surgimento (Vandenberghe, 2006; Guilhardi, 2012; Leonardi, 2015). Alguns vão além disso, e afirmam que não há sentido utilizar esta divisão e falar em terceira onda no Brasil (Vandenberghe, 2006; Guilhardi, 2012) "Os terapeutas comportamentais no país não precisaram esperar a FAP e a ACT para assumir uma visão externalista" (Vandenberghe, 2006, p. 127). Isto se deu pois as características de cada uma das ondas – com exceção da segunda – e o momento de ocorrência de cada uma delas nestes dois países foi diferente.

Nos EUA, a terceira onda significou inovação no campo das terapias de base comportamental e/ou cognitiva, uma vez que o foco externalista, presente na primeira onda e ausente na segunda, foi recuperado e o modelo de psicopatologia foi, de certa forma, abandonado e substituído por uma explicação contextualista do sofrimento emocional.

Já no Brasil não se pode afirmar o mesmo. O externalismo estava presente na TComp de base Skinneriana (chamada frequentemente de TAC), no país, desde a primeira onda e permaneceu existente durante todo o tempo, juntamente com o modelo contextualista.

Importante destacar que a terceira onda vem de uma história que descreve uma cronologia de eventos que ocorreram no cenário internacional (sobretudo norte-americano e europeu), do qual a TAC como a conhecemos hoje, não participou. Este

> termo não se refere a uma cronologia, mas a uma visão clínica baseada no behaviorismo radical e enraizada num espaço geográfico (ou melhor, cultural), a saber, o Brasil. Estamos, então, comparando conceitos de diferentes ordens: um conceito que refere a uma história, outro que refere a uma cultura. (Vandenberghe, 2011, p. 34)

Por isso, pode-se afirmar que os dois países apresentam

> uma cronologia invertida. A terceira onda apareceu no cenário internacional depois da TCC, quando esta já estava totalmente estabelecida. O modelo cognitivo e as técnicas da TCs estavam amplamente aceitos como a forma ortodoxa de tratar transtornos de ansiedade e de humor. Os autores da terceira onda construíram sua abordagem a partir de uma crítica externalista às práticas existentes. Eles continuaram atuando basicamente como o fizeram os clínicos da segunda onda, mas trocaram o modelo cognitivo por um modelo contextualista, inspirado no behaviorismo radical (Vandenberghe, 2011, p. 35-36).

Seguindo este raciocínio, outra discussão frequente e para a qual também não há consenso, refere-se à existência, ou não, de superioridade das ondas mais recentes em relação às mais antigas. Vandenberghe (2006), por exemplo, deixa clara sua posição quanto à ausência de superioridade: "O uso do termo não sugere que as abordagens agrupadas na primeira e segunda onda devem ser consideradas ultrapassadas. Cada uma das três ondas tem seu próprio futuro." (p. 157). Há aqueles que não explicitam seu posicionamento em relação à questão, e os que compreendem que as ondas significam uma evolução ou aperfeiçoamento da intervenção terapêutica (Melo, 2014).

Guilhardi (2012) destaca a inapropriação do uso da metáfora de ondas para o contexto brasileiro, não só porque a história dos dois países difere, mas principalmente por não considerar as intervenções incluídas na terceira onda como componentes de um modelo operante, pois não compartilham de seus aspectos filosóficos, conceituais e procedimentos. Por isso, não os considera "continuidade e nem avanço da proposta operante. São outra coisa, o que não lhes tira possíveis méritos; não são terceira onda da terapia comportamental operante." (Guilhardi, 2012, p. 12)

O autor ainda pontua que encarar a terceira onda como uma inovação, responsável por abrir novos caminhos para a TComp parece ser um equívoco. A partir da releitura de Hayes - a quem se refere como o pioneiro da área –, Kerbauy (2011) resgata a descrição do autor sobre a terceira onda, posteriormente apontando os problemas desta interpretação:

> De tempos em tempos, um elemento novo aparece e influencia o comportamento humano. Portanto, a teoria, sua expansão e as contingências determinam as direções a caminhar. Não temos ondas, mas a natural mudança da condição humana. Os terapeutas analítico-comportamentais estão inseridos nesse contexto e continuam buscando soluções e possibilidades de enfrentamento. (Kerbauy, 2011, p. 31-32).

5 DISCUSSÃO

O cenário histórico analisado permite apontar que, tanto no Brasil quanto nos EUA, existe consenso de que não há um único modelo de intervenção de base comportamental e/ou cognitiva. Como já apontado, a história destas terapias mostra que, desde o surgimento das primeiras propostas, diferentes definições eram dadas para os mesmos termos e novos eram propostos para nomear práticas terapêuticas muito semelhantes (Wolpe, 1958; 1963; 1968; Lazarus, 1958; 1967; 1973; 1971; Yates, 1970; Eysenck,1959). Esta condição não ocorre apenas nos EUA. Observou-se que também no Brasil a multiplicidade de definições e, mais recentemente, de termos, vem permeando a história da área (Lettner & Rangé, 1988; Lettner, 1989; Cavalcante, 1999; Tourinho & Cavalcante, 2001; Nolasco, 2002; Costa, 2002; Guilhardi, 2004; Zamignani et al., 2008; De-Farias, 2010; Costa, 2011).

Observou-se também a tentativa frequente de classificar estas terapias em grupos, assim como foi feito no presente trabalho, dividindo as terapias como pertencendo ao grupo de base comportamental ou ao grupo de base cognitiva. Uma classificação mais comum é TCC ou TC, para as terapias que consideram que a cognição tem papel mediacional, TComp para as terapias fundamentadas nos Behaviorismos Mediacionais e, no Brasil, TAC para as terapias fundamentadas no Behaviorismo Radical. Observou-se que nos EUA a nomenclatura TCC tem significado bastante amplo, abrigando todas as propostas terapêuticas baseadas, em alguma medida, nos pressupostos cognitivistas e/ou comportamentais, enquanto TC é utilizado primordialmente para se referir à proposta de Beck, diferentemente do que ocorre no Brasil, em que geralmente TCC e TC são utilizados como sinônimos.

Além disso, estes dois referenciais apresentam algumas proximidades mas também muitas diferenças. As proximidades podem ser observadas historicamente na criação de associações (AABT/ABCT, European Association of Behavior Therapy - EABT, Associação Latino-Americana de Modificação do Comportamento e Terapias Cognitivo-Comportamentais - ALAMOC, ABPMC); na realização de eventos científicos (Congresso Mundial de Terapia Comportamental, Congresso Mundial de Terapias Comportamentais e Cognitivas); na publicação de revistas científicas (Behavior Therapy, Behavior Therapist, Behavior Therapy and Research Journal, BRAT, RBTCC); na união de pesquisadores para a publicação de livros (coleção Sobre Comportamento e Cognição; Abreu & Guilhardi, 2004), entre outros. Além disso, técnicas de intervenção também são compartilhadas por estas propostas de intervenção.

A proximidade histórica entre estas terapias vai além das associações, eventos científicos e publicações. Diversos autores de ambas as abordagens, ao discutirem a história de sua área, apontam um início comum (Kazdin, 1978; Franks, 1996; Ellis, 2001; Rangé, 2001; Costa; 2002; Guilhardi, 2004; Falcone, 2007; Martin & Pear, 2009; Rachman, 2015). É frequente apresentarem como precursores destes modelos pesquisadores como Pavlov, Watson, Tolman, Hull e até Skinner, e pesquisadores/terapeutas como Wolpe e Eysenck.

Por apresentarem tal proximidade, muitas vezes essas abordagens são tratadas como sendo uma única proposta teórico-metodológica na Psicologia, tanto por profissionais que trabalham na área, quanto por estudiosos de outras áreas da psicologia.

Esta característica parece justificar-se pela proximidade existente devido à história destas abordagens e também devido a sua nomenclatura. As origens compartilhadas fazem com que ainda hoje sejam muitas vezes chamadas, de forma genérica, de TComp e consideradas como uma proposta única. É possível identificar na literatura que este último foi o termo utilizado inicialmente para denominar diversas propostas de intervenção que, de alguma forma, tiveram influência sobre as propostas em questão (Lindsley, Skinner, & Solomon, 1953; Wolpe, 1958; Lazarus, 1958; Eysenck, 1959; Franks & Brady,1970; Kazdin, 1978; Franks, 1996; Rangé, 2001; Falcone, 2007; Martin & Pear, 2009; Costa, 2011).

Também se destaca a tentativa de alguns autores de identificar a afiliação de cada uma das propostas terapêuticas a uma fundamentação teórico-filosófica específica (e.g., Behaviorista Radical, Behaviorista Mediacional, Cognitivista). Há algumas propostas que claramente são identificadas com uma fundamentação específica, inclusive enfatizada pelos proponentes, como a TAC, a TCR, a TC, a TE (Zamignani et al., 2008; Guilhardi, 2004; Rangé et al., 2007; Lopes et al., 2011; Lopes et al., 2014). No entanto, há outras modalidades para as quais não existe consenso sobre sua fundamentação teórico-filosófica ou ainda, não há uma preocupação em defini-la. Esta característica é especialmente observada nas chamadas terapias de terceira onda, como a ACT, a DBT, e a IBCT.

Segundo Marçal (2005), ACT, DBT, FAP, IBCT, TCR, Terapia Comportamental Construcional, são modalidades fundamentadas no Behaviorismo Radical e na AC. Já Barbosa e Borba (2010), referem que os modelos da ACT, FAP, TC, TCR e TREC fazem parte do grupo denominado TComp e afirmam ser "mais adequado, portanto, tratar a terapia comportamental como um campo mais amplo, constituído de propostas terapêuticas mais ou menos fundamentadas na tradição behaviorista." (Barbosa e Borba, 2010, p. 67)

A TComp é muitas vezes referida como um grupo de terapias mais ou menos fundamentadas no Behaviorismo Radical, ou, mais detalhadamente, como um conjunto

variado de intervenções, como a MC, a AAC, e a ACC, ou ainda intervenções baseadas no condicionamento respondente. A TAC e a TCR são as modalidades mais citadas neste grupo.

Medeiros (2002), apesar de concordar que suas diferenças não são claras, fez uma tentativa de diferenciar, de forma didática, as práticas comportamentais e analítico-comportamentais.

> 1) A ênfase da terapia comportamental no paradigma respondente de forma contrastante à ênfase da terapia analítico-comportamental no paradigma operante; 2) O caráter mecanicista e tecnicista da terapia comportamental, a qual atribui causalidade à ansiedade, utilizando técnicas específicas para a sua redução como principal forma de tratamento, e adequando os pacientes às técnicas com eficiência comprovada. Neste ponto, a diferença é marcante, uma vez que a análise do comportamento na clínica tenta encontrar a função de cada comportamento no repertório de cada indivíduo específico, e, através de modificações no ambiente, pretende modificar o repertório comportamental tornando o indivíduo mais adaptado. 3) A relação terapêutica para a análise do comportamento na clínica é vista como ferramenta de mudança, enquanto que, para a terapia comportamental esta é considerada apenas como um meio para se empregar as técnicas. 4) Para a terapia analítico-comportamental é essencial trabalhar o comportamento verbal do cliente, enquanto que, para a terapia comportamental, este assume um papel secundário frente à aplicação das técnicas. (p. 106)

Na TComp o conceito de análise funcional ou análise de contingências é desconhecido e seu uso não é parte da avaliação e intervenção terapêutica. O foco da intervenção está na eliminação de respostas e não na ampliação e construção de repertório. Existe uma preocupação com o desenvolvimento de técnicas padronizadas para intervenção em queixas específicas, ao contrário da proposta de tratamento individualizado encontrada na TAC (Guilhardi, 2012). Por outro lado, a TAC tem foco na relação entre as ações do cliente em seu mundo e os efeitos destas ações no cliente. Diante disso, a análise de contingências é a principal ferramenta de avaliação e intervenção, pois promove a identificação dos déficits e repertórios que necessitam ser fortalecidos pelo terapeuta (Guilhardi, 2004).

Alguns autores afirmam que a nomenclatura dada, nos EUA, à prática que no Brasil se convencionou chamar de TAC, é *Clinical Behavior Analysis* (CBA) – cuja tradução é ACC -, que se refere a "um ramo da análise do comportamento aplicada que se distingue pelos tipos de clientes atendidos, problemas clínicos abordados, procedimentos utilizados e ambiente no qual a intervenção é conduzida" (Leonardi, 2015, p. 125). Porém, assim como acontece no Brasil, a CBA é representada por uma diversidade de terapias, fundamentadas ou não no Behaviorismo Radical e na AC, como ACT, FAP, DBT, BA, IBCT e MBCT (Marçal, 2005; Barbosa & Borba, 2010, Leonardi, 2015).

Além disso, a literatura aponta que definir a CBA, a TAC e a TCR, por exemplo, como terapias fundamentadas na filosofia do Behaviorismo Radical e na AC não significa que elas sejam totalmente compatíveis, ou que sejam diferentes nomenclaturas para uma mesma

prática; cada uma delas apresenta especificidades, tanto culturais – a CBA é uma prática norte-americana, a TAC e a TCR são práticas brasileiras – quanto filosóficas, teóricas e técnicas.

Além da TAC e da TCR, Costa (2011) apresenta duas outras nomenclaturas utilizadas para se referir à terapia de base behaviorista radical: Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA) e Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP). A autora destaca que estas diferentes nomenclaturas parecem não diferir suficientemente para serem tratados como diferentes modelos clínicos. Afirma que TAC, TCR, TMA e PCP se assemelham quanto: à fundamentação na AC; à busca por compreender o indivíduo e não simplesmente o problema específico que o trouxe à terapia; ao uso da análise funcional ou de contingências como ferramenta básica para analisar e intervir ao longo de todo o processo terapêutico; ao trabalho terapêutico ser conduzido sempre considerando as particularidades de cada indivíduo; e à importância atribuída à relação terapêutica (Costa, 2011).

Pode-se afirmar que as intervenções baseadas nos pressupostos filosóficos, conceituais e metodológicos da AC compartilham os objetivos de promover mudanças no comportamento por meio da mudança nas contingências, por meio de um processo individualizado, utilizando como ferramenta principal de análise e intervenção a análise funcional ou análise de contingências. A relação terapêutica tem papel fundamental para a mudança nas contingências devendo o terapeuta funcionar como uma audiência não punitiva (Guilhardi, 2004; Costa, 2011).

Como já mencionado, é importante destacar que TAC e TCR são termos exclusivamente brasileiros e desconhecidos internacionalmente, dificultando as discussões do assunto, a inserção no contexto internacional do conhecimento produzido no Brasil e até mesmo "o diálogo entre as modalidades de TComp já desenvolvidas" (Leonardi, 2015, p.128).

Todas estas propostas de intervenção de base Skinneriana não resolvem as questões que vem sendo discutidas desde o surgimento da TComp. Ao contrário, fomentam ainda mais a discussão, que ainda deve ser explorada e aprofundada, pois pontos novos tem surgido e os antigos ainda não foram esgotados.

> Mais produtivo talvez fosse usar apenas uma denominação para todas estas práticas e articular o que cada uma delas traz de inovador (ou renovador) na condução do processo terapêutico. Para isto, um diálogo maior, e não um consenso sobre aspectos específicos da prática, entre os membros desta comunidade, poderia ser um caminho para que cada vez mais a Análise do Comportamento e suas aplicações possam se expandir e obter reconhecimento no país. (Costa, 2011, p.55)

A questão das nomenclaturas é um ponto que continua merecendo investigação. É importante que seja compreendido sob controle de que eventos ou aspectos destas propostas de intervenção estão os diferentes cientistas quando atribuem definições, criam novas nomenclaturas ou classificam as diferentes terapias como sendo parte de um grupo ou de outro.

Com relação às terapias de base cognitiva, observa-se, no geral, concordância em relação às características das abordagens e também ao subgrupo de terapias que fazem parte desta abordagem (TC, TCCons, TE e TREC).

As propostas de classificação das TCCs em diferentes modelos vem como tentativa de organizar a diversidade de intervenções cobertas por esta denominação. Este tipo de proposta favorece uma organização dos grupos, mas parece não resolver a questão do uso dos termos TC e TCC, uma vez que os próprios autores do artigo que apresentam a proposta de Gabalda, continuam utilizando os termos TCs e TCCs sem esclarecer qual definição adotam (Rangé et al., 2007).

Além dos pontos de aproximação, parece que cada vez mais se tem discutido sobre os pontos de divergência (Costa, 2002), como a questão do mentalismo, que tem um impacto grande na forma de compreender os comportamentos, emoções e pensamentos. Slocum e Butterfield (1994) apresentam uma discussão da divergência entre behavioristas e cognitivistas e afirmam que

> analistas do comportamento criticam os cognitivistas por serem mentalistas – em outras palavras, por serem cognitivistas. Psicólogos cognitivistas criticam os analistas do comportamento por explicarem o comportamento apenas no nível da observação – em outras palavras, por serem comportamentais (p. 59).

Especialmente no que concerne às divergências, muito tem sido discutido sobre fundamentos teóricos e filosóficos e sobre os aspectos históricos das abordagens. Os diversos autores têm se preocupado com questões como a fundamentação teórica e filosófica da área; a definição precisa de cada um dos termos, a forma e espaço de atuação dos terapeutas; com a proliferação de novas nomenclaturas para descrever atuações baseadas nos mesmos princípios e, ainda, com as propostas de integração de atuações baseadas em princípios bastante diferentes (Mejias, 1981; Costa, 2002, 2011; Rangé et al., 2007; Barbosa & Borba, 2010; Guilhardi, 2012).

Em virtude de todas estas discussões, mais recentemente, enquanto novas modalidades de terapia têm surgido no cenário mundial – realmente diferentes das já existentes, ou não –, alguns terapeutas e pesquisadores têm discutido possibilidades de integração das abordagens

de base cognitiva e comportamental (Costa, 2002). O assunto ainda é pouco explorado e, independentemente do ponto de vista adotado – a favor ou contra a possibilidade de integração – é importante que se discuta e se apresentem os argumentos de ambos os lados.

Enquanto que, o grupo contrário a isto aponta que as diferenças epistemológicas, conceituais e na aplicação são grandes demais para qualquer movimento de integração das abordagens de base analítico-comportamentais e cognitivo-comportamentais, há também um grupo que, apesar de concordar que há diferenças de várias ordens que impedem a integração, consideram possíveis que aproximações sejam realizadas. Por exemplo, Costa (2011) apresenta a proposta de Wilson e cols, para os quais a integração deve se dar não no plano teórico, mas sim, "no interesse mútuo pela investigação empírica das cognições enquanto variáveis intervenientes para o comportamento" (p. 75).

Um ponto que tem mais concordâncias que divergências é a possibilidade de se desenvolver uma relação amigável entre terapeutas destas diferentes perspectivas teóricas, apesar das divergências teórico-filosóficas. Um clima colaborativo poderá contribuir com o desenvolvimento de ambas as áreas enquanto ciência e prática clínica cientificamente validada e eficaz (Costa, 2002; Tourinho, 2002).

Considerando os estudos que vêm sendo realizados por Norcross e colaboradores (Norcross, Hedges & Prochaska, 2002; Norcross & Karpiak; 2012), utilizando a metodologia Delphi Poll, para avaliar e prever o crescimento das terapias, as propostas de intervenção integrativas e ecléticas vem crescendo nos últimos anos e estão previstas para continuar crescendo. Os adeptos da metáfora de ondas já discutem a vigência de uma quarta onda, que apresenta como características a conciliação entre os procedimentos utilizados em diferentes momentos, e uma preocupação na efetividade das terapias. Hayes e Hofmann (2017) abordam o assunto da seguinte forma

> Não há dúvida de que vários conceitos e métodos que têm sido centrais em intervenções de terceira onda (métodos de atenção; procedimentos baseados na aceitação; descentralização; desfusão cognitiva; valores; processos de flexibilidade psicológica) são agora permanentemente parte da tradição da TCC e de fato terapia baseada em evidências de maneira mais geral, em grande parte porque as evidências sugerem que são úteis. Esses conceitos e métodos mais recentes agora coexistem amplamente lado a lado com os já estabelecidos, com a dialética entre eles servindo como um estímulo útil para a investigação teórica e tecnológica ... A pesquisa começou a identificar moderadores indicando quando métodos mais antigos e mais novos funcionam melhor com diferentes populações, sugerindo que os profissionais baseados em evidências podem atender seus clientes conhecendo os métodos de todas as gerações de TCC. Uma mudança sutil, porém importante, é que agora há um maior reconhecimento da importância central dos pressupostos filosóficos para os métodos de intervenção e suas análises. (p. 245)

Foi observado também que diversos autores se referem à metáfora de ondas ou gerações, indicando concordar ou discordar, em partes ou totalmente, desta ideia. Esta divisão é analisada como uma visão cronológica, algumas vezes utilizada para validar a terceira onda e depreciar as demais. O conhecimento da história permite ao terapeuta compreender em que contexto ela foi proposta e a ausência de superioridade de uma onda ou forma de atuação em relação à outra. Mas além disso, os dados da literatura mostram que é importante reconhecer as particularidades existentes na história dos diferentes grupos e países.

A própria compreensão da história destas modalidades terapêuticas em ondas acontece de forma diferente a depender do referencial adotado pelo autor que está escrevendo. Encontra-se grupos que apontam esta divisão como as ondas da TComp, incluindo nelas todas as intervenções de base comportamental operante, comportamental respondente, cognitiva e integrações entre elas. Alguns autores da área cognitivo-comportamental, referem-se à divisão de ondas, como ondas da TCC e não da TComp.

Também foi notada outra interpretação das ondas, proposta por Guilhardi (2012) que se manifesta claramente avesso à ideia vigente e que enfatiza as diferenças entre a história da área no Brasil e na Europa e EUA. O autor faz uma leitura das ondas considerando apenas a TComp operante, excluindo a TComp Clássica e as demais intervenções baseadas nos princípios mediacionais. Seria algo como: 1ª onda: TComp eclética, que se separou em uma intervenção Behaviorista Radical e uma intervenção Behaviorista Mediacional (TCC); 2ª onda: composta pela TComp Operante ou MC – e as TCCs deixariam de fazer parte da história das ondas comportamentais.

Outra possibilidade de denominação, não encontrada na literatura, seria ondas das Terapias Comportamentais e Cognitivas, incluindo todas as modalidades de TComps, TCs e TCCs. Desta forma, todos os grupos e subgrupos estariam contemplados.

Apesar de existirem especificidades na história de cada país, em função de suas características culturais, políticas e econômicas, de forma geral, foram observadas muitas semelhanças entre a história e as práticas das terapias de base comportamental e cognitiva no Brasil e nos EUA, para além das já discutidas na literatura da área. Como estas análises extrapolavam os objetivos desta pesquisas, elas não puderam ser realizadas neste momento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pôde ser observado, a história das terapias de base comportamental e/ou cognitiva têm sua origem nas TComp. Dentre outros aspectos, os questionamentos e críticas que surgiram em relação às TComp estiveram no cerne das propostas de muitas modalidades de intervenção cognitiva e cognitivo-comportamental, o que não significou, por outro lado, um rompimento total com os conhecimentos e formas de intervenção advindos da TComp. As TCCs principalmente, como explícito no próprio nome, utilizam-se de estratégias e técnicas comportamentais em sua intervenção e apresentam diversas semelhanças com as primeiras propostas de TComp (como a objetividade, o foco no presente e a duração breve, por exemplo, presentes na proposta de Wolpe/Lazarus).

Esta história pode ser abordada, relatada e analisada de diversas formas. Para alguns autores da área, uma das possibilidades é a utilização da metáfora de ondas. Como foi discutido, há autores que não concordam com esta divisão, considerando-a arbitrária, de pouca utilidade e até mesmo equivocada. Outros a veem como uma descrição precisa do desenvolvimento das terapias de base comportamental e/ou cognitiva. Outros apontam ainda que esta divisão é analisada como uma visão cronológica, algumas vezes utilizada para validar a terceira onda e depreciar as demais.

Observando a história e as práticas atuais, afirmar que uma onda substituiu a anterior é um equívoco. As práticas foram se modificando ao longo do tempo e, com todo o conhecimento produzido, não se pode afirmar que as práticas desta década, tem as mesmas características que as de uma década atrás, por exemplo. Porém, quando se diz que elas não apresentam as mesmas características, também não se está falando que são melhores ou piores. O que se pode afirmar, pelos resultados observados, é que as práticas atuais são mais apropriadas a este momento histórico e social.

Pode-se concluir que não existe consenso em relação às definições das modalidades terapêuticas de base cognitiva e/ou comportamental no país entre terapeutas e pesquisadores da área e, além disso, não há consenso sobre a afiliação de cada uma delas a uma fundamentação teórico-filosófica ou a um grupo específico. Assim como foi em seu início e ao longo de toda sua história, estas terapias compartilham algumas características e divergem em outras. Estas questões podem trazer problemas como a aplicação de intervenções sem fundamentação científica, não garantindo seus resultados.

A ênfase das TCCs nas mudanças cognitivas como forma de modificar o comportamento é, muitas vezes, citada como um diferencial importante em relação aos

terapeutas comportamentais e um ponto de união entre as diversas modalidades de TCCs (Duarte et al., 2008; Barbosa & Borba, 2010; Neufeld & Cavenage, 2010; Moreno & Wainer, 2014). Quanto às de base comportamental, em geral o termo TComp é referido como incluindo intervenções muito diversas, o que levou à proposta, no Brasil, da TAC e da TCR (Cavalcante, 1999; Tourinho e Cavalcante, 2001; Guilhardi, 2004; Zamignani et al., 2008).

Diversas implicações podem derivar deste uso e definição dos termos na prática clínica. As dificuldades de nomenclatura, que, em muitos casos, são reflexos da ausência de fundamentação ou de fundamentação confusa, vão impactar na intervenção, não a caracterizando como ciência. Outra implicação está relacionada à força e estabelecimento da área. Se diferentes termos são utilizados para se referir a uma mesma prática, corre-se o risco de perder a coesão e prejudicar o fortalecimento da área na psicologia. Assim, como pontuado por Skinner (1953, p. 9), "teorias afetam práticas. Uma concepção cientifica do comportamento humano dita uma prática, uma filosofia de liberdade pessoal determina outra. Confusão na teoria significa confusão na prática."

Este é um ponto que deve continuar sendo investigado, não só em relação a estas duas modalidades, em específico. É importante que seja compreendido sob controle de que eventos ou aspectos destas propostas de intervenção estão os diferentes cientistas quando classificam-nas como de um grupo ou de outro.

Diante disso, surge a reflexão: é necessário que todas as terapias fundamentadas no mesmo referencial sejam iguais ou seria possível coexistirem diferentes modalidades de prática, se coerentes do ponto de vista teórico-filosófico? Uma análise superficial parece indicar que as TCCs conseguiram uma forma de minimizar esta situação denominando TCCs ou TCs todas aquelas terapias que se baseiam no modelo cognitivo, independente das técnicas ou métodos de intervenção utilizados. Uma solução parecida foi a proposta Franks e Brady (1970), no editorial do primeiro número da *Behavior Therapy*, que propôs como ponto comum para definir as TComps o método experimental. Parece-me impossível pensar na possibilidade de que todos os terapeutas e pesquisadores de uma área realizem a mesma prática e, ao mesmo tempo, a separação em pequenos grupos pode trazer implicações negativas, por exemplo, relacionada à força e estabelecimento da área, preocupação que vem acompanhando os pesquisadores na últimas décadas (Barbosa & Borba, 2010; Costa, 2011).

Mais recentemente, enquanto novas modalidades de terapia tem surgido no cenário mundial – sejam elas diferentes das já existentes, ou não –, alguns terapeutas e pesquisadores tem discutido possibilidades de integração das abordagens comportamentais e cognitivas (Costa, 2002). O assunto ainda é pouco explorado e, independentemente do ponto de vista

adotado – a favor ou contra a possibilidade de integração – é importante que se discuta e se apresente os argumentos de ambos os lados.

O grupo contrário afirma que, até o momento, não foram encontradas justificativas bem fundamentadas para as propostas de integração, pois as diferenças epistemológicas, conceituais e na aplicação são grandes demais para qualquer movimento de integração (Costa, 2002; Guilhardi, 2012). Há também um grupo que, apesar de concordar que há diferenças de várias ordens que impedem a integração, consideram possíveis que aproximações sejam realizadas. Por exemplo, Costa (2011) apresenta a proposta de Wilson e colaboradores, para os quais a integração deve se dar não no plano teórico, mas sim, "no interesse mútuo pela investigação empírica das cognições enquanto variáveis intervenientes para o comportamento" (p. 75). Enfim, independentemente da possibilidade de integração, o que se pode desenvolver é uma relação amigável entre os terapeutas destes grupos, apesar de suas diferenças teórico-filosóficas, uma vez que um clima colaborativo pode contribuir para o desenvolvimento da área enquanto ciência e prática clínica baseada em evidências.

É importante destacar que a literatura da área é extensa e rica, e as discussões realizadas ao longo da história podem gerar muitas outras análises além das realizadas neste trabalho. Como se trata de uma pesquisa de doutorado, com um tempo determinado para realização, foi necessário realizar um recorte em relação ao assunto e à literatura estudada. Diante disso, é importante que outras pesquisas sobre o tema sejam desenvolvidas de forma que possam esclarecer diversas questões ainda não explicadas e que possam contribuir também com o desenvolvimento da área.

Por fim, pode-se afirmar que conhecer a história da abordagem e suas origens permite ao terapeuta se fundamentar melhor e fazer escolhas conscientes no que se refere à sua forma de atuação. Além disso, permite ao terapeuta e ao pesquisador, desenvolver postura crítica em relação às discussões sobre o assunto, debruçando-se às questões realmente importantes da área.

REFERÊNCIAS[8]

(2004). Durval Marcondes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *24*(4), 121. https://dx.doi.org/ 10.1590/S1414-98932004000400014

Abreu, C. N. (2004). Introdução às Terapias Cognitivas. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas* (pp.277-285). São Paulo: Roca.

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2017). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 238-259.

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 18*(1), 45-58.

Abreu, C. N., Ferreira, R. F., & Appolinário, F. (1998). Construtivismo terapêutico no Brasil: uma trajetória. In R. F. Ferreira, & C. N. Abreu (Eds.). *Psicoterapia e construtivismo* (pp. 17-25). Porto Alegre: Artmed.

Abreu, C. N. & Guilhardi, H. J. (Orgs.). (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Rocca.

Almeida, M. A., Runnacles, A. L. S., & Silveira, J. M. (2016) . Treino de comportamentos de intimidade para terapeutas em processo de formação em Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento, 07*(02), 212-228.

Amorim, M. C. S., & Castañon, G. A. (2013). São os terapeutas construtivistas idealistas? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 9*(1), 51-60.

[8] De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Antunes, M. A. M. (1998/2007). *A Psicologia no Brasil: Leitura histórica sobre sua constituição*. São Paulo: EDUC/Marco editora.

Antunes, M. A. M. (2004). A psicologia no Brasil no século XX: Desenvolvimento científico e profissional. In M. Massimi & M. C. Guedes. *História da Psicologia no Brasil: Novos estudos*. São Paulo: EDUC/Cortez Editora.

Associação Latino Americana de Terapias Cognitivas (ALAPCO) (2019). História. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019, de http://www.alapco.com/?page_id=11.

Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) (2019). History of ABCT. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019, de http://www.abct.org/About/?m=mAbout&fa=History.

Ayllon, T. (1963). Intensive treatment of psychotic behaviour by stimulus satiation and food reinforcement. *Behaviour Research and Therapy, 1*(1), 53-61.

Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1968). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 73*(1), 37-43.

Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.

Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição - Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade de aplicação* (Vol. 4, pp. 75-82). Santo André: ESEtec Editores Associados.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Barbosa, J. I. C. & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12 (1/2), 60-79.

Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2006). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49.

Bastos, A. V. B., & Gomide, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *9*(1), 6-15. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000100003

Bastos, A.V. B., Gondim, S. M. G. & Borges-Andrade, J. E. (2010). O Psicólogo brasileiro: Sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas? In O. H. Yamamoto & A. L. F. Costa (Orgs.). *Escritos sobre a formação de psicólogo no Brasil*. Natal: EDUFRN. (pp.255-271)

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*(4), 324-333.

Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy: A 30- Year Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Oxford, England: International Universities Press.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 194-198.

Beck, A. T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184-200.

Beck, A. T. & Alford, B. A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.

Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão (Vera Ribeiro, Trad.).* Rio de Janeiro: Zahar. (trabalho original publicado em 1979).

Botomé, S. P. (2006). Contribuições, participação, organização e representação da análise experimental do comportamento nos eventos e na organização da psicologia no Brasil: a ABPMC como condição e ponto de partida. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *8*(2), 217-231.

Branco, A., Maciel, D., & Silva, M. (2007). Uma história e perspectivas na psicologia do desenvolvimento: com a palavra Thereza Mettel. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*(spe),131-135. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000500024

Camoleze, M. L., & Silveira, J. A. (2017). Intervenções com análises de contingências e tarefas de casa na FAP. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 92-109.

Campos, L. F. L. (2001). Terapia Racional-Emotiva Comportamental. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição - Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (Vol. 10, pp. 15-20). Santo André: ESETec Editores Associados.

Candido, G. V., & Massimi, M. (2012). Contribuição para a formação de Psicólogos: análise de artigos de Carolina Bori publicados até 1962 [Edição especial]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *32*, 246-263. doi:10.1590/S1414-98932012000500018

Cândido, G. V. & Massimi, M. (2016). Psicologia como ciência do comportamento na atuação e obra de Carolina Martuscelli Bori: décadas de 1950 e 1960. *Revista Argentina de Ciências del Comportamiento*, 8(2), 30-38, ISSN 1852-4206.

Cavalcante, S. N. (1999). *Análise funcional na terapia comportamental: Uma discussão das recomendações do behaviorismo contextualista.* Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém, PA.

Costa, N. (2002). *Terapia Analítico-Comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo Cognitivista*. Santo André: ESETec Editores Associados.

Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(2), 46-57.

Cover-Jones, M. (1924a). A laboratory study of fear: the case of Peter. *The Journal of Genetic Psychology*, 31(4), 308-315.

Cover-Jones, M. (1924b). The elimination of children's fears. *Journal of experimental psychology*, 7(5), 382-390.

Cury, S. (1997). Garry Martin e a experiência da PUC-SP. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição – A prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (Vol. 1, pp. 24-28). Santo André: ESEtec Editores Associados.

Cushman, P. (1992). Psychotherapy to 1992: A historical situated interpretation. In D. K. Freedheim. *History f Psychotherapy: a century of change* (1ª ed, pp.21-64). Washington, DC: American Psychological Association.

Danziger, K. (2003). Where theory, history and philosophy meet: the biography of psychological objects. In D.B. Hill & M.J. Kral (Eds.), *About psychology: Essays at the crossroads of history, theory and philosophy* (pp. 19-33). New York: University Press.

De-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que Análise Comportamental Clínica? Uma Introdução ao Livro. In A. K. C. R. De-Farias e cols. *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp.19-29). Porto Alegre: Artmed.

Dobson, K. S. & Scherrer, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In P. Knapp e cols, *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Rev. bras. ter. cogn.,* 4(1), 0-0.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy, Lyle Stuart, New York.

Ellis, A. (1991). The revised ABCs of Rational-emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive and Behavioral-Cognitive-Therapy, 9*, 139-172.

Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 13*(2), 85-89.

Ellis, A. (2001). The Rise of Cognitive Behavior Therapy. In W. T. O'Donohue, D. A. Henderson, S. C. Hayes, J. E. Fisher & L. J. Hayes, *A History of the Behavioral Therapies: Founders' Personal Histories* (pp.183-194). Reno: Context Press.

Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consultant Psychology*, 16(5), 319-324.

Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *The Journal of Mental Science, 105(438)*, 61-75.

Falcone, E. M. O. (2007). As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.), *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp.195-214). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). (2010). Quem somos e História. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019 de http://www.fbtc.org.br/#/institucional.

Fishman, D. B. & Franks, C. (1998). The conceptual evolution of Behavior Therapy. In P. L. Wachtel & S. B. Messer. *Theories of Psychotherapy: origins and evolution*. American Psychological Association: Washington, DC.

Fishman, D. B., Rego, S. A. & Muller, K. L. (2011). Behavioral Theories of Psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos & D. K. Freedheim. *History of Psychotherapy: Continuity and change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Franks, C. M. (1996). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da Terapia Comportamental: uma revisão conceitual. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 3-22). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Franks, C.M. & Brady, J.P. (1970). What is Behavior Therapy and why a new journal? (Editorial). *Behavior Therapy*, 1, 1-3.

Fuller, P. R. (1949). Operant conditioning of a vegetative human organism. *The American Journal of Psychology*, 62(4), 587-590.

Furumoto, L. (1989). The new history of psychology. In I. Cohen (Ed.), *The G. Stanley Hall Lecture Series* (Vol. 9, pp. 9-34). Washington, DC: American Psychological Association.

Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26* (spe), 115-122.

Guedes, M. C., Cândido, G. V., Bellodi, A. C. , Giolo, J. C. C., Vieira, M. C., Matheus, M. N., Miguel, R. R., & Gurgel, T. G. (2008). A introdução da análise do comportamento no Brasil: vicissitudes. *Behaviors*, 12 (dez.), 41- 57.

Guedes, M. C., Guimarães, T. A. & Queiroz, A. B. (2007). A ABPMC e a institucionalização da Análise do Comportamento no Brasil. *Behaviors, 11*, 28-35.

Guilhardi, H.J. (2012). Considerações conceituais e históricas sobre a Terceira Onda no Brasil. Recuperado em 21 de julho de 2014, de http://www.itcrcampinas.com.br/ txt/terceiraonda.pdf.

Guilhardi (2008). O papel da ABPMC para a Terapia Comportamental. *Boletim Contexto, 31*, 1.

Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas* (pp.3-40). São Paulo: Roca.

Guilhardi, H. J. (2003). Tudo se deve às consequências. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019, de http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf.

Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy,* 35(4), 639-665.

Hayes, S., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT): A therapy manual for the treatment of emotional avoidance.* Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry, 6*(3), 245-246.

Hollon, S. D. & DiGiuseppe, R. (2011). Cognitive Theories of Psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos & D. K. Freedheim. *History of Psychotherapy: Continuity and change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Honda, G. C. & Yoshida, E. M. P. (2015). Mudança em psicoterapia: Indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia, 18*(4), 589-597.

Hübner, M. M. C. (2006). Relações entre a Sociedade Brasileira de Psicologia e a Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 8*(2) 2, 237-241.

Kazdin, A. E. (1982). History of Behavior Modification. In. A. S Bellack., M. Hersen, & A. E. Kazdin. *International Handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press. 1st edition

Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.

Kerbauy, R.R. (2011). Análise do comportamento: Princípios e flexibilidade com as contingências. Boletim Contexto, ABPMC, n.34, 28-32, ISSN 2178-583X

Knapp, P. (2004a). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp. & cols. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (p. 19-41). Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P. (Org.). (2004b). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY, US: Plenum Press.

Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In. A. S Bellack., M. Hersen, & A. E. Kazdin. *International Handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press. 2nd edition

Krasner, L. (1976). On the death of behavior modification: Some comments from a mourner. *American Psychologist, 31*, 387-388.

Krasner, L. & Ullmann, L. P., eds. (1965). *Research in Behavior Modification: New developments and implications.* New York: Holt. Rinehart & Winston, 403p .

Krasner, L. (1971). Behavior Therapy. *Annual Review of Psychology, 22*, 483-532.

Lazarus, A. A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A. A. (1967). In support of technical ecleticism. *Psychological Reports, 21*, 415-416.

Lazarus, A. A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the "Basic Id". *Journal of Nervous and Mental Disease, 156*, 404.

Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal, 32(26)*, 660-663.

Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentias: uma panorama histórico. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 6(2), 199-131. doi: 10.18761/pac.2015.027

Leahey, T. H. (2013). *A history of psychology: From antiquity to modernity* (7a ed*ition). Pearson Education, Inc.*

Lettner, Harald W. (1989). Com o que, de fato, a terapia comportamental trabalha?: um depoimento pessoal de um terapeuta comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão, 9*(2), 35-36. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000200012

Lettner, H. W. & Rangé, B. P. (1988). Manual de Psicoterapia Comportamental. São Paulo: Manole.

Lima, M. V. O. L. (1997). A trajetória de um terapeuta comportamental. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição – A prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (Vol. 1, pp. 18-23). Santo André: ESEtec Editores Associados.

Lindsley, O. R. (1963). Free-operant conditioning and psychotherapy. In. J. H. Masserman. *Current Psychiatric Therapies*, 47-56.

Lindsley, O. R., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1953). Study of psychotic behavior, Studies in Behavior Therapy, Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Metropolitan State Hospital, Waltham, MA, Office of Naval Research Contract N5-ori-07662, Status Report I, I June 1953 – 31 December 1953.

Lindsley, O. R. & Skinner, B. F. (1954). A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. The American Psychologist, 419.

Lopes, R. F. F., Bizinoto, J. F. S., Rodrigues, L. B., & Neufeld, C.B. (2014). Contribuições da escola alemã para a terapia do esquema para crianças. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(2), 93-102.

Lopes, R. F. F., Leite, D. T., & Prado, T. P. (2011). Proposta psicoeducativa para crianças baseada na terapia de esquemas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 7*(2), 46-60.

Lourenço Filho, M. B. (1971a). A psicologia no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 23*(3), 113-142.

Lourenço Filho, M. B. (1971b). A psicologia no Brasil nos últimos 25 anos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 23*(3), 143-151.

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Oliveira, M. S. (orgs.) (2015). Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Sinopsys, 526p.

Malavazzi, D. M. (2011). Breve panorama sobre as três gerações da terapia comportamental, Boletim Contexto, ABPMC, n.34, 27, ISSN 2178-583X

Malone, J. C. (1990). *Theories of Learning: A historical approach.* Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.

Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 7(2), 231-245.

Martim, G. A. I., & Silveira, J. M. (2017). A tarefa de casa na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 63-76.

Martin, G. & Pear, J. (1999/2010). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Massimi, M. (2010). Métodos de Investigação em História da Psicologia. *Psicologia em pesquisa (UFJF), 04*, 100-108.

Matos, M. A. (1998). Contingências para a Análise Comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, *9*(1), 89-100. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641998000100014

Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 4(2), 105-118.

Mejias, N.P. (1981). A abordagem experimental e a clínica – problemas de relações entre nomenclatura, formas e espaço de atuação. *Boletim de Psicologia*, 33(81), 25-33.

Mejias, N. P. (2002). A modificação de comportamento no Brasil. *Revista da FMF - Educação, Sociedade e Meio Ambiente, Manaus, 1*(1), 66-75.

Melo, W. V (2014). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapias cognitivas*. Porto Alegre: Sinopsys Editora.

Mettel, T. P. L. & Costa, C. M. L. (1971). Modelagem da resposta de contato visual. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Moreira, F., Silva, E., Lima, G., Assaz, D., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. (2017). Comparação entre os conceitos de self na FAP, na ACT e na obra de Skinner. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 220-237.

Moreira, F. R., & Oshiro, C. K. B. (2017). Reflexões sobre Terapia Analítico-Comportamental Infantil e Psicoterapia Analítica Funcional com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 166-184.

Moreira, J. O., Romagnoli, R. C. & Neves, E. O. (2007). O Surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde. *Psicologia, Ciência & Profissão, 27*(4), 608-621.

Moreno, A. L., & Wainer, R. (2014). Da Gnosiologia à Epistemologia: Um Caminho Científico para Uma Terapia Baseada em Evidências. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 16(1), 41-54.

Morris, E. K., Todd, J. T., Midgley, B. D., Schneider, S. M. & Jhonson, L. M. (1990). The history of behavior analysis: Some historiography and a bibliography. *The Behavior Analyst, 13*(2), 131-158.

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.

Mowrer, O. H. (1938). Apparatus for the Study and treatment of enuresis. *The American Journal of Psychology*, 51(1), 163-165.

Mowrer, O. H. & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis - a method for its study and treatment. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 8(3), 436-459.

Neufeld, C.B., & Affonso, G. (2013). FTBC: uma jornada de 15 anos em prol das Terapias Cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,* 9(2), 136-139.

Neufeld, C. B., Brust, P. G., & Stein, L. M. (2011). Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (1), 103-112.

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Rev. bras. ter. cogn.*, 6(2), 3-35.

Neufeld, C. B., Paz, S. Martins, R. G. & Pavan-Cândido, C. C. (2015). Contribuições da FBTC ao crescimento das Terapias Cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 119-128.

Neufeld, C. B., Xavier, G. S. & Stockmann, J. D. (2010). Ensino de Terapia Cognitivo-Comportamental em Cursos de Graduação em Psicologia: um levantamento nos estados do Paraná e de São Paulo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 42-61.

Nolasco, N. C. (2002). A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: uma revisão histórica. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. São Paulo. (96p.)

Norcross, J. C.; Hedges, M. & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: a Delphi Poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research an Practice*, 33, 316-322.

Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA division of clinical psychology. *Clinical psychology: Science and pratice*, 19 (1), 1-12. doi: 10.1111/j.1468-2850.2012.01269.x

O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior Therapy: Application and outcom*e. 2nd edition. New Jersey: Pretince Hall.

Pérez Alvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía, 5(2), 159-172.

Pessotti, I. (1966-1967). Alguns problemas técnicos em terapia de reforçamento. *Boletim de Psicologia, 18/19* (51-54), 91-105.

Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & e Araújo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo Maringá, 14*(3), 439-445.

Portal de Periódicos CAPES/MEC (2019). Missão e objetivos. Recuperado em 24 de maio de 2019, de https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&Itemid=109

Queiroz, L. O. S. (1971). Modificação do comportamento em um hospital psiquiátrico. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Queiroz, L. O. S. (1973). *Modificação de comportamento numa ala de pacientes crônicos utilizando sistema de economia de fichas. Controle das respostas de higiene matinal através de instruções orais e esmaecimento.* Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2001) Integração de Contingências em ambiente clínico e natural para desenvolvimento de repertório de comportamentos de discriminação de sentimentos. Em Hélio José Guilhardi, Patrícia Piazzon Queiroz, Maria Beatriz P. Madi e Maria Carolina P. Scoz (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição - expondo a variabilidade. Vol. 7*, Cap. 47. Santo André: ESETEc Editores Associados.

Queiroz, L. O. S. & Guilhardi, H. J. (1980). Use of Mediators in a Behavior Modification Clinic in Brazil. In G. J. Martin e J. G. Osborne (Eds.). *Helping in the Community-Behavioral Applications,* Plenum Press, New York.

Queiroz, L .O. S., Guilhardi, H. J., Guedes, M. C. & Martin, G. L. (1976). A university program in Brazil to develop psychologists with specialization in behavior modification. *The Psychological Record, 26*, 181-188.

Rachman, S. (2000). Obituaries: Joseph Wolpe (1915-1997). *American Psychologist, 55*(4), 431-432.

Rachmanm S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 64*, 1-8

Rachman, S. (2016). The Origins of Behavior Therapy. *The Behavior Therapist, 3*, 260-261.

Rangé, B. P. (2001). Por que sou Terapeuta Cognitivo-Comportamental? In R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição - Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp.21-30). Santo André: ESETec Editores Associados.

Rangé, B. P. (2007). Homenagem a Albert Ellis. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2), pp.0-0.

Rangé, B. P., Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Rev. bras.ter. cogn., 3*(2), pp.0-0. doi: 10.5935/1808-5687.20070014

Rangé, B. P., Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2011). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. In I. Andretta & Oliveira, M. S. (Orgs.). *Manual prático de Terapia Cognitivo-Comportamental.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rangé, B., & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (Vol. 2, pp.55-69). Campinas: Editorial Psy.

Rego, C. M., Lima, M. V. O., & Leite, O. S. Melhora do desempenho escolar e da sociabilidade pela dessensitização sistemática. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Rozestraten, R. (1988). Anais da XVIII Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019, de http://sbponline.org.br/ conheca-o-historico-da-sbp-relatado-por-ricardo-gorayeb-e-reinier-rozestraten.

Rubiano, M. R. B. (2019). Apresentando a Sociedade Brasileira de Psicologia. Recuperado em 04 de fevereiro de 2019, de http://sbponline.org.br/marcia-regina-bonagamba-rubiano-apresenta-a-sbp.

Rutherford, A. (2009). *Beyond the box: B. F. Skinner's technology of Behavior from Laboratory to Life, 1950s-1970s*. Toronto: University of Toronto Press.

Saslow, G., Matarazzo, J. D. & Guze, S. B. (1955). The Stability of Interaction Chronograph Patterns in Psychiatric Interviews. *Journal of Consulting Psychology, 19*(6), 417-430.

Shinohara, H. O. (2001a). Conceituação da Terapia Cognitivo-Comportamental. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição - Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp.05-09). Santo André: ESETec Editores Associados.

Shinohara, H. O. (2001b). Cognitivismo ou Construtivismo? In R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição - Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp.10-14). Santo André: ESETec Editores Associados.

Shinohara, H., & Figueiredo, C. (2011). A prática da terapia cognitiva no Brasil. In B. Rangé & cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.33-39). Porto Alegre: Artmed.

Silva, A. A., & Affeche, A. C. (1971). Restabelecimento de comportamento verbal em criança excepcional. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Silva, A. A., & Lima, M. (1971). Eliminação de comportamento de "birra" em excepcional. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Skinner, B.F. (1953). Science and Human Behavior. New York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis.* Cambridge, Massachusetts: B.F. Skinner Foundation.

Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review, 52*, 270-277.

Skinner, B. F. (1984). The evolution of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 41*(2), 217-221.

Slocum, T. A. & Butterfield, E. C. (1994). Bridging the schism between behavioral and cognitive analyses. *The Behavior Analyst*, 1(17), 59-73.

Smith, T. (1988). Does the history of psychology have a subject matter? *History of Human Sciences, 1*, 147-177.

Stocking, G. W. (1965). On the limits of "presentism" and "historicism" in the historiography of the behavioral sciences. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 1*, 211-217.

Teo, T. (2013). Agnotology in the dialectics of the history and philosophy of psychology. *Theory & Psychology, 23*(6) 840–851.

Todd, J. T., & Morris, E. K. (1992). Case histories in the great power of steady misrepresentation. *American Psychologist, 47*(11), 1441-1453.

Tourinho, E. Z. (2002). Prefácio. In N. Costa, *Terapia Analítico-Comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo Cognitivista* (pp.xiii-xi). Santo André: ESETec Editores Associados.

Tourinho, E. Z. & Cavalcante, S. N. (2001). Por que Terapia Analítico-Comportamental. *Boletim Contexto, ABPMC, 23*, 10.

Ullmann, L. P. & Krasner, L. (eds) (1965). Case studies in behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965. 401 p.

Vandenberghe, L. (2006). Terapia comportamental de casal - uma retrospectiva da literatura internacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(2), 145-160.doi:

Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto, ABPMC, 34*, 33-41.

Vandenberghe, L. (2017). Três faces da Psicoterapia Analítica Funcional: Uma ponte entre análise do comportamento e terceira onda. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3), 206-219.

Vandenberghe, L. & Sousa, A. C. A. (2006). Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais. *Rev. bras.ter. cogn., 2*(1), pp.35-44.

Vandenberghe, L., & Valadão, V. C. (2013). Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 9*(2), 126-135.

Velloso, E. D. (1977). Psicologia Clínica no Brasil na atualidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 29*(3), 3-17.

Velloso, E. D. (1982). Psicologia Clínica no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 34*(1), 21-36.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20*, 158-177.

Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14.

Watson, R. I. (1960). The history of Psychology: A neglected area. *American Psychologist*, 15, 251-55.

Wenzel, A. (2018). Inovações em TCC: Intervenções estratégicas para uma prática criativa. Porto Alegre: Artmed.

Wertheimer, M. (1998). Pesquisa histórica – por quê? In J. Brozek, & M. Massimi (Orgs), *Historiografia da Psicologia Moderna* (pp. 21-41). Edições Loyola: São Paulo.

Wilson, G. T. (1978). On the much discussed nature of the term “Behavior Therapy”. *Behavior Therapy*, 9, 89-98.

Wilson, G. T. (2016). Origins of Behavior Therapy: The South African Connection. *The behavior Therapist*, *3*, 258-259.

Wilson, G. T. & Evans, (1967). Behavior Therapy and Not Behavior Therapies.

Witter, G.P. & Lima, M. (1971). Estabelecimento e manutenção de uma resposta motora em esquema de razão fixa em adolescente excepcional. Anais da I Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.

Wolpe, J. (1976a). Behavior Therapy and its malcontentes I: Denyal of its basys and psychodinamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*, 1-5.

Wolpe, J. (1976b). Behavior Therapy and its malcontentes II: Multimodal ecleticism, cognitive exclusivism and “exposure” empiricism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7*, 109-116.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford, Calif.: Stanford UniversityPress.

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy, 3*(4), 234–240

Wolpe, J. (1963). Psychotherapy: The nonscientific heritage and the new science. *Behaviour Research and Therapy, 1*, 23-28.

Wolpe, J. (1973). The practice of behavior therapy (2nd ed.). Oxford, England: Pergamon.

Woodward, W. R. (1998). Rumo a uma historiografia crítica da psicologia. In J. Brozek, & M. Massimi (Orgs), *Historiografia da Psicologia Moderna* (pp. 61-87). Edições Loyola: São Paulo.

Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy.* New York: Wiley.

Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2014). A pesquisa de processo em psicoterapia II. São Paulo: Núcleo Paradigma.

Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P. & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da Análise do Comportamento para a clínica: a Terapia Analítico-Comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 09-16.

APÊNDICES

APÊNDICE A – REFERÊNCIAS LEVANTADAS NA PRIMEIRA PESQUISA REALIZADA NO BRASIL

(1955). Behavior therapy bibliography. New Haven : Published for the Institute of Human Relations by Yale University Press London : Oxford University Press, 188p

Abreu, C. N. & Guilhardi, H. J. (2004). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: praticas clinicas. Sao Paulo : Roca, 482p.

Abreu, C. N. & Roso, M. (2003). Psicoterapias cognitiva e construtivista : novas fronteiras da pratica clinica. Porto Alegre : Artmed, 335p.

Acceptance and change: content and context in psychotherapy

Alvarenga, Pedro Gomes de; Andrade, Arthur Guerra de. (2008). Fundamentos em psiquiatria, Barueri: Manole, p. 577-596.

Andretta, I. & Oliveira, M. S. (2011). Manual pratico de terapia cognitivo-comportamental. Sao Paulo : Casa Psicologo, 607p.

Araújo, R. B. Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero - tratando pacientes da vida real.

Austin, J. & Carr, J. E. (eds). (2000). Handbook of applied behavior analysis. Reno, Nev : Context Press, 488p. ; foreword by Beth Sulzer-Azaroff.

Azzi, R. G. & Polydoro, S. A. J. (org). (2006) Auto-eficacia em diferentes contextos. Campinas: Alinea, 156p.

Bakwin, H. & Bakwin, R. M. (1953). Clinical management of behavior disorders in children. Philadelphia : Saunders, 495p.

Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York : Holt, Rinehart and Winston, 677p.

Bandura, A. (1979). Modificacao do comportamento. Rio de Janeiro : Interamericana.

Bandura, A. Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed.

Basco, M. R. & Rush, A. J. (2009). Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar : guia do terapeuta. Porto Alegre : Artmed, 268p.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). Cognitive Therapy of Depression.

Beck, A.T. & Alford, B. A. (2000) O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed, 173p.

Beck, J. S. (1997).Terapia cognitiva : teoria e pratica. Porto Alegre : Artes Medicas,, 341p.; [Trad] Sandra Costa.

Beck, J. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental: teoria e pratica. Porto Alegre : Artmed, 413p.

Behavior modification: principles and clinical applications

Behavioral approaches for children and adolescents : challenges for the next century / edited by Henck P.J.G. van Bilsen, Philip C. Kendall, and Jan H. Slavenburg.

Behavioral psychotherapy: maudsley pocket book of clinical management

Bellack, A. S. & Hersen, M. (eds). (1985). Dictionary of behavior therapy techniques. New York : Pergamon Press, 235p.

Bellack, A. S., Hersen, M.& Kazdin, A. E..(eds). (1985). International handbook of behavior modification and therapy. New York : Plenum Press, 471p.

Bijou, S. W. & Ribes Inesta, E.. (1978). Modificacion de conducta: problemas y extensiones. Mexico : Trillas, traduccion Francisco Gonzalez.

Blackman, D. & Lejeune, H. (1990). Behaviour analysis in theory and practice : contributions and controversies. Hove : Lawrence Erlbaum Associates Ltd Publishers, 317p.

Boavista, R. R. C. (2012). Terapia de aceitacao e compromisso (ACT) : mais uma possibilidade para a clinica comportamental. Santo Andre : ESETec, 64p.

Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012). Clinica analitico-comportamental : aspectos teoricos e praticos. Porto Alegre : Artmed, 312p.

Caballo, V. E. (2011). Manual de tecnicas de terapia e modificacao do comportamento. Sao Paulo : Santos, 873p.

Caminha, R. M. (org.) (2007). Psicoterapias cognitivo-comportamentais : teoria e pratica. Sao Paulo : Casa do Psicologo, 259p.

Caminha, R. M. & Caminha, M. G. (2007). A pratica cognitiva na infancia. Sao Paulo : Roca, 296p.

Cautela, J. R. (1977). Behavior analysis forms for clinical intervention. Champaign, Ill: Research Press Co.

Cautela, J. R. & Ishaq, W. (ed.) (1996). Contemporary issues in behavior therapy : improving the human condition. New York : Plenum Press, 447p.

Cavalcante, R. Análise do comportamento: avaliação e intervenção.

Cillo, E. N. P., & Santos, M. R. M (2007). Ciencia do comportamento : conhecer e avancar. Santo Andre : ESETec, volume 6.

Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade. Porto Alegre : Artmed, 640p.; traducao de Maria Cristina Monteiro.

Cordioli, A. V. TOC : manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-complusivo.

Costa, M. R. S. (). Introdução a psicoterapia cognitivo-comportamental

Costa, N. (2002). Terapia analitico-comportamental: dos fundamentos filosoficos a relacao com o modelo cognitivista. Santo Andre : ESETec.

Craighead, L. W. (1994). Cognitive and behavioral interventions : an empirical approach to mental health problems. Boston : Allyn and Bacon, 464p.

Dattilio, F. M. & Padesky, C. A. (1990). Cognitive therapy with couples. Sarasota, FL : Professional Resource Exchange, Inc, 136p.; [foreword by Aaron T. Beck].

De-Farias, A. K. e cols. Análise Comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso.

Dias, A. L.F., Cruvinel, A. C., & Cillo, E. N. (2004). Ciencia do comportamento : conhecer e avancar. Santo Andre : ESETec, volume 4.

Dobson, D. & Dobson, K. S. (2010). A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidencias. Porto Alegra: Artmed, 263p.

Dobson, K. S. (2006). Manual de terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre : Artmed, 339p.

Dryden, W. & Rentoul, R. (ed). (1991). Adult clinical problems : a cognitive-behavioural approach. London : Routledge, New York, 370p.

Duffy, M. Handbook of counseling and psychotherapy with older adults.

Eifert, G. H & Evans, I. M.(eds). (1990). Unifying behavior therapy : contributions of paradigmatic behaviorism. New York : Springer Pub. Co., 374p.

Fortes, H. (1954). Terapeutica infantil. Rio de Janeiro : Livraria Atheneu, 837p.

Fraguas Junior, Renerio; Figueiro, Joao Augusto Bertuol (2000). Depressoes em medicina interna e em outras condicoes medicas: depressoes secundarias, Sao Paulo : Atheneu, p. 457-464

Franks, C. M. (ed.). (1979). Behavior therapy; : appraisal and status. New York : McGraw-Hill, 730p.

Freeman, A. M. (1994). Clinical applications of cognitive therapy. New York : Wiley & Sons, Chichester, 376p..

Freeman, A. M. (ed.).(1989). Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York : Plenum Press, 426p.

Freeman, A. M. (ed). (1983). Cognitive therapy with couples and groups. New York : Plenum Press, 343p.

Friedberg, R. D., McClure, J. M. & Garcia, J. H. (2009). Cognitive therapy techniques for children and adolescents : tools for enhancing practice. New York : The Guilford Press, 326p.

Gallagher-Thompson, D. Steffen, A. M. & Thompson, L. W. (ed.) (2008). Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults. New York : Springer, 347p.

Geiser, R. L. (1977). Modificacao do comportamento e sociedade controlada : como as teorias de Skinner sao aplicadas para modificar o comportamento. Rio de Janeiro : Zahar, 167p.

Goldfried, M. R. & Davison, G. C.. (1994). Clinical behavior therapy. New York : Wiley & Sons, Chichester, 321p.

Gonçalves, O. F. (1998). Psicoterapia cognitiva-narrativa: manual de terapia breve. Editorial Psy

Grassi, Teresa Cristina Cume. (2004). Contemporary challenges in the behavioral approach : a brazilian overview. Santo Andre : ESETec, 233p.

Hawton, K. (1997). Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiatricos : um guia pratico. Sao Paulo : Martins Fontes, 613p. traducao Alvamar Lamparelli; revisao Jefferson

Hersen, M. (1986). Pharmacological and behavioral treatment : an integrative approach.

Hofmann, S. G. (2014). Introducao a terapia cognitivo-comportamental contemporanea. Porto Alegre : Artmed, 218p.; traducao de Regis Pizzato ; revisao tecnica Carmem Beatriz Neufeld.

Hughes, J. N..(1988). Cognitive behavior therapy with children in schools. New York : Pergamon Press, 267p.

Ito, L. M. e cols. (1998). Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiatricos. Porto Alegre : Artes Medicas, 176p.

Ivey, A. E. et al (2002). Theories of counseling and psychotherapy : a multicultural perspective. Boston : Allyn and Bacon, 456p.

Jacobson, N. S. (1987). Psychotherapists in clinical practice : cognitive and behavioral perspectives. New York : Guilford Press, 451p.

James, I. A. (2010). Cognitive behavioural therapy with older people : interventions for those with and without dementia. London : Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia, 256p.

Joyce-Moniz, L.. (1979). A modificacao do comportamento : teoria e pratica da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais. Lisboa : Horizonte, 235p.

Kanfer, F. H. (1975). Principios da aprendizagem na terapia comportamental : aplicacao clinica. Sao Paulo, SP : Epu.

Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1986). Helping people change : a textbook of methods. New York : Pergamon Press, 201p.

Kanfer, F. H. & Phillips, J. S.. (1970). Learning foundations of behavior therapy. New York : Wiley, 642p.

Kazdin, A. E. (1977). Modificacao do comportamento. Sao Paulo : Brasiliense, 40p.

Kazdin, A. E. (2001). Behavior modification in applied settings. Belmont, CA : Wadsworth/Thomson Learning, 512p.

Kendall, P. C. (1982). Advances in cognitive-behavioral research and therapy. New York Paris London : Academic Press,

Kendall, P. C. & Braswell, L..(1993). Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York : Guilford Press, 239p.

Knapp, P. (2004). Terapia cognitivo-comportamental na pratica psiquiatrica. Porto Alegre : Artmed, 620p.

Knight, B. G. (2004). Psychotherapy with older adults. Thousand Oaks, CA : Sage, 289p.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M.(1991). Functional analytic psychotherapy : creating intense and curative therapeutic relationships. New York : Plenum Press, 217p.

Krasner, L. & Ullman, L. P. (1965). Research in behavior modification: new developments and implications. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Krasner, L. & Ullmann, L. P. (1972). Pesquisas sobre modificacao do comportamento.Sao Paulo : Herder, 473p.

Kuyken, W., Padesky, C. A., Dudley, R., Rosa, S. M. M. (2010). Conceitualizacao de casos colaborativa : o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre : Artmed, 367p.

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., Gallagher-Thompson, D. & Beck, A. T. (2003). Cognitive behaviour therapy with older people. Chichester, West Sussex : Wiley, 215p.

Lazarus, A. A. (1971). Behavior therapy & beyond. New York : McGraw-Hill, 306p.

Lazarus, A. A. (1977). Psicoterapia personalista: uma visão além dos princípios de condicionamento. Belo Horizonte : Interlivros,

Lazarus, A. A. Terapia multimodal do comportamento

Lettner, H. W. & Range, B. P. (1988). Manual de psicoterapia comportamental. Sao Paulo : Manole, 341p.

Linehan, M. M. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline : guia do terapeuta. Porto Alegre : Artmed, 511p.

Lipp, M. E. N. & Yoshida, E. M. P. (orgs.) (2012). Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lotufo Neto, F. (2001). Terapias cognitivas. Revista de Psiquiatria Clinica, v. 28, n. 06, p. 285.

Lowe, C. F. (1985). Behaviour analysis and contemporary psychology. London : Lawrence Erlbaum Associates, 297p.

Machado, L. M. C. M. (1994). Behaviorismo radical : uma visao do homem integral. Revista de Psicologia Experimental e Analise do Comportamento, Londrina, v. 1, p. 11-19.

Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass. : Ballinger Pub. Co., 351p.

Marholin, D. (). Child Behavior therapy. New York: Gardner Press inc.

Martin,G. & Pear, J. (1983). Behavior modification : what it is and how to do it. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 522p.

McMullin, R. E. (2005). Manual de tecnicas em terapia cognitiva. Porto Alegre : Artmed, 335p.

Mejias, N. P. (2002). A modificacao de comportamento no Brasil. Revista da FMF - Educacao, Sociedade e Meio Ambiente, Manaus, v. 1, n. 1, p. 66-75, 2002

Melo, W.V. (2014) Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Synopsis Editora.

Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estimulos?. Acta Comportamentalia, Guadalajara, v. 8, n. 2, p. 215-225.

Meyer, S. B. (2002). O emprego da orientacao por terapeutas comportamentais. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Sao Paulo, v. 4, n. 2, p. 79-90

Meyer, S. B.. (1998). A analise funcional como prerrogativa do clinico comportamental. Integracao Ensino Pesquisa Extensao, Sao Paulo, v. 4, n. 12, p. 26-28.

Miguel, Euripedes Constantino; Gentil, Valentim; Gattaz, Wagner Farid, editores. (2011). Clinica psiquiatrica, Barueri , SP: Manole, 2. V

Mikulas, W. L. (1977). Tecnicas de modificacao do comportamento. Sao Paulo: Harper & Row do Brasil.

Miyazaki, Maria Cristina de Oliveira Santos. (1997). Diagnostico e intervencao clinica comportamental infantil : uma breve revisao. Estudos de Psicologia, v. 14, n. 01, p. 15-28.

Moro, M. R. & Lachal, C. (2008). As psicoterapias : modelos, metodos e indicacoes. Petropolis, RJ : Vozes, 271p.; ; com a participacao de Thierry Baubet e Benoit Dutray, traducao de Lucia M. Endlich Orth.

Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J.. (ed.) (1995). Constructivism in psychotherapy. Washington, DC : American Psychological Association, 436p.

Neuringer, C. & Michael, J. L. (ed.) (1970). Behavior modification in clinical psychology.New York : Appleton-Century-Crofts, 261p.

Neves Neto, A. R..(2003). Psicoterapia cognitivo-comportamental : possibilidades em clinica e saude. Santo Andre, SP : ESETec Editores Associados, 103p.

Newman, C. F. (2006). Transtorno bipolar: tratamento pela terapia cognitiva. Sao Paulo : Roca, 225p.; traducao Monica Giglio Armando.

Nucci, A. P. e S. (1979). Terapia comportamental. Sao Paulo : Epu.

O'Donohue, W. T. & Krasner, L.. (1995). Theories of behavior therapy : exploring behavior change. Washington, D.C. : American Psychological Association, 753p.

Piccoloto, N. M., Wainer, R. & Picccoloto, L. B. (orgs) (2008). Topicos especiais em terapia cognitivo-comportamental. Sao Paulo : Casa do Psicologo, 357p.

Plaud, J. J. & Eifert, G. H. (From behavior theory to behavior therapy.

Rachlin, H. (1979). Comportamiento y aprendizaje. Barcelona : Omega, 780p.

Range, B. & Borba, A. (2008). Vencendo o panico : terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de panico e a agorafobia. Rio de Janeiro : Cognitiva, 308p.

Rangé, B. P. (2011). Psicoterapias cognitivo-comportamentais : um dialogo com a psiquiatria. Porto Alegre : Artmed, 800p.

Rangé, B. P. (org.) (1995). Psicoterapia comportamental e cognitiva : pesquisa, pratica, aplicacoes e problemas. Campinas : Editorial Psy, 367p.

Rangé, B. P. (org.) (1995). Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiatricos. Campinas : Editorial Psy, 300p.

Reinforcement therapy

Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1974). Behavior therapy: techniques and empirical findings. New York : Academic Press.

Rodrigues, A. G. (2011). O comportamento empatico do psicologo : ajuda ou atrapalha o sucesso terepeutico?. Revista Polemica. , Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 406-415.

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2010). A pratica da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitacao. Porto Alegre : Artmed, 262p.; traducao Maria Adriana Verissimo Veronese ; revisao tecnica Armando Ribeiro das Neves Neto.

Rosner, R. I., Lyddon, W.J. & Freeman, A. M. (eds). (2004). Cognitive therapy and dreams. New York : Springer Pub. Co, 199p.

Salkovskis, P. M.(2012). Fronteiras da terapia cognitiva. Sao Paulo : Casa do Psicologo, 439p., prologo por S. Rachman e traducao de Ana Maria Serra.

Sapp, M. (2004). Cognitive-behavioral theories of counseling : traditional and nontraditional approaches. Springfield, Ill : C.C. Thomas, 251p.

Sherman, R. A. (1973). Behavior modification theory and practice. Monterey : Brooks/Cole Pub. Co., 183p.

Silvares, E. F. M. (1989). Teaching behavior therapy in Sao Paulo Brazil : problems and solutions. Behavior Therapist, New York, v.12, n.2 , p.22

Silvares, E. F. M. (1995). O modelo triadico no contexto de terapia comportamental com familias. Teoria e Pesquisa, Brasilia, v.11, n.3 , p.235-41, set./dez.

Silvares, E. F. M. (1998). Ampliando la intervencion psicologica a la familia en la terapia conductual infantil. Psicologia Conductual, Granada, v. 6, n. 3, p. 617-627.

Silvares, E. F. M.. (1991). A evolução do diagnóstico comportamental. Psicologia Teoria e Pesquisa, Brasilia, v.7 , n.2 , p.179-87.

Spiegler, M. D. & Guevremont, D. C.(2010).Contemporary behavior therapy. Belmont, CA : Wadsworth, Cengage Learning, 609p.

Stallard, P. (2004). Bons pensamentos - bons sentimentos : manual de terapia cognitivo-comportamental para criancas e adolescentes. Porto Alegre : Artmed, 204p.

Stallard, P. (2010). Ansiedade : terapia cognitivo-comportamental para criancas e jovens. Porto Alegre : Artmed, 216p.

Stefanelli, Maguida Costa; Fukuda, Ilza Marlene Kuae; Arantes, Evalda Cancado, orgs. (2008). Enfermagem psiquiatrica em suas dimensoes assistenciais, Barueri : Manole, 668 p.

Sudak, D. M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental na pratica. Porto Alegre : Artmed, 182p.

Teixeira, A. M. S., Assunção, M. R. B., Starling, R. R., & Castanheira, S. S. (2002). Ciencia do comportamento : conhecer e avancar. Santo Andre : ESETec, volume 1.

Teixeira, A. M. S., Lé Sénéchal-Machado, A. M., Castro, N. M. S., & Cirino, S. D. (2002). Ciencia do comportamento : conhecer e avancar. Santo Andre : ESETec, volume 2.

Tourinho, E. Z. & Luna, S. V..(2010). Analise do comportamento : investigacoes historicas, conceituais e aplicadas. São Paulo: ROCA, 242p.

Ullmann, L. P. & Krasner, L. (1965). Case studies in behavior modification. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Vermes, J. S. (2010). Terapia analitico-comportamental. In: Psicoterapias: mente e cerebro; v.2, Sao Paulo: Dueto.

Wenzel, A., Brown, G.y K., Beck, A. T. & Duarte, M. F. (2010). Terapia cognitivo-comportamento para paciente suicidas. Porto Alegre : Artmed, 304p.

White,J. R. & Freeman, A. S. (2003). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populacoes e problemas especificos. Sao Paulo : Roca, 460p.; traducao Monica Giglio Armando ; revisao cientifica Cristiano Nabuco.

Wilson, G. T. & Franks, C. M..(ed.) (1982). Contemporary behavior therapy : conceptual and empirical foundations. New York : Guilford Press, 597p.

Wolpe, J.(1976). Pratica da terapia comportamental. Sao Paulo : Brasiliense, 326p.

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E.(2008). Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental : um guia ilustrado. Porto Alegre : Artmed, 224p.

Yates, A. J. (1973). Terapia del comportamiento. Mexico : Trilhas.

Yates, A. J.(1975). Theory and practice in behavior therapy.New York : Wiley, 243p.

Young, J. E. (2003). Terapia cognitiva para transtornos da personalidade : uma abordagem focada em esquemas. Porto Alegre : Artmed, 88p.; traducao: Maria Adriana Verissimo Veronese ; consultoria, supervisao e revisao tecnica: Bernard Range.

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. & Costa, R. C. (2008). Terapia do esquema: guia de tecnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.368p.

Zamignani, (2008). Uma aplicacao dos principios da analise do comportamento para a clinica: a terapia analitico comportamental. Boletim Paradigma, Sao Paulo, v. 3, p. 9-16, ago.

APÊNDICE B – REFERÊNCIAS LEVANTADAS NAS BIBLIOTECAS NOS EUA

Agras, W. S. (1997). Helping people improve their lives with behavior therapy. *Behavior therapy, 28,* 375-384.

Ayllon, T., & Azrin, T. H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 8(6), 357-383

Azrin, N., & Lindsley, O. R. (1956). The reinforcement of cooperation between children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52,100-102.

Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.

Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58(2), 143-159.

Barlow, D. H. (2016). Paradigm clashes and progress - a personal reflection on a 50-year association with ABCT. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 415-419.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10(6)*, 561-571.

Beck, A. T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.

Beck, A. T. (197l). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry, 24*, 495-500.

Begelman, D. A. (1971). Continuity vs Discontinuity Theories of Etiology in Behaviorism. *Behavior Therapy, 2*, 560-566.

Bergin, A. E. (1970). Cognitive Therapy and Behavior Therapy- Foci for a Multidimensional Approach to Treatment. *Behavior Therapy, 1,* 205-212.

Bervick, P., & Oziel, L. J. (1973). The Use of Meditation as a Behavioral Technique. *Behavior Therapy, 4*, 743-745.

Birk, L. (1970). Behavior Therapy - Integration with Dynamic Psychiatry. *Behavior Therapy, 1*, 522-526.

Blackledge, J. T., Moran, D. J., & Ellis, A. (2009). Bridging the divide: Linking Basic Science to Applied Psychotherapeutic Interventions—A Relational Frame Theory Account of Cognitive Disputation in Rational Emotive Behavior Therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 27*, 232-248.

Braun, S. H. (1975). Ethical Issues in Behavior Modification. *Behavior Therapy, 6,* 51-62.

Breger, L. & McGaugh, J. L. (1965). Critique and reformulation of 'learning theory' approaches to psychotherapy and neuroses. *Psychological Bulletin*, 65(5), 338-357.

Breger, L. & McGaugh, J. L. (1966). Learning theory and behavior therapy a reply to Rachman and Eysenck. *Psychological Bulletin*, 65(3), 170-173.

Brady, J. P., Reyna, L. J., & Wolpe, J. (1972). The AABT, the behavior therapy and research society and accreditation. *Behavior* Therapy, 3(3), 520-522.

Cover-Jones, M. (1924). A laboratory study of fear: the case of Peter. *The Journal of Genetic Psychology*, 31(4), 308-315.

Cover-Jones, M. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of experimental psychology*, 7(5), 382-390.

Craighead, W. E. (2016). ABCT at 50 years: reflections, changes ad future. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 431-435.

Davidson, G. C. (2016). Some reflections on the evolution of behavior therapy during abct's first 50 years. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 420-425.

Davidson, G. C., & Wilson, G. T. (2014). Obituaries: Arnold Lazarus. *American Psychologist, 69(6)*, 620-621.

Davis, D. & Petersen, L. (1994). Cognitive-and-behavioral-practice: editorial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1,1-4.

Eifert, G. H. (1997). Psychoanalysis ruled (much of) the 20th century- Behavior therapy the 21st century? Commentary on "Disenchantment and Hope: Will We Ever Occupy Center Stage?. *Behavior Therapy, 28*, 371-374.

Ellis, A. (1948). The Application of Scientific Principles to Scientific Publications. The Scientific Monthly, 66(5), 427-430

Ellis, A. (1948). A critique of the theoretical contributions of non-directive therapy. *Journal of Clinical Psychology, 4(3)*, 248-255.

Ellis, A. (1950). Requisites for research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 6(2),* 152-156.

Ellis, A. (1952). A critique of systematic theoretical foundations in clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology, 8(1)*, 11-15.

Ellis, A., Nydes, J., & Riess, B. F. (1955). Qualifications of the clinical psychologist for the practice of psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology, 11(1),* 33-37.

Ellis, A. (1955). New approaches to psychotherapy techniques (monograph supplement). *Journal of Clinical Psychology, 11(3)*, 208-251.

Ellis, A. (1964). Thoughts on theory versus outcome in psychotherapy. *Psychotherapy:*

Theory, Research & Practice, 1(2), 83-87.

Ellis, A. (1965). An answer to some objections to Rational-Emotive Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 2(3)*, 108-111.

Ellis, A. (1967). Should some people be labeled mentally ill?. *Journal of Consulting Psychology, 31(5)*, 435-446.

Ellis, A. (1972). What Kinds of Reinforcement Can Cognitive-Behavior Therapists Receive from B. F. Skinner?. *Behavior Therapy, 3*, 263-274.

Ellis, A. (1974). Rational-Emotive revisited. *Professional Psychology, 5(2)*, 111.

Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 13(4)*, 343-348.

Ellis, A. (1977). Can We Change Thoughts by Reinforcement? A Reply to Howard Rachlin. *Behavior Therapy, 8*, 66-672.

Ellis, A. (1979). Rational Emotive Behavior Therapy success and failures: Eight personal perspectives. *Journal of Counseling and Development, 79(3),* 259-268.

Ellis, A. (1979). On Joseph Wolpe's espousal of Cognitive-Behavior Therapy. *American Psychologist, 34(1)*, 98-99.

Ellis, A. (1981). Misrepresentation of Behavior Therapy by Psychoanalists. *American Psychologist, 36(7)*, 798-799.

Ellis, A. (1990). Comment on "A competence paradigm for psychological practice". *American Psychologist, 45(6)*, 783-784.

Ellis, A. (1991). The ABCs of RET. *The Humanist, 51(1)*, 19-20 e 49.

Ellis, A. (1993). Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2)*, 199-201.

Ellis, A. (1996). The humanism of rational emotive behavior therapy and other cognitive behavior therapies. *Journal Of Humanistic Education & Development*, *35*(2), 69-89.

Ellis, A. (1997). Extending the Goals of Behavior Therapy and of Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 28*, 333-339.

Ellis, A. (1999). Early theories and practices of rational-emotive-behavior therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 17(2)*, 69-93.

Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36(2)*, 154-159.

Ellis, A. (1999). Therapy grows up. *Psychology today, 32(6)*, 4-44

Ellis, A. (2001). Reasons why rational emotive behavior therapy is relatively neglected in the

professional and scientific literature. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19(1)*, 67-74.

Ellis, A. (2003). Early theories and practices of rational emotive behavior therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy,* 21(3/4), 219-243.

Ellis, A. (2004). Why i (really) became a therapist. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy,* 22(2), 73-77.

Ellis, A. (2004). How my theory and practice of psychotherapy has influenced and changed other psychotherapies. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy,* 22(2), 79-83.

Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy,* 22(2), 85-92.

Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (rebt) and acceptance and commitment therapy (act) resolve their differences and be integrated?. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23(2)*, 153-168.

Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consultant Psychology*, 16(5), 319-324.

Eysenck, H. J. (1955). The effects of psychotherapy a reply. *Journal of Abnormal Psychology*, 50(1), 147-148.

Eysenck, H. J. (1958). The continuity of normal and abnormal behavior. *Psychological Bulletin*, 55(6), 429-432.

Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *The Journal of Mental Science, 105(438)*, 61-75.

Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: a reply. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice, 1,* 97–100.

Eysenck, H. J. (1965). Critique and reformulation of 'learning theory' approaches to psychotherapy and neuroses. *Psychological Bulletin*, 63(5), 338-358.

Eysenck, H. J. (1966). Learning theory and behavior therapy a reply to Rachman and Eysenck. *Psychological Bulletin*, 65(3), 170-173.

Eysenck, H. J. (1969). Relapse and symptom substitution after different types of psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 7, 283-287.

Eysenck, H. J. (1971). Behavior Therapy as a scientific discipline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(3), 314-319.

Eysenck, H. J. (1972). Behavior Therapy is Behavioristic. *Behavior Therapy*, 3, 609-613.

Eysenck, H. J. (1972). Note on factors influencing the outcome of psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 78(5), 403-405.

Eysenck, H. J. (1976). The learning theory model of neurosis a new approach. *Behavior Research and Therapy*, 14, 251-167.

Eysenck, H. J. (1979). Behavior therapy and the philosophers. *Behavior Research and Therapy*, 17, 511-514.

Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy what we have learned. *Behavior Research and Therapy*, 32(5), 477-495.

Farley, F. (2009). Obituaries: Albert Ellis. *American Psychologist, 64(3),* 215-216.

Fay, A., Karlin, R., Mulligan, W., Woolfolk, R. (1975). Some Misperceptions in Wolpe's Reply to Salter's Review of The Practice of Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 6*, 569-570.

Ferster, C. B, & DeMyer, M. K. (1962). A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32(1), 89-98.

Franks, C. M. (1965). Behavior therapy, psychology and the psychiatrist: contributions, evaluation and overview. *American Journal of Orthopsychiatry, 35*, 145-151.

Franks, C. M. (1997). It was the best of times, It was the worst of times. *Behavior Therapy, 28*, 389-396.

Franks, C. M., & Mays, D. T. (1980). Negative effects revisited: A rejoinder. *Professional Psychology,11(1)*, 101-105

Franzini, L. R. & Tilker, H. A. (1972). On the Terminological Confusion between Behavior Therapy and Behavior Modification. *Behavior Therapy*, 3, 279-282.

Fuller, P. R. (1949). Operant conditioning of a vegetative human organism. *The American Journal of Psychology*, 62(4), 587-590.

Gordon, F. B. (1973). Variations in Behavior Therapy Techniques: A Note of Caution. *Behavior Therapy, 4,* 258-260.

Grossberg, J. M. (1981). Comments about cognitive therapy and behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 7(1), 25-33.

Gruber, R. P. (1971). Behavior Therapy: Problems in Generalization. *Behavior Therapy, 2*, 361-368.

Gumport, N. B., Williams, J. J., & Harvey, A.G. (2015). Learning cognitive behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 164-169.

Hayes, S.C. (2016). The situation has clearly changed- so what are we going to do about it.

Cognitive and Behavioral Practice, 23, 446-450.

Hayes, S. C. (1997). Why managed care is ripe for market oriented behavior therapy – Commentary on "Since the operant chamber: Is behavior therapy still thinking in boxes? *Behavior Therapy*, 28, 585-587.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.

Hawkins, R. P. (1997). Can-behavior-therapy-be-saved-from-triviality-Commentary-on-thirty-years-of-behavior-therapy. *Behavior Therapy*, 28, 637-645.

Heckmat, H. (1977). Semantic Behavior Therapy- Unidimensional or Multidimensional?. *Behavior Therapy, 8*, 805-809.

Hoon, P. W. & Lindsley, O. R. (1974). A comparison of behavior and traditional therapy publication activity. *American Psychologist*, 29(9), 694-697.

Kanter, J. W.; Manos, R. C.; Bowe, W. M.; Baruch, D. E.; Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620.

Kazdin, A. E. (2016) Evidence-Based Psychosocial Treatment: Advances, Surprises, and Needed Shifts in Foci. *Cognitive-and-Behavioral-Practice*, 23, 426-430.

Keeley, S. M., Shemberg, K. M., & Carbonell, J. (1976). Operant Clinical Intervention-Behavior Management or Beyond? Where Are the Data?. *Behavior Therapy, 7*, 292-305.

Klein, Z. E. (1973). Bibliographies on Behavior Modification: An Annotated Listing. *Behavior Therapy, 4*, 592-598.

Kohlenberg, R. J.; Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993). The Dimensions of Clinical Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 16(2), 271-282.

Krasner, L. (1971). Behavior Therapy. Annual *Review of Psychology*, 483-532.

Kwee, M. G. T., & Ellis, A. (1997). Can multimodal and rational emotive behavior therapy be reconciled?. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 15(2)*, 95-132.

Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal, 32(26)*, 660-663.

Lazarus, A. A. (1964). A preliminary report on the use of directed muscular activity in counter-conditioning. *Behaviour Research and Therapy, 2(2-4)*, 301-303.

Lazarus, A. A. (1964). Crucial procedural factors in desensitization therapy. *Behaviour Research and Therapy, 2,* 63-70.

Lazarus, A. A. (1966). Behaviour rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in effecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy, 4(3)*, 209-212.

Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports, 21*, 415-416.

Lazarus, A. A. (1968). Aversion therapy and sensory modalities: clinical impressions. *Perceptual and Motor Skills,* 27, 178.

Lazarus, A. A. (1968). Science and service. *Psychological Reports, 23*, 48.

Lazarus, A. A. (1968). Scientism and Psychology. *Psychological Reports,* 22, 1015-1016.

Lazarus, A. A. (1971). Reflections on behavior therapy and its development: A point of view. *Behavior Therapy, 2*, 369-374.

Lazarus, A. A. (1971). Where do behavior therapists take their troubles?. *Psychological Reports, 28*, 349-350.

Lazarus, A. A. (1973). The AABT, the behavior therapy and research society and accreditation. *Behavior Therapy, 4*, 172-174.

Lazarus, A. A. (1974). Multimodal behavioral treatment of depression. *Behavior Therapy, 5*, 549-554.

Lazarus, A. A. (1979). A matter of emphasis. *American Psychologist, 34(1),* 100.

Lazarus, A. A. (1980). Toward delineating some causes of change in psychotherapy. *Professional Psychology, 11(6)*, 863-870.

Lazarus, A. A. (1983). Distorting the point: A reply to Wolpe. *American Psychologist, 38(9),* 1028.

Lazarus, A. A. (1987). Some significant differences and more significant similarities. *American Psychologist*, *42(1),* 101.

Lazarus, A. A. (1990). Can Psychotherapists transcend the shackles of their training and supertitions?. *Journal of Clinical Psychology, 46(3)*, 351-358.

Lazarus, A. A. (1990). If this be research… *American Psychologist, 45(5)*, 670-671.

Lazarus, A. A. (1990). Multimodal applications and research: A brief overview and update. *Elementary School Guidance & Counseling, 24(4)*, 243-247.

Lazarus, A. A. (1996). Some reflections after 40 years of trying to be an effective psychotherapist. *Psychotherapy, 33(1)*, 142-145.

Lazarus, A. A. (1997). Disenchantment and hope: Will we ever occupy center stage? A personal odyssey. *Behavior Therapy, 28,* 363-370.

Lazarus, A. A. (1997). Through a different lens commentary on "Behavior Therapy: Distinct but acculturated". *Behavior Therapy, 28*, 573-575.

Lazarus, A. A. (2000). Multimodal replenishment. *Professional Psychology: Research and Practice, 31(1)*, 93-94.

Lazarus, A. A. (2000). Will reason prevail? From classical psychoanalysis to New age therapy. *American Journal of Psychotherapy, 54(2)*, 152-155.

Lazarus, A. A. (2007). On necessity and sufficiency in counseling and psychotherapy (revisited). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44(3)*, 253-256.

Lazarus, A. A., & Beutler, L. E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development, 71*, 381-385.

Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J. C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy, 29(1)*, 11-20.

Lazarus, A. A., & Messer, S. B. (1988). Clinical choice points behavioral versus psychoanalytic interventions. *Psychotherapy, 25(1)*, 59-70.

Lazarus, A. A., & Messer, S. B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1(2)*, 143-158.

Lazarus, A. A., & Serber, M. (1968). Is systematic desensitization being misapplied?. *Psychological Reports, 23*, 215-218.

Lazarus, A. A., & Rachman, M. A. (1957). The use of systematic desensitization in psychotherapy. *South African Medical Journal, 31(37)*, 934-937.

Lega, L. I., & Ellis, A. (2001). Rational emotive behavior therapy (rebt) in the new millenium: a cross-cultural approach. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19(4)*, 201-222.

Levis, D. J. (1970). Integration of Behavior Therapy and Dynamic Psychiatric Techniques- A Marriage with a High Probability of Ending in Divorce. *Behavior Therapy, 1*, 531-537.

Levis, D. J. (1999). The Negative Impact of the Cognitive Movement on the Continued Growth of the Behavior Therapy Movement: A Historical Perspective. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 125 (2), 157-191.

Lewis, V. W. (1940). Preliminary investigation of a psychological theory of psychotherapy for behavior and personality problems. *Psychological Bulletin, 37(7)*, 426.

Lindsley, O. R., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1953). Study of psychotic behavior, Studies in Behavior Therapy, Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Metropolitan State Hospital, Waltham, MA, Office of Naval Research Contract N5-ori-07662, Status Report I, I June 1953 – 31 December 1953.

Lindsley, O. R. & Skinner, B. F. (1954). A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *American Psychologist*, 9, 419-420.

Lindsley, O. R., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1956). New techniques of analysis of

psychotic behavior, Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Metropolitan State Hospital, Waltham, MA, Final Technical Report for Contract N5-ori- 07662, Office of Naval Research Contract N5-ori- 07662, Annual Technical Report III, 1 September 1955 - 15 November 1956.

Lindsley, O. R., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1958). An experimental analysis of psychotic behavior, Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Behavior Research Laboratory, Metropolitan State Hospital, Waltham, MA, Detailed progress report II for the Research Grant MH - 977, National Institute of Mental Health of the National Institute of Health, Public Health Service, 1 June 1956 – 30 Novermber 1958.

Lindsley, O. R. (1963). Free-Operant conditioning and psychotherapy. In J. H. Masserman (Ed.), *Current Psychiatric Therapies*, Vol. 3 (pp.47-56). New York: Grune and Straton.

Lindsley, O. R. (1969). Direct behavioral analysis of psychotherapy sessions by conjugately programed closed-circuit television. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 6(1), 71-81.

Lindsley, O. R. (1999). Studies in Behavior Therapy and Behavior Research Laboratory – June 1953 - January 1965. Presented at Reno Conference on History of Behavior Therapy. 11 June 1999.

Lindsley, O. R. (2002). Our Harvard pigeon, rat, dog, and human lab. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 77(3), 385-387.

Linehan, M. M. (2016). Behavior therapy - where we were, where we are and where we need to be going. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 451-453.

Lorenzo-Luaces, L., Keefe, J. R., & DeRubeis, R. J. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.012.

MacNamara, J. R., & MacDonough, T. S. (1972). Some Methodobgical Considerations in the Design and implementation of Behavior Therapy Research. *Behavior Therapy, 3*, 361-378.

Mahoney, M. J. (1977). On the Continuing Resistance to Thoughtful Therapy. *Behavior Therapy, 8*, 673-677.

Masterpasqua, F. (1989). A competence paradigm for psychological practice. *American Psychologist, 44(11)*, 1366-1371.

Mays, D. T., & Franks, C. M. (1980). Getting worse: Psychotherapy or no treatment— The jury should still be out. *Professional Psychology,11(1)*,78-92

Meyer, V. (1970). Comments on A. J. Yates' "Misconceptions About Behavior Therapy- A

Point of View". *Behavior Therapy, 1,* 108-112.

Mednick, M. T., & Lindsley, O. R. (1958). Some clinical correlates of operant behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 57(1)*, 13-16.

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.

Mowrer, O. H. (1938). Apparatus for the Study and treatment of enuresis. *The American Journal of Psychology*, 51(1), 163-165.

Mowrer, O. H. & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis - a method for its study and treatment. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 8(3), 436-459.

Nathan, P. E., Schneller, P., & Lindsley, O. R. (1964). Direct measurement of communication during psychiatric admission interviews. *Behavior Research and Therapy*, 2, 49-57.

Nathan, P. E., Murland, J. & Lindsley, O. R. (1965). Receptive communication in psychiatric nurse supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 12(3), 259-267.

Nawas, M. M. (1970). Wherefore Cognitive Therapy?: A Critical Scrutiny of three papers by Beck, Bergin, and UIImann. *Behavior Therapy, 1*, 359-370.

Nelson, K. M., Yang, J. P., Maliken, A. C. Tsai, M. Kohlenberg, R. (2016). Introduction to Using Structured Evocative Activities in Functional Analytic Psychotherapy. *Cognitive-and-Behavioral-Practice*, 23, 459-463.

Nelson-Gray, R., Gaynor, S. T., & Korotitsch, W. J. (1997). Behavior therapy: Distinct but acculturated. *Behavior Therapy, 28*, 563-572

Newman, M. G. (2016). Honoring the past and looking to the future: updates on seminal behavior therapy publication on current therapies and future directions. *Behavior Therapy*, http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.003

Ollendick, T. H. (2016). A commentary on Cognitive behavior therapy - where we have been, where we are, and where we need to go from here. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 436-440.

Pennypacker, H. S., & Binder, C. V. (2006). Obituaries: Ogden R. Lindsley Jr. *American Psychologist, 61(1)*, 72.

Persons, J. B. (2016). Science in practice in cognitive behavior therapy. . *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 454-458.

Plaud, J. J. (2003). Pavlov and the foundation of behavior therapy. *The Spanish Journal of Psychology, 6(2)*, 147-154.

Plaud, J. J., & Vogeltanz, N. D. (1997). Back to the future: The continued relevance of Behavior Theory to modern Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 403-414.

Proctor, S., & Malloy, T. E. (1971). Cognitive Control of Conditioned Emotional Responses-An Extension of Behavior Therapy to Include the Experimental Psychology of Cognition. *Behavior Therapy, 2*, 294-306.

Rachman, S. (1958). Objective Psychotherapy: Some theoretical considerations. *South African Medical Journal, 32(1)*, 19-21.

Rachman, S. (1963). Introduction to Behaviour Therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1, 3-15.

Rachman, S. (1970). Behavior Therapy and Psychodynamic. *Behavior Therapy, 1,* 527-530.

Rachman, S. (1972). Clinical Applications of Observational Learning, Imitation and Modeling. *Behavior Therapy, 3*, 379-397.

Rachman, S. (1977). Reinforcing and Punishing Thoughts. *Behavior Therapy, 8*, 659-665.

Rachman, S. (1977). Reinforcing and Punishing Thoughts: A Rejoinder to Ellis and Mahoney. *Behavior Therapy, 8*, 678-681.

Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 64*, 1-8.

Rachman, S., & Eysenck, H. J. (1966). Reply to "A critic and reformulation of behavior therapy. *Psychological Bulletin,* 65(3), 165-169.

Rachman, S. (2000). Obituaries: Joseph Wolpe. *American Psychologist, 55(4)*, 431-432.

Reese, H. E., Rosenfield□, E. & Wilhelm□, S. (2013). Reflections on the Theory Practice Gap in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 609-613.

Rutherford, A. (2003). Skinner boxes for psychotics. *The Behavior Analyst, 26(2)*, 267-279.

Safren, S. A. (2016). Introduction to ABCT's 50th anniversary special series of commentaries by selected past presidents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 413-414.

Saslow, D., Matarazzo, J. D., & Guze, S. B. (1955). The Stability of Interaction Chronograph Patterns in Psychiatric Interviews. *Journal of Consulting Psychology, 19(6)*, 417-430.

Schwartz, R. M. (1982). Cognitive-behavior□modification: A conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 2, 267-293.

Skinner, B. F., Solomon, H. C., & Lindsley, O. R. (1954). A new method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 120, 403-406.

Skinner, B. F. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(3), 171-179.

Skinner, B. F. (1987). Whatever happened to psychology as the Science of Behavior? *American Psychologist*, 42, 780-786.

Staats, A. W. (1972). Language Behavior Therapy- A Derivative of Social Behaviorism. *Behavior Therapy, 3*, 165-192.

Staats, A. W. (1975). Language Behavior Therapy- A Derivative of Social Behaviorism--New Principles, Analyses, Procedures?. *Behavior Therapy, 6*, 407-410.

Strosahl, K. (1994). Entering-the-new-frontier-of-managed-mental-health-care-Gold-mines-and-land-mines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 5-23

Strupp. H. H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: a rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 1(3), 101.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.

Tryon, W. W. (1974). A Reply to Staats' Language Behavior Therapy- A Derivative of Social Behaviorism. *Behavior Therapy, 5*, 273-276.

Tryon, W. W. (1975). Language Behavior Therapy- A Second Reply to Staats. *Behavior Therapy, 6*, 564-565

Wampold, B. E. (2013). The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy, 50(1)*, 16-24.

Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14.

Weinrach, S. G., & Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior therapy after Ellis: Predictions for the future. *Journal Of Mental Health Counseling*, *17*(4), 413-427.

Weinrach, S. G., DiGiuseppe, R., Wolfe, J., Ellis, A., Bernard, M. E., Dryden, W., Kassinove, H., Morris, G. B. & Vernon, A. (2006). Rational emotive behavior therapy after ellis: predictions for the future. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 24(4)*, 199-215.

Wilson, G. T. (1978). On the Much Discussed Nature of the Term "Behavior Therapy". *Behavior Therapy*, 9, 89-98.

Wilson, K. G. (1997). Science and Treatment Development: Lessons From the History of Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 547-558.

Wolf, M., Risley, T., & Mees, H. (1967). Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy*, 5(2), 103-111.

Wolpe, J. (1949). An interpretation of the effects of combination of stimuli (patterns) based on current neurophysiology. *Psychological Review*, 56(5), 277-283

Wolpe, J. (1950). Need-reduction, drive-reduction, and reinforcement - a neurophysiological

view. *Psychological Review*, 57(1), 19-26.

Wolpe, J. (1952). The formation of negative habits: a neurophysiological view. *Psychological Review*, 59(4), 290-299.

Wolpe, J. (1952). The neurophysiology of learning and delayed reward learning. *Psychological Review*, 59(3), 192-199.

Wolpe, J. (1952). Objective psychotherapy of the neuroses. *South African Medical Journal, 2(42)*, 825-829.

Wolpe, J. (1952). Primary stimulus generalization: a neurophysiology view. *Psychological Review*, 59(1), 8-10.

Wolpe, J. (1953). Learning theory and "abnormal fixations". *Psychological Review*, 60(2), 111-116.

Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurology and Psychiatry, 72(2)*, 205-226.

Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 132(3)*, 189-203.

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234-240.

Wolpe, J. (1964) Behavior Therapy (Comments). *American Psychologist*, 19-1, 59.

Wolpe, J. (1961). Effects of punishment on behavior. *Science, New Series, 133(3464)*, 1651-1653.

Wolpe, J. (1963). Reply to Mowrer's comments on reciprocal inhibition therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1(2-4), 339-341.

Wolpe, (1963). Psychotherapy: the nonscientific heritage and the new science. *Behavior Research and Therapy*, 1, 23-28.

Wolpe, J. (1964). Behavior therapy and Publicity. *Canadian Medical Association Journal*, 90(1), 39.

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition□. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 3(4)*, 234-240.

Wolpe, J. (1969). How can "cognitions" influence desensitization. *Behavior Research and Therapy, 7*, 219.

Wolpe, J. (1970). Emotional conditioning and cognitions - a rejoinder to Davison and Valins. *Behavior Research and Therapy, 8,* 103-104.

Wolpe, J. (1971). The behavioristic conception of neurosis: a reply to two critics. *Psychological Review, 78(4)*, 341-343.

Wolpe, J. (1971). The compass of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 2, 403-405.

Wolpe, J. (1974). Rational-Emotive revisited. *Professional Psychology, 5(2)*, 111-112.

Wolpe, J. (1976). Behavior therapy and its malcontents-I: denial of its bases and psychodynamic fusionism. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 1-5.

Wolpe, J. (1976). Progressive relaxation training: a procedural note. *Behavior Therapy*, 7(4), 566-568.

Wolpe, J. (1976). Behavior therapy and its malcontents II- Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and exposure empiricism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 109-116.

Wolpe, J. (1977). Cognitive therapy and emotional disorders - book review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 219-221.

Wolpe, J (1977). Inadequate behavior analysis - the Achilles heel of outcome research in behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 1-3.

Wolpe, J. (1978). The humanity of Behavior Therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 205-209.

Wolpe, J. (1978). Cognition and Causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33(5), 437-446.

Wolpe, J. (1981). Reciprocal inhibition and therapeutic change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(3), 185-188.

Wolpe, J. (1981). Behavior Therapy versus Psychoanalysis: therapeutic and social implications. *American Psychologist*, 36(2), 159-164.

Wolpe, J. (1981). The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2(1)*, 35-42.

Wolpe, J. (1984). Deconditioning and *ad hoc* uses of relaxations: an overview. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(4), 299-304.

Wolpe, J. (1984). Behavior therapy according to Lazarus. *American Psychologist, 39(11)*, 1326-1327.

Wolpe, J. (1986). Retreat from principles: A critical review of the annual review of behavior therapy: Theory and practice, volume 10. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17(3)*, 215-218.

Wolpe, J. (1986). Individualization - the categorical imperative of behavior therapy practice. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(3), 145-153.

Wolpe, J. (1987). Destigmatization of Behavior Therapy. *American Psychologist*, 42(1), 100-101.

Wolpe, J. (1989). The derailment of behavior therapy: a tale of conceptual misdirection.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20(1), 3-15.

Wolpe, J. (1993). Commentary- the cognitivist oversell and comments on symposium contributions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(2), 141-147.

Wolpe, J. (1997). Thirty years of Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 28, 633-635.

Wolpe, J. (1997). Commentary on beyond the efficacy ceiling: Responses to an irrelevant subtitle. *Behavior Therapy*, 28, 613-614.

Wolpe, J., & Plaud, J. J. (1997). Pavlov's contributions to behavior therapy: the obvious and the not so obvious. *American Psychologist, 52(9)*, 966-972.

Ullmann, L. P. (1970). On Cognitions and Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 1*, 201-204.

Yates, A. J. (1970). Misconceptions About Behavior Therapy: A point of View. *Behavior Therapy, 1*, 92-107.

Yates, A. J. (1970). Misconceptions About Behavior Therapy- A Rejoinder to Meyer. *Behavior Therapy, 1*, 113-114.

Zeiss, A. M. (2016). Cognitive behavioral therapy as an integral component of interpersonal care. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 441-445.