

Artigo Original

Mecanismos Psicológicos Subjacentes à Persistência do Consumo de Psicoterapias Ineficazes

Psychological Mechanisms Underlying the Persistence of the Consumption of Ineffective Psychotherapies

Lucas Henrique Martins de Araújo Moitinho¹

Resumo

Diversas psicoterapias sem respaldo científico são criadas, divulgadas e consumidas rotineiramente. Muitos indivíduos, em sofrimento psicológico, recorrem a intervenções pseudocientíficas em busca de alívio, seduzidos por promessas de cura. Muitos, inclusive, saem satisfeitos do serviço recebido. No entanto, ainda que essas práticas não produzam melhora real, elas continuam sendo consumidas e aplicadas. Tal persistência pode ser explicada por meio de um fenômeno comportamental frequentemente ignorado pelo público leigo e, por vezes, também pelos próprios psicoterapeutas: o reforçamento acidental. Esse processo contribui para a ilusão de eficácia terapêutica, sustentando a crença, tanto do paciente quanto do terapeuta, de que houve melhora real, ainda que o tratamento não a tenha produzido.

Palavras-chave: *Reforçamento Acidental. Comportamento Supersticioso. Efeito Placebo. Psicoterapias Pseudocientíficas. Comportamento do Consumidor.*

Abstract

Several psychotherapies lacking scientific support are routinely created, promoted and consumed. Many individuals experiencing psychological distress turn to pseudoscientific interventions in search of relief, seduced by promises of healing. Often, they even report satisfaction with the service received. However, even when these practices fail to produce real improvement, they tend to persist. This persistence can be explained by a behavioral mechanism often overlooked by the general public and, at times, even by psychotherapists themselves: the accidental reinforcement. This process contributes to the illusion of therapeutic efficacy, supporting the belief, shared by both the patient and the therapist,

that real improvement has occurred, even when the treatment has not produced such results.

Keywords: *Accidental Reinforcement. Superstitious Behavior. Placebo Effect. Pseudoscientific Psychotherapies. Consumer Behavior.*

1. Introdução

1.1. O Conceito de Psicoterapia

A Psicoterapia é um tratamento psicológico cujos objetivos são avaliar, psicodiagnosticar e, principalmente, tratar questões cognitivas, emocionais e comportamentais, de modo a promover saúde mental e qualidade de vida como um todo aos indivíduos que a procuram. Conduzido por um profissional graduado, preferencialmente, em psicologia, o tratamento ocorre em uma relação interpessoal, estruturada em sessões individuais, em casal ou em grupo, e é sustentada por uma teoria psicológica e suas respectivas intervenções (ver American Psychological Association, 2023; Conselho Federal de Psicologia, 2022). É, de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, uma prática que exige do psicólogo uma atuação sempre ética e cientificamente fundamentada (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

1.2. A Eficácia das Psicoterapias ao longo das Décadas

Após a ascensão da psicologia como ciência em 1897, tratamentos psicológicos começaram a ser desenvolvidos para lidar com o sofrimento humano. Entre o final do Século XIX e o início do Século XX, as primeiras psicoterapias foram desenvolvidas, especialmente as psicodinâmicas, que tinham a psicanálise freudiana como principal expoente. Àquela época, acreditava-se que toda psicoterapia era eficaz em algum nível para aliviar o sofrimento humano (Barlow et al., 2013).

No entanto, Eysenck (1952) relatou, em uma revisão sobre os efeitos de diferentes psicoterapias da época, que fazer psicoterapia era tão útil quanto deixar o tempo passar. Em outras palavras, segundo o pesquisador, as psicoterapias da época eram todas ineficazes. A publicação de Eysenck gerou revolta e mobilização em toda a classe. Strupp (1964), por exemplo, teceu duras críticas ao trabalho de Eysenck, afirmando que os benefícios da psicoterapia eram tão claros e evidentes que quem os negasse estaria apenas fechando os olhos para a verdade.

Por outro lado, seu trabalho alavancou pesquisas adequadas para investigar a eficácia das psicoterapias (Barlow et al., 2013). Rush et al. (1977), por exemplo, conduziram o primeiro ensaio clínico randomizado que comparou um tratamento psicológico (terapia cognitiva) versus um tratamento medicamentoso (imipramina) para depressão. A terapia cognitiva, surpreendentemente para a época, mostrou-se mais eficaz no tratamento dos sintomas depressivos do que a imipramina. A partir dessa publicação, inúmeros estudos empíricos começaram a ser desenvolvidos para avaliar a eficácia de diferentes tipos de psicoterapias (ver Linehan et al., 1991; Cottraux et al., 2001; Bach & Hayes, 2002; Cordioli et al., 2003; Bateman & Fonagy, 2010; Priebe et al., 2012; Bohus et al., 2020)

O maior problema que a psicologia enfrentava na época e ainda enfrenta nos dias de hoje é a resistência em adotar métodos de pesquisa adequados para avaliar o efeito de suas intervenções. Muitos psicólogos apoiavam-se e ainda o fazem apenas em estudos de caso, como se estes fossem capazes de avaliar, confiavelmente, a eficácia de tratamentos psicológicos.

A ciência, como Lilienfeld (2010) bem define, consiste em um conjunto de medidas sistemáticas contra fontes de erro, isto é, vieses e quaisquer outras variáveis que nos afastem da realidade. A prática científica concentra-se, portanto, em minimizar erros para aproximar-se o máximo possível da verdade. Assim sendo, para produzir conhecimento confiável sobre os efeitos das psicoterapias, é indispensável que o método empregado seja capaz de isolar o efeito da psicoterapia dos demais efeitos aos quais invariavelmente as pessoas estão expostas - efeitos estes produzidos por variáveis alheias ao tratamento em questão. Um relato de caso é incapaz de realizar essa tarefa, pois possui inúmeras fontes de erro não controladas (Leonardi & Meyer, 2015).

Atualmente, os melhores métodos de pesquisa para estabelecer eficácia de psicoterapias são ensaios clínicos randomizados e experimentos de sujeito-único (Leonardi, 2017), pois os seus delineamentos se arranjam para controlar uma ampla gama de fontes erro, como vieses cognitivos e variáveis confundidoras, que poderiam distorcer os resultados da pesquisa.

Uma parte considerável dos serviços brasileiros em saúde mental atualmente consistem em psicoterapias pseudocientíficas, tais como Constelação Familiar e Reiki Terapia. Uma teoria ou uma intervenção pseudocientífica, de acordo com Bunge (1998) e Hansson (2021), referem-se a doutrinas e práticas que se declaram científicas, mas que

não sobreviveram ao método científico ou sequer passaram por ele. Isto é, mesmo perante evidências de ineeficácia ou diante da ausência de evidências de eficácia, os seguidores da teoria/prática seguem reafirmando sua eficácia, distorcendo discursos científicos e adotando métodos de investigação duvidosos ou inadequados para tentar confirmá-la.

A Reiki Terapia é um exemplo de prática pseudocientífica em saúde mental (ver Kumar et al., 2014; Joyce & Herbison, 2015). A Constelação Familiar representa outro exemplo, sendo, inclusive, um tratamento potencialmente prejudicial (Thegue et al., 2021; Fretta et al., 2025). Estudos que avaliaram sua eficácia, identificaram possíveis efeitos iatrogênicos, isto é, efeitos contrários aos esperados, em que a intervenção, em vez de promover melhora, agrava o quadro clínico dos pacientes (ver Thegue et al., 2021).

Mesmo diante deste cenário, pacientes e até mesmo psicoterapeutas (estes em sua maioria, sem formação em psicologia) continuam consumindo e recomendando tais tratamentos. A persistência desse consumo parece ilógica e irracional, mas há explicações científicas para esse tipo de comportamento, que, como será apresentado em breve, trata-se de um comportamento supersticioso.

1.3. Objetivo

O presente artigo tem como objetivo explicar, teoricamente, sob as lentes científicas da Análise do Comportamento, por qual motivo indivíduos persistem no consumo de psicoterapias pseudocientíficas, mesmo quando estas intervenções não produzem melhorias reais para seus quadros clínicos.

1.4. Relevância

A relevância deste trabalho se dá por meio da conscientização, tanto para profissionais quanto para pacientes, acerca dos mecanismos comportamentais que sustentam padrões de consumo potencialmente prejudiciais em relação à serviços de saúde mental, contribuindo, assim, para decisões mais informadas e éticas neste contexto.

2. Desenvolvimento

2.1. Método

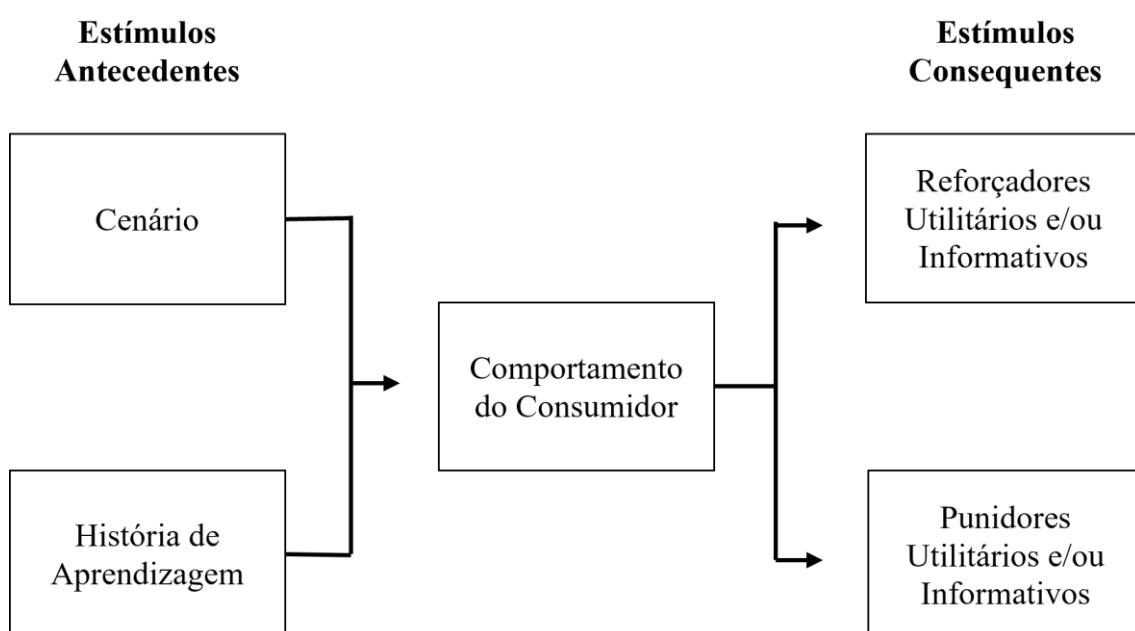
Este artigo consiste em um ensaio científico cujo objetivo é explicar, sob a perspectiva teórica da Análise do Comportamento, os mecanismos responsáveis pela manutenção do consumo de psicoterapias pseudocientíficas. Foram realizadas buscas em bancos de dados nacionais e internacionais: Cochrane, PubMed, PsycInfo, Journal of The

Experimental Analysis of Behavior, APA PsycNet e SciELO. Os critérios de inclusão se deram por meio da pertinência dos trabalhos aos conteúdos discutidos neste ensaio.

2.2. Comportamento do Consumidor e Comportamento Supersticioso

O Comportamento do Consumidor é uma área de pesquisa que investiga como indivíduos e organizações selecionam, compram, usam ou descartam produtos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer necessidades e desejos, bem como para definir e expressar suas identidades (Soloman, 2023). Foxall (1990) propôs um modelo comportamental para estudar e explicar o comportamento do consumidor. Baseado nos pressupostos do behaviorismo radical e fundamentado nos princípios da análise do comportamento, o *Behavioral Perspective Model (BPM)* investiga e explica o comportamento do consumidor a partir de variáveis ambientais, analisando como tais variáveis afetam o comportamento de consumo de indivíduos e organizações (Rezende & Coelho, 2021). Para compreender o comportamento do consumidor, assim como qualquer outro comportamento dentro da análise do comportamento, uma análise funcional é proposta.

Figura 1.



Adaptação do diagrama criado por Foxal et al. (2006).

O comportamento do consumidor é influenciado por eventos ambientais que o antecedem (estímulos antecedentes) e que o sucedem (estímulos consequentes). É,

portanto, como ressaltado por Rezende e Coelho (2021), um comportamento operante, visto que é controlado e mantido pelas consequências que produz. Os estímulos consequentes, neste modelo, são divididos entre consequências utilitárias e informativas, sejam elas reforçadoras ou aversivas.

De acordo com Nalini et al. (2013), reforços utilitários referem-se a consequências que aumentam a probabilidade de ocorrência futura do comportamento de consumo devido aos benefícios mediados pelo produto ou serviço consumido, como quando um indivíduo compra uma blusa de frio e esta cumpre seu papel de aquecer-no no frio, o que fortalece o consumo de blusas de frio. O mesmo ocorre no consumo de serviços. Ao procurar um médico para lidar com uma dor no estômago, o serviço médico produz a eliminação da dor no estômago, aumentando a probabilidade de consumir este serviço no futuro novamente. Já os reforços informativos aumentam a probabilidade futura do comportamento de consumo por meio de validação social, geralmente via ação e reação de outras pessoas (Oliveira-Castro et al., 2005), como quando um indivíduo compra o celular mais recente de uma marca famosa e é elogiado pelas pessoas que o veem usando o produto.

Considerando que o comportamento de consumo é sensível a estímulos que o sucedem, tal como qualquer outro comportamento humano, é possível cogitar a possibilidade de controle não-contingente à resposta. Skinner (1948) demonstrou que o comportamento pode ser selecionado e mantido por reforçamento accidental, isto é, fortalecido por estímulos que sucedem a sua ocorrência, mas que não foram produzidos por ele. Isso ocorre devido à proximidade temporal entre a resposta emitida e a suposta consequência que a segue, que accidentalmente e coincidentemente é apresentada logo após a emissão da resposta. Tal relação contígua foi denominada de Comportamento Supersticioso pela literatura analítico-comportamental (para mais detalhes, ver Ono, 1987; Aeschleman et al., 2003; Bloom et al., 2007). Logo, o comportamento supersticioso é definido como um comportamento selecionado e mantido por reforçamento accidental (Skinner, 1948). Exemplos de comportamentos supersticiosos podem ser encontrados em praticamente qualquer lugar, como no caso do torcedor que senta-se sempre no mesmo lugar em partidas do seu time, pois, no passado, este comportamento precedeu a vitória do time, ou como no caso de tapas em monitores para que eles descongelem, que coincidem com o destravamento da tela que ocorreria de qualquer forma, independentemente do comportamento do indivíduo.

Mesmo passando por tratamentos ineficazes, pacientes em geral relatam sentir melhora e continuam consumindo serviços pseudocientíficos. A melhora percebida pode ser explicada tanto por efeito placebo, cujo mecanismo responsável é o condicionamento respondente e a generalização respondente (ver Enck & Zipfel, 2019), quanto por variáveis estranhas, alheias ao tratamento, que são as verdadeiras responsáveis pela melhora do paciente, como a mera passagem do tempo, regressão à média, tratamentos concomitantes e outras variáveis confundidoras (ver Fletcher, 2021).

Para compreender o que são variáveis confundidoras, imagine que alguém, interessado em descobrir se uma nova psicoterapia (chamada aqui, ficticiamente, de psicoterapia energizada) funciona para depressão, planeje uma pesquisa da seguinte maneira: o pesquisador reúne 30 participantes diagnosticados com depressão e aplica sua intervenção psicoterápica em todos os participantes por alguns dias. Após o fim do tratamento, todos os participantes relatam melhora nos sintomas depressivos, o que geraria resultados como os apresentados, a título de exemplo, na Figura 2.

Figura 2.

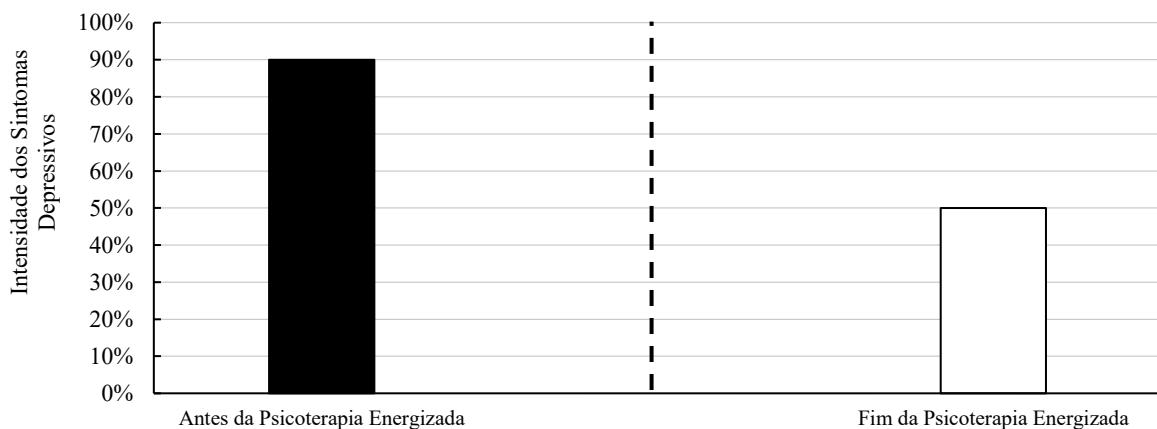


Gráfico ilustrativo sobre medidas de sintomas depressivos pré e pós a aplicação da “psicoterapia energizada”.

Ao se deparar com este gráfico (Figura 2), tanto o terapeuta quanto o paciente convencem-se de que o novo tratamento funciona, afinal de contas, reduziu os sintomas depressivos dos pacientes que passaram pela intervenção. O que ambos não cogitaram foi a possibilidade de que outras variáveis presentes pudessem estar produzindo tal melhora. Se o pesquisador tivesse comparado os 30 participantes com outros 30 participantes que

não passaram pela psicoterapia energizada, isto é, se ele tivesse criado um grupo controle, teria observado resultados semelhantes aos expostos na Figura 3.

Figura 3.

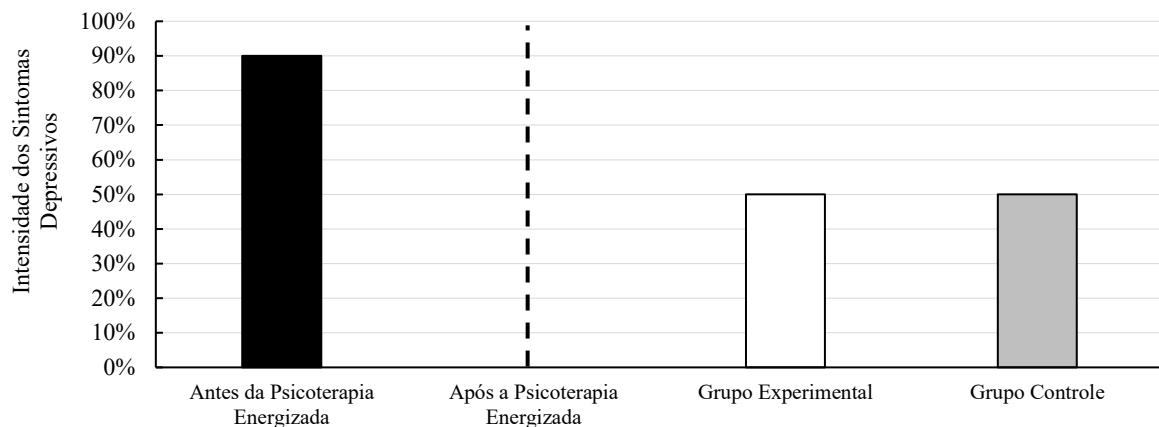


Gráfico ilustrativo sobre o efeito de variáveis confundidoras nos sintomas depressivos.

A Figura 3 mostra que houve melhora tanto no grupo experimental (grupo que passou pela psicoterapia energizada) quanto no grupo controle (aquele que não passou pela nova psicoterapia), o que demonstra, claramente, a ineficácia deste tratamento. Em outras palavras, passar por esse tratamento seria tão eficaz quanto não fazer nada. O grupo controle (aquele que não recebeu a psicoterapia energizada) apresenta melhorias devido a presença de variáveis confundidoras já citadas anteriormente.

Sintomas de transtornos mentais, assim como os de doenças físicas, oscilam e se atenuam (melhoram) com a mera passagem do tempo (Fletcher, 2021). Além do mais, pessoas tendem a buscar ajuda profissional quando os sintomas estão muito intensos. Considerando que os sintomas, em geral, não se mantêm intensos infinitamente, em algum momento, eles retornam à sua linha basal (normalidade). Esse retorno (redução da intensidade para seus níveis basais), cujo nome técnico é Regressão à Média, pode ser equivocadamente interpretado pelo terapeuta e pelo paciente como uma melhora advinda do tratamento pseudocientífico, quando, na verdade, não o é (ver Morton & Torgeson, 2003).

Estas e várias outras variáveis estranhas, que são apresentadas ao longo do processo terapêutico e/ou, como visto nas figuras, após sua finalização, são os estímulos ambientais que seguem, tal qual uma consequência, o comportamento de consumir tal

serviço psicológico, o que, por sua vez, accidentalmente reforça o comportamento de consumi-lo, aumentando a probabilidade de ocorrência futura deste comportamento, assim como faz um reforço utilitário, tendo em vista que estas consequências accidentalmente apresentadas são tidas como os benefícios esperados pelo serviço prestado. Como os benefícios coincidentemente apresentados não decorrem diretamente do tratamento pseudocientífico, tratam-se, portanto, de reforços utilitários accidentais. Estes, mesmo que não produzidos pelo serviço consumido, acabam por fortalecer padrões de consumo de maneira accidental, caracterizando o comportamento do consumidor, mantido desta maneira, como comportamento de consumo supersticioso. O reforçamento utilitário accidental explica, portanto, porque pacientes continuam consumindo tratamentos pseudocientíficos.

2.3. O Efeito Placebo

O efeito placebo pode ser definido como qualquer melhora, mudança ou efeito observado em um indivíduo que tenha sido provocado por uma intervenção sem seu “princípio ativo” presente (Tavel, 2014). Um exemplo de efeito placebo dentro da psicologia é a melhora observada em pacientes que passaram por uma intervenção psicológica fictícia, isto é, uma intervenção em que as técnicas e estratégias responsáveis pelas mudanças psicológicas não foram aplicadas. Esse fenômeno chama a atenção da comunidade científica há décadas e é utilizado por ela, entre outras finalidades, para confeccionar grupos controles, como é o caso de ensaios controlados aleatorizados (Gupta et al., 2013), além de outros delineamentos experimentais que necessitam de grupos controles nos quais a intervenção de interesse não pode estar presente.

Os mecanismos por trás do efeito placebo já não são mais tão misteriosos para a ciência como um dia foram. Graças às descobertas de Pavlov (1890/1927), o fenômeno passou a ser compreendido com maior clareza. O condicionamento respondente, conhecido também como condicionamento clássico ou pavloviano, foi descoberto por acidente enquanto Pavlov conduzia experimentos fisiológicos em cães, e não demorou muito para que a psicologia comportamental observasse o mesmo fenômeno em humanos (Watson & Rayner, 1920).

Como descrito por Pierce e Cheney (2017), o condicionamento respondente consiste na transferência de controle de um estímulo para outro estímulo por meio de emparelhamentos sistemáticos, resultando em respostas reflexas sendo eliciadas por estímulos outrora neutros. Em outras palavras, refere-se a um processo comportamental

que ocorre por meio do emparelhamento de um estímulo previamente neutro com um estímulo incondicionado, resultando em uma resposta condicionada.

Do mesmo modo que uma pessoa pode salivar apenas ao ver a imagem da sua comida preferida devido aos inúmeros emparelhamentos ocorridos ao longo de sua vida entre o estímulo incondicionado (comida), resposta incondicionada (saliva) e o estímulo inicialmente neutro (imagem da comida), é possível que o organismo de uma pessoa experimente graus de melhora ou sensações de melhora de sua condição patológica ao passar por um tratamento fictício que seja conduzido por um profissional devidamente bem caracterizado, isto é, que se enquadre no estereótipo físico (aparência) e comportamental (postura) de profissionais da saúde.

Voudouris et al. (1985) conduziram um experimento em humanos para investigar se a sensação de dor poderia ser condicionada a aparecer na presença de um tratamento placebo. Todos os participantes passaram por uma condição pré-experimental para avaliar a sensação inicial da dor perante a estimulação aversiva aplicada por iontopforese (uma técnica que utiliza uma corrente elétrica de baixa intensidade para, entre outras finalidades, provocar sensações de pequenos choques). Depois, parte dos participantes passou por uma condição em que o tratamento placebo era aplicado e acompanhado com uma baixa intensidade da estimulação aversiva. A outra parte passou por uma condição em que o tratamento era aplicado e acompanhado com uma intensidade maior de estimulação aversiva. Depois, todos os participantes passaram pelo mesmo grau de aplicação da estimulação aversiva acompanhado do tratamento placebo. Os participantes que passaram pela condição de baixa intensidade, relataram sentir menos dor enquanto os participantes que passaram pela condição de alta intensidade, relataram sentir mais dor, sendo que, nesta fase final, todos os grupos estavam recebendo o mesmo nível de estimulação aversiva.

O efeito placebo, portanto, pode ser explicado por meio de condicionamento respondente, como apontado também por Babel (2019) e, nesse sentido, é possível de generalização respondente. Para fins de exemplificação, imagine a relação existente entre médico e paciente. Motivado pela condição fisiológica aversiva na qual se encontra, o paciente procura o médico, recebe uma medicação que possui uma substância ativa (estímulo incondicionado) e apresenta melhora nos sintomas (respostas incondicionadas). Esse episódio se repete inúmeras vezes ao longo de sua vida e são, predominantemente, acompanhadas da imagem da medicação, acolhimento do médico e a própria imagem do

profissional. O acolhimento, a imagem do médico e a imagem da medicação são estímulos neutros, pois não eliciam naturalmente melhora nos sintomas.

No entanto, devido às repetidas apresentações simultâneas ou temporalmente próximas feitas entre a imagem da medicação/médico/acolhimento (estímulos neutros) e a medicação contendo o princípio ativo (estímulo incondicionado) eliciando melhora nos sintomas (respostas incondicionadas), a imagem da medicação/médico e o acolhimento se tornam estímulos condicionados capazes de provocar respostas (condicionadas) semelhantes (melhora nos sintomas ou sensação de melhora) que antes eram provocadas apenas pela substância contendo o princípio ativo da medicação. Deste modo, se o médico desse ao paciente uma medicação falsa (sem princípio ativo, mas com a mesma imagem da medicação com princípio ativo), o paciente apresentaria algum grau de melhora ou sensações de melhora. O mesmo pode ser observado em processos psicoterapêuticos (ver Enck & Zipfel, 2019).

A maior parte das pessoas que vivem em sociedade tiveram que, em diferentes momentos de suas vidas, visitar um profissional da saúde, que normalmente os atende dentro de um consultório com características típicas de um consultório médico e trajando uniformes característicos de um profissional da saúde, como vestes claras, jalecos e roupas semelhantes. Além do mais, boa parte desses profissionais, principalmente psicólogos, promovem um acolhimento muito grande em seus atendimentos. A visita a esses profissionais, por fim, culmina, em boa parte das vezes, na resolução dos problemas de saúde que levaram o paciente a procurá-lo. Episódios como esse ocorrem incontáveis vezes na vida de uma pessoa.

A generalização de respondentes (sensação de alívio, por exemplo), então, poderia ocorrer por meio da semelhança física que outros profissionais da saúde possuem com os profissionais da saúde pelos quais o paciente foi atendido, viabilizando que o que quer que seja que esses outros profissionais façam, provoque sensações de melhora no paciente.

A procura por um profissional da saúde é geralmente evocada por uma operação motivadora (estimulação aversiva) e é reforçada pela sua eliminação. Contudo, ao procurar tratamentos sem fundamentos científicos que não promovem melhora real dos sintomas, pacientes podem ficar à mercê da sensação de melhora que a presença e a postura de um terapeuta pseudocientífico os eliciam e não do efeito do tratamento propriamente dito. Como apontado por Fretta et al. (2025), a constelação familiar é uma

das pseudociências mais populares da atualidade. Graças às posturas costumeiramente acolhedoras dos consteladores, bem como sua posição e imagem como terapeuta, que são fisicamente semelhantes a profissionais da saúde mental, comportamentos respondentes, como possíveis sensações de melhora, podem ser eliciados e confundidos, pelos pacientes, como uma real melhora e eficácia do tratamento, o que acaba por reforçar accidentalmente o comportamento de se consultar com um constelador e quaisquer outros prestadores de serviço em saúde mental que se embasem em teorias e práticas pseudocientíficas.

Assim sendo, o efeito placebo, enquanto um comportamento respondente e, portanto, um fenômeno comportamental, que pode se espalhar via generalização respondente, abre portas para o surgimento de comportamentos supersticiosos no contexto da saúde, inviabilizando o acesso a tratamentos cientificamente fundamentados, o que, por sua vez, acaba vulnerabilizando a população.

3. Conclusão

Este artigo buscou explicar por quais razões pacientes e até mesmo psicoterapeutas persistem no consumo e na aplicação de psicoterapias que não funcionam. É sabido há décadas que o comportamento humano é determinado pelas consequências que produz (ver Murphy & Lupfer, 2014; Ferster & Skinner, 1997; Skinner, 1981) e que estímulos temporalmente próximos à ocorrência da resposta, ainda que não tenham sido produzidos por ela, podem selecioná-la e fortalecê-la (Killeen & Pellón, 2013).

Deste modo, variáveis estranhas, como passagem do tempo, recuperação espontânea da psicopatologia, regressão à média e tratamentos concomitantes, podem produzir melhorias no paciente e tal melhora funcionar como a suposta “consequência” do comportamento de consumir e aplicar um tratamento pseudocientífico, ainda que esta melhora não tenha sido produzida pelo tratamento em questão, o que, como já visto, accidentalmente, reforça tais comportamentos de consumo e aplicação.

Adicionalmente, o efeito placebo abre portas para o mesmo fenômeno, uma vez que a melhora ou a sensação de melhora eliciadas pela presença do profissional da saúde, após ou durante o consumo do serviço, pode funcionar também como uma suposta “consequência reforçadora” para o comportamento de consumir tal serviço.

Assim, consumir psicoterapias ineficazes caracteriza-se como um comportamento supersticioso, uma vez que estímulos que seguem o comportamento de consumo (melhora

decorrente de variáveis alheias ao tratamento ou sensação de melhora devido à presença do profissional) não são contingentes à resposta de consumo, isto é, não dependem dele para existir.

É importante ressaltar, ainda, que, embora o presente artigo tenha tratado apenas de tratamentos psicológicos, tais fenômenos comportamentais também explicam a manutenção do consumo e aplicação de tratamentos pseudocientíficos em qualquer área da saúde, como o consumo de serviços homeopáticos oferecidos por médicos e jejum intermitente prescrito por nutricionistas. Ademais, apesar de apenas duas psicoterapias pseudocientíficas terem sido citadas neste artigo, muitas outras estão incluídas nesta classificação - muitas, inclusive, famosas.

Por outro lado, é igualmente importante pontuar que a psicologia clínica dispõe, atualmente, de muitos tratamentos científicos, isto é, de psicoterapias que tiveram sua eficácia cientificamente demonstrada por métodos de pesquisa adequados, como ensaios clínicos randomizados. Entre elas estão a Terapia Cognitivo-Comportamental (ver Uphoff et al., 2020; Sung et al., 2011), Terapia por Ativação Comportamental (ver Cuijpers et al., 2007; Hemanny et al., 2019), Terapia Comportamental-Dialética (ver Stoffers et al., 2012; Bohus et al., 2020), Terapia de Aceitação e Compromisso (ver Öst, 2014) e outras mais.

4. Considerações Finais

Este artigo, por tratar-se de um ensaio científico, possui caráter teórico-explicativo, no sentido de que visou explicar, baseando-se em evidências científicas sobre o comportamento humano, os prováveis mecanismos responsáveis pela persistência do consumo de tratamentos pseudocientíficos (que não funcionam). Ainda que o mesmo tenha apresentado evidências clínicas de eficácia e infecácia de alguns tratamentos, não trata-se de uma revisão sistemática, que determina o estado atual das evidências científicas de um tratamento específico.

Devido à estrutura de um ensaio científico de caráter teórico-explicativo, o presente artigo possui algumas limitações, como o viés de seleção, ainda que tenha havido esforços para evitá-lo. Por este motivo, recomenda-se que os leitores consultem todas as evidências científicas apresentadas neste artigo.

5. Referências

- Aeschleman, S. R., Rosen, C. C., & Williams, M. R. (2003). The effect of non-contingent negative and positive reinforcement operations on the acquisition of superstitious behaviors. *Behavioural Processes*, 61(1-2), 37–45. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(02\)00158-4](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(02)00158-4)
- American Psychological Association. (2023). Psychotherapy. Em *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/psychotherapy>
- Alber, C. S., Krämer, L. V., Rosar, S. M., & Mueller-Weinitschke, C. (2023). Internet-Based Behavioral Activation for Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 25, e41643. <https://doi.org/10.2196/41643>
- Bäbel, P. (2019). Classical Conditioning as a Distinct Mechanism of Placebo Effects. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00449>
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.5.1129>
- Barlow, D. H., Boswell, J. F., & Thompson-Hollands, J. (2013). Eysenck, Strupp, and 50 years of psychotherapy research: A personal perspective. *Psychotherapy*, 50(1), 77–87. <https://doi.org/10.1037/a0031096>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Focus*, 8(1), 55–65. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc55>
- Bloom, C. M., Venard, J., Harden, M., & Seetharaman, S. (2007). Non-contingent positive and negative reinforcement schedules of supersitious behaviors. *Behavioural Processes*, 75(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2007.02.010>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse. *JAMA*

- Psychiatry*, 77(12), 1235–1245.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bunge, M. (1998). *Philosophy of Science*. Transaction Publishers.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*.
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Reflexões e orientações sobre a prática da psicoterapia*.
https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/caderno_reflexoes_e_orientacoes_sobre_a_pratica_de_psicoterapia.pdf
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Braga Bochi, D., Margis, R., Basso de Sousa, M., Fonseca Tonello, J., Gus Manfro, G., & Kapczinski, F. (2003). Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 211–216.
<https://doi.org/10.1159/000070785>
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Millery, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., de Mey Guillard, C., Culem, A., & Gueyffier, F. (2009). Cognitive Therapy versus Rogerian Supportive Therapy in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 307–316. <https://doi.org/10.1159/000229769>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–326.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00456>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1997). *Schedules of reinforcement* (2a ed.). Copley Pub. Group.
- Fletcher, G. S. (2021). *Epidemiologia Clínica* (6^a ed.). Artmed Editora.
- Foxall, G. R. (1986). Theoretical progress in consumer psychology: The contribution of a behavioural analysis of choice. *Journal of Economic Psychology*, 7(4), 393–414.
[https://doi.org/10.1016/0167-4870\(86\)90030-9](https://doi.org/10.1016/0167-4870(86)90030-9)

- Foxall, G. R. (1987). Radical behaviorism and consumer research theoretical promise and empirical problems. *International Journal of Research in Marketing*, 4(2), 111–127. [https://doi.org/10.1016/0167-8116\(87\)90003-6](https://doi.org/10.1016/0167-8116(87)90003-6)
- Foxall, G. R. (1990). *Consumer psychology in behavioral perspective*. Routledge.
- Foxall, G. R., Oliveira-Castro, J. M., James, V. K., Yani-de-Soriano, M. M., & Sigurdsson, V. (2006). Consumer behavior analysis and social marketing: The case of environmental conservation. *Behavior and social issues*, 15(1), 101-125.
- Fretta, G., Böger S. S., Ramos, A. C., & Zuehl Dal Toe, H. C. (2025). O Status Científico da Constelação Familiar: Uma análise multicriterial à luz de Hansson. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 11(1), 57–78. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v11a1a5>
- Gupta, U., & Verma, M. (2013). Placebo in clinical trials. *Perspectives in Clinical Research*, 4(1), 49. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.106383>
- Hansson, S. O. (2021). Definindo pseudociência e ciência. Crítica na rede. [acesso em 12 de julho de 2025]. Disponível em: <https://criticanarede.com/pseudociencia.html>
- Hemann, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C., & de Oliveira, I. R. (2019). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectrums*, 25(4), 1–10. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001457>
- Jia, E., Macon, J., Doering, M., & Abraham, J. (2025). Effectiveness of Digital Behavioral Activation Interventions for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 27, e68054. <https://doi.org/10.2196/68054>
- Joyce, J., & Herbison, G. P. (2015). Reiki for depression and anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(4), CD006833. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006833.pub2>
- Killeen, P. R., & Pellón, R. (2013). Adjunctive behaviors are operants. *Learning & Behavior*, 41(1), 1–24. <https://doi.org/10.3758/s13420-012-0095-1>
- Kumar et al. (2014) Efficacy of Therapeutic Touch and Reiki Therapy for Pain Relief. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 1-40.
- Leonardi, J. L. (2017). Métodos de pesquisa para o estabelecimento da eficácia das psicoterapias. *Interação Em Psicologia*, 21(3). <https://doi.org/10.5380/psi.v21i3.54757>

- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 35(4), 1139–1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49(4), 281–288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.024>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Morton, V. & Torgerson, D. J. (2003). Effect of regression to the mean on decision making in health care. *BMJ*, 326(7398), 1083–1084. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7398.1083>
- Murphy, E. S., & Lupfer, G. J. (2014). Basic principles of operant conditioning. In F. K. McSweeney & E. S. Murphy (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of operant conditioning* (pp. 167-194). Wiley-Blackell.
- Nalini, L. E. E. G., de Melo Cardoso, M., & Cunha, S. R. (2013). Comportamento do consumidor: uma introdução ao Behavioral Perspective Model (BPM). *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 23(4), 489-505.
- Oliveira-Castro, J. M., Foxall, G. R., & Schrezenmaier, T. C (2005). Patterns of consumer response to retail price differentials. *The Service Industries Journal*, 25, 1-27.
- Ono, K. (1987). Superstitious behavior in humans. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 47(3), 261–271. <https://doi.org/10.1901/jeab.1987.47-261>
- Öst, L.G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61(1), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pavlov, I. (1927). Conditioned reflexes: an Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. *Annals of Neurosciences*, 17(3). <https://doi.org/10.5214/ans.0972-7531.1017309>
- Pierce, W. D., & Cheney, C. D. (2017). *Behavior Analysis and Learning* (6a ed.). Routledge.

- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P., & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356–365. <https://doi.org/10.1159/000338897>
- Rezende, S. R. G., & Coelho, C. (2021). Modelos Tradicionais de Estudo de Comportamento do Consumidor. *CBR - Consumer Behavior Review*, 5(2), 196. <https://doi.org/10.51359/2526-7884.2021.247815>
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed Outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17–37. <https://doi.org/10.1007/bf01173502>
- Skinner, B. F. (1948). “Superstition” in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38(2), 168–172. <https://doi.org/10.1037/h0055873>
- Skinner, B. F. (1981). Selection by Consequences. *Science*, 213(4507), 501–504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Solomon, M. R. (2023). *Consumer behavior: Buying, having, and being* (14th ed.). Pearson.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005652.pub2>
- Strupp, H. H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(3), 101–101. <https://doi.org/10.1037/h0088579>
- Sung, M., Ooi, Y. P., Goh, T. J., Pathy, P., Fung, D. S. S., Ang, R. P., Chua, A., & Lam, C. M. (2011). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(6), 634–649. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0238-1>
- Tavel, M. E. (2014). The Placebo Effect: the Good, the Bad, and the Ugly. *The American Journal of Medicine*, 127(6), 484–488. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.02.002>

- Thege, B. K., Petroll, C., Rivas, C., & Scholtens, S. (2021). The Effectiveness of Family Constellation Therapy in Improving Mental Health: A Systematic Review. *Family Process*, 60(2), 409–423. <https://doi.org/10.1111/famp.12636>
- Uphoff, E., Ekers, D., Robertson, L., Dawson, S., Sanger, E., South, E., Samaan, Z., Richards, D., Meader, N., & Churchill, R. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013305.pub2>
- Voudouris, N. J., Peck, C. L., & Coleman, G. (1985). Conditioned placebo responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 47–53. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.47>
- Sturmey, P. (2009). Behavioral Activation Is an Evidence-Based Treatment for Depression. *Behavior Modification*, 33(6), 818–829. <https://doi.org/10.1177/0145445509350094>
- Thege, B. K., Petroll, C., Rivas, C., & Scholtens, S. (2021). The Effectiveness of Family Constellation Therapy in Improving Mental Health: A Systematic Review. *Family Process*, 60(2), 409–423. <https://doi.org/10.1111/famp.12636>
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *American Psychologist*, 55(3), 313–317. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.3.313>