

Três faces da Psicoterapia Analítica Funcional: Uma ponte entre análise do comportamento e terceira onda

Three facets of Functional Analytic Psychotherapy: A bridge between
behavior analysis and the third wave

Las tres facetas de la psicoterapia analítico-funcional: Un puente entre
el análisis del comportamiento y la tercera ola

Luc Vandenberghe✉

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RESUMO

A Psicoterapia Analítica Funcional possui uma história longa no Brasil. Apesar disso, suas bases teóricas às vezes são mal compreendidas. Diferentes modelos se cruzam em sua literatura. Primeiramente, um é baseado em cinco regras genéricas que podem caber, em princípio, também na prática de outras terapias comportamentais. Outro consiste em um protocolo de 12 pontos prescrevendo passo a passo a conduta do terapeuta, diferentemente das outras abordagens comportamentais. De acordo com o terceiro modelo, *awareness*, coragem e amor são os ingredientes ativos do tratamento. Enquanto o parentesco do primeiro modelo com as terapias analítico-comportamentais de matriz brasileira se mostra pelo seu embasamento behaviorista radical, o segundo possui um viés mais tecnicista, tendendo para definições mais topográficas das estratégias terapêuticas, e o terceiro se inscreve em uma lógica vivencial, compartilhada com a terapia de aceitação e compromisso e com a terapia dialética comportamental, entre outras terapias da terceira onda. Algumas implicações dessa pluralidade de olhares clínicos são discutidas no presente texto.

Palavras-chave: psicoterapia analítica funcional; terceira onda; epistemologia clínica.

ABSTRACT

Functional analytic psychotherapy has a long history in Brazil. Nevertheless, its theoretical foundations are sometimes misunderstood. Different models intertwine in its literature. One is based on five general rules that can, in principle, also be applied in other behavioral therapies. A second one consists of a 12-point protocol that describes the therapist's behavior step by step as a distinct procedure from other behavioral approaches. According to the third model, awareness, courage, and love are the active ingredients of the treatment. While the first model shares a close family resemblance with Brazilian behavior analytic therapy in its radical behavioral foundation, the second model has a more technical slant, tending toward more topographical definitions of therapeutic strategies, and the third model involves an experiential logic shared with acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy amongst other third wave treatments. The present text discusses some implications of this plurality of clinical visions.

Keywords: functional analytical psychotherapy; third wave; clinical epistemology.

RESUMEN

La psicoterapia analítico-funcional posee una larga historia en Brasil, a pesar de ello, sus bases teóricas a veces son mal comprendidas. Diferentes modelos se cruzan en su literatura. El primero se basa en cinco reglas genéricas que pueden caber, en principio, también en la práctica de otras terapias conductuales. El segundo consiste en un protocolo de 12 puntos, prescribiendo paso a paso la conducta del terapeuta, diferente de los otros abordajes conductuales. Y de acuerdo con el tercer modelo, los conceptos de *awareness*, valor y amor son los ingredientes activos del tratamiento. Mientras el parentesco del primer modelo con las terapias analíticas conductuales de matriz brasileña, se muestra en la base behaviorista radical; el segundo posee un sesgo más tecnicista, tendiendo hacia definiciones más topográficas de las estrategias terapéuticas; el tercero se inscribe en una lógica vivencial, compartida con la terapia de aceptación y compromiso y con la terapia dialéctica conductual, de entre otras terapias de la tercera ola. Algunas de las implicaciones de esta pluralidad de puntos de vista clínicos se discuten en el presente texto.

Palabras clave: psicoterapia analítico-funcional; tercera ola; epistemología clínica.

A Psicoterapia Analítica Funcional (conhecida na literatura profissional brasileira pela sigla inglesa FAP) é uma velha conhecida nos meios da terapia comportamental brasileira. Porém emergiu em um contexto distante da análise do comportamento brasileira. Compartilha sua origem com a terapia de aceitação e compromisso, a terapia comportamental integrativa de casais e a terapia comportamental dialética, todas oriundas do

pequeno grupo de terapeutas em Seattle e Reno que, nos anos de 1980 construíram uma nova visão clínica a partir de uma crítica contextualista da terapia cognitiva comportamental (Dougher & Hayes, 2000). Tal início distingue a FAP da terapia comportamental de matriz brasileira, que surgiu na mesma época em meios de analistas do comportamento preocupados em superar as limitações da antiga modificação do

comportamento que estava focada em populações severamente deficientes, para poder transpor as ideias do behaviorismo radical para o trabalho típico do consultório de psicoterapia (Leonardi, 2015). Essas distinções valem ser comentadas.

Na terapia comportamental de matriz brasileira – cujas maiores expressões são a terapia por contingências de reforçamento (Guilhardi, 2004) e a terapia analítico-comportamental (Zamignani & Banaco, 2001; Zamignani, Silva Neto, & Meyer, 2008) –, o terapeuta trabalha para instrumentalizar o cliente, a partir de uma análise das contingências que regem sua vida, com a intenção de mudar a interação com seu ambiente visando à solução dos problemas para os quais procurou tratamento. A leitura dos textos citados anteriormente revela que a análise do comportamento e a filosofia behaviorista radical subsidiam essa atuação e fornecem o critério de seleção dos seus procedimentos.

Encontramos a mesma inclinação teórica para a análise do comportamento no primeiro livro sobre Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), posteriormente também editada em tradução no Brasil (Kohlenberg & Tsai, 2001). Esse livro continuou durante dez anos o único disponível em português a respeito da Psicoterapia Analítica Funcional – até, finalmente, um segundo ser traduzido (Tsai et al., 2011), o qual continua referindo o behaviorismo radical, porém traz uma leitura vivencial do processo terapêutico que dá menos atenção às descrições técnicas das operações e processos básicos. Para compreender a diferença entre os dois livros, devemos retornar ao contexto da matriz anglo-americana.

A terceira onda das terapias comportamentais é uma variação de uma prática clínica, herdeira da tradição anglo-americana que iniciou pelas terapias

por exposição (*exposure therapy*), como a exposição graduada, a inundação e a terapia implosiva (a chamada primeira onda) e que seguiu pela terapia cognitiva comportamental (a segunda onda). Diferentemente das bases predominantemente pavlovianas e cognitivas das ondas anteriores, a terceira onda se inspirou parcialmente – ao menos em seu início – na visão skinneriana. Alguns exemplos podem ilustrar isso. A terapia de aceitação e compromisso se apropriou de pesquisas das décadas de 1970 e 1980 concernindo à rigidez comportamental produzida pelo excessivo controle verbal (Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989). A terapia comportamental dialética (Linehan, 1993) inclui métodos de modificação do comportamento em seu amplo repertório. Também acusamos influência de pesquisa concernindo o encadeamento de operantes na análise de cadeias (*chain analysis*) que os terapeutas comportamentais dialéticos conduzem. A Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991) faz amplo uso do conceito de reforçamento e se inspira no behaviorismo radical para elaborar a sua teoria do *self*.

Porém, onde encontramos essa influência, conferimos que se trate de uma leitura do behaviorismo que diverge da compreensão tradicional. Podemos considerar a análise de cadeias e o uso dos termos intermediários para esclarecer como a análise funcional proposta pelos autores da terceira onda enfatiza a vivência subjetiva (*experiential functional analysis*) em uma forma que às vezes foge da possibilidade de predição e controle. A *chain analysis*, como conduzida na terapia comportamental dialética, apenas mantém similaridade superficial com os encadeamentos comportamentais da pesquisa básica, já que não descreve os estímulos concretos,

as respostas e as consequências objetivas, mas, sim, percepções de situações, o que esses significam para a pessoa, como ela os avalia e como se posiciona frente a suas avaliações (Linehan, 1993). Como exemplo dos termos intermediários – os denominados *middle-level terms* (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012) –, a esquivia experiencial foi concebida em termos funcionais como evitação de eventos privados aversivos, mas elaborada de forma mais topográfica, como ações públicas ou privadas pelas quais a pessoa tenta evitar contato com conteúdos como medos, preocupações, julgamentos de si ou aspectos da sua vivência que ameaçam devastar a imagem que a pessoa quer manter de si. O seu oposto, a aceitação, refere-se à disposição para entrar em contato com tais conteúdos (Hayes et al., 2012).

Uma compreensão da terapia analítica funcional como sendo aplicação da análise do comportamento é possível (e.g., Kohlenberg & Tsai, 1991), mas arrisca ofuscar características divergentes que evidenciam sua participação na matriz anglo-americana. Para esclarecer essa ambiguidade, o presente artigo pretende discutir como a Psicoterapia Analítica Funcional se relaciona com a análise do comportamento e com a perspectiva da terceira onda. Com esse intuito, debruçamo-nos sobre os textos que descrevem os mecanismos ativos da Psicoterapia Analítica Funcional.

Foi feita a escolha para uma revisão narrativa privilegiando as publicações de língua inglesa por essa permitir um contato mais direto com as discussões que fundamentaram o desenvolvimento da abordagem. Buscou-se identificar similaridades com a análise do comportamento e com a terceira onda. Nesse trabalho, emergiram perspectivas

divergentes que coexistem de forma velada no seio da teorização a respeito da Psicoterapia Analítica Funcional. Separar essas perspectivas, por sua vez, permitiu esclarecer a relação dessa terapia com a análise do comportamento e com a terceira onda.

O MODELO DAS CINCO REGRAS

A Psicoterapia Analítica Funcional nasceu da observação de que clientes melhoram mais quando a relação com o terapeuta é genuína e envolvente. Tal observação continua juntando amplo apoio empírico também em outras abordagens (Norcross & Wampold, 2011). Para explicar esse fenômeno, Kohlenberg e Tsai (1987; 1991) recorreram a princípios da análise do comportamento. Cogitaram que o terapeuta muitas vezes é – ou oferece – um estímulo discriminativo para o comportamento clinicamente relevante do cliente. Com frequência também é – ou oferece – um estímulo condicionado que elicia respostas emocionais problemáticas com as quais o cliente precisará lidar ao vivo durante a sessão. Uma vez que o cliente emite tal comportamento, a resposta contingente do terapeuta pode reforçá-lo, puni-lo, ou colocá-lo em extinção.

Essas funções atuam também quando o terapeuta não tem consciência delas. Ele faz perguntas, sugestões ou propõe tarefas de casa que podem afetar o cliente em maneiras que são específicas para seus problemas. Por exemplo, é possível que sugestões ou tarefas de casa evoquem os problemas do cliente a respeito de ser mandado ou criticado por outra pessoa, ou o terapeuta pode simplesmente ser o tipo de pessoa que evoca comportamento clinicamente relevante no cliente. Às vezes, o terapeuta fala coisas que colocam o cliente em uma situação interpessoal que elicia emoções difíceis e, já que o terapeuta responde ao

que o cliente faz na sessão, inevitavelmente reforça ou enfraquece o comportamento que ele emite durante a sessão ao lidar com todos os desafios apresentados pela interação. O terapeuta não tem como evitar apresentar consequências a todos os comportamentos do cliente. Isso ocorre mesmo quando o terapeuta não responde ao que o cliente fez, já que não obter uma resposta pode ser também, para o cliente, uma consequência importante. Quando o terapeuta se abstém de responder, isso pode funcionar como reforço negativo para um comportamento de esquiva do cliente. Em outros casos, ao ficar em silêncio, o terapeuta pode, sem perceber, punir ou colocar em extinção o comportamento alvo do cliente.

Uma primeira tentativa de organizar essas ideias em prol de uma atuação terapêutica mais eficiente foi feita durante a década de 1980. Gerou o modelo exposto na Tabela 1, que descreve o processo

Tabela 1

O modelo das cinco regras

-
- 1: Identifique comportamentos clinicamente relevantes enquanto ocorrem na sessão.
 - 2: Evoque comportamentos clinicamente relevantes enquanto ocorrem na sessão.
 - 3: Reforce comportamentos clinicamente relevantes quando esses constituem melhoras clínicas.
 - 4: Identifique os efeitos do comportamento do terapeuta sobre o do cliente.
 - 5: Ofereça interpretações funcionais do comportamento e discuta estratégias de generalização.
-

Olhar as regras de perto permite apreciar a envergadura que demandam do terapeuta. Para decidir se o comportamento do cliente na sessão é problema ou progresso, é necessária uma comparação com as dificuldades e necessidades que o cliente tem no seu cotidiano. Precisa-se pensar o que pode ajudar o cliente no seu crescimento pessoal. Precisa-se considerar a história do cliente, quem ele é, o que é sua busca, seus recursos, suas dificuldades e seus pontos

terapêutico em termos de regras flexíveis que operacionalizam as ações do terapeuta de forma que possam promover melhoras clínicas. Apesar de outros ângulos conceituais se desenvolverem, as cinco regras continuam presentes – de forma menos proeminentes – em publicações recentes (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012; Holman, Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2017).

As regras resumidas na Tabela 1 são instruções extremamente flexíveis, preconizando que, em qualquer momento, sem advertência, um comportamento clinicamente relevante pode ocorrer. Manejar tal flexibilidade na prática demanda alto grau de aptidão do terapeuta, que deve identificar, no momento, qual é a função do comportamento do cliente, a relação funcional com o comportamento do terapeuta e o pertencimento do comportamento do cliente a uma classe funcional de comportamentos que seja relevante para seus problemas fora do consultório.

fortes. O terapeuta deve trabalhar com uma distinção entre comportamento-problema e progresso baseada no que funciona para o cliente, não no que parece adequado para o terapeuta e que será diferente de um cliente para outro (Tsai et al., 2012).

A sessão pode evocar o comportamento naturalmente. Em outros casos, precisa-se de interpretações ou exercícios vivenciais para obter o

comportamento alvo que deve ser reforçado (Kohlenberg & Tsai, 1987). Uma vez que o comportamento alvo estiver emitido, o terapeuta precisa liberar o reforço natural que acarretará um aumento da frequência desse comportamento no futuro. Para escolher a forma de reforçamento, deve-se comparar o relacionamento terapêutico com relacionamentos significativos na vida do cliente. A revelação estratégica dos sentimentos que o cliente evoca no terapeuta pode ser uma opção produtiva, mas é preciso considerar como esses sentimentos se assemelham com ou se distinguem dos sentimentos das outras pessoas na vida do cliente e como a revelação pode impactá-lo (Vandenberghe, Coppede, & Kohlenberg, 2006). Emitir uma reação genuína e bem selecionada não garante que o comportamento alvo realmente será reforçado. O terapeuta ainda deve verificar – em um nível micro – qual é o impacto imediato dessa interação sobre o cliente e – em um nível macro – se o comportamento mais saudável do cliente realmente aumenta em frequência no consultório e no cotidiano do cliente (Tsai et al., 2012).

As quatro primeiras regras da Tabela 1 definem a FAP como um tratamento vivencial no qual a experiência direta da interação pessoal com o terapeuta oferece o caminho da mudança. A última regra, a de oferecer interpretações funcionais e discutir estratégias de generalização, define o componente analítico do tratamento. Interpretações podem incrementar o contato com as contingências e tornar o responder contingente do terapeuta mais eficaz. Discutir comparações entre o que ocorre na sessão e o que ocorre no cotidiano do cliente pode facilitar que mudanças comportamentais ocorridas na sessão generalizem para o cotidiano do cliente (Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2008).

A aptidão exigida para trabalhar com essas regras fica ainda mais evidente considerando que o problema muitas vezes não ocorre na presença do terapeuta. O alcoólatra não bebe durante a sessão. Os sintomas compulsivos, a discordância de casal ou os problemas sexuais ocorrem em outros lugares. O terapeuta deve captar a função do comportamento. Em um estudo de caso, as compulsões de uma cliente tinham uma função de esquiva ativa, e a interação com o terapeuta evocou respostas com a mesma função. Assim, o terapeuta pôde trabalhar o excesso de esquiva ativa ao vivo na sessão e reforçar comportamentos com outras funções (Vandenberghe, 2007). Uma cliente com anorgasmia (conhecida também como transtorno do orgasmo) procurou manter um controle rígido da interação durante suas relações e esquivou-se de sensações decorrentes da entrega à outra pessoa. Isso ocorreu tanto nas relações sexuais quanto na relação terapêutica, na qual a cliente também tentava monopolizar o controle e não se entregou à terapeuta. Nesse caso, também, a terapeuta pôde trabalhar ao vivo com a forma em que a cliente se relacionou com ela (Vandenberghe, Nasser & Silva, 2010).

Essa visão decorre do preceito behaviorista de definir as classes comportamentais pela sua função e tem implicações importantes quando terapeuta e cliente pertencem a comunidades diferentes. Além de tornar a atuação muito flexível, o viés funcional é – pelo seu profundo antiessencialismo – um aliado quanto a preocupações culturais, LGBT e trabalho com diversas minorias. Ao recusar atribuir o sentido de algo a uma essência subjacente, o foco nas contingências ajuda o terapeuta a ver o comportamento de cada pessoa no seu devido contexto. Topografias que parecem definidoras para certo grupo ou classe social não são atribuídas às características do grupo ao que o cliente

pertence – uma orientação sexual, uma etnia etc. O sentido do comportamento é derivado das interações que o mantêm. Comportamentos com a mesma topografia podem emergir de interações bem diferentes, e essas incluem uma configuração complexa de elementos sociais e interpessoais, envolvendo a história da pessoa e sua situação atual (Vandenberghe, 2008).

Ao invés de explicar o comportamento a partir de atributos distintivos, procura-se identificar como o cliente funciona na interação com seu contexto, e, a partir disso, observam-se paralelos funcionais na relação com o terapeuta. As determinantes dos problemas e das melhoras clínicas estão na interação com outras pessoas, o que implica que o terapeuta deve envolver-se genuína e pessoalmente – permitindo-se de ser transformado – na relação com o cliente (Vandenberghe, 2008; Fideles & Vandenberghe, 2014). A opção antiessencialista possibilita a flexibilidade em trabalhar com pessoas, navegando por identidades culturais, orientações sexuais e muitas outras topografias que não fazem parte do ambiente cultural do terapeuta (Vandenberghe et al., 2010).

O MODELO DA SEQUÊNCIA LÓGICA

Enquanto as cinco regras são facilmente aceitas por terapeutas experientes, não facilitam a pesquisa ou o treino de novos terapeutas. Sua flexibilidade exige um alto grau de improvisação durante a sessão. Estudos empíricos precisam de protocolos detalhados para poder verificar o mecanismo de mudança proposto. Além disso, o treino de novos terapeutas ocorre com mais facilidade quando o aprendiz dispõe de um guia que explica passo a passo como atuar. Atendendo a essas demandas, Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Bush (2011) lançaram a sequência de 12 passos apresentada na

Tabela 2. Esse modelo foi também retomado em publicações posteriores (e.g., Tsai et al., 2012; Holman et al., 2017).

A sequência inicia quando o terapeuta identifica um paralelo entre os problemas no cotidiano do cliente (já destrinchados em uma formulação de caso anteriormente elaborada) e uma conduta que ocorre na sessão. Precisa discutir esse paralelo para que o cliente possa avaliar e, caso concorde com o terapeuta, confirmá-lo, fornecendo a base para que o terapeuta possa evocar e enfraquecer o comportamento-problema. Quando o cliente emite comportamento mais saudável, o terapeuta tenta reforçá-lo e verifica o efeito da sua tentativa. Quando ocorrem melhoras no seio da relação, terapeuta e cliente discutem o paralelo com mudanças que podem ocorrer fora da terapia para que o objetivo do tratamento seja atendido. Esse novo paralelo deve abrir possibilidades para acertar tarefas de casa nas quais o cliente possa levar o que aprendeu na sessão para outros relacionamentos, emitindo o novo comportamento que desenvolveu na sua vida do cotidiano. Esse modelo é um protocolo que precisa ser reciclado várias vezes durante a terapia. O terapeuta deve tentar aumentar o número de acertos (sequências inteiras completadas) para “turbinar” o tratamento (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Bush, 2011).

A sequência lógica foi elaborada como um desdobramento do modelo antigo. Acrescenta instruções para o terapeuta, por exemplo, identificar paralelos com a formulação de caso e discuti-los com o cliente, mais detalhamento concernindo o ciclo evocar (passo 3), enfraquecer (passo 5), reforçar (passo 7) e as conjecturadas respostas do cliente que devem fornecer os elos nesse encadeamento. Uma contribuição importante é que o protocolo fecha tais questões técnicas que

o modelo das cinco regras deixou em aberto. Por ser mais detalhado, ajuda pesquisadores e supervisores a discutir dificuldades decorrentes da descontinuidade do reforço do comportamento-

problema e elaborar alternativas de operacionalização do responder contingente do terapeuta (Popovitz & Silveira, 2014).

Tabela 2.

O modelo da sequência lógica

-
1. Terapeuta estabelece um paralelo “fora para dentro” e o discute com o cliente.
 2. Cliente confirma o paralelo.
 3. Terapeuta evoca comportamento clinicamente relevante.
 4. Cliente emite o comportamento problemático acostumado.
 5. Terapeuta enfraquece esse comportamento.
 6. Cliente emite comportamento mais saudável.
 7. Terapeuta reforça esse novo comportamento.
 8. Cliente engaja-se em mais comportamento mais saudável.
 9. Terapeuta verifica o efeito das suas ações descritas anteriormente sobre o cliente.
 10. Cliente engaja-se em mais comportamento mais saudável.
 11. Juntos estabelecem um paralelo “dentro para fora”.
 12. Juntos combinam uma lição de casa.
-

O encadeamento de comportamentos do terapeuta e do cliente, exposto na Tabela 2, representa uma leitura mais rígida do processo terapêutico. Enquanto, muitas vezes, terapeutas comportamentais reconhecem que, em algumas situações, fazem algo similar com o descrito nas cinco regras, o mesmo não vale para os 12 passos. A sequência lógica delineia uma forma de fazer terapia que é distintiva da FAP. Onde o primeiro modelo (veja Tabela 1) ficou carecendo de uma descrição apurada da interação entre terapeuta e cliente, o segundo (Tabela 2) descreve um encadeamento de passos específicos que devem ser seguidos. Por outro lado, dessa forma, o segundo modelo perde a flexibilidade do primeiro que se adequa à ocorrência imprevista de comportamento alvo, identificado pela sua função durante a

interação espontânea na sessão, sem exigir os passos exatos da sequência lógica.

Apesar de sua operacionalização clara, o protocolo de 12 passos não foi validado. Há apoio experimental para a hipótese que evocar e reforçar comportamento clinicamente relevante produz progresso clínico. Mas mudanças na vida externa à terapia não são necessariamente obtidas (Villas-Bôas, Meyer & Kanter, 2016). Tais resultados dão abertura para retomar outras hipóteses para explicar o que torna o relacionamento curativo. Por exemplo, alguns estudos de caso mostraram que a confiança explicitamente depositada pelo cliente em um terapeuta que assume a responsabilidade para o processo pode funcionar como *setting event* em um processo interpessoal que contribui para melhoras importantes na vida

externa do cliente, fora da terapia (Kohlenberg & Vandenberghe, 2007).

O MODELO DE AWARENESS, CORAGEM E AMOR

Awareness, nesse modelo, significa estar preparado para perceber e aceitar os próprios sentimentos e necessidades e estar sensível ao que o outro sente ou precisa. Na interação terapêutica, enquanto uma pessoa é corajosa, a outra responde com amor. Coragem significa estar disposto a compartilhar de maneira autêntica o que sente e a pedir o que precisa. Amor significa providenciar segurança e

aceitação, expressar compaixão quando o outro se abre, ouvir o que aquela pessoa realmente precisa e suprir essa necessidade. A conexão curativa envolve aceitar, de forma recíproca, o amor que o outro oferece, e comunicar o sentimento de proximidade com essa pessoa. Tal reciprocidade ocorre quando ambos mostram coragem e amor, trocando as posições de maneira fluida. Deve-se estar, durante essa interação, atento tanto a seus sentimentos, necessidades, valores e história quanto aos da outra pessoa. Tudo isso deve ser feito cuidando tanto de si quanto do outro (Kanter, 2016).

Tabela 3.

O modelo tridimensional, ilustrado com exemplos

<i>Awareness</i>	
T1: Terapeuta está distraído, não está em contato com seus sentimentos.	T2: Terapeuta está <i>mindful</i> , plenamente atento para a vivência do <i>self</i> , do cliente e do contexto.
<i>Coragem</i>	
T1: Terapeuta segue suas rotinas, age de forma convencional, segue procedimentos. Prioriza sentir-se sempre seguro.	T2: Terapeuta é genuíno, engajado, fala direto do coração, atento aos seus valores profundos. Corre riscos e admite sua insegurança.
<i>Amor</i>	
T1: Terapeuta focado nas suas prioridades e seus objetivos para a terapia.	T2: Disposto a abandonar suas prioridades e suas preferências pelo bem do cliente.

O modelo exige que, para desenvolver a sua pessoa como ferramenta terapêutica, o terapeuta se questione a respeito das suas formas de relacionar-se e admite que seu comportamento nem sempre ajuda o cliente. O comportamento contra produtivo do terapeuta é chamado de T1. Para identificar e superar o T1, o terapeuta deve fazer-se perguntas como: o que tendo a evitar com meus clientes? Como essa esquiva influencia meu trabalho? O que tendo a evitar fora da sessão? (Algum tipo de pessoa? Certas responsabilidades? Alguma lembrança? Necessidades, medos, desejos, dores ou emoções?) Como a esquiva no cotidiano influencia o trabalho? O terapeuta deve

desenvolver novos comportamentos que – mesmo sendo difíceis para ele – podem ajudar o cliente. Qual será esse comportamento terapêutico, chamado de T2, depende da pessoa do cliente e das suas necessidades. Os exemplos na Tabela 3 são apenas algumas possibilidades genéricas de T1 e T2 para ilustrar o modelo.

A prática de meditação é recomendada para o desenvolvimento de T2. Trazemos uma típica instrução para um exercício de *mindfulness* na íntegra, porque ela ajuda compreender o caráter vivencial da FAP. Deve-se separar um tempo para essa prática antes de cada sessão. Kohlenberg

(2006) propõe que cada terapeuta crie sua própria versão desta meditação e a modifique com frequência:

Sente-se de maneira confortável. Observe sua respiração. Imagine-se de frente para o fluxo de sua história que modelou quem você é: o que ocorreu uns minutos atrás, os eventos de ontem, sua formação, sua infância. Agora esteja consciente da sua cliente, na sala de espera, que também está de frente para o fluxo de experiências que modelaram quem ela é, o que vai fazer e sentir hoje. Lembre-se de que ela sofre, que ela tem sonhos, que vem até você esperando ajuda. Lembre-se de como sua consciência de comportamentos clinicamente relevantes pode curar. Esteja atenta à formulação de caso. Tente edificar um ambiente que evoque e alimente progressos ao vivo. Vocês duas estão no momento de se encontrar. Levante-se. Vá até sua cliente para saudá-la (versão baseada em Kohlenberg, 2006; para uma versão alternativa, cf. Vandenberghe & Assunção, 2009).

Chamar as bases da atuação clínica de *awareness*, coragem e amor, enfatiza como o relacionamento terapêutico é dedicado a uma pessoa e um objetivo especial e protegido por uma sanção implícita contra invasão por outros motivos. Nesse espaço descrito como “sagrado”, emergem temas sensíveis que conectam os assuntos dispersos com os quais o cliente luta, como a dor por perdas, o desejo por conexão, o vazio interno (Holman et al., 2017). Coragem envolve permitir-se uma conexão intensa com sua fragilidade e seu sofrimento. O terapeuta e o cliente tomam riscos para poder crescer como pessoas. O amor terapêutico mostra-se ao validar os sentimentos do cliente e ao fornecer feedback empático acurado. O terapeuta comunica esse amor por linguagem corporal, por imagens e metáforas. Em resposta ao que o cliente compartilha, ele

expressa suas emoções vulneráveis, não retendo, no caso, suas lágrimas (Tsai et al., 2012).

Os conceitos ilustrados na Tabela 3 ainda são definidos em termos funcionais no livro de Tsai et al. (2011), cuja edição original data de 2008. Consciência é derivada de discriminar, coragem tem a ver com evocar e amor com reforçar. Essa base funcional não foi abandonada. Porém as publicações da década atual, propostas por Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman e Loudon (2012), Kanter (2016) ou Holman, Kanter, Tsai e Kohlenberg (2017) se aproximam mais das temáticas das terapias experienciais e menos da típica preocupação analítica-comportamental com a definição das operações exatas e dos processos básicos.

Ao afirmar que *awareness*, coragem e amor são os ingredientes ativos do tratamento, o terceiro modelo se ancora em vivências subjetivas. O primeiro modelo já enfocou a importância das emoções nas relações humanas (Kohlenberg & Tsai, 1987), porém especificavam-se as variáveis independentes que afetam o comportamento na sessão e fora dela. No mais novo modelo, não só o material com o qual o terapeuta trabalha na sessão, mas os próprios alicerces teóricos são descritos em termos subjetivos. Essa mudança de idioma é uma escolha intencional. Alguns proponentes do novo modelo sugerem que a análise do comportamento poderia ser uma ciência alexítima. Aludem que a análise do comportamento possa ter dificuldade na expressão de emoções e propõem que o modelo contextual comportamental remediasse esse déficit (Kanter, Holman, & Wilson, 2014).

DISCUSSÃO

O presente artigo mostrou que a FAP não é baseada em um modelo teórico unidimensional.

Nossa discussão da literatura permitiu separar três visões que se encontram interlaçadas na literatura da FAP e apontar as peculiaridades conceituais de cada. Cada modelo refere-se a sensibilidades clínicas diferentes. A compatibilidade da FAP com as terapias de matriz brasileira (a terapia analítica comportamental e a terapia por contingências de reforçamento) passa em grande parte pelo modelo das cinco regras. Esse modelo se apoia integralmente em uma análise das contingências e restringe suas descrições à linguagem analítica comportamental, possibilitando um diálogo direto com as terapias de matriz brasileira. A confiança nos princípios behavioristas continua evidente no segundo modelo, porém agora reformulado em um protocolo detalhado e rigidamente sequenciado, diferente da flexibilidade com a qual os princípios funcionais são aplicados na FAP das cinco regras e nas terapias comportamentais de matriz brasileira. O pertencer da FAP à terceira onda da matriz anglo-americana fica mais evidente no terceiro modelo. Este usa *middle-level terms* que se situam entre os conceitos que denotam operações específicas (como preferido pela análise do comportamento) e conceitos vivenciais (típicos para as terapias de cunho experiencial e humanista). A adoção de tais termos é um passo contemplado (Kanter et al., 2014) que afasta a FAP da linguagem específica da análise do comportamento ao mesmo tempo em que a estabelece como membro típico da terceira onda.

Os conceitos *awareness*, coragem e amor estão aparentados com *middle-level terms* como aceitação e compromisso (Hayes et al., 2012), dilema dialético e mente sábia (Linehan, 1993). Podem ser traduzidos, com um pouco de boa vontade, em termos funcionais. Quando relemos os textos mais recentes (e.g., Holman et al., 2017) com as lentes dos textos fundadores da FAP (e.g.,

Kohlenberg & Tsai, 1987; 1991), compreendemos que *awareness* envolve estar atento a nosso comportamento e ao impacto que tem sobre outras pessoas. Significa discriminar a função por trás do comportamento. Coragem denota engajar-se em comportamento que arrisca ser punido no momento (e.g., por uma reação aversiva do cliente) e talvez só produzisse um reforço acessível (e.g., uma melhora do cliente) no futuro. Indica, então, a recusa de evitar ou fugir de condições aversivas, ou a recusa do controle por reforço negativo. Amor significa reter reforçamento que prejudicaria o crescimento do cliente, mesmo se essa retenção for aversiva. Podemos também falar de amor terapêutico quando o terapeuta reforça um comportamento do cliente que inquieta ou incomoda o terapeuta, mas que contribuirá para o crescimento do cliente.

Quando seguimos essa lógica de “traduzibilidade”, a FAP pode se tornar uma ponte entre a análise do comportamento e a terceira onda. Pode constituir um convite para que analistas do comportamento se interessem também pelas contribuições da terapia de aceitação e compromisso e pela terapia comportamental dialética. Por outro lado, pode constituir um convite para que clínicos formados na terceira onda explorem melhor a fundamentação das suas terapias na análise funcional.

Porém cautela é necessária. As traduções descritas acima estão incompletas, e precisamos também considerar algumas críticas. Barnes-Holmes, Hussey, McEnteggart, Barnes-Holmes e Foody (2016) apontam que os *middle-level terms* não são, em si, funcionais e que dificilmente se entregam à pesquisa básica. Como conceitos similares usados nas terapias cognitiva ou psicodinâmica, seu valor permanece em primeiro lugar pragmático e heurístico. De fato, há muitos anos, Dougher (2002) já observou que associamos as ideias da

terceira onda mais facilmente às terapias de cunho humanista ou Gestalt, e não à análise do comportamento skinneriana. Seria, então, a FAP uma prática clínica em busca de uma fundamentação teórica consistente? Precisa-se, para sair do imbróglio, voltar para a base e verificar o que termos como *awareness*, coragem e amor significam para os terapeutas, seguindo o exemplo do estudo feito com o conceito de intimidade (Silveira & Guenzem, 2013)?

REFERÊNCIAS

- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. In R. D. Zettle, S. Hayes, D. Barnes-Holmens, & A. Biglan, A. (Orgs.). *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 365-382). London: Wiley.
- Dougher, M. J. (2002). This is not Skinner's behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *32*, 323-336. doi:10.1901/jaba.2002.35-323
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Org.). *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-26). Reno: Context Press.
- Fideles, M. N. D., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, *16*, 18-29. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300002
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *1*, 1-16. doi:10.1016/j.jcbs.2012.09.004
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Org.). *Rule governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. (pp. 359-385). New York: Plenum.
- Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, J. R. (2017). *Functional analytic psychotherapy made simple*. Oakland: New Harbinger.
- Kanter, J. W. (2016). *FAP Awareness, courage, love (ACL) model manual* (Unpublished manuscript), University of Washington, Seattle, USA.
- Kanter, J. W., Holman, G., & Wilson, K. G. (2014). Where is the love? Contextual behavioral science and behavior analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*, 69-73. doi:10.1016/j.jcbs.2014.02.001.2212-1447
- Kohlenberg, R. J. (2006). Mindfulness and FAP. Retrieved from <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/mindfulness2006.pdf/>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Org.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). New York: Guilford.

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas e curativas* (R. Kerbauy, Trans.). Santo André: Esetec. (Original work published 1991).
- Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 80, 455–465. doi:10.1348/147608306X163483
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: Um panorama histórico. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 6, 119-131. doi:10.18761/pac.2015.027
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi:10.1037/a0022161
- Popovitz, J. M. B., & Silveira, J. M. da (2014). A especificação do responder contingente do terapeuta na psicoterapia analítica funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14, 5-20. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/654>
- Silveira, J. M., & Guenzem, L. C. (2013). Intimidade na relação terapêutica: Uma caracterização da palavra por terapeutas analítico-comportamentais. *Psicologia Argumento*, 31, 547-559. Retrieved from <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/psi-61906>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP II): Consciência, coragem, amor e behaviorismo* (F. Conte & M. Z. Brandão, Trans.). Santo André: Esetec (Original work published 2008).
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2008). Therapeutic technique: The five rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 20, 105-114. doi:10.1080/09515070701197479
- Vandenberghe, L. (2008). Culture-sensitive functional analytic psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 31, 67-79. doi:10.1007/BF03392162

- Vandenberghe, L., & Assunção, A. B. (2009). Concepções de *mindfulness* em Langer e Kabat-Zinn: Um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos clínicos*, 2, 124-135. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200007
- Vandenberghe, L., Coppede, A. M., & Kohlenberg, R. J. (2006). Client's curiosity about the therapist's private life: Hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 29, 41-46. Retrieved from <https://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/Vandenberghe2006.pdf>
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O., & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 45-53. doi:10.1080/09515071003665155
- Vandenberghe, L., Tsai, M., Valero, L., Ferro, R., Kerbaux, R. R., Wielenska, R. C., ... Muto, T. (2010). Transcultural FAP. In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Orgs.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 173-185). New York: Springer.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W. (2016). The effects of analyses of contingencies on clinically relevant behaviors and out-of-session changes in functional analytic psychotherapy. *The Psychological Record*, 66, 1-11. doi:10.1007/s40732-016-0195-y
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Bush, A. M. (2012). Translating the theoretical into the practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36, 87-119. doi:10.1177/0145445511422830
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2001). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/44>
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P., & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-16. Retrieved from <http://www.nucleoparadigma.com.br/mac/upload/arquivo/Boletim2008.pdf>

Recebido em 22/08/2017

Revisado em 28/10/2017

Aceito em 08/11/2017