

## Tornar-se terapeuta comportamental contextual: Habilidades e dicas para iniciantes

*Becoming a contextual behavioral therapist: Skills and tips for beginners*

 GUILHERME BERGO LEUGI<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

<sup>2</sup>UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA

### Resumo

Foram feitas descrições introdutórias de elementos conceituais importantes para terapeutas comportamentais contextuais. O objetivo é facilitar a aprendizagem desses elementos fundamentais, a partir de descrições simples em linguagem acessível. Foram tratadas oito habilidades consideradas importantes de serem desenvolvidas por terapeutas comportamentais contextuais iniciantes: 1) Ler o ambiente de terapia, o cliente e a si mesmo, a partir de uma visão funcional que inclui o comportamento verbal; 2) Verificar o ambiente, conhecer o mundo do cliente; 3) Construir e manter uma relação terapêutica proveitosa: primeiro ouvir e acolher com empatia, mas, logo, agir; 4) Estabelecer objetivos terapêuticos a partir de análises funcionais amplas ou molares, e não a partir de “comportamentos-problema”; 5) Avaliar concretização de objetivos terapêuticos: cliente muda o seu mundo, e parte desse mundo é você; 6) Conduzir as sessões privilegiando o caráter experiencial (Perguntar menos “porquês” e mais “comos”); 7) Tornar-se obsoleto; 8) Desenvolver outras habilidades constantemente por meio dos estudos e da “experiência de vida”. A ideia é que essas habilidades são subjacentes ao desenvolvimento de competências técnicas relevantes a quaisquer abordagens psicoterápicas comportamentais contextuais. A organização do trabalho foi pensada de modo que tais habilidades estivessem descritas como ações, permitindo que o contato com as sugestões aqui presentes também fosse em alguma medida experiencial. Este texto é um “pretexto” e se pretende base para desenvolver outras habilidades específicas de cada abordagem.

Palavras-chave: psicoterapia comportamental contextual; análise comportamental clínica; treinamento de terapeutas; relação terapêutica; processos em psicoterapia.

### Abstract

Introductory descriptions of important conceptual elements for contextual behavior therapists are provided, to facilitate learning these fundamental skills, based on simple descriptions in accessible language. The eight skills that are important to master by beginner contextual behavioral therapists are: 1) Reading the therapy environment, the client, and oneself, from a functional view that includes verbal behavior; 2) Checking the environment, getting to know the client's world; 3) Building and maintaining a valuable therapeutic relationship: first listen and respond empathetically, but then act; 4) Formulating therapeutic objectives based on comprehensive or molar functional analyses, rather than a focus on “problem-behaviors”; 5) Assessing the achievement of therapeutic objectives: the client changes their world, and part of that world is you; 6) Conducting psychotherapy sessions focusing on the experiential aspect (emphasize “how” over “why” inquiries); 7) Becoming obsolete; 8) Constantly honing additional skills through studies and “life experiences”. The premise is that these skills underlie the development of technical competencies relevant to all contextual behavioral psychotherapy approaches. This text describes these skills as actions, thereby giving these suggestions with an experiential quality. This text is a “pre-text” and is intended as a basis for developing other skills specific to each approach.

Keywords: Keywords: contextual behavioral psychotherapy; clinical behavior analysis; training therapists; therapeutic relationship; processes in psychotherapy.

---

*Nota.* Agradeço às estagiárias e estagiários que compartilharam comigo suas trajetórias iniciais na clínica comportamental contextual. Agradeço também a Hélio Yoshida por ser audiência e ouvir minhas ideias. Mais uma vez, seu apoio constante criou condições para escrever

 guilherme.leugi@uftm.edu.br

DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.18542/REBAC.V20I0.16462](http://dx.doi.org/10.18542/REBAC.V20I0.16462)

O presente texto reúne, de modo introdutório e simplificado, descrições de elementos conceituais sob controle dos quais um terapeuta comportamental contextual deve se comportar em ambiente clínico. As descrições são feitas de modo simplificado, fundamentadas na literatura da área, e alicerçadas em duas suposições basilares. Primeiro, as psicoterapias comportamentais contextuais (ou terapias comportamentais de terceira onda) compartilham um conjunto de ferramentas e posturas clínicas em diálogo e muitas das habilidades terapêuticas em cada uma dessas psicoterapias pode ser aplicável a outras no mesmo campo da Ciência Comportamental Contextual (Hayes, Barnes-Holmes et al., 2012; Zettle et al., 2016). Os métodos das abordagens contextuais ou de terceira onda das terapias comportamentais são experienciais e, mesmo em diálogo constante, “os fatores que unificam esses novos métodos são difíceis de caracterizar, mas, como grupo, aventuraram-se em áreas tradicionalmente reservadas às alas menos empíricas do trabalho clínico, enfatizando questões como aceitação, atenção plena, desfusão cognitiva, dialética, valores, espiritualidade e relações” (Hayes et al., 2004, p. 36).

Em segundo lugar, não há um único modo pelo qual um analista do comportamento se forma enquanto tal, ou seja, há maneiras diversas de exercer psicoterapias de orientação analítico-comportamental e contextual, sendo princípios acerca da compreensão do comportamento o elemento integrador dessas abordagens (Zilio, 2019), não necessariamente a filiação a cada uma das abordagens. Isso se torna especialmente relevante ao considerar que as abordagens comportamentais de terceira onda podem ser integradas diretamente, sem que isso diminua a importância dos elementos específicos de cada uma (e.g., Kohlenberg & Callaghan, 2010)

O objetivo deste trabalho, portanto, é facilitar a aprendizagem de alguns dos elementos fundamentais das abordagens psicoterapêuticas comportamentais contextuais ou de terceira onda, a partir de descrições simples e diretas, em linguagem acessível, buscando uma leitura fluida e agradável. Essa escolha traz custos: não trate este artigo como uma revisão exaustiva da literatura, ainda que todos os elementos trazidos aqui estejam fundamentados na bibliografia mencionada, nem como uma ferramenta única de iniciação às terapias comportamentais contextuais, pois, para tanto, será necessário um aprofundamento conceitual e prático superior ao que pode ser oferecido neste artigo introdutório.

Não é recomendável que o presente material seja tratado como um conjunto de regras inflexíveis sobre o caminho para desenvolver repertório clínico. Ele pode servir como guia geral, mas recomenda-se enfaticamente que os terapeutas iniciantes busquem desenvolver seus modos particulares de trabalhar, a partir de suas realidades e, principalmente, das realidades objetivas dos clientes com quem se trabalha. Para aprofundamentos acerca dos tópicos tratados aqui, um bom ponto de partida são as referências utilizadas ao longo do texto. Elas foram selecionadas por sua importância, pertinência e aprofundamento sobre os temas que tratam. A escolha de não detalhar minuciosamente cada abordagem comportamental contextual ou suas técnicas dá ao texto um caráter de inexorável incompletude. Você não aprenderá aqui sobre cada um dos procedimentos, instrumentos ou protocolos de trabalho clínico da área. Espera-se que você, de outro modo, tenha diante de si um material que lhe desperte interesse pelo aprofundamento teórico-técnico necessário a qualquer terapeuta eficaz.

Este texto tem como público-alvo estudantes de graduação que já se familiarizaram com Análise do Comportamento. Além disso, é esperado que os estudantes que mais se beneficiarão da leitura deste artigo sejam os que já foram expostos a noções introdutórias de psicoterapia comportamental contextual. Idealmente, o estudante deve compreender princípios gerais de comportamento no Behaviorismo Radical e características gerais das terapias comportamentais contextuais ou de terceira onda, em especial a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Psicoterapia Analítica Funcional, preparando-se para ir a campo atuar dentro dessas abordagens clínicas.

### **Terapias comportamentais contextuais ou de terceira onda**

Uma terapia comportamental é um trabalho fundamentado e informado pelo Behaviorismo Radical como filosofia e visão de mundo (Ferster & Skinner, 1957; Skinner, 1938, 1957/2020, 1964, 1974, 1981, 1989, entre outros). Além disso, mais contemporaneamente, a apropriação do Contextualismo Funcional (Pepper, 1942/1970) pelos terapeutas comportamentais expandiu as bases da análise de contingências de modo a verificar contextos e processos psicológicos de modo mais amplo (Hayes & Hofmann, 2018, 2020; Moskow et al., 2023; Oshiro & Ferreira, 2021). Dentre as abordagens contextuais, destacam-se, para os fins deste artigo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2007), a Psicoterapia Analítica Funcional (Kanter et al., 2010; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Tsai et al., 2009). Outras abordagens contextuais também podem ser úteis e recomenda-se que o estudante se familiarize com elas ao longo de sua formação. É o caso da Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2015/2018a, 2015/2018b) e da Análise Contextual Social aplicada à clínica (Guerin, 2022). Contudo, o foco nas abordagens contextuais não deverá

fazer com que se perca de vista elementos que poderiam ser compreendidos como mais “tradicionais” em uma Terapia Analítico-Comportamental (Borges & Cassas, 2012; De-Farias et al., 2018), mas cujos fundamentos são compartilhados entre todas as abordagens comportamentais.

Por exemplo, ainda que o termo análise funcional possa ter mais de um sentido, todo terapeuta comportamental empreende algum tipo de análise funcional em sua prática. O termo pode referir-se a contextos de avaliação de comportamento-problema e ser mais explicitamente relacionado ao exame das condições antecedentes, respostas e consequências (Beavers et al., 2013; Hanley et al., 2003). Em outros contextos clínicos, a descrição de análises funcionais pode ganhar contornos distintos, concentrando-se em uma cadeia circular de eventos e respostas que mantém certos comportamentos (veja, por exemplo, a conceituação do caso “Chris” em Thomas & Morris, 2023). Pode também propor uma expansão da análise de contingências linear (antecedente, resposta e consequência) para uma análise mais sistêmica e social de possibilidades de ação em função dos contextos (Layng et al., 2022). É possível fazer análises funcionais sobre falas de clientes (comportamento verbal) considerando unidades mais complexas ou sintéticas, como no caso “Patrícia”, de Nery e Fonseca (2018), circunscrevendo respostas mais amplamente, como: “Patrícia conversa com o namorado sobre o que a incomoda”; “Patrícia toma a iniciativa de convidar o namorado para ir ao cinema”; “Patrícia explica a situação para a colega e diz que, dessa vez, não poderá ajudá-la” (Nery & Fonseca, 2018, pp. 36-38). Também é possível construir análises funcionais que detalham unidades menores do comportamento verbal, com efeitos de modificar o efeito de outras respostas verbais, como essa resposta dada a uma terapeuta que insiste em saber como foi a semana de seu cliente: “Então (voz baixa),... (silêncio). Acho que foi mais ou menos. Quer dizer, não foi tão boa. Dormi e assisti TV todos os dias” (Meyer et al., 2008, p. 110). Aqui, “então”, a voz baixa, o silêncio, “acho”, “mais ou menos” e “quer dizer” podem ter função de diminuir a chance de punição o que, por sua vez, poderia indicar que o terapeuta tem função aversiva para o cliente ou que o cliente está sob efeito de uma história aversiva (Meyer et al., 2008).

Há, portanto, inúmeras possibilidades de operacionalizar o que será relevante em uma análise funcional, mas, por princípio, todo analista do comportamento faz análises funcionais. E, ao fazê-las, rejeitará uma abordagem normativa do comportamento humano, invadida pelo glossário do “senso comum” e “suas aparentes extensões em assuntos aplicados usando as ferramentas e métodos da ciência normativa e nomotética, de cima para baixo” (Dixon et al., 2023, p. 3). Nesse sentido, a explicação de um comportamento não passa pela adoção de categorias normativas de nenhum tipo como “tipos de personalidade. Estilos cognitivos. Estágios. Problemas mentais. Síndromes. Causas mentais” em geral (Dixon, et al., 2023, p.3). Uma perspectiva funcional, dentre outros aspectos,

procura identificar relações entre variáveis interagindo ao longo do tempo que levaram ao desenvolvimento e seleção de características comportamentais. Ou seja, as explicações funcionais investigam o que as várias formas comportamentais produziram historicamente, como esse impacto pode ter alterado o desenvolvimento, como estão a funcionar atualmente e por que isso pode ser importante. Quando uma abordagem funcional desse tipo é estendida no tempo, ela se mistura com as histórias contextualmente vinculadas de variação e retenção seletiva que são características definidoras de uma explicação evolutiva que pode ser aplicada ao desenvolvimento genético, epigenético ou cultural. Quando limitada à vida do indivíduo, a mesma abordagem torna-se uma característica definidora de uma abordagem psicológica funcional e contextual. (Dixon, et al., 2023, p. 6)

Assim, não é objetivo do presente trabalho esmiuçar todas as diferenças entre cada abordagem. Isso é seu trabalho, conforme aprofunda seus estudos. Aqui, vou tentar ajudá-lo a estar sob controle de aspectos comuns a grande parte das abordagens comportamentais contextuais. É a partir desse conjunto de abordagens que serão apresentados os tópicos e as habilidades básicas a seguir, consideradas especialmente importantes para terapeutas comportamentais contextuais iniciantes. Antes de entrarmos nas oito habilidades elencadas, é relevante retomar dois pontos essenciais à compreensão do processo psicoterápico a partir de um posicionamento funcionalista em linha com o Behaviorismo Radical e a Análise do Comportamento. Afinal, é a partir da compreensão de sujeito e de seu sofrimento que organizamos o processo da psicoterapia, definimos seus objetivos, conduzimos as intervenções.

No presente trabalho, será dada ênfase especial à ACT e FAP ao pensar habilidades terapêuticas elementares em diálogo com ambas as abordagens. Não é escopo deste material fazer um aprofundamento em cada uma dessas abordagens, uma vez que é esperado que você leia este texto em conjunto com outros materiais de treinamento de terapeutas. De maneira resumida, portanto, podemos pensar a FAP como uma abordagem que: surge com foco especial nas queixas interpessoais e de relacionamentos; busca modelar comportamentos na direção do

estabelecimento de relacionamentos interpessoais mais significativos; conta com a habilidade do terapeuta de evocar problemas interpessoais do repertório do cliente em sessão, para então fazer modelagem; ao fazer essa modelagem, a relação terapeuta-cliente é um campo especial de atuação e alvo de intervenção (Oshiro et al., 2021).

Também de modo sintético, ACT é uma abordagem que: busca compreender certos padrões de resposta comumente exibidos por seres humanos, a partir de sua enorme capacidade simbólica e de linguagem, que podem produzir sofrimento; mapeia esses padrões em termos de processos denominados de inflexibilidade psicológica; esses processos remetem a uma evitação do sentir o que se sente ou pensar o que se pensa, certa literalidade do comportamento verbal produzindo dificuldade de contato com contingências na vida do cliente, certo apego a uma visão abstrata e idealizada de si também fruto de padrões de resposta definidos em linguagem; procura intervir na busca pela flexibilidade psicológica que, em linhas gerais, envolve reconhecer e experienciar as contingências de sua vida e, a partir de ação direta consoante a valores escolhidos, viver uma vida que o cliente considere boa, sem que isso signifique buscar, em vão, não sofrer (Assaz, 2021).

### **O sujeito no Behaviorismo Radical: o cliente na psicoterapia e seu sofrimento**

“Confusão na teoria significa confusão na prática” (Skinner, 1953, p. 9). Para o propósito deste trabalho, poderíamos parafrasear Skinner e afirmar que confusão na visão de sujeito no Behaviorismo Radical significa confusão na leitura do processo psicoterápico e suas particularidades. O modelo selecionista de causalidade do Behaviorismo Radical (Skinner, 1981) tem muitas implicações para sua visão de sujeito. Inicialmente, de relevância para o trabalho clínico, lembre-se do abandono da ideia de “eu iniciador”. Ela é substituída pela identificação de variáveis ou contextos produtores ou favorecedores do comportamento, ao invés de uma causalidade linear que vai de “mente” a “comportamento” (Pimentel et al., 2012). Estudar os contextos favorecedores ou produtores do comportamento não inviabiliza a subjetividade, mas busca explicá-la a partir da identificação de relações do “eu” com o “mundo” (Skinner, 1964). Ainda, convém lembrar que o sujeito é produto de suas histórias de seleção pelas consequências – evolutiva, pessoal e cultural –, mas à medida que pode operar sobre o mundo, pode também o construir (Micheletto & Sérgio, 1993). Essa mútua implicação indica também o caráter da Análise do Comportamento como uma ciência da ação dialética (Abib, 2016).

O que essa visão de sujeito implica para a prática da psicoterapia? Implica em reconhecer que o sujeito se constitui como produto e como produtor do mundo, e que a experiência de sua subjetividade se dá em contexto sociocultural. Ela é parte do que precisa ser explicado e não da explicação. Grande parte das contingências que constituem o sujeito são construídas pelas suas diversas comunidades verbais. Lembre-se que comportamento verbal não é somente o comportamento verbal vocal, mas um subtipo de comportamento social cujas consequências são mediadas por ouvintes treinados a reagir a certo código (Skinner, 1957/2020). Para facilitar a compreensão neste texto, contudo, daremos enfoque especial à parte do repertório verbal que coincide com a linguagem falada ou o comportamento verbal vocal, ainda que seu cliente possa, por exemplo, escrever sobre si em terapia.

Nesse sentido, portanto, o sujeito se compreende e constitui a partir das contingências verbais de uma comunidade, ou seja, nós desenvolvemos uma noção de quem somos, quais são nossos problemas, quais são nossas características, o que sentimos, de que precisamos, e assim por diante, a partir de um aprendizado complexo viabilizado pelas comunidades verbais (Tsai et al., 2012). Criamos e descobrimos quem somos a partir de práticas narrativas treinadas por uma comunidade, baseadas em repertórios de autoconhecimento e discriminação de uma “unidade funcional” do eu ou *self* (Banaco et al., 2012). Eu desenvolvo repertórios relacionais que me permitem reagir ao meu próprio responder e percebo minha perspectiva e a perspectiva do outro (Stewart et al., 2012). Com esse treino, identificamos quem nós somos e aprendemos um conjunto amplo de regras sobre como nós e nosso comportamento funciona: o que pode ser fonte de sofrimento, especialmente quando essas regras não descrevem bem as contingências em nossas vidas ou são muito rígidas (i.e., há contingências que mantêm fortemente o seguimento de certas regras). Esse sofrimento pode vir de aprendermos regras equivocadas, por exemplo: “sentir-se bem é algo bom, e sentir-se mal é algo ruim”; ou “um sentimento ruim é o que nos leva a nos comportar de modos desagradáveis”. Esse sistema de regras, construído pela comunidade sócio verbal, pode nos levar a sofrer já que, se pensamentos e sentimentos ruins são vistos como causas do comportamento, faz sentido para que devamos nos livrar desses pensamentos e sentimentos (Hayes, 1987). E isso é uma grande armadilha, como você descobrirá ao iniciar sua jornada nas terapias comportamentais contextuais. Ocorre que isso é uma armadilha que captura muitas das pessoas que buscarão psicoterapia.

Quando pensamos um sujeito a partir de sua história e contexto, fortalecemos a visão de que o comportamento, mesmo aquele que possa produzir intenso sofrimento, é uma operação sobre um mundo em que se habita e tem uma função. Mesmo aquilo que entendemos como resposta estranha, adversa, inexplicável ou patológica é uma resposta adequada a um certo ambiente (Banaco et al., 2010). Quando um cliente age de modo considerado

“irracional”, sempre há explicações funcionais perfeitamente “racionais” para tal ato e, normalmente, essas explicações estão na complexidade das relações com outras pessoas significativas na vida do cliente (veja desenvolvimentos desse mesmo argumento em diferentes perspectivas contextuais: Guerin, 2017; Hayes, 1987; Leugi, 2018; Tsai et al., 2012). “O oposto de racionalidade não é loucura, mas socialidade” (Guerin, 2017, p. 161).

Assim, o comportamento não é, por si só, bom ou mal, patológico ou sadio. Todo comportamento tem função, mesmo quando é difícil percebê-la: “O paranoico que ouve as críticas de si mesmo e o místico que ouve vozes do outro mundo são apenas casos extremos desses fenômenos familiares” (Skinner, 1936, p. 104).

Não se esqueça: todo comportamento operante, “seja ele considerado ‘patológico ou saudável’, normal ou anormal, desejável ou indesejável, segue os mesmos princípios de aprendizagem” de qualquer comportamento “em seu desenvolvimento, em sua manutenção ou na maneira em que ele pode ser mudado” (Gongora, 2003, p. 95). Definir o que é patológico ou saudável, bom ou mal, correto ou incorreto em termos dos comportamentos de um cliente parte de um processo de “julgamento ou avaliação social extrínseco aos processos comportamentais” (Gongora, 2003, p. 96): nós nos concentraremos em encontrar variáveis importantes nos contextos das pessoas para compreender seus comportamentos e, se assim elas desejarem, alterá-los.

### Habilidades sugeridas e dicas para um terapeuta iniciante

Nesta seção do texto, estão descritas algumas das habilidades que reconhecemos serem importantes para qualquer terapeuta comportamental contextual iniciante. Elas não foram tratadas em termos de como enfraquecer esquiva experiencial ou promover a flexibilidade psicológica do cliente, como na ACT (Hayes et al., 2012). Tampouco foram indicados aspectos como Comportamentos Clinicamente Relevantes de tipos 1, 2 e 3, como na FAP (Kanter et al., 2010). As habilidades a seguir são subjacentes ao desenvolvimento de competências técnicas relevantes a quaisquer abordagens psicoterápicas comportamentais contextuais. Você precisará dominar técnicas particulares das abordagens com que for trabalhar, mas aqui não trataremos delas, especificamente. Na Tabela 1, a seguir, estão dispostas as habilidades que serão tratadas nesta seção.

**Tabela 1**

*Habilidades sugeridas e recomendadas para um terapeuta*

Habilidade	Descrição
1	Ler o ambiente de terapia, o cliente e a si mesmo, a partir de uma visão funcional que inclui o comportamento verbal.
2	Verificar o ambiente, conhecer o mundo do cliente.
3	Construir e manter uma relação terapêutica proveitosa: primeiro ouvir e acolher com empatia, mas, logo, agir.
4	Estabelecer objetivos terapêuticos a partir de análises funcionais amplas ou molares, e não a partir de “comportamentos-problema”.
5	Avaliar concretização de objetivos terapêuticos: cliente muda seu o mundo, e parte desse mundo é você.
6	Conduzir as sessões privilegiando o caráter experiencial (Perguntar menos “porquês” e mais “comos”).
7	Tornar-se obsoleto.
8	Desenvolver outras habilidades constantemente por meio dos estudos e da “experiência de vida”.

Antes de detalhar as habilidades, é importante registrar o processo que culminou em sua construção como parte deste texto. O material foi desenvolvido ao longo de aproximadamente três anos, cinco semestres letivos, contemplando dez turmas de estágio básico e avançado em psicoterapia comportamental contextual, com dezenas de casos supervisionados. Versões anteriores deste texto foram utilizadas como material de apoio didático de introdução à psicoterapia comportamental contextual e, no decorrer dos três anos em que foi utilizado, *feedback* de discentes foi coletado para contribuir com seu aprimoramento. Além do *feedback* de discentes, observações do autor, enquanto docente e supervisor de estágio clínico foram utilizadas para revisar o material, sempre buscando identificar

dificuldades comuns dos terapeutas iniciantes sob sua supervisão e maneiras de traduzir conceitos complexos em linguagem acessível e direta, adequada a estudantes de graduação.

Mais do que isso, a ideia do presente trabalho é que ele estivesse organizado de modo que as habilidades estivessem descritas como ações, permitindo que o contato com as instruções aqui presentes também fosse em alguma medida experiencial. A compilação dessas habilidades é resultado desse trabalho minucioso, sempre cotejando as instruções oferecidas aqui com a bibliografia dos estágios. Parte importante da bibliografia indicada nos estágios foi mencionada neste artigo e entende-se que as habilidades descritas a seguir estão em consonância com tal literatura.

Por fim, vou oferecer a você a mesma instrução que ofereço a meus estagiários quando lhes repassava as versões prévias deste material: ele deve ser usado acompanhado dos textos mais aprofundados. Essas oito habilidades não vão tornar você um terapeuta ACT ou FAP, mas podem ajudá-lo nessa jornada. Novamente, aplicando uma perspectiva contextual ao próprio material de apoio didático, veja este texto como um “pretexto” e pense também em quais outras habilidades você precisa desenvolver para tornar-se terapeuta, a partir de suas próprias dificuldades e repertórios já desenvolvidos.

## **1. Ler o ambiente de terapia, o cliente e a si mesmo, a partir de uma visão funcional que inclui o comportamento verbal**

Conceitualmente, um dos elementos mais importantes para orientar a prática é a ideia de que só compreendemos um comportamento quando identificamos o contexto em que ele ocorre e o efeito que ele promove no ambiente. Rigorosamente, só podemos chamar algo de comportamento quando temos uma descrição completa do que ocorre, quando e sob que condições ocorre e, sobretudo, o que se dá após essa ocorrência (Skinner, 1953). Também só podemos falar de comportamento em um sentido funcional. Uma descrição topográfica da ação das pessoas sem contexto antecedente ou subsequente pode, no máximo, ser considerada uma (hipótese de) resposta. Sem a descrição funcional, não temos uma descrição completa do comportamento humano. Seria como um vídeo que gravasse as ações de alguém em enquadramento fechado: veríamos apenas a pessoa, sem observar o lugar onde ela está, as interações com os outros e seus efeitos (Keller & Schoenfeld, 1950/1974, p. 17).

E o nosso mundo é predominantemente, senão completamente, constituído de pessoas: nossas famílias, comunidades, relacionamentos de amizade, de afeto, sexuais, de trabalho, entre outras (Guerin, 2016/2023). Partimos sempre da noção de um “relacionismo” comportamental, ou seja, consideramos que o comportamento não se dá, meramente, em um ambiente, mas o constitui; assim como o ambiente não será, portanto, visto como conceitualmente externo ao comportamento, mas interno, entranhado. Não há comportamento sem ambiente, nem tampouco ambiente sem comportamento (Lopes et al., 2018): eles são duas “faces da mesma moeda” em termos de causalidade.

É nesse sentido que as abordagens contextuais costumam aprofundar um posicionamento construtivista, de modo que tal posicionamento “rejeita a ideia de que, conhecendo-se algo sobre uma coisa, a expressão deste nosso conhecimento consista numa declaração sobre o que aquele objeto do conhecimento é” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001, p. 4). E rejeita também “a ideia de que esta coisa possa ter, de alguma forma, uma identidade permanente, como um ente real da natureza” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001, p. 4). Quando relatamos algum evento ou objeto, estamos produzindo um efeito em uma audiência, e é esse efeito que controla as propriedades do relato (Guerin, 2016/2023).

Ao tornar-se terapeuta comportamental contextual você vai ouvir relatos e descrições de seus clientes e deverá adotar uma postura como a de um cientista em relação ao seu cliente. Mas você será um cientista em “condições especiais”, já que a observação do comportamento não pode estar separada de quem observa. Portanto, não se deixe enganar pela premissa de uma observação objetiva e neutra do cliente. Não procure adotar a postura de “câmera” (ver, por exemplo, Geertz, 1973), pois ela não é realista nem viável. Relatar, ouvir, reagir ao relato, produzir um contraponto em outro relato, convencer, compadecer-se, expressar sentimentos, demonstrar empatia, facilitar o relato: todas são expressões que fazem parte de um “dicionário” informal da terapia.

Não se engane: todas essas expressões referem-se a comportamentos e, dessa maneira, todos são produzidos pelo contexto em que são emitidos bem como o produzem. Observar clinicamente também é sentir, e sentir também envolve um processo de discriminação, fruto de aprendizagem. Por exemplo, pode ser que você esteja diante de um cliente que lhe faz sentir raiva, mas você não sabe muito bem o motivo. Notar isso e utilizar esse seu sentimento como base da investigação que fará para compreender o caso é parte constituinte da prática de “ler um caso”, de observar comportamentos relevantes no ambiente clínico (Sandoz, 2012). Falar é um modo de afetar quem ouve, e muitas vezes falamos de modo investigativo, buscando produzir discriminações em nosso cliente. Ouvir, assim, pode alterar o mundo que se acessa, basta pensar no cliente que passou a notar sua raiva depois que o terapeuta questionou o que

ele estava sentindo. Comportar-se é operar no mundo e alterá-lo. O ambiente clínico pode ser um mundo “particular”, com algumas condições específicas, mas os princípios do comportamento permanecem. Todas as terapias contextuais comportamentais buscam aplicar os princípios que defendem não só para clientes, mas também para terapeutas, ou seja: bons terapeutas, para cada uma dessas abordagens, são aqueles que notam e operam sobre seu inescapável emaranhamento como organismo e ambiente ou contexto para o cliente, simultaneamente (Holman et al., 2017).

Desse modo, observe o processo ocorrendo diante de si: um relato de um cliente sobre um evento de sua vida não é equivalente a um vídeo gravado de sua vida que é entregue para arquivamento em um catálogo sobre sua existência. Relatar é reagir a um comportamento do terapeuta, ou a um contexto mais amplo de terapia (e.g., “Aprendi que aqui na terapia a gente fala da nossa vida, então vou te contar como foi minha infância...”), e não pode ser lido como simples “reportar”. Ao relatar, o cliente interage com suas inseguranças (fruto de contingências) e selecionará partes do relato para enfatizar e omitir (Meyer et al., 2008). Descreverá eventos a partir de seu próprio repertório de descrição, e isso pode ser tomado como evidência parcial da competência do relato (Santos et al., 2012). Mas pode ser tomado também como evidência parcial do modo como o cliente interage com pessoas em situações análogas àquela em que está (Tsai et al., 2012). Por exemplo, se um cliente relata “Não posso sair de casa ou terei um ataque de pânico”, pode ser importante procurar entender o que ele busca atingir ao relatar isso ao terapeuta (Hayes et al., 2012, p.38).

Quando um cliente omite uma informação relevante em um relato, ele pode estar se protegendo do julgamento do terapeuta. Quando ele minimiza a importância de um evento que parece, aos nossos olhos, algo emocionalmente e biograficamente importante, ele pode estar: criando condições para que o terapeuta investigue mais e demonstre interesse; ou desviando o foco de algo vergonhoso ou do qual sente culpa. Quando o cliente relata longamente e detalhadamente aspectos triviais de seu cotidiano, ele pode estar conduzindo o terapeuta na direção de uma interação verbal com a qual ele tem mais familiaridade; ou pode estar levando o terapeuta a dialogar sobre aspectos de sua vida que se distanciam de problemas “reais” e clinicamente significativos.

Não há uma “receita de bolo”, e exercitar o olhar funcional deve ser um treino constante e ininterrupto. Cada comportamento que ocorre em um ambiente de terapia deve considerar a díade terapeuta-cliente. É a partir dela que poderemos formular hipóteses funcionais mais precisas e pertinentes a um ponto de vista comportamental contextual. Pergunte-se: que condições eu estou criando para favorecer a ocorrência desse relato específico em meu cliente? Que contingências para o comportamento verbal do terapeuta o cliente está construindo, a partir de seu relato? O que mudou em meu comportamento, a partir do relato do cliente? Que comportamentos são mais prováveis de serem emitidos por mim, após esse relato do cliente? Que efeitos, grosso modo, de reforçamento, punição e extinção, meu comportamento pode estar produzindo enquanto ocupo o lugar de audiência para este cliente? Eu “acolho mais” quando ele fala mais de angústias? Eu favoreço certos relatos a partir de meu comportamento? Eu desconverso quando ele fala de aspectos cotidianos que considero menos importantes? E se, para o cliente, tais aspectos forem muito importantes? Que efeitos o meu comportamento de “desconversar” terá? Como verificar tais efeitos?

## 2. Verificar o ambiente, conhecer o mundo do cliente

Conforme você vai se envolvendo no processo de atendimento com seu cliente, você vai caminhar na busca de informações que subsidiem suas análises e procedimentos técnicos. Nem todas as informações são possíveis de serem obtidas nas primeiras sessões, mas há estudos sobre o que privilegiar nelas (Conte & Brandão, 2012; Marmo, 2012; Santos et al., 2012; Silveira, 2012). Muitos dos procedimentos técnicos só poderão ser aplicados depois de conhecer melhor o cliente. Aliás, muitas das informações mais importantes só ficarão mais claras conforme o trabalho avança.

De todo modo, é importante ter em mente que há certo conjunto de informações que pode ser útil para compreender cada caso que conhecemos. A lista a seguir não é exaustiva e, como sempre, o caso é que vai “ditar” o que é necessário descobrir. Ela foi construída a partir de duas fontes: exame da literatura direcionada à formação de terapeutas, bem como textos teóricos e empíricos sobre as psicoterapias mencionadas aqui; diálogo constante com terapeutas em formação sob minha supervisão, buscando elencar dificuldades comuns encontradas na identificação de características importantes dos casos que atendiam. Mesmo assim, ela é apenas um “mapa inicial” que pode ajudar a identificar o que você já sabe, o que ainda precisam investigar, o que o cliente já sabe e o que ele precisa descobrir, e, sobretudo, com base em que serão propostas estratégias/técnicas/procedimentos junto ao cliente. Você pode buscar essas informações ao longo do processo e não só no início. É até recomendável que você revise as informações coletadas depois de conhecer melhor seu cliente. A seguir estão listadas informações que devem ser coletadas e sistematizadas para compreensão dos casos:

1. Características culturais, étnicas ou comunitárias específicas: crenças, valores, hábitos, costumes, expectativas sobre como as relações devem ser, regras sobre como a vida deve ser, entre muitas outras.

Verifique também a que grupos sociais minoritários o cliente porventura faça parte e busque conhecer a realidade desses grupos. Conhecer especificamente tais características e utilizar esse conhecimento no planejamento dos rumos da psicoterapia com certeza vai ajudá-lo (Gingles, 2022; Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 1995, 2003; Paixão Junior, 2021; Plummer, 2010; Skinta et al., 2018);

2. Características das relações interpessoais: nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais, na família nuclear, na família estendida, com amigos próximos, no trabalho, na comunidade, em instituições e organizações relevantes para a vida do cliente. Quem controla as contingências do cliente? Que tipo de interferência nessas contingências o cliente pode empreender? A que custo? Como o comportamento dessas pessoas importantes influencia na manutenção dos comportamentos relacionados à “queixa” do cliente? Se ele está sob controle aversivo, quais efeitos podemos supor que um eventual contracontrole poderá ter?;
3. Comportamentos exibidos na sessão que podem indicar questões a serem trabalhadas futuramente pelo cliente em seu percurso nos atendimentos. Há questões que conseguimos ajudar o cliente a resolver em curto prazo, mas há questões que conseguimos ajudar o cliente a resolver apenas em médio e longo prazo. Ter alguma clareza de quais alvos da terapia figuram em cada categoria vai ajudá-lo a conduzir seu trabalho;
4. Condições concretas da subsistência: renda, emprego, dependentes, de quem depende, turnos de trabalho, horas dedicadas à obtenção do sustento, periodicidade e consistência da renda ou pagamentos...;
5. Déficits de repertório que, se forem corrigidos (cliente passa a exibir comportamentos que até então não exibia), podem trazer benefícios para o cliente em seu percurso nos atendimentos;
6. Excessos comportamentais que, se reduzidos em sua frequência, podem trazer benefícios para o cliente em seu percurso nos atendimentos;
7. Qualidade das descrições feitas pelo cliente, como subsídio para planejamento de ações a serem propostas para o percurso do cliente nos atendimentos;
8. Repertórios do cliente que podem ser negativos (para si ou para outras pessoas relevantes em sua vida) em seu percurso nos atendimentos;
9. Repertórios do cliente que podem ser positivos (para si ou para outras pessoas relevantes em sua vida) em seu percurso nos atendimentos;
10. Como o cliente vê a psicoterapia? Como ele vê você e seu papel ali? Como ele se vê e pensa que deve se comportar ali? Há alguém relevante na vida do cliente que pode interferir no processo da psicoterapia de algum modo?

### **3. Construir e manter uma relação terapêutica proveitosa: primeiro ouvir e acolher com empatia, mas, logo, agir**

Enquanto conhecemos nosso cliente, temos a oportunidade de construir, a partir de certos comportamentos importantes do terapeuta, a relação terapêutica. Psicoterapia é, na definição clássica de Frank e Frank (1961/1993, p. 2): uma influência caracterizada por (1) um agente de “cura” ou melhora treinado em um método considerado aceitável por uma comunidade (este é você!); (2) alguém que sofre e busca ajuda do agente (seu cliente); e (3) uma relação terapêutica de “cura” ou melhora.

Lembre-se, portanto, que a psicoterapia é um “microcosmos”, uma réplica mais ou menos fiel de como o cliente se relaciona com os outros (Tsai et al., 2012), a depender de características de repertório do cliente e do terapeuta (e.g., Rocha Junior et al., 2023). A relação terapêutica é um ambiente privilegiado, em que o cliente pode experimentar com seu próprio comportamento, tentar coisas novas, ainda que, inicialmente, muito dessa novidade esteja circunscrita ao que é possível em seu repertório prévio e contextos atuais. Você, terapeuta, persistirá na relação, com compaixão e dedicação, compreendendo as dificuldades do cliente. Eventualmente, o fortalecimento dessa relação produzirá comportamentos que podem ser generalizados e o aprendizado que o cliente obtiver, a partir da experimentação especial da terapia, poderá ser aplicado a outras esferas da vida fora da sessão.

Assim, se o ambiente da psicoterapia é um ambiente de experimentação, você precisa promover consequências realistas e que favoreçam a generalização. O acolhimento é o início do trabalho e nós sabemos muito bem o quanto é importante o papel de uma audiência não punitiva (Skinner, 1953) para construir novos repertórios. Mas acolher não é tudo. Se você não tiver a coragem de reagir (consequenciar) adequadamente, a relação terapêutica não cumprirá seu papel. Reagir adequadamente pode querer dizer expressar seu desconforto, com empatia, diante de repertórios mais agressivos do cliente. Pode também querer dizer levar o cliente a se expor a um novo contexto, na sessão ou fora dela, o que carrega certa medida de aversividade (Pezzato et al., 2012). Ainda que isso possa ser pensado como um tipo de punição

enquanto efeito comportamental, é importante que ela seja diferente das outras punições que o cliente já recebeu ao longo da vida. Um processo terapêutico sem qualquer aversividade não é possível, mas seus objetivos e métodos o distinguem das contingências aversivas que os clientes vivenciam em suas vidas. Para dois exemplos que ilustram bem como expressar seu desconforto ou levar o cliente a uma exposição com alguma medida de aversividade são diferentes das punições corriqueiras da sociedade veja Vandenberghe (2007, pp. 105-114) e Luoma et al. (2007, pp. 30-33).

Reagir adequadamente pode querer dizer, também, ficar especialmente atento para reforçar demonstrações ainda incipientes de mudança comportamental, para que se tornem mudanças significativas. Você deve se lembrar de suas aulas introdutórias de Análise do Comportamento, quando aprendeu sobre modelagem e aproximações sucessivas. Se você não oferecer consequências adequadas às manifestações comportamentais do cliente, você não entregará um tratamento psicoterápico comportamental contextual. Isso pode nos deixar bastante inseguros e você precisará assumir riscos, avaliar seu próprio comportamento em função do efeito que ele promove ou promoveu no comportamento do cliente, precisará se expor às correções em supervisão, e isso tudo pode dar medo. Reserve parte do seu trabalho de treinamento clínico para lidar com sua própria insegurança e eventual aversão ao risco interpessoal, pois isso será essencial em sua carreira. Tanto em FAP quanto em ACT, que são abordagens “irmãs” em desenvolvimento desde os anos 80, o poder da relação terapêutica é bastante enfatizado e problemas nessa área implicam em problemas no tratamento (Hayes et al., 2012). Conforme indicam Hayes et al. (2012), para a ACT, uma relação terapêutica poderosa deriva seu poder dos mesmos princípios que nos levam à melhora clínica, ou seja, um cliente terá seu caminho em direção à flexibilidade psicológica bastante facilitado por uma relação terapeuta-cliente que seja flexível, sem julgamentos, sem disputas por estar certo, com confiança, companheirismo, em que ambos são vistos e respeitados, entre outros aspectos.

Note que é muito mais útil que as consequências oferecidas pelo terapeuta para as respostas do cliente sejam naturais em todas as abordagens contextuais, ainda que as descrições sejam distintas. A FAP normalmente define essas consequências como do tipo reforçamento natural (Tsai et al., 2012) e concentra-se nesse tipo de intervenção. A ACT indica que respostas “simples, genuínas e naturais têm um lugar na terapia de mesmo modo que” outras técnicas (Hayes et al., 2012, p.158), uma vez que é possível conduzir sessões baseadas em ACT sem qualquer exercício específico, mas “baseada em interações naturais que incorporam processos ACT (por exemplo, um terapeuta modelando a disposição em participar ao permanecer presente com o cliente enquanto um evento traumático é narrado)” (Hayes et al., 2012, p.158).

Imagine um cliente com problemas em relações interpessoais e que se esquivava de conflitos, não contrariando os outros. Quando ele demonstra uma opinião contrária à que você emitiu, solicitando que você mude seu comportamento, ele pode estar no caminho de melhora. Nessa hora pode até ser útil elogiar a nova postura do cliente (“Parabéns por conseguir expor sua opinião contrária à minha!”), o que seria um tipo de reforçamento arbitrário. Mas será mais útil reagir a essa nova assertividade do cliente, considerar sua posição profundamente e até mudar seu próprio comportamento em função da crítica do cliente e o que ele lhe solicitou. Essa segunda situação é mais próxima de um reforçamento natural para a FAP (Tsai et al., 2012).

Como um “bônus”, ao reagir genuinamente e reforçar naturalmente o comportamento do cliente, você ainda aumenta a chance de se esquivar de eventuais disputas com o cliente. Ele poderia, por exemplo, ironizar seus “parabéns”, já que eles não oferecem o que ele quer ao solicitar sua mudança de comportamento, e se chatear com o processo de terapia. Um fenômeno análogo foi descrito por Ferster (2012) como “a luta pelo poder” na clínica.

#### **4. Estabelecer objetivos terapêuticos a partir de análises funcionais amplas ou molares, e não a partir de “comportamentos-problema”**

Definir o que deve ser um objetivo terapêutico não é uma questão simples. Encontramos diversidade de respostas para essa questão mesmo em relatos de terapeutas experientes (Marçal, 2005). É de se esperar que o tema seja desafiador também para terapeutas iniciantes.

É importante ter em mente alguns dos princípios do comportamento humano que se destacam ao pensar objetivos terapêuticos. Primeiro, lembre-se que o comportamento é multideterminado (Marçal, 2005; Skinner, 1953). Em segundo lugar, sempre estamos tratando de probabilidades condicionais ao falar sobre o controle do comportamento (Souza, 2000), ou seja, uma contingência é um certo arranjo no tempo e no espaço que torna um tipo de responder mais provável que outros, mas não garante sua ocorrência. E, em terceiro lugar, conhecer um comportamento envolve verificar as condições em que ele ocorre por meio de avaliações funcionais que estabelecem essas relações dependência entre eventos do mundo, respostas do organismo e seus efeitos para o organismo e no mundo (Leonardi et al., 2012). A “queixa” do cliente, aquilo que ele entende que é seu problema, a partir de sua

experiência, não necessariamente envolverá uma descrição do comportamento ou repertório alvo de trabalho. Essa descrição se obtém a partir de uma análise funcional. “Os clínicos bem sabem que as queixas não indicam necessariamente que comportamentos devem ser alterados” e, assim, identificar comportamentos-alvo requer um trabalho minucioso de “inferência e verificação das regularidades que surgem nas relações entre respostas e o ambiente, o que é obtido tanto por meio dos relatos dos clientes quanto pela observação direta” (Meyer, 1997, pp. 33-34). Quando clientes buscam terapia, normalmente já passaram muito tempo lutando contra seus problemas e desenvolveram explicações sobre suas causas, o que eles acreditam que funciona, o que acreditam que não vai funcionar para eles. Essas explicações são construídas em interação com as comunidades verbais e podem ser entendidas como parte um complexo sistema de manutenção dos problemas do cliente (Hayes, 1987).

Trataremos aqui de análises funcionais de dois tipos: molares e moleculares. Elas se complementam e costumam andar juntas. Ainda que não exista consenso na área sobre a definição de ambas as análises, para o presente trabalho as definições adotadas serão as seguintes. A análise funcional molecular é aquela que descreve contingências específicas, buscando compreender comportamentos particulares em seus ambientes (Nery & Fonseca, 2018). Já a análise funcional molar refere-se à identificação de padrões comportamentais mais amplos. Ela envolve a integração de repertórios do cliente com as possíveis variáveis que viabilizaram a instalação desse repertório problemático – história de aquisição – e que o mantém no presente – contextos atuais mantenedores, consequências fortalecedoras e enfraquecedoras do padrão (Nery & Fonseca, 2018). Essas últimas normalmente estão relacionadas às dificuldades que o cliente encontra em sua vida ao se comportar de certo modo, mas sem que promovam uma mudança. Por exemplo, alguém que apresenta um repertório que poderíamos nomear como “perfeccionismo” pode obter vantagens ao exibir os comportamentos relacionados (ao ser um excelente profissional, bastante minucioso em suas tarefas, aumentam as chances de ocorrerem consequências mantenedoras do padrão), mas também desvantagens (ao passar muito tempo dedicado às tarefas profissionais e pouco tempo aos relacionamentos interpessoais, aumentam as chances de ocorrerem consequências enfraquecedoras do padrão). Veja Nery e Fonseca (2018, pp. 46-50, para uma análise detalhada).

Nas terapias comportamentais contextuais, é comum que se usem outros termos para grandes repertórios que são alvos em potencial para o trabalho. Pense, por exemplo, na busca pela flexibilidade psicológica pela ACT. Ou a construção de repertórios interpessoais competentes, assertivos e seguros, pela FAP. Mesmo esses termos abrangentes, contudo, referem-se a repertórios que podem ser lidos com termos mais familiares ao analista do comportamento. Sugere-se aqui que o terapeuta inicie seu treinamento, portanto, pelo domínio das noções envolvidas nas análises funcionais molares do comportamento. São elas que vão “dialogar” mais diretamente com os alvos mais amplos das terapias comportamentais contextuais, já que todas as abordagens contextuais preconizam a busca pela modificação de padrões amplos de comportamento e não apenas comportamentos específicos, ainda que os últimos sejam constituintes ou instâncias dos primeiros. Note que essa recomendação não significa o abandono das análises funcionais moleculares, ou de uma classe única de respostas, conforme for conveniente ao trabalho. Trata-se apenas de uma dica de ponto de partida, buscando facilitar a aquisição de certos repertórios importantes de terapeuta contextual comportamental

Para realizar uma análise funcional molar, em lugar de identificar estímulos discriminativos ou estímulos reforçadores e aversivos pontuais, o terapeuta parte para uma análise mais ampla, histórica, abrangente e flexível. O terapeuta deverá, eventualmente, identificar tais aspectos mais pontuais para realizar intervenções diretas, mas recomenda-se que o faça com base nas análises molares.

## **5. Avaliar concretização de objetivos terapêuticos: cliente muda seu o mundo, e parte desse mundo é você**

De modo sintético, recomendo que você identifique elementos norteadores a partir da primeira sessão, e que persista em uma avaliação iterativa deles, conforme as sessões progridem. O principal objetivo aqui não é “acertar de primeira” ou conhecer rapidamente o cliente, mas construir uma contingência para si mesmo que requeira que fique sob controle de, pelo menos, quatro aspectos: 1) a leitura comportamental do caso; 2) objetivos terapêuticos definidos em termos de comportamentos e/ou repertórios do cliente; 3) indicadores da aproximação desses objetivos, por parte do cliente, em sessão; 4) indicadores da aproximação desses objetivos, por parte do cliente, fora da sessão. Um quadro síntese desses elementos básicos pode ser visto na Tabela 2, a seguir, que os apresenta diagramados como uma ferramenta que pode ser utilizada para tomar notas e formular hipóteses a cada nova sessão.

**Tabela 2**

*Quadro síntese da leitura do caso, definição de objetivos e identificação de indicadores de progresso clínico dentro e fora da sessão, para utilização como guia para o trabalho sessão a sessão*

Item a ser construído	Descrição dos itens, hipóteses e anotações
<p><b>Leitura comportamental</b> do caso: análises funcionais, déficits, excessos, problemas e habilidades da/o cliente, repertórios-chave.</p>	
<p><b>Objetivos terapêuticos</b> construídos até o momento, formulados em termos comportamentais, com base na leitura do caso. Observação: uma técnica ou uma estratégia implementada pelo terapeuta pode ser um caminho a percorrer, mas não é um objetivo. Um objetivo terapêutico deve ser sempre descrito em termos de repertórios da/o cliente</p>	
<p>Indicadores de objetivos terapêuticos na sessão, ou seja, aquilo que a/o <b>cliente pode fazer na sessão</b> para aproximar-se dos objetivos terapêuticos. Observação: Descrever tanto as expectativas (baseadas nos objetivos), quanto as constatações pelo relato da/o cliente. A redação deve explicitar, inequivocamente, o que é expectativa e o que foi constatado.</p>	
<p>Indicadores de objetivos terapêuticos generalizados fora da sessão, ou seja, aquilo que a/o <b>cliente pode fazer na vida fora da sessão</b> para aproximar-se dos objetivos terapêuticos. Observação: Descrever tanto as expectativas (baseadas nos objetivos), quanto as constatações pelo relato da/o cliente. A redação deve explicitar, inequivocamente, o que é expectativa e o que foi constatado.</p>	

Convém que nos detenhamos um pouco mais nos itens 3 e 4: indicadores de progresso clínico. Primeiro, a escolha pela palavra indicadores se justifica a partir da compreensão de que todo processo terapêutico deve ser verificado em seu progresso e, para isso, precisamos mensurá-lo. Há muitos instrumentos padronizados de medida. Se usar alguns deles poderá observar, por exemplo, os repertórios abrangentes do campo das relações interpessoais, buscando averiguar: afirmação de necessidades pelo cliente; comunicação bidirecional e como o cliente oferece e recebe *feedback*; como o cliente lida com conflitos; abertura e restrições interpessoais; expressão e experiência emocionais (Callaghan, 2006). Você pode também avaliar comportamentos como os envolvidos na esquiva ou evitação experiencial e, por conseguinte, nas ações comprometidas, questionando o cliente sobre a relação que ele tem com seus sentimentos e emoções, preocupações, lembranças, ou sobre áreas que o cliente considera importantes em sua vida e como tem se dedicado a tais áreas em seu cotidiano (Lucena-Santos et al., 2015). Se, nesses termos, o cliente relata menos “medo” de suas próprias emoções e passa a gastar mais tempo de seu dia a dia com as esferas de sua vida que mais valoriza, há que se considerar que ele está implementando mudanças benéficas em seu próprio mundo.

Há muitas maneiras padronizadas de realizar medidas, e pode ser que você queira se valer delas. A mensagem principal sobre mensuração de progresso clínico, contudo, é que ainda que possa ser importante desenvolver repertórios relativos ao uso de instrumentos, pode ser ainda mais importante desenvolver repertórios relativos à autopercepção e discriminação de suas próprias reações diante de um cliente, como você se sente durante a sessão e que efeitos isso pode ter em seu cliente, como o cliente vê seu próprio progresso e para onde quer levar a terapia, e

como você consegue ajudá-lo a modificar as questões para as quais sente que precisa de ajuda (Hayes et al., 2012; Tsai et al., 2012; entre muitos outros).

Esse é um desafio importante para um terapeuta contextual iniciante, já que o sentido e o significado de um relato ou uma fala só existe em um contexto. Um cliente normalmente muito calado exclama “Nossa, que frio!”. Isso pode parecer simples, mas não é, considere: a temperatura da sala (será que o ar-condicionado está muito forte?); a possibilidade de isso ser uma tentativa de aproximação socialmente aceita; um degrau acima na construção da relação terapêutica (equivalente a “Você percebe que eu estou sentindo frio?”); ou a possibilidade de isso ser uma esquivada, evitando falar de algum assunto importante; ou tudo isso de uma vez (Luoma et al., 2007, p. 213).

## **6. Conduzir as sessões privilegiando seu caráter experiencial (Perguntar menos “porquês” e mais “comos”)**

Quando você estiver mais familiarizado com terapias comportamentais contextuais, perceberá que um caráter essencial do trabalho são as intervenções experienciais. É claro que você sempre pode ir aos livros buscar exemplos de estratégias experienciais, como os exercícios com metáforas na ACT (Stoddard & Afari, 2014). Isso será importante. Aqui, contudo, como dica, vou apenas orientar que se atente aos sentimentos evocados em sessão em seu cliente a todo momento. E busque fazer com que seu cliente experiencie tais sentimentos e emoções sem julgamento. Por exemplo, se você perceber que o cliente “omitiu” alguma informação ou não falou de si mesmo na descrição de eventos importantes, investigue sentimentos “ruins” como culpa, vergonha, angústia... Pergunte diretamente, se for o caso.

Se você “pisar na bola” ou, digamos, perceber que o cliente se chateou com algo que você disse, pergunte o que você o fez sentir. Desculpe-se, se for o caso, mas siga investigando e tentando fazer com que o cliente entre em contato com isso e lhe relate o que ocorre. Mas o relato de um sentimento ruim pode ser melhor provocado em sessão perguntando como a pessoa está ou ficou naquele momento. Evite perguntar por que o cliente reagiu de determinada maneira. Perguntar “Por quê?” pode apenas evocar regras comportamentais, e não queremos isso neste momento.

Às vezes, os terapeutas respondem a um conjunto negativo de comportamentos, cognições e sentimentos tentando explorar “onde você aprendeu essa forma de pensar”. Perguntar ao cliente de onde pode vir esse conjunto específico de pensamentos e sentimentos – como se quisesse descobrir como removê-lo – é um sinal claro de problema. O uso clínico da palavra porquê é quase sempre um erro. É um convite para se justificar ou contar histórias e geralmente leva tanto o cliente quanto o terapeuta a um beco sem saída. Geralmente é mais produtivo pedir ao cliente que descreva os eventos internos (incluindo pensamentos sobre a própria história) que aparecem associados ao material difícil. O plano é ver o que existe – não resolver, como se a vida da pessoa fosse um problema. (Hayes et al., 2012, p.159)

Três recomendações importantes: 1) Essa dica não deve ser implementada sozinha; 2) Não leve ao “pé da letra” a restrição ao uso dos “porquês”, mas verifique se as perguntas que está fazendo ao cliente levam ele a uma experiência diferente com seus problemas ao invés de adotar uma postura de se explicar e dar muitas justificativas para seu próprio comportamento; 3) É importante que você saiba como “encaminhar” o que o cliente sentiu e relatou para você. Para isso, você precisará dominar técnicas experienciais específicas (estude-as!). Afinal, não se trata apenas de sentir o que se sente, mas, ao sentir, aprender algo sobre seu comportamento e seus contextos e trabalhar na direção de mudá-los conforme a direção de seus valores (Hayes et al., 2012).

Se você quiser um exemplo muito eloquente de como fazer isso, veja o trabalho experiencial em FAP conduzido no caso discutido por Plummer (2010, pp. 166-167). Lá você verá que algumas questões importantes que um terapeuta faz em uma situação delicada indicam que você quer aprender mais sobre o caso (dão condição para que o cliente fale mais sobre si), mas muitas outras são sobre investigar como a interação com o terapeuta faz o cliente se sentir, o que essa interação o faz pensar, entre outros “comos”.

## **7. Tornar-se obsoleto**

Um terapeuta comportamental contextual não busca que seus clientes tenham uma existência livre de sofrimentos. Ele busca criar condições para que o sofrimento, como parte constitutiva da experiência humana, não inviabilize que o cliente viva uma vida que valoriza.

O clínico, em qualquer das abordagens comportamentais de psicoterapia, trabalha para que o cliente tenha autonomia e possa realizar a vida que deseja, reconhecendo as condições de sua vida e alterando-as conforme necessário, a partir de novos repertórios desenvolvidos a partir da psicoterapia. Autonomia pode ser compreendida como uma combinação de repertórios que incluem ser capaz de descrever o mundo em que se vive e seu comportamento, as consequências relacionadas a tais comportamentos, e modificar contingências em sua própria vida para que outros comportamentos desejáveis ocorram (Dittrich, 2012). Nesse sentido, um dos objetivos tácitos de um posicionamento comportamental é construir condições para que o cliente exerça controle sobre as variáveis que interferem em seu comportamento, uma vez que pessoas que se engajam nesse tipo de modificação de variáveis “são mais autônomas, independentes e ‘livres’ do que as que não o fazem. O clínico analítico-comportamental busca ensinar e promover a liberdade” (Dittrich, 2012, pp. 93-94).

O nome dado a essa habilidade vem da ideia de que você deve criar condições, a partir de seu trabalho, para que seu cliente desenvolva as habilidades que precisa, modifique as condições que podem ajudá-lo, e aprenda a fazer isso a partir do que aprendeu com você, mas de maneira autônoma. Não é incomum que uma psicoterapia tenha um fim “anticlimático”, vá minguando até que o cliente embarque em uma viagem, ou algo assim, e não volte mais (Holman et al., 2017).

A ideia aqui é que você tenha em mente que o fim dessa relação especial que é a terapia é parte do processo, e não algo a ser evitado. Clientes e terapeutas podem se engajar em comportamentos de evitação sobre o fim da terapia, uma vez que não somos bem treinados a lidar com fins desse tipo e, portanto, alguns problemas podem surgir: evitar admitir que a terapia terá um fim ou falar sobre ele; preocupar-se com como será o fim; preparar-se em demasia para o fim do processo, perdendo oportunidades importantes de aprendizado; acelerar o fim, ou realizá-lo de maneira abrupta, a partir de distanciamento entre cliente e terapeuta ou uma ansiedade importante sobre o término da psicoterapia (Holman et al., 2017). “Terminar bem ajuda a assegurar que o trabalho que vocês realizaram juntos mantenha seu impacto” (Holman et al., 2017, p. 239).

Em linha com os objetivos de uma abordagem contextual, o “ponto de chegada” é sempre individualizado. Afinal, ao pensarmos, por exemplo, na ACT, seu foco está

explicitamente em viver melhor. Embora isso possa envolver sentir-se melhor, também pode não ser o caso. Às vezes, viver melhor requer sentir a dor; se isso proporcionar conexão, escolha e uma vida com vitalidade, então a ACT tentará promover as habilidades necessárias para sentir dor sem defesas desnecessárias. O objetivo principal da ACT é apoiar clientes ao sentirem e pensarem o que eles já diretamente sentem e pensam, enquanto os ajuda a se movimentar em uma direção escolhida, que pessoalmente valorizem. (Luoma et al., 2007, p. 3)

## **8. Desenvolver outras habilidades constantemente por meio dos estudos e da “experiência de vida”**

Muito do que é exigido de você enquanto terapeuta comportamental contextual requererá que seja capaz de criar analogias, reagir ao cliente de modo empático, sentir e vulnerabilizar-se em sessão para o cliente. Parte desse repertório não é possível de ser construído apenas “sendo terapeuta”. Você precisará também ser alguém que tem experiências na vida que dialogam com as experiências dos clientes. É claro que isso não quer dizer que precisamos ter passado exatamente pelo que o cliente está passando para poder acolhê-lo. Isso tornaria o trabalho da psicoterapia inviável.

Contudo, as características e habilidades do terapeuta, enquanto parte da díade cliente-terapeuta, são essenciais para o bom progresso da terapia. Um terapeuta eficaz apresenta alguma desenvoltura em relações interpessoais, é empático, compreende seus clientes (e deixa isso claro a partir de seu comportamento verbal), mantém relações terapêuticas profundas e duradouras com um amplo escopo de clientes, além de ser proficiente em sua abordagem teórico-técnica e nos modos de aplicação a ela relacionados (Wampold & Imel, 2015). A proficiência nas abordagens teórico-técnicas utilizadas virá pelo estudo dos textos e pela exposição a treinos diretos de habilidades práticas (estágios, supervisão, *workshops*, entre outros). As competências interpessoais também podem ser desenvolvidas com treino direto, mas você se beneficiará muito de variabilidade e diversidade em suas experiências de vida. Esse é um ingrediente muito importante e é parte do que precisamos fazer para compreender (discriminar, nomear...) o que acontece na vida do cliente.

Considere a dificuldade que pode se apresentar a um terapeuta que, digamos, não tem ou teve bons amigos, nunca precisou resolver conflitos com esses amigos, nunca teve medo de ser rejeitado por algum deles (ou acredita que nunca teve...), ou nunca se alegrou profundamente com sua felicidade, ao conduzir o cliente na experimentação

de todas essas sensações e emoções em uma psicoterapia. Mas apenas passar por essas situações não seria suficiente, é necessário aprender a compreendê-las em si mesmo a partir de um ponto de vista contextual: se eu vivi situações ruins e compreendo que efeitos isso teve em mim, poderei pensar em melhores estratégias de intervenção com meus clientes em situações análogas (Guerin, 2022). Se nada mais, a “experiência de vida” certamente ajudará quando você precisar adaptar metáforas e paradoxos das estratégias experienciais que são tão caras à ACT, ou para fazer parte da comunidade verbal do cliente (ter repertório para descrever e nomear aquilo que preocupa ou aflige o cliente de modos que ele compreenda).

### **Breve nota sobre técnicas, protocolos e procedimentos específicos em psicoterapia**

Técnicas e procedimentos psicoterápicos são tecnologias comportamentais. Tecnologias são mais efêmeras que os princípios gerais do comportamento. Até o final do século XX, não existiam terapias comportamentais contextuais; agora existem. Esses trabalhos revolucionaram a maneira como terapeutas comportamentais trabalham, mas, certamente, outras mudanças virão. Se você é um terapeuta em treinamento, é muito possível que ainda veja o desenvolvimento de novas abordagens técnicas, instrumentos ou protocolos no desenrolar de sua carreira. E isso é bom. O que segue mais ou menos intacto, contudo, são os princípios que essas abordagens representam.

Aprenda as técnicas, domine os procedimentos, estude os protocolos, pois cada uma dessas tecnologias foi produto de intenso trabalho desenvolvido por profissionais pesquisadores e clínicos, visando o bem-estar do cliente e a eficácia da psicoterapia. Mas reserve sempre um tempo para aprender sobre os fundamentos, a epistemologia, a visão de sujeito e de mundo subjacentes às técnicas. Isso tudo vai lhe ajudar quando for requerido a ser mais criativo e inovar, e a clínica sempre nos requer inovação e criatividade.

### **Considerações finais**

Espero que você tenha tido uma experiência transformadora, em alguma medida, ao ler este texto. Torço para que, caso estivesse em dificuldade no início de seu caminho clínico, o presente trabalho tenha trazido explicações que facilitaram seu acesso a esse mundo por vezes amedrontador. Busque supervisão. Busque diferentes supervisores. Crie contingências para fomentar sua própria variabilidade comportamental. Leia e mantenha-se atualizado (novos procedimentos sempre aparecem!). Que este seja apenas o começo de uma incrível jornada nas trilhas comportamentais contextuais. Bons estudos e boa caminhada!

### **Declaração de conflito de interesses**

O autor declara que não há conflito de interesses relativos à publicação deste artigo.

### **Direitos Autorais**

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons 4.0 BY-NC.



### **Referências**

- Abib, J. A. D. (2016). Cenário de uma revolução psicológica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(Número Especial), 27-39. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i0.842>
- Assaz, D. A. (2021). Terapia de aceitação e compromisso. Em C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 106-119). Manole.
- Banaco, R. A., Vermes, J. S., Zamignani, D. R., Martone, R. C., & Kovac, R. (2012). Personalidade. Em M. M. C. Hübner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (pp. 144-153). Guanabara Koogan.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). Roca.
- Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 1-21. <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
- Borges, N. B., & Cassas, F. A. (Orgs.) (2012). *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos*. Artmed.

- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (2012). Eventos a que o clínico analítico-comportamental deve atentar nos primeiros encontros: Das vestimentas aos relatos e comportamentos clinicamente relevantes. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 128-137). Artmed.
- De-Farias, A. K. C. R., Fonseca, F. N., & Nery, L. B. (Orgs.) (2018). *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica*. Artmed.
- Dittrich, A. (2012). O conceito de liberdade e suas implicações para a clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 87-94). Artmed.
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for behavior analysts*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003250371>
- Ferster, C. B. (2012). Psicoterapia do ponto de vista de um comportamentalista. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 3(1), 121-144. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v3i1.828>
- Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. Appleton-Century-Crofts.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.). The Johns Hopkins University Press (Trabalho original publicado em 1961).
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays*. Basic Books, Inc.
- Gingles, D. (2022). Igniting collective freedom: An integrative behavioral model of acceptance and commitment towards black liberation. *Behavior Analysis in Practice*, 15(4), 1050-1065. <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00584-6>
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). ESETec Editores Associados.
- Guerin, B. (2017). *How to rethink mental illness: The human contexts behind the labels*. Routledge.
- Guerin, B. (2022). *Reimagining therapy through Social Contextual Analyses: Finding new ways to support people in distress*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003300571>
- Guerin, B. (2023). *Como repensar o comportamento humano* (G. B. Leugi, Trad.). Hogrefe. (Trabalho original publicado em 2016).
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147-185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hayes, S. C. (1987). *Um enfoque contextual para mudança terapêutica*. (A. C. B. Barcellos & V. B. Haydu, Trad.). Manuscrito não publicado. Disponível em: [http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/Hayes\\_%20Texto%20ACT.pdf](http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/Hayes_%20Texto%20ACT.pdf)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Orgs.) (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Context Press.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Orgs.) (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Gerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed.). The Guilford Press.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple: A practical guide to therapeutic relationships*. New Harbinger Publications.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (Orgs.) (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3>

- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1974). *Princípios de psicologia: Um texto sistemático na ciência do comportamento* (C. M. Bori, & R. Azzi, Trans.). Editora Pedagógica e Universitária Ltda. (Trabalho original publicado em 1950)
- Kohlenberg, B. S., & Callaghan, G. M. (2010). FAP and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Orgs.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 31-46). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3_3)
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, Trad.). ESETec Editores Associados (Trabalho original publicado em 1991).
- Layng, T. V. J., Andronis, P. T., Trent Codd III, R., & Abdel-Jalil, A. (2022). *Nonlinear contingency analysis: Going beyond cognition and behavior in clinical practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003141365>
- Leonardi, J. L., Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Artmed.
- Leugi, G. B. (2018). Um novo olhar empírico sobre a saúde mental em contexto e seus desdobramentos para a análise do comportamento. *Revista Psicologia e Saúde, 10*(2), 125-129. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.603>
- Linehan, M. M. (2018a). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o paciente* (2a ed., D. Bueno Trad.). Artmed. (Trabalho original publicado em 2015)
- Linehan, M. M. (2018b). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta* (2a ed., H. O. Guerra Trad.). Artmed. Trabalho original publicado em 2015)
- Lopes, C. E., Laurenti, C., & Abib, J. A. D. (2018). *Conversas pragmatistas sobre comportamentalismo radical* (2a ed.). CRV.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. da S. (2015). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. Em P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 273-309). Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Marçal, J. V. D. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 7*(2), 231-246. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i2.32>
- Marmo, A. (2012). A que eventos o clínico analítico-comportamental deve estar atendo nos encontros iniciais? Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 119-127). Artmed.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição. Volume 2: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 31-36). ARBytes.
- Meyer, S. B., Oshiro, C., Donadone, J. C., Mayer, R. C. F., & Starling, R. (2008). Subsídios da obra "Comportamento Verbal" de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 10*(1), 105-118. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.209>
- Micheletto, N., & Sérgio, T. M. P. A. (1993). Homem: Sujeito ou objeto para Skinner? *Temas em Psicologia, 2*, 11-21.
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology, 14*(1). <https://doi.org/10.1177/20438087231152848>
- Nery, L. B., & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: Um passo a passo. Em A. K. C. R. De-Farias, F. N. Fonseca, & L. B. Nery (Orgs.), *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica* (pp. 1-22). Artmed.
- Oshiro, C. K. B., & Ferreira, T. A. S. (Orgs.). (2021). *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica*. Manole.
- Oshiro, C. K. B., Vartanian, J. F., Sartor, M. S., & Silva, E. F. (2021). A psicoterapia analítica funcional (FAP). Em C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 28-45). Manole.

- Paixão Junior, F. D. (2021). Conhecimento científico e interseccionalidade: Da ingenuidade à sensibilidade política na Análise do Comportamento. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, (Edição Especial), 229-245. <https://doi.org/10.18761/DH000176.dez21>
- Pepper, S. C. (1970). *World hypotheses: A study in evidence*. University of California Press (Trabalho original publicado em 1942).
- Pezzato, F. A., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 74-84. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v14i1.495>
- Pimentel, N. S., Bandini, C. S. M., & Melo, C. M. (2012). Compreendendo o abandono do “eu iniciador” em B. F. Skinner a partir das críticas de G. Ryle ao mentalismo tradicional: questões teóricas e práticas. *Acta Comportamental*, 20(2), 217-233.
- Plummer, M. D. (2010). FAP with sexual minorities. In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Orgs.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 149-172). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3_9)
- Rocha Junior, J. E. G., Marques, N. S., & Oshiro, C. K. B. (2023). Potenciais efeitos da socialização masculina no desenvolvimento de habilidades terapêuticas. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, (Edição Especial), 27-41. <https://doi.org/10.18761/vecc161022>
- Sandoz, E. K. (2012). Case formulation: Listening with ACT ears, seeing with ACT eyes. In S. C. Hayes, K. D. Strosahl, & K. G. Wilson (Orgs.), *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed., pp. 103-140). The Guilford Press.
- Santos, G. M., Santos, M. R. M., & Marchezini-Cunha, V. (2012). A escuta cautelosa nos encontros iniciais: A importância do clínico analítico-comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 138-146). Artmed.
- Silveira, J. M. (2012). A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 110-118). Artmed.
- Skinner, B. F. (1936). The verbal summator and a method for the study of latent speech. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 2(1), 71-107. <https://doi.org/10.1080/00223980.1936.9917445>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1953). *Science And Human Behavior*. The Free Press; Collier-Macmillan Limited.
- Skinner, B. F. (1964). Man. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 108(6), 482-485.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Merrill Publishing Company.
- Skinner, B. F. (2020). *Verbal behavior. Extended edition*. B. F. Skinner Foundation (Trabalho original publicado em 1957).
- Skinta, M. D., Hoeflein, B., Muñoz-Martínez, A. M., & Lucía Rincón, C. (2018). Responding to gender and sexual minority stress with functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 63-72. <https://doi.org/10.1037/pst0000157>
- Souza, D. G. (2000). O conceito de contingência: Um enfoque histórico. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(2), 125-136.
- Stewart, I., Villatte, J., & McHugh, L. (2012). Approaches to self. In L. McHugh & I. Stewart (Orgs.), *The self and perspective taking: Contributions and applications from modern behavioral science* (pp. 3-36). Context Press.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experimental exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Thomas, N., & Morris, K. (2023). Using Acceptance and Commitment Therapy within a Functional Analysis informed therapy for hearing voices. In J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite, & E. Morris (Orgs.), *Psychological interventions for psychosis: Toward a paradigm shift* (pp. 307-324). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1_15)
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy*. Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Orgs.) (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Vandenbergh, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 105-114. <https://doi.org/10.1080/09515070701197479>

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2ª ed.). Routledge.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (Orgs.) (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. Wiley-Blackwell.
- Zilio, D. (2019). O que nos torna analistas do comportamento? A teoria como elemento integrador. *Acta Comportamental*, 27(2), 233-249.

---

Submetido em: 31/03/2023

Aceito em: 23/12/2023