

Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental¹

Simone Neno Cavalcante²
Emmanuel Zagury Tourinho
Universidade Federal do Pará

RESUMO: Este artigo discute o desenvolvimento de sistemas classificatórios para diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos, revisando, brevemente, as mudanças implementadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM, e apontando restrições ao seu uso de uma perspectiva analítico-comportamental. Discute-se o potencial da análise funcional para engendrar um sistema alternativo de diagnóstico e classificação e argumenta-se que: (a) a proposição e uso de um sistema alternativo estarão limitados pelas peculiaridades da análise funcional no contexto clínico; e (b) no delineamento de sistemas alternativos, o critério de instrumentalidade deve incorporar uma perspectiva relacional e externalista de explicação do comportamento.

Palavras-chave: sistemas de classificação; categorias diagnósticas; análise funcional; behaviorismo radical.

Classification and Diagnosis in Clinical Practice: Possibilities of a Behavior-Analytic Model

Abstract: This paper discusses the development of a classification system that can be used in diagnosis and treatment procedures of psychological problems. It reviews briefly the changes implemented on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, and points out some restrictions to its use according to a behavior-analytic perspective. It discusses the possibility of functional analysis to provide an alternative system of diagnosis and classification, and it also argues that: (a) definitions of methodologies based on functional analysis are limited by the peculiarities found in the clinical context; and (b) the application of an instrumental criteria to delineate alternative classification systems must be associated to a relational and externalist view of behavior.

Key words: classification systems; diagnostic categories; functional analysis; radical behaviorism.

As tentativas de classificação dos transtornos mentais são iniciativas anteriores ao advento da psiquiatria como especialidade médica e uma decorrência da busca de uma concepção de loucura ou alienação. A história dessas tentativas tem sido marcada especialmente pelo debate em torno da estrutura de sistemas particulares de classificação, sob a influência periódica de diferentes escolas de pensamento (Morey, Skinner & Blashfield, 1986). O exemplo contemporaneamente mais ilustrativo desse esforço é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM, cujas edições refletem diferentes perfis teóricos/epistemológicos.

Embora a controvérsia gerada pela utilização de categorias diagnosticas derivadas do modelo médico ainda esteja presente na literatura psicológica (Craighead, Craighead, Kazdin & Mahoney, 1994), alguns dados informam a ampla utilização de classificações desse gênero, como é o caso do DSM (e.g. Maser, Kaelber & Weise, 1991) acolhido, na dé-

cada de 80, como um incremento no campo da avaliação comportamental (Ciminero, 1986). Entre os terapeutas comportamentais, esta adesão vem na forma de um cuidado especial em deixar evidente nas publicações especializadas que os sujeitos de suas pesquisas se enquadram nos critérios descritos pelo DSM (Hayes & Follette, 1992). Assim, parece oportuno que se investigue em que medida essa adesão implica a convergência de pontos de vista freqüentemente considerados opostos.

O trabalho revisa, brevemente, as mudanças implementadas nas várias edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e discute possíveis restrições ao seu uso na prática clínica de base analítico-comportamental, para a qual procedimentos de avaliação e intervenção deveriam ser orientados por uma análise funcional. Não se pretende discutir a validade do uso do DSM em diferentes contextos, mas sua utilidade para a intervenção clínica comportamental baseada em princípios behavioristas radicais. Na outra direção, com base nas formulações de Hayes e Follette (1992), são discutidos alguns problemas enfrentados pela "análise funcional clássica", descrita como uma metodologia de "avaliar-formular-intervir-avaliar", dirigida a comportamentos relacionados à problemática do cliente. O trabalho de Hayes e Follette é ainda tomado como referência na discussão do potencial da análise funcional para engendrar um sistema

- 1 Este trabalho foi elaborado como parte das atividades da primeira autora no Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Pará, sob a orientação do segundo autor. Uma versão anterior foi apresentada no VI Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Santos, 1997.
- 2 Endereço: Av José Bonifácio, 656, ap. 1302. São Brás. CEP: 66.063-010. Belém-Pará. E-mail: sncs@amazon.com.br

alternativo de diagnóstico e classificação. O referencial behaviorista radical é utilizado como fundamento para duas argumentações: (a) o debate sobre a definição de metodologias reguladas pelo princípio da análise funcional favorece a discussão da real possibilidade de emergência de tais metodologias, adequadas às peculiaridades do "contexto clínico" e (b) o critério da instrumentalidade, aplicado ao delineamento de sistemas classificatórios alternativos, deve implicar, necessariamente, um esforço analítico pautado por uma perspectiva relacional e externalista de explicação do comportamento humano.

Classificação e Diagnóstico de Psicopatologias: a Criação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM

Os sistemas de classificação dos transtornos mentais encontram antecedentes históricos na doutrina de Hipócrates (460-377 a.C.) e no *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, de Pinei (1745-1826), publicado em 1801, dentre outros marcos significativos (cf. Pessoti, 1994). Enquanto Hipócrates situava os transtornos mentais no campo do conhecimento médico, ainda que baseado num organicismo especulativo, Pinei, com seu *Tratado*, "inaugura a Psiquiatria como especialidade médica" (Pessoti, 1994, p. 145), buscando um sistema de classificação no qual a loucura "passa a ser *essencialmente* o desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais" (Pessoti, 1994, p. 169). Se Hipócrates instituiu o organicismo localizando em desequilíbrios corporais a origem da doença mental, com Pinei são os desarranjos *na mente* que a produzem, o que justifica um modelo "psi" de análise e intervenção diante da loucura.

Contemporaneamente, a preocupação com a construção de sistemas de classificação e diagnóstico que orientem a intervenção de profissionais da chamada área "psi" (psiquiatras e psicólogos) encontra expressão maior no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente em sua quarta edição, o DSM-IV. Publicado originalmente em 1994, o DSM-IV é um empreendimento patrocinado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Trata-se de uma "classificação...que divide [ou categoriza] os transtornos mentais em tipos com base nos conjuntos de critérios com características que os definem" (APA, 1995, p. xxi).

No texto introdutório do Manual, há referência à "tendência" dos sujeitos à heterogeneidade. Essa heterogeneidade é também reconhecida na análise dos aspectos definidores do diagnóstico: "casos limítrofes serão difíceis de diagnosticar... exceto de um modo provável" (APA, 1995, p. xxi). Explica-se ainda que o DSM não exige que todas as características estejam presentes para diagnosticar um indivíduo como integrante de uma determinada categoria, desde que o mesmo apresente um subconjunto dos itens derivados de uma lista mais extensa.

As mudanças no sistema de classificação e no processo de elaboração do Manual devem ser compreendidas a partir de uma perspectiva histórica. A primeira edição do DSM, publicada em 1952, é definida pela Associação Psiquiátrica

Americana como "uma variação da Classificação Internacional de Doenças, CID-6" (APA, 1995, p. xvii), publicada pela Organização Mundial de Saúde e, atualmente, em sua 10ª edição (CID-10). A publicação do DSM-I foi forçada pela existência, na época, de diferentes sistemas de classificação de doenças mentais (Morey, Skinner & Blassfield, 1986).

Estavam presentes, no texto do DSM-I, a perspectiva psicobiológica de Adolf Meyer "de que os transtornos mentais representavam reações da personalidade a fatores psicológicos" (APA, 1995, p. xvii) e a influência de Kraepelin (Morey & cols., 1986, p. 51-2) e sua ênfase na etiologia. A resposta ao sistema proposto pela APA veio na forma de críticas empíricas e teóricas (Morey & cols., p. 59).

O DSM-II, publicado em 1968, "era similar ao DSM-I" (APA, 1995, p. xvii). A única alteração foi a exclusão do termo *reação*, amplamente utilizado no DSM-I como resultado do predomínio das idéias de Meyer (*reação esquizofrênica*, por exemplo, passava a ser unicamente *esquizofrenia*) (Morey & cols. 1986, p. 52).

A terceira versão do Manual, O DSM-III, publicado em 1979, apresentou diferenças em relação às duas primeiras edições, sendo que a meta principal foi a adoção de um caráter "não teórico" (Pichot, 1994, p. 238) ou de um *enfoque descritivo* "que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas" (APA, 1995, p. xvii). Ao lado disso, foram introduzidas "inovações metodológicas, incluindo critérios explícitos de diagnóstico [e] um sistema multiaxial" (APA, p. xvii). Na revisão de critérios de diagnóstico, foram incorporadas "observações mais diretas de padrões específicos de comportamentos" (Ciminero, 1986, p. 3) e ampliadas as categorias diagnósticas - de 182, apresentadas no DSM-II, para um total de 265 (Morey, & cols., 1986, p. 59), que ao lado de estudos de fidedignidade tornaram o DSM-III "menos ofensivo [aos behavioristas] em termos teóricos" (Hayes & Follette, 1992, p. 345). No entanto, as mudanças conferidas às categorias diagnósticas do DSM-III não foram consideradas suficientemente fundamentadas em dados empíricos. Dentre as restrições, "os critérios eram criados intuitivamente pelos membros responsáveis pela tarefa" (Morey, p. 59) e consistiam "numa série de suposições, [sem] uma base científica aparente" (Shapiro, 1989, p. 290). As inconsistências e a falta de clareza de alguns critérios diagnósticos revelados na terceira edição do Manual foram supostamente corrigidas com a publicação do DSM-III-R, em 1987.

A utilidade clínica é apontada, no DSM-IV, como objetivo primário, e implica o compromisso do Manual com a adoção de uma linguagem clara, critérios concisos e descrições explícitas dos construtos reunidos nos critérios diagnósticos. Esse conjunto de atributos seria, portanto, instrumento facilitador da tarefa do diagnóstico clínico. A pesquisa e a melhoria da comunicação entre clínicos aparecem no DSM-IV como metas adicionais, bem como o seu uso como instrumento didático.

A elaboração do DSM-IV envolveu especialistas de diversos países que integraram uma rede de consultoria atendendo a um *Grupo de Trabalho e a Grupos de Trabalho*

Específicos. A metodologia para coleta, condensação e interpretação dos dados surgiu como resultado de conferências promovidas para este fim, com o objetivo último de subsidiar os *Grupos de Trabalho Específicos*. A esses grupos coube a tarefa de "identificar as questões mais pertinentes relativas a cada diagnóstico e determinar as espécies de dados empíricos relevantes à sua resolução" (APA, 1995, p. xviii). Nos casos em que a revisão de literatura revelou "escassez de evidências", a reanálise dos dados e a testagem de campo foram utilizados como recursos adicionais. Enquanto a APA entende que sua metodologia encontra-se validada empiricamente, a literatura recente (e.g. Beutler, 1998) demonstra que a questão está distante de um consenso.

Um exemplo mais recente do poder das forças não empíricas sobre a voz da ciência encontra-se na evolução, aceitação e materialização do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4a edição... No rígido processo político que resultou naquele documento, sintomas foram agrupados e rotulados através do poder de persuasão e voto, em franca contradição com a evidência científica, indicando que nem um sistema de categorias nem os grupos particulares de sintomas identificados representavam a natureza dos problemas humanos... (p. 116).

O DSM é um sistema de classificação pela síndrome e, portanto, "uma estratégia analítica - uma forma de organizar eventos em unidades" (Hayes & Follette, 1992 p. 348). Síndromes podem ser descritas como "meras coleções de sinais... e sintomas" (Hayes & Follette, p. 348), sendo que sinais são o que se vê e, ainda, dados "que indicam a presença e o caráter de processos ou eventos clinicamente relevantes" (Millon, 1991, p. 251). Já os sintomas, "aquilo do que os clientes se queixam" (Hayes & Follette, p. 348) tais como "disposição, sentimentos, percepções, lembranças, atitudes, e assim por diante... [são] subjetivos por natureza" (Millon, p. 251). O caráter descritivo do DSM tem a tarefa de identificar sinais e sintomas, facilitando a descoberta da etiologia, curso e resposta ao tratamento.

Embora a legitimidade do sistema DSM seja ocasionalmente questionada é difícil negar a ampla utilização de suas categorias diagnósticas por terapeutas comportamentais (e.g. Barlow, Rapee & Brown, 1992; Sobell, Toneatto & Sobell, 1994; Beck & Zebb, 1994; Steketee, 1994). Esse uso, no entanto, tem sido interpretado de modo heterogêneo no que diz respeito à compatibilidade do DSM com os supostos teóricos da análise do comportamento. Para Kazdin (1983), o emprego eventual de uma terminologia mentalista (no DSM-III) não invalida a contribuição que pode ser derivada do Manual. Segundo ele, "seria um erro ver o diagnóstico de desordens mentais como um empreendimento de pouca relevância para os interesses ou objetivos de pesquisadores da terapia comportamental" (Kazdin, 1983, p. 74). Em uma direção oposta, Hayes e Follette (1992) consideram que "a classificação pela síndrome pode ser vista como uma estratégia orientada topograficamente para a identificação das unidades funcionais anormais" (p. 348), o que compromete sua utilidade para um modelo funcional de análise do comportamento. Admitindo-se que o DSM pode ser útil de dife-

rentes perspectivas, mas também que está teoricamente comprometido com um modelo topográfico para identificação de síndromes, cabe discutir os limites de seu uso no contexto de uma intervenção analítico-comportamental.

Funções dos Sistemas de Classificação e Restrições ao DSM na Perspectiva dos Terapeutas Comportamentais

Alguns autores (e.g. Blashfield & Draguns, 1976; Hersen, 1988) têm apontado as funções que um sistema de classificação da psicopatologia deveria atender. A partir de um exame da literatura taxonômica, Blashfield e Draguns destacam cinco funções básicas: (a) *comunicação*, (b) *recuperação de informação*, (c) *descrição*, (d) *predição* e (e) *formulação teórica*.

Portanto, um sistema de classificação teria como tarefa primeira o desenvolvimento de uma terminologia padronizada, que funcionaria como um "dicionário de termos", trabalhando em favor da comunicação entre os especialistas (Blashfield & Draguns, 1976).

Blashfield e Draguns (1976) apontam que, intimamente relacionada à primeira, estaria a função de recuperação de informação, que supriria o profissional de dados sistematizados sobre um tipo particular de transtorno. A terceira função (descrição) proveria "uma base para a identificação de importantes similaridades e diferenças entre pacientes psiquiátricos" (Blashfield & Draguns, p. 576). Já com a predição, seria possível antecipar a etiologia, prognóstico e resposta diferencial ao tratamento. Como observado por Morey e cols. (1986), "com um bom sistema de classificação, a identificação de um indivíduo como membro de uma classe particular facilita bastante a seleção de uma estratégia de tratamento" (p. 48). Além das quatro funções citadas, Blashfield e Draguns (1976) esclarecem que um sistema de classificação poderia funcionar como base para a formulação da teoria, uma vez que "a escolha de conceitos de classificação guia a condução da pesquisa e organiza princípios explanatórios" (p. 578).

Hersen (1988) apresenta uma proposta mais recente das funções de um sistema de classificação, reunidas em cinco propósitos: (a) organização; (b) comunicação; (c) identificação do tratamento; (d) determinação do *status* legal e (e) reembolso. A organização promoveria o agrupamento das observações de casos particulares, tendo por base comportamentos ou sintomas. O segundo propósito - comunicação - é descrito como facilitador da comunicação entre clínicos e pesquisadores, de forma semelhante à apresentada por Blashfield e Draguns (1976). O terceiro propósito - identificação do tratamento - remete à pretendida ligação entre diagnóstico e intervenção. A determinação do *status* legal diz respeito ao uso do esquema de classificação pelo Sistema Judiciário. A função de reembolso estaria ligada ao uso frequente do diagnóstico psiquiátrico pelas agências de seguro-saúde.

Hayes e Follette (1992) reconhecem no DSM-IV algumas das exigências que, de acordo com Hersen (1988), um sistema de classificação deveria atender, ou seja, comunica-

ção, determinação do *status* legal e reembolso por seguro-saúde. Para além das qualidades reconhecidas por Hayes e Follette é necessário admitir que o DSM-IV segue uma lógica quando avaliado a partir das funções a que se propõe. Mesmo a ligação entre diagnóstico e tratamento (reconhecida por Morey & cols., 1986, como uma possibilidade gerada a partir do DSM e questionada por Hayes & Follette), pode ser reconhecida dentro de limites.

Em que pese a sua lógica própria e seu amplo uso, o sistema de classificação proposto pela APA enfrenta restrições por parte de alguns analistas do comportamento (cf. Hayes & Follette, 1992; Follette & Houts, 1996; Hayes, Wilson, Gilford, Follette & Strosahl, 1996), enquanto outros apontam sua utilidade para a intervenção clínica comportamental (e.g. Kazdin, 1983). Uma possível razão para a divergência de avaliação da compatibilidade do sistema DSM com a terapia comportamental pode ser a diferença de modelos interpretativos, a partir dos quais a avaliação é feita. Ao defender a compatibilidade do DSM com a terapia comportamental, Kazdin (1983) tem como referência um modelo de terapia comportamental que prevaleceu nas décadas de 60 e 70, usualmente designado como modificação do comportamento, que não se fundamenta necessariamente em princípios filosóficos do behaviorismo radical (cf. Holburn, 1997) embora esteja baseado em princípios comportamentais. Já os autores que questionam aquela compatibilidade tomam como referência supostos behavioristas radicais, bem como proposições recentes da pesquisa desenvolvida sob essa orientação. Como se apontará a seguir, as noções de funcionalidade e instrumentalidade, critérios básicos para a validação de enunciados de uma perspectiva analítico-comportamental, ocupam o centro da discussão quando a referência é o behaviorismo radical e justificam as restrições mais sistemáticas ao DSM.

Hayes e Follette (1992) apontam três restrições usuais ao DSM: preocupações com a classificação per se; busca de "unidades verdadeiras" e utilidade do sistema. Objeções relativas à classificação per se incluem a crítica à redução de eventos dinâmicos a coisas e, ainda, à exclusão de detalhes que integram a qualidade de vida de um indivíduo. Os rótulos atribuídos a um indivíduo a partir de um sistema de classificação obscureceriam diferenças relevantes intra-sujeitos. Igual preocupação seria gerada pela estigmatização em função da rotulação da síndrome (Hayes & Follette). Essas objeções, contudo, seriam válidas para qualquer sistema de classificação, e é difícil argumentar contra as tentativas de organizar diferentes conjuntos de experiências sob conceitos dessa ordem, como reconhecem Hayes e Follette.

Também o segundo tipo de restrição, a busca de "unidades verdadeiras", é questionada. A restrição significa supor que as unidades relevantes para análise se definem por propriedades básicas e formais, que podem estar sendo misturadas ou confundidas nos sistemas de classificação. A crítica faz sentido apenas sob a ótica de um behaviorismo mecanicista e baseado em um critério de verdade por concordância pública, segundo o qual uma especificação formal e fidedigna de critérios para classificação se torna indis-

pensável. De uma perspectiva analítico-comportamental, a crítica poderia ser no sentido contrário. Reconhecendo que, na realidade, o DSM-IV representa um passo na direção de supostas "unidades verdadeiras", na medida em que se atém a aspectos formais/topográficos de instâncias comportamentais, o problema residiria exatamente em privilegiar a identificação de unidades desta ordem. A exigência de uma identificação mais precisa de "unidades verdadeiras" é compatível apenas com versões mecanicistas do behaviorismo, o que, aliás, explica a adesão de alguns behavioristas ao sistema.

A última classe de críticas refere-se à utilidade prática do DSM. Ao especificar as coleções de sinais e sintomas, o DSM pretende facilitar a descoberta da etiologia, curso e resposta ao tratamento (Hayes & Follette, 1992). Ocorre que o DSM não tem sido bem sucedido quanto a este objetivo. Hayes e Follette salientam então que, de um lado, há um fracasso atual do sistema e, de outro, que este é um fracasso circunstancial, o que não o torna incompatível por princípio com a análise do comportamento. Esta crítica pode não fazer sentido do ponto de vista da lógica interna do sistema e de seus objetivos. Considere-se, a propósito, que o sistema apresenta-se como ateorético na expectativa de que possa ser operado no contexto de diferentes modelos de análise e intervenção; adicionalmente, o sistema, como reconhecido por Hayes e Follette, tem se mostrado útil do ponto de vista de alguns de seus objetivos (comunicação, determinação de *status* legal, reembolso). A crítica tem sentido, porém, enquanto indicação dos limites do sistema como suporte para a intervenção clínica comportamental. Mas, neste caso, cabe discutir se a limitação é apenas circunstancial, como Hayes e Follette sugerem.

Se é possível defender o DSM contra as restrições citadas, apontando que não são suficientes para que o projeto do DSM seja rejeitado (para Hayes & Follette, 1992, apenas a cobrança de efetividade/utilidade tem razoável consistência), de um ponto de vista analítico-comportamental há duas objeções que se sustentam: as categorias diagnósticas descritas no DSM não promovem a produção de conhecimento sobre os comportamentos relacionados à problemática do cliente e nem são capazes de orientar o tratamento de forma efetiva (Hayes & Follette). Follette e Houts (1996) salientam que o caráter ateorético do DSM-IV foi útil para ampliar sua aceitação, mas ao custo de limitar as possibilidades de investigação. Na medida em que não são explicitados os supostos ontológicos e epistemológicos que orientam o sistema, não são desenvolvidos programas de pesquisa para sua avaliação e não são demarcados seu alcance e efetividade. Novamente, pode-se apontar que a demanda contida na crítica tem sentido no contexto das prescrições de um modelo analítico-comportamental, podendo não adquirir o mesmo sentido no contexto dos supostos que orientam o sistema. Assim, pode-se falar de limitações do sistema para *os objetivos de uma intervenção comportamental*.

Basicamente, os problemas citados são decorrentes da ênfase atribuída pelo Manual à topografia comportamental, enquanto para uma análise comportamental seria importan-

te a identificação de relações de contingência. Sem uma indicação daquelas relações, não seria possível orientar o processo de intervenção comportamental (Caar, 1994; Fester, 1973; Sturme, 1996), nem demarcar as condições para a produção de conhecimento sobre uma problemática particular (Hayes & Follette, 1992). Assim, como apontado também por Caar (1993)

saber que um jovem diagnosticado como autista exige comportamentos auto-lesivos não é, por si só, muito interessante. O que interessa é porque a auto-lesão ocorre (i.e. de quais variáveis é função)... Topografias... não importam tanto; afunção (o propósito), sim. (p. 48)

A ênfase na topografia do comportamento deixa de ser adequada para uma análise comportamental quando se constata que um mesmo padrão de resposta pode ser resultado de histórias diversas de interação e pode, ainda, ter funções adaptativas distintas (além disso, histórias semelhantes podem produzir padrões muito variados). A utilidade do sistema é ainda questionada apontando-se que os protótipos constitutivos do DSM são derivados de concepções e práticas clínicas tradicionais com respeito ao comportamento e envolvem certa circularidade, na medida em que se originam da observação do próprio comportamento que pretendem explicar (Millon, 1991). Neste caso, embora o sistema, em sua versão atual, seja empiricamente orientado, afastando referências teóricas controversas, esta base empírica significa simplesmente as observações e inferências no próprio contexto clínico tradicional. Como resultado, as categorias daí derivadas "compreendem, de um modo circular, as próprias qualidades que os clínicos estão inclinados a ver e a deduzir" (Millon, 1991, p. 256). Segundo Hayes e Follette (1992) "permitir que o sistema DSM organize a análise funcional tem potencialmente o efeito de canalizar o pensamento comportamental para um modelo não comportamental" (p. 353).

Neste caso, a classificação por síndrome contida no DSM seria não apenas uma categorização topograficamente orientada, mas também envolveria supostos que desviam a atenção de uma análise funcional. Um modo de explicitar as divergências entre o DSM e um eventual sistema funcional de classificação é especificando, em cada contexto, o que seriam descrição, classificação, explicação e tratamento. Com respeito à *descrição*, o DSM apresenta especificações topográficas, enquanto num sistema funcional deveria haver também uma indicação de relação do comportamento com possíveis variáveis controladoras. A *classificação*, no DSM, está baseada em sinais e sintomas relatados na clínica; num sistema funcional, ela deveria estar orientada por tipos de relações controladoras características de cada quadro. A *explicação*, no contexto do DSM, deve ser buscada não no próprio sistema, mas no aparato teórico do usuário do sistema, supondo-se que as categorias são úteis e encontram explicação em vários ambientes teóricos; num sistema analítico-comportamental, a explicação coincide com a própria descrição, uma vez que estajá assume a forma de especificação de uma relação funcional. Por último, o *tratamento*, no DSM, dependerá também do sistema teórico no interior do qual a classificação adquire sentido próprio; num sistema funcio-

nal, o tratamento diz sempre respeito à manipulação de contingências, de acordo com as relações controladoras identificadas.

Apontar as divergências entre o DSM e um sistema funcionalmente orientado não significa dizer que a análise aplicada do comportamento conta com um recurso classificatório alternativo para enfrentar as demandas hoje dirigidas ao DSM-IV. Algumas tentativas no sentido de gerar um tal sistema alternativo têm se mostrado um empreendimento de difícil consecução. Na década de setenta, Kanfer e Grimm (1977) chegaram a propor categorias diagnósticas funcionais que, de modo direto, indicavam a intervenção apropriada do terapeuta analítico-comportamental. Estas categorias, porém, não vieram a ser adotadas por terapeutas da área. Hayes, Wilson, Gilford, Follette e Strosahl (1996) comentam a iniciativa de Kanfer e Grimm (1977), sugerindo que não foi bem sucedida em virtude das categorias serem definidas em termos de princípios muito amplos, aplicáveis a uma diversidade de comportamentos. Por exemplo, categorias como "excessos comportamentais" e "problemas no controle de estímulos ambiental" "podem, em princípio, ser aplicadas a todos os casos" (Hayes & cols., 1996, p. 1154). Os mesmos autores, porém, apenas em 1996 chegam a propor uma categoria diagnóstica funcional: "esquiva experiencial" (evitação de contato com sentimentos e pensamentos próprios). Se é verdade, então, que as categorias de síndrome são insuficientes para orientar a intervenção analítico-comportamental, parece também inegável que a elaboração de um sistema de classificação funcionalmente orientado está longe de ser alcançada. As razões para isso talvez estejam contidas no próprio referencial behaviorista radical.

Parâmetros para um Sistema de Classificação Baseado na Análise Funcional

Skinner (1953/1965) fala da análise funcional como um empreendimento voltado para a identificação de relações sistemáticas entre o comportamento (variável dependente) e alterações no ambiente (variáveis independentes) com o qual o organismo interage. Assim compreendida, "um mero registro da topografia [do comportamento]... não será suficiente para uma análise funcional" (Skinner, 1963/1969, p. 88), que implica a especificação de uma *relação*, ou de uma história de interação entre organismo e ambiente, que explica o comportamento atual. Skinner (1988/1989) admite a "observação clínica" como fonte de informações para a análise do comportamento, mas não especifica como promover propriamente a análise funcional no contexto desta modalidade de intervenção. Hayes e Follette (1992), por seu turno, têm apontado o não desenvolvimento de metodologias para a análise funcional no contexto clínico. Estes autores chegam a propor alternativas de intervenção que supostamente complementaríamos um modelo de "análise funcional clássica", basicamente descrita como uma metodologia de "avaliar-formular-intervir-avaliar", dirigida a comportamentos relacionados à problemática trazida pelo cliente. Esta meto-

dologia tem sido descrita como "obscura" enquanto parte da avaliação comportamental (Haynes, 1986, p. 415). Hayes e Folette a descrevem como "altamente abstrata" (p. 351) e apontam que "não há regras claras para como isso deveria ser conduzido e não há evidências da melhor forma que deveria ser feita" (p. 361). Na ausência de regras precisas, Hayes e Follette acrescentam que "como todas as artes, ela é aprendida e repassada diretamente e o 'melhor' método de fazê-la é uma questão de convenção social" (p. 361).

Mas, afinal, o que significa dizer que a análise funcional não está sendo praticada de modos convencionados por terapeutas comportamentais? Basicamente, que não há regras precisas partilhadas para as diversas etapas da intervenção. Não há consenso sobre o que levar em conta para a avaliação (e por isso o DSM tornou-se uma alternativa para os terapeutas comportamentais); não está claro até que ponto a literatura contemporânea da análise do comportamento (por exemplo, os avanços recentes na área de comportamento governado por regras e equivalência de estímulos) está sendo incorporada na análise das dificuldades dos clientes; não há clareza sobre quais regras foram seguidas pelo terapeuta comportamental numa intervenção particular; e não há medidas para avaliar se o tratamento direcionado pela análise funcional foi a melhor alternativa para o caso (Hayes & Follette, 1992). Se é verdade que o princípio da análise funcional não deu origem a metodologias que possam ser empregadas indiscriminadamente no contexto clínico, também é verdade que ela sugere uma diretriz particular para a constituição de sistemas de classificação que sejam pautados por uma compreensão funcional do comportamento humano, restando especificar seus aspectos definidores.

Se as restrições anteriormente apontadas ao DSM-IV tiverem consistência com os parâmetros de uma análise funcional, então elas também sinalizam em que condições um sistema de classificação coerente poderia ser desenvolvido. Ele teria que se pautar, por exemplo, pela função dos comportamentos e não por um princípio de especificação topográfica. Por outro lado, teria que estar orientado para um diagnóstico que indique que tipo de manipulação de variáveis seria pertinente no processo de intervenção, já que a idéia é a de que o diagnóstico deva ter uma estrutura tal que antecipe a direção da intervenção e que esta seja pensada em termos da promoção de novas relações ambiente/indivíduo.

Hayes e Folette (1992) supõem que a diversidade encontrada na intervenção que se diz pautada por um princípio de análise funcional pode ser decorrente, dentre outros fatores, da ausência de uma sistematização da análise funcional que a torne replicável. Esta sistematização deveria prover: (a) um guia para a coleção de informação avaliada; (b) uma linguagem para comunicação em relação aos casos; (c) um guia para o uso dos princípios comportamentais; (d) decisões de tratamento e (e) a base para testar a adequação da própria análise funcional.

A fim de atender à demanda por uma sistematização e chegar a modelos coerentes e replicáveis nas diferentes instâncias de intervenção, a análise funcional poderia buscar dois caminhos de desenvolvimento: primeiro, a especificação

de métodos analíticos, na forma de regras razoavelmente definidas e em alguma medida assentidas pelo conjunto dos terapeutas a partir de um confronto entre propostas alternativas; e, segundo, a especificação de resultados analíticos. É no que diz respeito à especificação dos resultados que a possibilidade de uma classificação baseada na análise funcional é discutida por Hayes e Follette (1992). Também neste caso, sistemas de classificação alternativos teriam que emergir para o confronto, a partir de procedimentos mais ou menos coerentes com a perspectiva funcional. A utilidade para o tratamento funcionaria como critério para a seleção de algum sistema, que serviria, por seu turno, para complementar a aplicação individualizada dos princípios da análise funcional. Hayes e Follette reconhecem a inexistência de sistemas diagnósticos dessa ordem, produzidos pelos terapeutas comportamentais, mas arriscam uma especulação sobre alguns exemplos, ressaltando, na especificação de suas categorias, que não se trata de descrição de síndromes, uma vez que não são "meramente uma coleção de sinais formais e de sintomas; ao contrário, inclui[m] uma relação funcional hipotetizada" (p. 360).

Um exemplo de categoria funcional discutida por Hayes e Follette (1992) é a denominada "desordens de seguimento de regras". Partindo dos achados relacionados ao comportamento governado por regras, por exemplo, a "insensibilidade a mudanças no ambiente não verbal", eles propõem considerar alguns padrões comportamentais como submetidos a essa categoria.

Uma vez que a linguagem é tão central para o comportamento humano, parece possível que muitas características clinicamente significativas sejam pensadas como desordens de seguimento de regras. O controle por regra pode ser forte, fraco, apropriado ou inapropriado. Cada uma dessas categorias parece associada a comportamentos clinicamente significantes. Pessoas sem um adequado controle por regra podem ser vistas como impulsivas, fracas em planejamento, irresponsáveis, ou imaturas. Pessoas com excessivo controle por regras podem ser vistas como rígidas, super controladas ou obsessivas. Pessoas que respondem a simples descrições de contingências como se fossem demandas sociais... podem ser vistas como rebeldes ou hiper-convencionais. Pessoas que respondem a demandas sociais como se fossem descrições de contingências não sociais... poderiam ser consideradas psicopatas. (Hayes & Follette, 1992, p. 361).

A categoria "desordens de seguimento de regras" atravessa, como visto, inúmeras outras categorias especificadas mais usualmente a partir da topografia comportamental. Por outro lado, ela orientaria para a análise e intervenção ao nível de como opera, em cada caso particular, o controle do comportamento pelas regras com as quais o indivíduo entra em contato. Categorias dessa ordem atenderiam às funções para as quais os sistemas classificatórios são desenhados e, adicionalmente, aos interesses anteriormente descritos como propósitos de uma análise funcional no contexto clínico. Observe-se, porém, que esta categoria envolve conjuntos amplos de relações possíveis, o que sugere restrições na sua capacidade de prescrever com precisão a intervenção necessária. Ou seja, se é possível, de fato, postular categorias fun-

cionais, distintas de categorias topográficas, não está claro que as primeiras dirijam de modo mais preciso a intervenção, embora possam indicar o tipo de *relação* a ser investigada.

A dificuldade na elaboração de categorias funcionais e na demarcação do alcance que podem ter talvez justifique que apenas em 1996 Hayes e cols. (1996) tenham proposto a "esquiva experiencial" como categoria diagnóstica. Mais significativo, porém, é que a proposição daquela categoria vem acompanhada de um conjunto de comentários que de certo modo relativizam as críticas ao DSM apresentadas por Hayes e Follette em 1992.

Hayes e cols. (1996) propõem que as categorias funcionais sejam elaboradas de modo teoricamente orientado, ao contrário da pretensão não teórica do DSM. Porém, defendem que a classificação funcional não precisa de um compromisso teórico estrito e pode receber contribuições de diferentes perspectivas teóricas - uma preocupação semelhante àquela presente no projeto do DSM. A própria apresentação da "esquiva experiencial" se faz a partir da revisão de dados de pesquisas realizadas em diferentes contextos teóricos, que supostamente ilustrariam a problemática correspondente.

Ao discutirem a utilidade de categorias funcionais como a "esquiva experiencial", Hayes e cols. (1996) fazem duas afirmações que sugerem os limites daquelas categorias. Primeiro, afirmam que um indicador da utilidade da categoria seria ver se ela "prove um adendo útil a categorias de síndrome atuais" (p. 1158) - neste caso, as categorias funcionais comporiam um recurso *adicional* a sistemas como o DSM. Segundo, afirmam que o objetivo de "dimensões diagnósticas funcionais" é "chegar a análises com utilidade para o tratamento" (p. 1161) - elas, portanto, não indicam de modo direto o tratamento apropriado, mas apenas o tipo de análise que pode ser útil para a definição do curso do tratamento.

Funcionalidade e Instrumentalidade como Princípios do Recorte Analítico-Comportamental

Algumas considerações parecem pertinentes a partir dos argumentos de Hayes e Follette (1992) e da proposta de Hayes e cols. (1996). A primeira delas é endereçada à alegação genérica de fracasso do princípio da análise funcional como provedor de metodologias a serem empregadas indiscriminadamente no contexto clínico. A questão talvez recomende um passo anterior, que favoreça a discussão da real possibilidade de emergência de tais metodologias, uma vez que a expressão "contexto clínico" pode estar encobrendo uma diversidade de situações de intervenção. Ainda que se concorde com a necessidade de desenvolvimento de metodologias baseadas no princípio da análise funcional, inclusive no sentido de explorar-se a possibilidade de sistemas classificatórios, parece haver limites para um tal projeto. Estes limites talvez justifiquem a dificuldade na proposição de categorias funcionais e na especificação do uso que se poderá eventualmente fazer de tais categorias.

Uma vez que se reconheça a diversidade das situações que se apresentam na intervenção clínica, tanto do ponto de vista

da problemática trazida pelo cliente, quanto em termos do repertório requerido na interação com o terapeuta, torna-se evidente a impossibilidade de padronização estrita dos procedimentos de avaliação e intervenção. A definição de metodologias reguladas pelo princípio da análise funcional talvez não possa ir muito além da especificação de etapas que promovam hipóteses sobre relações de contingência, testes destas hipóteses e decisões sobre cursos do tratamento. As possibilidades vislumbradas por Hayes e Follette (1992) chegam a sugerir, o que é positivo, algumas categorias para o diagnóstico da problemática do cliente, que descrevem tipos específicos de contingências e o controle por elas exercido sobre o comportamento geral do cliente (o que corresponderia à etapa de formulação de hipóteses sobre relações de contingência). Entretanto, os próprios autores reconhecem que aquelas categorias não esgotam as demandas no contexto do atendimento; embora possam suprir algumas das exigências colocadas aos sistemas de classificação (por exemplo, comunicação) elas apenas "proveriam um quadro geral [para diagnóstico e tratamento] que poderia complementar a aplicação individual da análise funcional clássica" (Hayes & Follette, p. 358). Este seria o alcance de categorias como a "esquiva experiencial" (Hayes & cols., 1996), ou "desordem no seguimento de regras" (Hayes & Follette). Note-se, porém, que não são categorias que orientem de modo preciso a intervenção, como a crítica ao DSM por vezes parece requerer. Um problema, portanto, é construir um sistema classificatório funcionalmente orientado e capaz de subsidiar todo processo de intervenção; outro diferente é especificar formal e minuciosamente a intervenção dirigida por aquele diagnóstico.

Se a especificação de categorias funcionais deve ser perseguida para promover a análise funcional no contexto clínico, originando, inclusive, condições para a avaliação comparativa de procedimentos alternativos de diagnóstico e intervenção por terapeutas comportamentais, tal especificação não poderá suprimir a variabilidade daqueles procedimentos dentro dos limites definidos pelo sistema conceitual compartilhado. Hayes e Follette (1992) apontam que "muitos comportamentos têm múltiplas causas, muitas análises funcionais diferentes podem implicar tratamentos que são parcialmente efetivos..." (p. 354). Conceitualmente, esse leque de possibilidades pode ser interpretado a partir da rejeição da noção de "unidades verdadeiras", apontada por Hayes e Follette, conforme indicado anteriormente, como coerente com uma versão mecanicista do behaviorismo. Na perspectiva contextualista do behaviorismo radical, não há propriedades básicas ou formais que definam o comportamento, pois este se define por uma relação. Diferentes relações podem ser abstraídas/interpretadas do relato e da observação do comportamento, mais ou menos equivalentes a um ou outro conjunto de contingências com as quais o indivíduo interage. Não haveria, então, uma única análise funcional possível, capaz de subsidiar uma intervenção eficiente. Diferentes interpretações, na medida em que se aproximam de diferentes conjuntos de contingências da vida real do cliente, podem cumprir adequadamente aquele papel. Esta tese é também defendida por Hawkins (1986), para quem "o número de

análises funcionais alternativas de casos clínicos é infinito, e mesmo o número de análises funcionais precisas (efetivas) de um caso particular é provavelmente muito grande no geral" (p. 373). Vale dizer, o apelo a um refinamento da análise funcional não pode implicar a suposição de que há um único e eficiente modo de analisar uma instância particular de comportamento no contexto clínico, embora se possa invocar a instrumentalidade como critério para o confronto de alternativas. Desse ponto de vista, a emergência de sistemas funcionais talvez nem seja essencial para o desenvolvimento das metodologias demandadas na intervenção clínica comportamental.

Um segundo ponto, que se articula com o problema salientado acima, pode ser desdobrado a partir da tese de que "O principal problema [do DSM] não é teórico, mas pragmático" (Hayes & Follette, 1992, p. 346). Embora argumentos contrários à utilidade do DSM tenham sido apresentados por Hayes e Follette, justificativa para a defesa do sistema enquanto "princípio" parece estar amparada em uma *expectativa de utilidade* - que seria possibilitada a partir de uma estreita ligação entre avaliação e tratamento, ainda a ser demonstrada pelo DSM. A insinuação de uma eventual complementaridade entre sistemas funcionais e sistemas baseados em síndromes parece encontrar amparo nesta tese.

A crítica à utilidade da classificação proposta pela APA é feita a partir da pertinência do critério contextualista (ou pragmático) de verdade a uma explicação analítico-comportamental. Do ponto de vista contextualista uma explicação é útil (ou verdadeira) na medida em que favorece uma ação efetiva (Pepper, 1942/1970). Parece necessário, porém, demarcar com maior precisão o que significa o critério de instrumentalidade com o qual um behaviorista radical decidiria entre sistemas alternativos de classificação. Hayes e Follette (1992) buscam promover a construção de um sistema alternativo de categorização das problemáticas presentes no contexto clínico, compatíveis com uma perspectiva de análise behaviorista radical. Ao mesmo tempo, não aprofundam a discussão daquele critério, quando concedem a possibilidade do DSM alcançar o requisito de coerência e articulação entre diagnóstico e tratamento, com o que ficaria acima das críticas que têm alguma consistência.

Anderson, Hawkins e Scotti (1997) apresentam a instrumentalidade como critério de verdade partilhado pelo behaviorismo radical apontando:

"A tradição pragmatista estabelece que o objetivo da análise do comportamento é a previsão e o controle do comportamento. Nesta tradição, uma explicação é útil tanto quanto permite que se trabalhe com sucesso com o fenômeno de interesse. Em outras palavras, uma explicação 'verdadeira' é uma explicação que leva à ação efetiva... Assim, nesta abordagem, qualquer explicação do comportamento que envolva eventos não materiais, ou que não identifique as variáveis ambientais das quais o comportamento é função não é considerada uma explicação útil ou 'verdadeira'". (p. 159, itálico acrescentado)

Anderson e cols. (1997) situam a instrumentalidade como um critério que, de certo modo, é antecedido por outra exigência: a adequação da explicação ao recorte com o qual opera

a análise do comportamento. Na citação acima, esse recorte é indicado em termos da relação do organismo com as "variáveis ambientais das quais o comportamento é função". Pode-se argumentar, adicionalmente, que se trata de uma relação do organismo com variáveis que lhe são externas, o que justificaria definir o recorte como *externalista*. A instrumentalidade converte-se então num critério que só pode ser cumprido quando o comportamento é interpretado em termos da relação do organismo com o que ocorre a sua volta.

A produção da previsão e do controle são usualmente apontados como definidores da instrumentalidade como critério de verdade para o behaviorismo radical. Todavia, também são pensados como decorrentes de análises que relacionem o organismo a eventos que lhe são externos. Em acordo com esta tese, Hayes e Hayes (1992) salientam que "somente as afirmações que apontam para eventos externos ao comportamento dos organismos estudados podem levar diretamente ao controle... Assim, o controle como objetivo força uma ênfase contextual na análise psicológica" (p. 239). Se instrumentalidade equivale a previsão e controle, estes são decorrentes de análises externalistas do comportamento. Considerando-se, finalmente, que os sistemas de classificação das problemáticas tipicamente psicológicas devem emergir do confronto entre sistemas alternativos, a partir do que encerrem de valor instrumental, de sua capacidade de orientar positivamente a identificação e o tratamento daquelas problemáticas, cumpre acrescentar que de uma ótica behaviorista radical essa realização depende de um esforço analítico pautado por uma perspectiva relacional (não topográfica, nem mecanicista) e externalista (não internalista). Ainda assim, a diversidade de possibilidades de intervenção baseadas na análise funcional sugere que uma questão anterior deve ainda ser examinada com cuidado: o que define a necessidade de sistemas de classificação e diagnóstico para a intervenção clínica de caráter analítico-comportamental?

Referências

- Anderson, C.M., Hawkins, R.P. & Scotti, J.R. (1997). Private events in behavior analysis: Conceptual basis and clinical relevance. *Behavior Therapy*, 28, 157-179.
- Associação Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV* (Daye Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, J.G. & Zebb, B.J. (1994). Behavioral assessment and treatment of panic disorder: Current status, future directions. *Behavior Therapy*, 25, 581-611.
- Butler, L.E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Blashfield, R.K., Draguns, J.G. (1976). Toward a taxonomy of psychopathology: The purpose of psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 129, 574-83.

- Caar, E.G. (1993). Behavior Analysis is not ultimately about behavior. *The Behavior Analyst*, 16, 47-49.
- Carr, E.G. (1994). Emerging themes in the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 393-399.
- Ciminero, A.R. (1986). Behavioral Assessment: An overview. Em Anthony Ciminero, Karen S. Calhoun & Henry E. Adms (Orgs.), *Handbook of Behavior Assessment* (pp. 3-11). New York: John Wiley & Sons.
- Craighead, L.W., Craighead, W.E., Kazdin, A.E. & Mahoney, M.J. (1994). *Cognitive and behavioral interventions. An empirical approach to mental health problems*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28 (10), 857-870.
- Follette, W.C. & Houts, A.C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1120-1132.
- Hawkins, R.P. (1986). Selection of target behaviors. Em Hayes, S. C. & Nelson, R.O. (Orgs.), *Conceptual foundations of behavioral assessment* (pp. 331-385). New York: Guilford.
- Hayes, S.C. & Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndrome classification? *Behavior Assessment*, 14, 345-365.
- Hayes, S.C. & Hayes, L. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E. Y, Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Haynes, S.N. (1986). The design of intervention programs. Em R.O. Nelson & S.C. Hayes (Orgs.), *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment* (pp. 386-429). New York: Guilford.
- Hersen, M. (1988). Behavioral assessment and psychiatric diagnosis. *Behavioral Assessment*, 10, 107-121.
- Holburn, S. (1997). A renaissance in residential behavior analysis? A historical perspective and a better way to help people with challenging behavior. *The Behavior Analyst*, 20, 61-85.
- Kanfer, F.H. & Grinnim, L.G. (1977). Behavioral analysis: Selecting target behaviors in the interview. *Behavior Modification*, 1, 7-28.
- Kazdin, A. (1983). Psychiatric diagnosis dimensions of dysfunction and child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 73-99.
- Maser, J.D., Kaelber, C & Weise, R.E. (1991). International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271-279.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Morey, L.C., Skinner, H.A. & Blassfield, R.K. (1986). Trends in the classification of abnormal behavior. Em A. Ciminero, K.S. Calhoun & H.E. Adams (Orgs.), *Handbook of Behavior Assessment* (pp. 47-75). New York, John Wiley & Sons.
- Pepper, S.C. (1970). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press. (Originalmente publicado em 1942)
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro, Editora 34.
- Pichot, P. (1994). Nosological models in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 164, 232-240.
- Shapiro, M.B. (1989). A phenomenon-oriented strategy in depression research. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 289-305.
- Skinner, B.F. (1965). *Science and human behavior*. New York/London: Free Press/Collier MacMillan. (Originalmente publicado em 1953)
- Skinner, B.F. (1989). The operant side of behavior therapy. *Recent issues in the analysis of behavior* (pp.121-135). Columbus, Ohio: Merrill. (Originalmente publicado em 1988)
- Skinner, B.F. (1969). Behaviorism at fifty. Em Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 221-268). New York: Appleton-Century-Crofts. (Originalmente publicado em 1963)
- Sobell, L.C., Toneatto, T. & Sobell, M.B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25, 533-580.
- Steketee, G. (1994). Behavioral assessment and treatment planning with obsessive compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 613-633.
- Sturme, P.S. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. England: John Wiley & Sons.

Recebido em 17.07.1998

Primeira decisão editorial em 15.02.1999

Versão final em 08.04.1999

Aceito em 13.05.1999 ■