

Comportamentos Clinicamente Relevantes informados pela ciência do relacionamento na Psicoterapia Analítica Funcional: O Modelo Consciência, Coragem e Amor*

Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model

Autores: **Daniel W. M. Maitland, Jonathan W. Kanter, Katherine E. Manbeck & Adam M. Kuczynski**

Tradutoras: **Priscila Rolim de Moura¹, Gabriela Andersen Irias Martim¹**

[1] Psicóloga Clínica e Supervisora | **Título abreviado:** Comportamentos clinicamente relevantes e o Modelo ACL | **Email:** pri_rolim@me.com | **doi:** org/10.18761/PACtrd032022

Resumo: O uso de comportamentos-alvos idiograficamente definidos tem dificultado a participação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no desenvolvimento de um modelo reticulado de tratamento. Uma maneira de resolver esta limitação é oferecer um conjunto padrão de alvos clínicos previsíveis para a FAP. O presente estudo detalha um método de identificação de alvos de tratamento padronizados na FAP usando o modelo de consciência, coragem e amor (ACL). A aplicabilidade do modelo foi avaliada por meio da verificação do grau de correspondência entre alvos clínicos anteriormente identificados em pesquisa FAP e as categorias específicas propostas no modelo ACL. Há uma correspondência de 83,67% entre os alvos idiográficos anteriores e os alvos padronizados atuais. Discutimos como o modelo ACL pode ser clinicamente útil e incentivamos o desenvolvimento de um tratamento mais integrativo para a FAP.

Palavras-chave: psicoterapia, FAP, psicoterapia analítica funcional, ACL, ciência do relacionamento, conceituação de caso, ciência comportamental contextual.

Abstract: The use of idiographically defined target behaviors in Functional Analytic Psychotherapy (FAP) has limited participation in a reticulated model of treatment development. One way to address this limitation is to offer a standardized set of clinical targets for FAP. The current study details a method of identifying standardized treatment targets in FAP using the Awareness, Courage, and Love (ACL) model. The applicability of the model was assessed by evaluating the degree to which previously identified clinical targets in FAP research correspond with the proposed specific categories of the ACL model. There is an 83.67% fit between past idiographic targets and current standardized targets. We discuss how ACL may be clinically useful and encourage more integrative treatment development for FAP.

Keywords: psychotherapy, FAP, functional analytical psychotherapy, ACL, relationship science, case conceptualization, contextual behavioral science.

Nota: Artigo originalmente publicado na Revista Journal of Contextual Behavioral Science [Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Manbeck, K. E. & Kuczynski, A. M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 347-359. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002>]. A tradução para a língua portuguesa e a publicação na Revista Perspectivas em Análise do Comportamento foram autorizadas pela Elsevier and Copyright Clearance Center.

A tradução foi realizada para fins pedagógicos em janeiro de 2022. Não se trata de uma tradução oficial para a língua portuguesa conduzida pelos membros da Revista Journal of Contextual Behavioral Science e, portanto, não é tomada por ela como fiel. A tradução é inteiramente responsabilidade da Revista Perspectivas em Análise do Comportamento. Em questões centrais, consultar a versão oficial em língua inglesa.

Tradução de Priscila Rolim de Moura e co-tradução de Gabriela Andersen Irias Martim. As tradutoras agradecem aos autores do artigo, Daniel W.M. Maitland, Jonathan W. Kanter, Katherine E. Manbeck e Adam M. Kuczynski, pela publicação do artigo. Agradecem, também, aos membros do corpo editorial da Revista Perspectivas em Análise do Comportamento e ao prof^o Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe pela contribuição na revisão da tradução.

Introdução

Uma abordagem de pesquisa baseada na ciência comportamental contextual (CBS) tem o objetivo de prever e influenciar eventos psicológicos com precisão, alcance e profundidade (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012). Consistente com suas raízes analítico-comportamentais tradicionais, a CBS enfatiza a análise funcional e o uso de princípios comportamentais para compreender ações humanas complexas no contexto. Ao contrário da análise do comportamento tradicional, a CBS é mais aberta no que diz respeito ao papel da linguagem, cognição e eventos privados na análise funcional. Além disso, diferente da análise do comportamento clássica, que enfatiza a análises funcionais idiográficas de ações específicas, a CBS enfatiza modelos analítico-abstrativos, que organizam e abstraem conjuntos de análises funcionais em construções pragmáticas com aplicabilidade ampla. Idealmente, essas construções envolvem definições precisas em termos de princípios comportamentais, mas elas também podem ser descritas usando termos de nível intermediário, quando a utilidade de tal linguagem compensa a perda de precisão. Na CBS, modelos analítico-abstrativos são informados por uma rede reticulada de conhecimento, integrando investigação em vários domínios, incluindo princípios básicos, resultados empíricos de múltiplas abordagens metodológicas, e outras fontes de influência (Hayes, et al. 2012, pp 5-8).

Apesar da Terapia de Aceitação e Compromisso ser a abordagem arquetípica na CBS, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991) também está situada no âmbito da CBS (Kanter, Holman, & Wilson, 2014). A FAP postula que a relação terapêutica compartilha similaridades funcionais com relações do cliente no seu dia a dia. Assim, comportamentos que são problemáticos no dia a dia do cliente são suscetíveis de ocorrer na relação com o terapeuta. Quando tais comportamentos funcionalmente semelhantes ocorrem na sessão de terapia, eles são referidos como comportamentos clinicamente relevantes (CRB ou CCR, em português). O terapeuta responde de forma contingente ao CCR para modelar um repertório comportamental mais efetivo, punindo ou extin-

guindo comportamento problemático (CCR1) e reforçando respostas desejáveis (CCR2). Este processo é descrito em termos de cinco regras que guia o comportamento do terapeuta na FAP: Regra 1 é observar os CCR, Regra 2 é evocar CCR, Regra 3 é reforçar CCR2, Regra 4 é observar o efeito potencialmente reforçador do comportamento do terapeuta em relação ao CCR, e Regra 5 é oferecer interpretações funcionais para o comportamento do cliente, favorecendo generalizações.

Embora a FAP seja considerada uma abordagem que faz parte da CBS, a maioria das descrições da FAP têm enfatizado princípios tradicionais da análise do comportamento, em vez de modelos analítico-abstrativos. Definir as técnicas da FAP nos termos tradicionais da análise do comportamento, especificamente as cinco regras funcionais e o conceito idiográfico de CCR, permitiu que o processo terapêutico e a noção de CCR na FAP fossem aplicados numa variedade de problemas e contextos clínicos (Kanter, Tsai, & Kohlenberg de 2010). Frequentemente, no entanto, as aplicações da FAP focalizaram no funcionamento social e textos seminiais sobre FAP (ex., Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) apresentaram uma abordagem clínica tipicamente voltada para os problemas interpessoais de algum cliente. No entanto, nenhuma estrutura teórica foi proposta nos textos de referência da FAP para avaliar ou descrever esses problemas de funcionamento social.

A inexistência de conteúdos especificados de antemão para avaliar CCR, junto com a ênfase na abordagem idiográfica para definir CCRs em descrições clínicas na FAP, criou problemas para pesquisadores (Follette & Bonow, 2009; Maitland & Gaynor, 2012) e pode estar em desacordo com uma agenda de pesquisa da CBS moderna que se beneficia de modelos analítico-abstrativos em vez de se restringir a análises funcionais individuais (Kanter et al., 2014). Ou seja, a FAP não especificou um modelo clinicamente útil de transtorno ou problemas que conectariam ou facilitaram pesquisa experimental básica ou pesquisa em psicopatologia sobre seus alvos pretendidos ou que identificaria uma variável dependente específica para facilitar a medição consistente de resultados em estudos de intervenção. Clínicos da FAP, em conformidade com o método analítico-comportamental tradicio-

nal para avaliação funcional (por exemplo, Follette, Naugle, & Linnerooth, 2000), são ensinados a identificar classes de comportamento problemático (CCR) para intervir com base na conceituação de caso exclusiva do cliente e são livres para definir CCRs como entenderem. Isso restringiu a FAP a uma abordagem analítico-comportamental indutiva mais tradicional à pesquisa ao invés de uma abordagem mais abrangente e reticulada da CBS que produziria compatibilidade com outras áreas da pesquisa psicológica convencional.

A maioria das pesquisas em FAP é ancorada em apresentações de casos e estudo de caso único, em que os pesquisadores avaliaram comportamentos idiograficamente definidos. Pesquisadores FAP raramente tentam definir resultados em nível de grupo (cf. Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai de 2002; Maitland, Petts, et al., 2016) nem estabelecem relações com uma literatura científica abrangente. Como tal, parte do suporte empírico mais forte para FAP advém de estudos de delineamento de sujeito único que identificaram e codificaram o CCR em sessão de acordo com uma conceituação de caso idiográfica (Busch et al., 2009; Busch, Callaghan, Kanter, Baruch, & Weeks, 2010; Callaghan, Summers, & Weidman de 2003). Outros estudos que investigam os processos na FAP incorporam tanto a classificação em sessão de CCRs quanto o rastreamento dos comportamentos problemas e de melhora correspondentes na vida diária do cliente, usando o formato de registro diário individualizado (Kanter et al., 2006; Landes, Kanter, Semanas, & Busch, 2013; Lizarazo, Muñoz-Martínez, Santos, & Kanter, 2015; Villas-Bôas, Meyer, & Kanter, 2016).

Algumas destas investigações (e.g., Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen, e Tsai de 2012) empregaram o Modelo de Avaliação Funcional Idiográfica (FIAT; Callaghan de 2006), uma taxonomia de cinco classes funcionais de comportamentos relevantes para o funcionamento interpessoal a serem alvos relevantes na FAP. O FIAT apresentou uma análise funcional detalhada de cada classe de comportamento para o clínico considerar ao avaliar potenciais alvos clínicos, especificando antecedentes e comportamentos relevantes (tanto excessos como déficits comportamentais) com o pressuposto de que os comportamentos são mantidos no ambien-

te por meio de reforçadores sociais. Em pesquisas anteriores, o FIAT costumava ser usado fielmente (Busch et al., 2010; Callaghan et al., 2003), mas outros pesquisadores começaram a avaliação com taxonomias FIAT, mas chegaram a definições de CCRs que não eram claramente relacionadas ao modelo FIAT (Kanter et al., 2006). Outros pesquisadores abordaram o problema da avaliação FAP e conceituação de caso com estratégias de avaliação funcional idiográfica desenvolvidas para clínicos com inclinações analíticas, mas não relacionados ao FIAT (Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez 2011), enquanto outros nem especificaram como o terapeuta e cliente desenvolvem a conceituação de caso (Maitland e Gaynor de 2016).

Apesar da falta de consenso no que diz respeito a como avaliar e medir o conteúdo e o desenvolvimento de um CCR, estudos iniciais sobre os resultados da FAP são promissores. Uma revisão meta-analítica de 14 projetos de pesquisa de delineamento de sujeito único produziu efeitos gerais na faixa de “bastante eficaz”, com pontuações médias confiáveis de índice de mudança clinicamente significativa (Singh, 2016). A pesquisa de delineamento de sujeito único desempenha um papel importante nos estágios iniciais de desenvolvimento do tratamento comportamental. No entanto, além de fornecer dados preliminares iniciais sobre o tratamento, a pesquisa deve participar de uma rede reticulada para produzir um modelo teórico integrado de transtorno e estratégias para a medição nomotética de resultados para facilitar projetos para grupos maiores. (Hayes et al, 2012.; Rounsaville, Carroll, & Onken de 2001). Até agora, a natureza idiográfica de metas de tratamento produzidos pelas pesquisas existentes em FAP não facilitou esses desenvolvimentos.

Para abordar essas limitações, a análise aqui apresentada foi projetada para determinar se um modelo clínico pragmático e analítico-abstrativo pode ser desenvolvido como a base de uma agenda de pesquisa para a FAP. Como um modelo analítico-abstrativo (Hayes et al. 2012), o modelo que propomos abaixo é estrategicamente abstrato, geral e menos preciso do ponto de vista comportamental em comparação a análises de contingência clássicas de três termos, com os quais os pesquisadores de FAP podem estar mais familiarizados. Nosso

modelo se baseia em resultados empíricos de domínios de pesquisa não comportamentais para definir construtos, o que não aconteceria com uma abordagem analítico-comportamental clássica, mas formula esses construtos em processos funcionais, contextuais-comportamentais, de acordo com um modelo analítico-abstrativo. Especificamente, como a FAP visa amplamente o funcionamento social e os problemas de intimidade, buscamos a pesquisa básica sobre o desenvolvimento de relações íntimas na ciência do relacionamento como fonte primária. Organizamos esses achados de pesquisa em termos de relações funcionais que especificam os principais antecedentes, comportamentos e respostas em termos clinicamente úteis, e os comparamos com nossas observações clínicas e experiências conduzindo FAP. Para integrar a pesquisa FAP existente e explorar o ajuste da pesquisa clínica de nosso modelo, conduzimos uma análise independente dos CCRs apresentados na pesquisa FAP existente e determinamos o grau de correspondência entre alvos clínicos previamente identificados em FAP e nosso modelo clínico.

Um modelo analítico-abstrativo de intimidade para FAP

Consistente com o modelo de processo interpessoal de intimidade (Reis & Patrick, 1996; Reis & Shaver, 1988), o construto nuclear do nosso modelo é o processo de relações de vulnerabilidade-responsividade (VRRs) que é empiricamente bem estabelecido como processo fundamental para as relações íntimas, é um alvo frequente na FAP. Conforme a Fig. 1, os VRRs descrevem um processo diádico recíproco no qual um membro da díade (o “falante”) exibe a vulnerabilidade evocada contextualmente e o outro (o “ouvinte”) responde de forma segura, aceitando, compreendendo e de maneira carinhosa. Teoricamente, esta resposta do ouvinte é considerada como naturalmente reforçadora, aumentando a probabilidade de revelação vulnerável do falante no futuro e aumentando a experiência de intimidade na díade (Cordova & Scott, 2001). As funções de reforço da resposta do ouvinte foram demonstradas experimentalmente em vários estudos (Forest & Wood, 2011; Haworth et al., 2015).

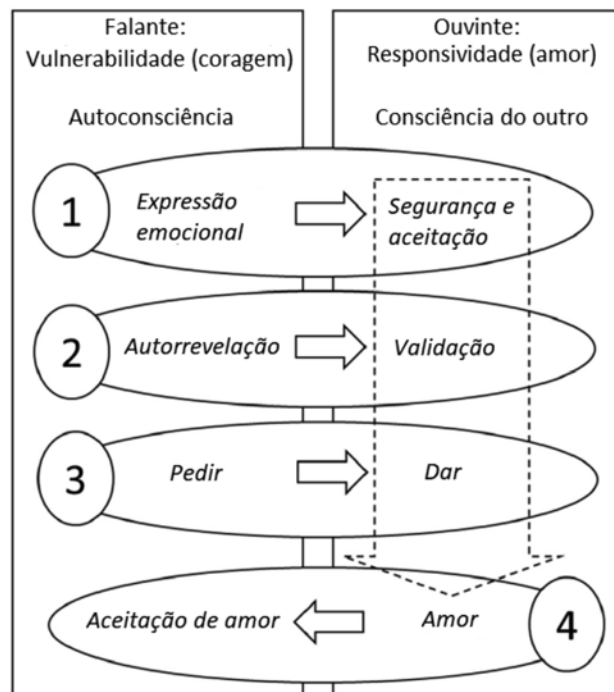


Figura 1. O Modelo consciência, coragem e amor

Esta relação fundamental entre vulnerabilidade e responsividade está subjacente a muitos dos achados de longo alcance na ciência do relacionamento (Reis, 2007; Reis, Collins, e Berscheid de 2000). Por exemplo, quando um indivíduo está envolvido em uma relação caracterizada por VRRs recíprocas, as melhorias se acumulam na intimidade e na satisfação com o relacionamento em todos os tipos de relacionamento, inclusive com estranhos (Aron, Melinat, Aron, Vallone, & Bator, 1997; Lemay & Clark, 2008; Reis et al., 2010; Sprecher, Treger, Wondra, Hilaire, e Wallpe de 2013), estranhos de raças diferentes (Página-Gould, Mendoza-Denton, & Tropp de 2008), companheiros de quarto (Canevello & Crocker 2010), e românticos / casais (Gable, Reis, e Downey, 2003; Gable, Reis, Impett, e Asher, 2004; Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998; Laurenceau, Barrett, & Rovine de 2005). Assim, como base de um modelo analítico-abstrativo em CBS, o construto de VRRs demonstra um escopo expansivo em todos os domínios da interação social, que pode ser observado em diferentes topografias nas relações de amizade, família, romântica e cliente-terapeuta. O construto também demonstra profundidade, na medida em que é consistente com construções e descobertas interdisciplinares (Reis de 2007).

Em nosso modelo, definimos três sub-relações dentro dessa relação maior de vulnerabilidade-responsividade para produzir um conjunto de termos de nível intermediário mais clinicamente útil. Cada relação especifica um comportamento do falante e uma consequência do ouvinte que a ciência do relacionamento identificou como altamente provável e que ocorre naturalmente em relacionamentos íntimos bem-sucedidos. O modelo também orienta os usuários para antecedentes-chave que são evocativos em relação ao comportamento do falante e do ouvinte. Estes são enquadrados em termos de dois comportamentos de “consciência”, autoconsciência para o falante e consciência do outro para o ouvinte, e são discutidos abaixo. Nosso modelo identifica oito habilidades comportamentais a serem avaliadas na FAP para uma conceituação completa dos pontos funcionalmente fortes e fracos de um cliente com relação a um modelo analítico-abstrativo de intimidade social. Cada habilidade é agora brevemente descrita e a Fig. 1 apresenta uma visualiza-

ção do modelo geral (a quarta relação na Fig. 1 é descrita na discussão deste artigo).

A primeira sub-relação requer que um falante seja hábil na expressão emocional e que o ouvinte seja hábil para responder com segurança e aceitação. Esta sub-relação integra muitos achados estabelecidos. Desde a proposta de Darwin (2005) / (1872) de que as emoções são adaptações evolutivas que servem a funções fundamentais da comunicação social, nosso campo alcançou um consenso de que a expressão regulada e autêntica da emoção é benéfica para a interação social em geral (por exemplo, Van Kleef, 2010) e para o desenvolvimento da intimidade em particular, e quando essa expressão é suprimida ou não ocorre, surgem problemas (Kennedy-Moore & Watson, 2001). A supressão emocional tem efeitos negativos no desenvolvimento da intimidade, levando o ouvinte a relatar com menor intensidade e menos motivação para buscar um relacionamento com o supressor (Butler et al., 2003) e o supressor a relatar um suporte social mais pobre, menos relacionamentos próximos e menos simpatia (Gross & John, 2003; Srivastava, Tamir, McGonigal, John, & Gross, 2009). No início do tratamento, os CCR2s identificados aqui incluem qualquer expressão de emoções em contextos interpessoais, incluindo simplesmente permanecer em uma interação emocional. À medida que o tratamento progride, uma expressão de emoção mais apropriada e contextualmente congruente seria reconhecida como CCR2, enquanto a expressão extrema ou emoção abafada seria classificada como CCR1. Os CCR1s identificados nesta sub-relação se encaixam ao conhecido construto de esquiva experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Strosahl, 1996) quando ocorre em um contexto interpessoal.

Em relação ao ouvinte, quando uma pessoa não evita nem suprime, mas expressa emoção na troca, o ouvinte deve, antes de mais nada, responder ao outro com segurança e aceitação e não punir a expressão. Consistente com princípios fundamentais da teoria do apego (Ainsworth, 1989), desde os primeiros momentos da infância, a expressão emocional ocorre como uma interação, e os sinais de expressão emocional devem ser respondidos por um cuidador seguro, atento e reconfortante para apegos saudáveis se desenvolverem. Esta interação serve como a base para um apego seguro mais tarde na

vida, e segurança e aceitação permanecem primordiais para que um parceiro seja percebido como responsivo ao longo da vida adulta (Reis, Clark, e Holmes, 2004). Assim, responder às expressões de emoção dos falantes com segurança e aceitação pode ser visto como uma habilidade de intimidade primária para o ouvinte (CCR2). CCR2s aqui incluem indicadores não-verbais de atenção e envolvimento emocional sincronizado (por exemplo, Hasson, Ghazanfar, Galantucci, Garrod, e Keysers, 2012; Jiang, Dai, Peng, Liu, e Lu de 2012; Porges de 2011), indicadores verbais explícitos de atenção, segurança e aceitação, e de toque responsivo (Robinson, Hoplock, e Cameron, 2015). CCR1s incluem tentativas de suprimir ou punir a expressão emocional do falante devido às próprias tendências de esquiva de um ou outros fatores.

A segunda sub-relação requer que um falante se envolva em uma autorrevelação apropriada e emocionalmente congruente e que o ouvinte seja hábil em responder com validação. Os indivíduos devem falar apropriadamente sobre si mesmos - seus pensamentos, sentimentos (positivos e negativos), memórias, valores e identidade - para que as relações se desenvolvam (Rime, 2009), essa conversa deve ser recebida com a validação e compreensão (Haworth et al., 2015). Embora alguma autorrevelação possa não ser vulnerável (por exemplo, conversa fiada), o nosso modelo enfatiza revelações que envolvem emoções e vulnerabilidade para o desenvolvimento de intimidade, conforme fundamentado por ampla pesquisa (Alea & Bluck, 2003, 2007; Brunell et al., 2010; Collins & Miller, 1994; Gable, Gonzaga, & Strachman, 2006; Graham, Huang, Clark, e Helgeson, 2008; Luminet, Bouts, Delie, Manstead, & Rime, 2000; Pasupathi & Rich, 2005; Ullman 2011). Os CCR2s para falante aqui incluem expressões emocionalmente congruentes de eventos e emoções negativas e positivas.

Em relação à responsividade do ouvinte à autorrevelação, usamos o termo resumido “validação” e o vemos como inclusivo das respostas sutis, personalizadas, empaticamente sintonizadas, e de suporte emocional que são necessárias, especialmente quando o estresse emocional do falante é alto. As habilidades do ouvinte aqui incluem discriminar que a interação requer uma resposta de validação, em vez de uma forma mais específica de

apoio, como solução de problemas ou aconselhamento. Muitas pesquisas indicam que essa discriminação é essencial para o bem-estar relacional, e que um ouvinte respondendo à autorrevelação de um falante de uma maneira simplesmente instrumental é muitas vezes percebido pelo falante como invalidação e punição ao invés de reforço (por exemplo, Cutrona, Cohen, & Igram, 1990; Cutrona, Shaffer, Wesner, & Gardner de 2007; Horowitz et al., 2001; Shrout, Herman, e Bolger de 2006). Assim, CCR2s para o ouvinte incluem expressões de validação e compreensão empaticamente precisas e personalizadas.

A terceira sub-relação envolve um falante com habilidade para pedir o que ele / ela precisa, e o ouvinte para fornecer um reforço natural desses pedidos, dando ao falante o que ele pediu. Esta relação deriva de um leque amplo de pesquisa que estabelece os benefícios interpessoais de pedir e dar suporte prático específico nos relacionamentos (por exemplo, informações específicas, conselhos, resolução de problemas, ajuda prática, assistência tangível), distinta da segunda sub-relação que envolve autorrevelação para receber compreensão e apoio emocional (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; Feeney & Collins, 2015; Morelli, Lee, Arnn, e Zaki, 2015; Shrout et al., 2006; Sullivan, Páscoa, Johnson, & Bradbury, 2010). Muitas intervenções psicológicas tentam melhorar o suporte social dos clientes, sugerindo que é importante distinguir essa sub-relação como um conjunto de alvos clínicos (Hogan, Linden, & Najarian de 2002). A distinção entre a segunda e a terceira sub-relação também é consistente com o modelo empírico de compartilhamento social proposto por Rime (2009) que fornece suporte empírico para uma distinção entre um modo sócio-emocional de partilha (a segunda sub-relação) e um modo cognitivo de compartilhamento (a terceira sub-relação). Finalmente, a distinção entre estas duas sub-relações é consistente com a distinção entre a emissão de tato e mando (Skinner, 1957). Especificamente, propomos que a autorrevelação corresponde funcionalmente com a emissão de tato e uma resposta de validação genericamente reforçada é provavelmente suficiente, enquanto o pedir corresponde funcionalmente com o mando e requer uma forma de responder mais específica;

a resposta específica depende do que foi solicitado. Assim, clinicamente, o modelo reformula vários achados da ciência do relacionamento sobre a importância do suporte emocional e instrumental em termos funcionais, especificando comportamentos relevantes do falante e respostas do ouvinte como potenciais alvos clínicos na FAP.

CCR2s para o falante nesta sub-relação incluem fazer solicitações específicas, outros comportamentos, como dizer “não” e impor limites que geralmente foram categorizados como assertividade (por exemplo, Duckworth, 2009), e comportamentos de autocuidado e auto aprimoramento que são negociados em relacionamentos e também foram documentados como importantes para a saúde relacional (por exemplo, Fitzsimons & Shah de 2008). Semelhante a fornecer validação, CCR2s para o ouvinte aqui requerem precisão empática para distinguir a solicitação e necessidade específicas e o que seria mais favorável para o falante em resposta.

Além destas três sub-relações (que especificam seis possíveis alvos clínicos), nosso modelo (figura 1) especifica dois alvos de consciência: autoconsciência e consciência do outro, que envolvem a habilidade comportamental de discriminar eventos privados relevantes e outros antecedentes para maximizar comportamentos bem-sucedidos dentro das sub-relações. Essas metas resumem vários achados da ciência do relacionamento sobre antecedentes importantes que evocam vulnerabilidade e responsividade em interações íntimas bem-sucedidas. Por exemplo, a clareza emocional de um falante prediz diretamente a extensão da revelação emocional e subsequente bem-estar em adultos (Saxena & Mehrotra, 2010) e subsequente qualidade relacional em casais (Cordova, Gee, e Warren, 2005; Wachs & Cordova, 2007), enquanto a consciência de um ouvinte do outro prediz a responsividade bem-sucedida e bem-estar relacional nas díades (Finkenauer, Wijngaards-de Meij, Reis, e Rusbult, 2010; Empena et al., 2003). A consciência do outro se encaixa nos construtos de precisão empática e de tomada de perspectiva, que são vistos como fundamentais para a promoção de comportamento pró-social em geral (Batson, Lishner, & Stocks, 2015) e qualidade relacional, em particular, (Cramer & Jowett, 2010; Davis & Oathout, 1987; Ickes & Hodges, 2013; Long &

Andrews, 1990; Schröder-Abe & Schütz, 2011). Assim, clinicamente, esses achados sugerem que é importante avaliar o grau em que os clientes têm consciência de seus sentimentos e necessidades, e se são capazes de assumir a perspectiva do outro e sintonizar empaticamente com os sentimentos e necessidades do outro. Essa consciência permite que esses sentimentos influenciem seu comportamento de maneiras guiadas por valores, em vez de formas destrutivas. Os CCR2s relacionados à autoconsciência também incluem consciência dos próprios valores, necessidades e identidade enquanto em uma interação social, e CCR2s relacionados à consciência do outro incluem a sensibilidade aos sentimentos do outro, valores, necessidades e identidade enquanto em uma interação social.

Nosso modelo, conforme articulado atualmente, que enfatiza a discriminação de sentimentos e outros eventos privados como antecedentes para outros comportamentos, corre o risco de criar relações comportamento-comportamento, ao invés de localizar antecedentes no ambiente do cliente, podendo produzir um relato funcionalmente incompleto (Hayes & Brownstein, 1986). O relato funcional completo está além do escopo deste artigo e é possivelmente desnecessário para propósitos clínicos, pois nossa intenção é produzir um modelo clinicamente útil. Resumidamente, a sequência completa começa com eventos históricos, contextuais e ambientais com funções estabelecedoras, eliciadoras e evocativas. As emoções induzidas participam de cadeias comportamentais complexas, e a consciência dessas características parece ser clinicamente importante. Este movimento é consistente com uma série de habilidades de atenção plena e aceitação vistas como fundamentais nas intervenções da terceira onda (Hayes de 2004), bem como habilidades de auto monitoramento de intervenções comportamentais tradicionais. No geral, a autoconsciência e a consciência do outro aumentam o contato com antecedentes importantes para trocas recíprocas de vulnerabilidade (expressão emocional, autorrevelação e perguntas) e responsividade (segurança/aceitação, validação e doação) que são hipotetizados como relações funcionais naturais altamente prováveis quando o resultado desejado é a intimidade social entre dois indivíduos em um relacionamento.

Conforme a Figura 1, consistente com Tsai et al. (2009), o nosso modelo emprega o termo coragem como um termo resumido para o conjunto de comportamentos de vulnerabilidade do falante especificado nessas sub-relações, e emprega o termo amor como um termo resumido para o conjunto de respostas do ouvinte ao falante. O modelo articula conjuntos de alvos clínicos de consciência, coragem e amor na FAP. Embora o ACL tenha sido apresentado pela primeira vez por Tsai e colegas como descrições de qualidades do terapeuta relacionadas à implementação competente da FAP, complementando as descrições das cinco regras da FAP, vimos esses termos como aplicáveis ao modelo clínico para orientar a avaliação e a conceituação de caso de problemas e metas do cliente na FAP. O uso de uma linguagem comum para descrever qualidades terapêuticas importantes e alvos clínicos na FAP é consistente com a suposição fundamental da FAP de que a relação terapêutica e a responsividade do terapeuta dentro dessa relação devem ser funcionalmente equivalentes às outras relações íntimas do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) e com estratégias de treinamento predominantes na FAP em que terapeutas empregam as 5 regras da FAP para modelar os repertórios ACL uns aos outros como fariam com clientes (Kanter, Tsai, Holman, & Koerner, 2013; Maitland, Kanter et al., 2016). Essencialmente, o pressuposto na FAP é de que é benéfico para os terapeutas serem habilidosos quanto ao repertório de cliente e que esse repertório é importante para executar as regras da FAP com competência.

O presente estudo

O estudo atual revisou todos os relatórios de pesquisa empírica da FAP e identificou estudos com alvo em CCRs especificadamente descritos. Treinamos um avaliador independente para avaliar o grau de correspondência entre os alvos clínicos idiográficos identificados anteriormente na FAP e as categorias específicas de nosso modelo clínico proposto, conforme descrito acima como um teste inicial da correspondência clínica do modelo ACL com as conceitualizações de FAP existentes.

Métodos

Identificação de variáveis a serem codificadas

Para identificar artigos para o presente estudo, conduzimos a procura de literatura por meio de busca utilizando os bancos de dados do Google Acadêmico e PsychINFO usando o termo de pesquisa “Psicoterapia Analítica Funcional”. A página de referência <http://functionalanalyticpsychotherapy.com> foi revisada para identificar artigos que não eram identificados na consulta de banco de dados. Estas técnicas resultaram em 201 artigos e capítulos de livros que foram então analisados para critérios de inclusão com base em resumos. Em seguida, todos os artigos que não foram escritos em inglês foram excluídos devido a potencial complexidade e nuances da linguagem usada para descrever interações interpessoais. Depois de retirar os artigos não-ingleses, 143 artigos permaneceram no campo de potenciais artigos a serem analisados. Os demais artigos foram avaliados para ver se eles implementaram FAP, um componente FAP, uma análise de uma sessão FAP ou uma intervenção que realça a FAP. Este passo da revisão produziu 57 artigos que poderiam ser potencialmente incluídos no estudo, 33 dos quais identificaram o CCR. Se autores observaram que o exemplo era um exemplo de caso modificado, o estudo foi excluído porque se tornou ambíguo quanto a quais aspectos do estudo foram modificados. Nesta etapa, dois estudos foram retirados, restando 31 artigos para serem analisados. Nossa próxima etapa foi remover os estudos que implicavam o CCR em vez de identificar explicitamente os alvos do tratamento e esta etapa resultou em 25 artigos para serem analisados. Finalmente, para ser incluído na presente revisão, o estudo teve que identificar CCR específico e o CCR precisava indicar um comportamento específico (por exemplo, dificuldade em receber feedback) e não um domínio específico (por exemplo, funcionamento social). Dos 25 artigos que especificaram CCR, 21 artigos descreveram os CCRs sendo alvo da intervenção FAP de uma maneira específica o suficiente para serem incluídos na revisão atual. Caso o artigo incluísse algum CCR que atendesse aos nossos critérios, todos os CCRs do estudo eram incluídos

para análise. Se um artigo listava tanto o CCR1 quanto o CCR2 de um comportamento-alvo, apenas o CCR2 foi incluído para análise nesta revisão, pois a intervenção está focada na construção de um repertório adaptativo. Este processo resultou em 98 CCRs identificados.

Procedimento de classificação dos CCRs

Uma lista detalhada de exemplos de comportamentos ACL que poderiam ser alvos na FAP, previamente desenvolvido pelo segundo autor, foi modificada para os fins deste estudo pelo primeiro e segundo autores com base na literatura existente em FAP e intimidade descritas acima.

Um assistente de pesquisa de graduação (AP) foi treinado para ter fluência com os exemplos ACL, consistindo em 1–2 h de revisão de cada categoria seguida da discussão de porque cada item se encaixa na categoria em que foi classificado. As regras de decisão gerais nas quais o AP foi treinado incluem a identificação de se o comportamento categorizado enfatizava um comportamento intrapessoal ou interpessoal para diferenciar entre classificação para (categoria) consciência (intrapessoal) ou (para a categoria) coragem / amor (interpessoal). Um segundo ponto de decisão focou na diferenciação entre gerar comportamento que levasse à conexão interpessoal (coragem) ou responder ao outro indivíduo (amor). Um terceiro ponto de decisão enfatizou a diferenciação entre comportamentos que funcionavam como um pedido ou respondendo a um pedido (pedir / dar). Finalmente, o (auxiliar de pesquisa) codificador foi treinado para fazer discriminações entre entrar em contato com a emoção (expressar emoção) ou comunicação verbal emocional (autorrevelação) e a resposta de amor relacionada.

Os artigos foram revisados para ter mais contexto e facilitar a classificação de CCRs que, de outra forma, não teriam contextos suficientes para serem classificados. O auxiliar da pesquisa (codificador) foi também treinado para classificar comportamento verbal excessivo como déficit de consciência do outro. Isso se baseou na lógica de que um repertório verbal excessivo significa perder o contato com o impacto de alguém sobre o outro e o desejo dos outros de participar ou falar, o que, por sua vez, provavelmente prejudica a conexão social

ou a formação de intimidade. Em artigos que articulavam CCRs que incluíam múltiplas características do Modelo ACL (por exemplo, “Não explicar claramente o que tinha acontecido e [sic] sobre o próprio comportamento dela e dos outros. Culpar os outros pelos próprios problemas. Não admitir seu papel nos eventos, sem saber por que as coisas aconteceram dessa maneira”), foi categorizada a parte inicial da cadeia de comportamentos, neste caso a consciência de si mesmo (“não explicar claramente o que aconteceu, e [sic] sobre seu próprio [...] comportamento”).

Para estabelecer a confiabilidade, o primeiro autor e o AP codificaram independentemente 10 CCRs aleatórios dos artigos identificados. As análises Kappa indicaram boa concordância entre os avaliadores (Kappa = 0,88). Discordâncias entre os categorizadores foram discutidas e resolvidas. Dado o alto nível de confiabilidade entre o especialista e o AP, o AP foi encarregado de codificar os 88 CCRs restantes. Quando os códigos de AP foram comparados à avaliação dos categorizadores especialistas de todos os CCRs na conclusão do estudo, a concordância permaneceu alta (Kappa = 0,90).

Resultados

Dos 98 CCRs codificados, 82 (83,67%) foram identificados como se encaixando nas categorias do modelo ACL. A categoria consciência foi identificada como a de melhor ajuste para 22 CCRs (tabela 1). Destes 21, 10 foram classificados como autoconsciência e agruparam-se naturalmente em três temas clínicos, incluindo a consciência de experiências emocionais (três CCRs; por exemplo, “Identifique e rotule suas experiências emocionais”), consciência de experiências externas e influências sobre o comportamento (três CCRs; por exemplo, “controle público excessivo sobre si mesmo”), consciência das necessidades (um CCR; por exemplo, “Melhorias para o cliente no que diz respeito a esta classe ocorreu quando ele claramente identificou o que ele queria de outros”, e consciência de valores (por exemplo, três CCRs, “Organizar, planejar e agir em relação a seus próprios desejos e objetivos”).

A categoria de consciência do outro continha 12 CCRs representando três temas distintos. O

primeiro tema, a consciência de sentimentos do outro (por exemplo, “estar aberto a momentos de intimidade e conexão dentro da relação terapêutica”), continha seis CCRs. Um segundo tema, a consciência da necessidade do outro (por exemplo, “Falar sem coincidir com a fala do terapeuta, caracterizada pela ausência de correspondência com comentários, solicitações ou outras tentativas do terapeuta de entrar na conversa”), continha três CCRs. Finalmente, o terceiro tema, consciência dos valores do outro (por exemplo, “Reconhecendo o impacto de seu comportamento sobre o terapeuta”), englobando três CCRs.

A categoria coragem continha 51 CCRs (Tabela 2). No domínio coragem, 19 CCRs foram classificados como expressando emoção, 17 como autorrevelação e 15 como pedir. Dentro dos CCRs identificados, como expressar emoções, três temas emergiram, incluindo a esquiva de estímulos evocativos (10 CCRs; por exemplo, “Abordagem direta e envolvimento ativo em situações que provocariam emoções aversivas”), comportamento de fuga não verbal (três CCRs; por exemplo, “Criando espaço de aceitação e não julgamento para seus sentimentos de desconforto”) e conversa tangencial para escapar - seis CCRs, por exemplo, “Evadir tópicos (por exemplo, mudar de assunto)”.

No domínio da autorrevelação, dois temas clínicos emergiram. O primeiro tema, denominado *expressão clara e honesta* - por exemplo, “Expressões emocionais diretas ao terapeuta (por exemplo, relatar estados emocionais)”, foi aplicado a dez CCRs. Um segundo tema, rotulado como *passividade* (por exemplo, “Falar sobre o que sentiu, queria, ou pretendia fazer”) também emergiu; este tema aplicava-se a sete CCRs. No domínio de pedir (15 CCRs), foram identificados dois temas contendo vários CCRs. A maioria dos CCRs aderiu estreitamente à categoria primária de “pedir” (nove CCRs; por exemplo, “Expressões de necessidades e solicitações ao terapeuta”), quatro CCRs convergiram para o tema da *expressão de necessidades imprecisa ou disfarçada* (por exemplo, “Identificação de necessidades da terapia e do terapeuta e pedidos claros de assistência do terapeuta”), um identificado como *dependência excessiva dos outros* (um excesso de um comportamento desejável, “Expressando e descrevendo suas opiniões sobre o processo terapêutico”),

e um determinado como *resolução de conflitos de forma eficaz* (“Evitar confrontar os outros”).

Houve dez CCRs que se enquadraram na categoria amor (Tabela 3). As sub-relações de fornecer segurança e aceitação e expressar validação tiveram três CCRs cada. Dar aos outros o que eles precisam continha quatro CCRs. Na categoria de fornecer segurança e aceitação, dois CCRs relacionados a respostas excessivamente intensas na presença de emoção (por exemplo, “Descrever seus sentimentos no momento”), enquanto um terceiro CCR relacionado a fornecer feedback produtivo (por exemplo, “Ser direto em expressar dúvidas e confusão, expressar seus sentimentos negativos na sessão e sobre a terapeuta com autenticidade”). Todos os três códigos no domínio de expressar validação estavam relacionados a rejeitar ou aceitar outros pensamentos e opiniões (por exemplo, “Respostas verbais agressivas caracterizadas por expressões do cliente de discordância, julgamento ou outras opiniões negativas sobre as declarações do terapeuta, sugestões, opiniões ou outros comportamentos do terapeuta”). Dois temas emergiram no domínio de dar aos outros o que eles precisam: dois CCRs estavam relacionados a reações aversivas ao feedback (por exemplo, “Reagir de forma ativa e construtiva às críticas”), o terceiro CCR estava relacionado a confiar ou aceitar o feedback dos outros (por exemplo, “Comportamento que consistia em questionar o conselho ou suposições do terapeuta”) e o quarto relacionado a fornecer feedback aos outros (por exemplo, “Interações espontâneas, perguntando aos outros seus pensamentos e estar interessado no que eles tinham a dizer”).

Dos 16 CCRs restantes que não se enquadraram nas sub-relações conforme descrito acima (Tabela 4), cinco estavam relacionados à auto aceitação (por exemplo, “Autocrítica e ruminação excessiva”), um estava relacionado à aceitação do amor (por exemplo, “Aceitação do apoio do terapeuta”), e 10 foram identificados como sendo muito amplos para definir (por exemplo, “Agressividade”).

Tabela 1. CCR Consciência.

| CCR como descrito no artigo | Forneceu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|---|-------------------------------|-------------|--|---|
| Autoconsciência | | | | |
| Identificar e rotular com precisão suas experiências emocionais | Sim | CCR2 | Callaghan et al. (2003) | Consciência de experiências emocionais |
| Incapacidade de descrever sua emoção na sessão | Não | CCR1 | Landes et al. (2013) | Consciência de experiências emocionais |
| Detectar relações entre situações e dor | Sim | CCR2 | Vandenberghe, Ferro, and da Cruz (2004) | Consciência de experiências emocionais |
| Não explicar claramente o que aconteceu, e sobre o comportamento dela e dos outros. Culpar os outros por seus próprios problemas. Não admitir seu papel nos acontecimentos, sem saber por que as coisas aconteceram daquela maneira | Sim | CCR1 | Ferro, Valero, and Vives (2006) | A consciência de influências exteriores sobre o comportamento |
| Excessivo controle público sobre si mesmo | Não | CCR1 | Kanter et al. (2006) | A consciência de influências exteriores sobre o comportamento |
| Para manter as relações sociais. Não evitar reuniões familiares culpando a várias indisposições | Não | CCR2 | López Bermúdez, García, and Calvillo (2010) | A consciência de influências exteriores sobre o comportamento |
| Melhorias do cliente com relação a essa aula ocorreram quando ele identificou claramente o que queria dos outros. Se o cliente fosse questionado sobre querer algo diferente do terapeuta ou de outras pessoas, ocorreria uma melhora se o cliente reconhecesse que era esse o caso, mesmo que não estivesse claro o que queria que ocorresse | Sim | CCR2 | Callaghan et al. (2003) | Consciência das necessidades |
| Definir prioridades | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Consciência dos valores |
| Deixar seus valores explícitos | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Consciência dos valores |
| Organizar, planejar e agir em relação ao que ela mesma deseja e suas metas | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Consciência dos valores |
| Consciência do outro | | | | |
| Comportamento social alerta e engajado (p.e., tangentes de autocorreção e / ou desculpas por uma discussão fora do tópico) | Sim | CCR2 | Baruch, Kanter, Busch, and Juskiewicz (2009) | Consciência dos sentimentos de outros |
| Estar aberto a momentos de intimidade e conexão dentro da relação terapêutica | Sim | CCR1 | Baruch et al. (2009) | Consciência dos sentimentos de outros |
| Reconhecer quando seu impacto pode distanciar os outros e se envolver em uma resposta diferente se ele assim escolher | Sim | CCR2 | Callaghan et al. (2003) | Consciência dos sentimentos de outros |
| Reconhecer seu efeito sobre os outros para o terapeuta (por exemplo, descrever as circunstâncias da vida sem julgar e aceitar a responsabilidade por sua parte) | Não | CCR2 | Landes (2013) | Consciência dos sentimentos de outros |
| Descrever corretamente a relação funcional entre o comportamento e suas consequências. Explicar abertamente o que está acontecendo com ela, o que ela faz e por quê, sem usar desculpas ou explicações incorretas | Sim | CCR2 | López Bermúdez et al. (2010) | Consciência dos sentimentos de outros |
| Ouvir atentamente e com empatia a opinião do terapeuta | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Consciência dos sentimentos de outros |

| CCR como descrito no artigo | Forneciu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|---|-------------------------------|-------------|----------------------------------|--|
| Exigir comunicação excessiva entre as sessões (por meio de mensagens de texto e telefone) | Sim | CCR1 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Consciência das necessidades de outros |
| Conversa verborrágica caracterizada por uma superabundância de palavras com poucas ideias concretas | Não | CCR1 | Oshiro, Kanter, and Meyer (2012) | Consciência das necessidades de outros |
| Falar sem correspondência com a fala do terapeuta, caracterizada pela ausência de correspondência com comentários, solicitações ou outras tentativas do terapeuta de entrar na conversa | Não | CCR1 | Oshiro et al. (2012) | Consciência das necessidades de outros |
| Reconhecer o impacto de seu comportamento no terapeuta (muitas vezes se recuperando e se desculpendo antes do feedback) | Não | CCR2 | Busch et al. (2010) | Consciência de valores do outro |
| Queixando-se do que aconteceu, da vida dela, das coisas que os outros fizeram e de como os outros a trataram. Criticar os outros, não entender as preferências de outras pessoas | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) | Consciência de valores do outro |
| Perguntando sobre os sentimentos e pensamentos do terapeuta | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Consciência de valores do outro |

Tabela 2. CCR Coragem.

| CCR como descrito no artigo | Forneciu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|---|-------------------------------|-------------|--|-------------------------------|
| Expressão emocional | | | | |
| Esquiva experiencial/emocional. | Não | CCR1 | CRB1 Cattivelli, Tirelli, Berardo, and Perini (2012) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Isolamento social e evitação de relações com outras pessoas. Ficar sozinha, não ter com quem passar o tempo livre, perder todas as relações sociais. Não estar disposta a falar sobre a busca de alternativas. Temer que, se ela começasse um novo relacionamento, terminaria como o que teve com o ex-namorado. Ser socialmente agressiva (brigar, discutir, insultar, quebrar coisas, etc.) | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Evitar sentimentos ruins. Ficar chateada quando se sentia ansiosa ou triste, não ir ao médico ou dentista para evitar dores físicas. Evitar falar sobre coisas que a deixavam infeliz. Evitar sentir-se ansiosa. Fumar para se acalmar. Tomar ansiolíticos para não se sentir ansiosa | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Sair com amigos e colegas de classe | Sim | CCR2 | Ferro, Lopez, and Valero (2012) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Discutir desacordos e expressar inquietação | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Compartilhar informações privadas e dolorosas | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Falar a verdade, independentemente do que ela acha que a cliente "perfeita" deve dizer | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Dar razões para seu comportamento com base no que está acontecendo no momento (produzindo CRB3s) | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Abordar diretamente e se envolver ativamente em situações que eliciaram emoções aversivas | Sim | CCR2 | Manos et al. (2009) | Esquiva de estímulo evocativo |

| CCR como descrito no artigo | Forneciu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|--|-------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Interações mais pessoais e íntimas com o terapeuta | Sim | CCR2 | Villas-Bôas et al. (2016) | Esquiva de estímulo evocativo |
| Responder ao pensamento paranóico de formas socialmente pragmáticas ou de construção de intimidade (por exemplo, discutir abertamente e avaliar a precisão dos pensamentos paranóicos e medos em relação ao terapeuta) | Sim | CCR2 | Baruch et al. (2009) | Fuga não-verbal |
| Correr riscos para estar emocionalmente mais perto do terapeuta | Sim | CCR2 | McClafferty (2012). | Fuga não-verbal |
| Criar espaço de aceitação e não julgamento para seus sentimentos de desconforto | Sim | CCR2 | McClafferty (2012) | Fuga não-verbal |
| Evasão de tópicos (p.e., mudar de assunto) | Sim | CCR1 | Lizarazo et al. (2015) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Manter as relações sociais. Não evitar reuniões familiares culpando várias indisposições | Sim | CCR2 | López Bermúdez et al. (2010) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Brincar e intelectualizar durante as sessões | Sim | CCR1 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Não assumir a responsabilidade pelas experiências e respostas emocionais dos terapeutas | Sim | CCR2 | McClafferty (2012) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Falar mais e se permitir pensar sobre seu potencial | Sim | CCR2 | McClafferty (2012) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Resposta emocional genuína e pró-social (p.e., compartilhar informações ou sentimentos) | Não | CCR2 | Landes et al. (2013) | Conversa tangencial para se esquivar |
| Autorrevelação | | | | |
| Expressões emocionais diretas para o terapeuta (por exemplo, relatar estados emocionais) | Sim | CCR2 | Baruch et al. (2009) | Expressão clara e honesta |
| Má comunicação com a esposa - não ser honesto sobre questões difíceis | Não | CCR1 | Kanter et al. (2006) | Expressão clara e honesta |
| Discutir sentimentos negativos. | Sim | CCR2 | Kohlenberg and Tsai (1994) | Expressão clara e honesta |
| Revelar-se ou desenvolver e manter um repertório pró-social. Este conjunto de problemas incluiu o envolvimento do cliente em uma gama restrita de respostas experimentadas com o terapeuta e outros | Não | CCR2 | Landes et al. (2013) | Expressão clara e honesta |
| Discutir seus sentimentos (p.e., medo, tristeza) e seus efeitos na sessão, apesar de vê-los de forma negativa | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) | Expressão clara e honesta |
| Autorrevelação a respeito de pensamentos e impulsos de exposição foi direcionada como um CCR2 e apropriadamente reforçada com as consequências naturais para o comportamento (expressões recíprocas de intimidade) pelo terapeuta cada vez que o comportamento era emitido | Sim | CCR2 | Paul, Marx, and Orsillo (1999) | Expressão clara e honesta |
| Problemas com sub-autorrevelação; controle contextual | Não | Class of behavior | Pedersen et al. (2012) | Expressão clara e honesta |
| Respostas superficiais enfraquecidas em questões relativas à sua opinião | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Expressão clara e honesta |
| Expressar sentimentos e desejos em palavras | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Expressão clara e honesta |
| Fazer julgamentos críticos sobre pessoas abusivas em sua vida | Sim | CCR2 | Villas-Bôas et al. (2016) | Expressão clara e honesta |
| Iniciar tópicos e fazer solicitações (por exemplo, definir a agenda para a sessão de terapia) | Não | CCR2 | Landes et al. (2013) | Passividade |

| CCR como descrito no artigo | Forneceu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|--|-------------------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| Expressão genuína (por exemplo, relatar claramente os tópicos de terapia desejados) | Não | CCR2 | Landes et al. (2013) | Passividade |
| Dificuldade em revelar pensamentos, sentimentos e impulsos relacionados à exposição pública durante as sessões de terapia | Sim | CCR1 | Paul et al. (1999) | Passividade |
| Failure to revelar | Não | Class of behavior | Pedersen et al. (2012) | Passividade |
| Falar sobre o que ele sentia, queria ou pretendia fazer | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Passividade |
| Confiar e compartilhar, bem como assumir uma posição aberta nas relações interpessoais | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Passividade |
| Manter relações sexuais satisfatórias. Dizer "não" abertamente sem culpar o desconforto físico. Não limitar a atividade sexual ao intervalo pré e pós-menstruação | Sim | CCR2 | Bermúdez et al. (2010) | Passividade |
| Pedir | | | | |
| As melhorias para o cliente em relação a esta aula ocorreram quando ele identificou claramente o que queria dos outros e, em seguida, fez um pedido direto para isso | Sim | CCR2 | Callaghan et al. (2003) | Pedir |
| Expressar suas opiniões, necessidades, desejos | Sim | CCR2 | Ferro et al. (2012) | Pedir |
| Expressões de necessidades e solicitações ao terapeuta | Não | CCR2 | Holman et al. (2012) | Pedir |
| Deixar diretamente os outros saberem o que ele queria - em relação ao terapeuta | Sim | CCR2 | Kohlenberg and Tsai (1994) | Pedir |
| Revelação emocional de quaisquer necessidades relacionadas ao terapeuta, incluindo discutir com ele tópicos difíceis e carregados de emoção | Sim | CCR2 | Manos et al. (2009) | Pedir |
| Avaliar e afirmar suas necessidades na sessão | Sim | CCR2 | McClafferty (2012) | Pedir |
| Falha em solicitar revelação dos outros | Não | No Class of behavior | Pedersen et al. (2012) | Pedir |
| Dar conselhos ou tomar decisões e iniciativas relativas à atividade do grupo. | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Pedir |
| Solicitar o que ela precisava | Sim | CCR2 | Villas-Bôas et al. (2016) | Pedir |
| Identificação das necessidades da terapia e do terapeuta e pedidos claros de assistência do terapeuta para suas necessidades | Não | CCR2 | Busch et al. (2010) | Expressão imprecisa ou disfarçada das necessidades |
| Comportamento histriônico (busca de atenção, validação e aprovação) de necessidades | Não | CCR1 | Kanter et al. (2006) | Expressão imprecisa ou disfarçada das necessidades |
| Assumir o comando de seus trabalhos e aceitar os riscos mais ou menos desejáveis que isso implica. Aceitar suas responsabilidades com seus afazeres domésticos, viagens e tudo o que deveria ser feito de acordo com seus próprios valores | Sim | CCR2 | López Bermúdez et al. (2010) | Expressão imprecisa ou disfarçada das necessidades |
| Fazer pedidos claros de apoio emocional do terapeuta (mando puro). | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Expressão imprecisa ou disfarçada das necessidades |
| Expressar e descrever suas opiniões sobre o processo terapêutico | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) | Dependência de outros |
| Evitar confrontar outras pessoas | Sim | CCR1 | Kohlenberg and Tsai (1994) | Resolver conflitos |

Tabela 3. CCR Amor

| CCR como descrito no artigo | Fornecido narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo | Tema clínico |
|--|--------------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| Prover segurança e aceitação | | | | |
| Descrever os sentimentos no momento (tato puro) | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Resposta excessivamente intensa ao responder na presença de emoção |
| Confiar em relacionamentos, compartilhar os sentimentos com o terapeuta e expressar a necessidade de proximidade ao terapeuta de maneira atenciosa | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Resposta excessivamente intensa ao responder na presença de emoção |
| Ser direto ao expressar dúvidas e confusão, expressar os sentimentos negativos na sessão e sobre o terapeuta com autenticidade | Sim | CCR2 | Manduchi and Schoendorff (2012) | Fornecer feedback produtivo |
| Expressar compreensão, empatia e validação | | | | |
| Respostas verbais agressivas caracterizadas por expressões do cliente de desacordo, julgamento ou outras opiniões negativas sobre autorevelações do terapeuta, sugestões, opiniões ou outros comportamentos do terapeuta | Não | CCR1 | Oshiro et al. (2012) | Dispensar pensamentos e opiniões de outros |
| Agressividade contra o terapeuta, como reclamar fortemente de uma pequena parte de algo que foi dito em uma sessão anterior sem considerar o contexto | Sim | CCR1 | Villas-Bôas et al. (2016) | Dispensar pensamentos e opiniões de outros |
| Ser inflexível sobre as sugestões ou solicitações do terapeuta | Sim | CCR1 | Villas-Bôas et al. (2016) | Dispensar pensamentos e opiniões de outros |
| Dar aos outros o que precisam | | | | |
| Reagir de forma ativa e construtiva às críticas. | Sim | CCR2 | Vandenberghe et al. (2004) | Reação aversiva ao feedback |
| Aceitar o feedback do terapeuta de forma adequada | Não | CCR2 | No CRB2 Busch et al. (2010) | Reação aversiva ao feedback |
| Comportamento que consistia em questionar os conselhos ou suposições do terapeuta. | Sim | CCR1 | Vandenberghe et al. (2004) | Confiar ou aceitar comentários de outros |
| Interações espontâneas, perguntar aos outros seus pensamentos e estar interessado no que eles têm a dizer | Sim | CCR2 | Callaghan et al. (2003) | Fornecer feedback para outros |

Tabela 4. Outro CCR

| CCR como descrito no artigo | Fornecido narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo |
|--|--------------------------------|-------------|------------------------------|
| Auto-aceitação | | | |
| Não aceitar sua situação. Não aceitar que seu namorado a havia abandonado e todos os comportamentos relacionados, como recusar-se a falar sobre ele e insultá-lo durante as sessões. Não aceitar que seus planos de formar uma família e ter filhos não faziam mais sentido. | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) |
| Aparência e autoconceito pobres. Reclamar da aparência, não usar saias justas, calças ou maiô. Queixar-se da idade, não querer afirmar a idade, ver-se mais velha do que era. | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) |
| Autocrítica e ruminação excessivas. | Não | CCR1 | Kanter et al. (2006) |
| Aceitar seu passado e as experiências aversivas que ocorreram em sua vida. Não demonstrar sentimentos emocionais intensos ao falar sobre seu passado, sua depressão, seu sofrimento. | Sim | CCR2 | López Bermúdez et al. (2010) |
| Ser mais autocompassivo | Sim | CCR2 | McClafferty (2012) |
| Aceitação de amor dos outros | | | |
| Aceitação de suporte do terapeuta. | Não | CCR2 | No CRB2 Holman et al. (2012) |

| CCR como descrito no artigo | Forneceu narrativa detalhada? | CCR1 ou CCR | Artigo |
|---|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| Muito amplo para codificar | | | |
| Comportamento com função de aumentar a proximidade com o terapeuta (muitas vezes reconhecendo verbalmente a importância do relacionamento terapêutico) | Não | CCR2 | Busch et al. (2010) |
| Agressividade | Não | CCR1 | Cattivelli et al. (2012) |
| Comportamentos desafiantes | Não | CCR1 | Cattivelli et al. (2012) |
| Fuga | Não | CCR1 | Cattivelli et al. (2012) |
| Apatia. Não se importar com nada. Não ter vontade de comer, ouvir música, sair, comprar roupas ou ler revistas, mas passar o tempo deitada na cama ou assistindo TV. Perder peso. Não ter hobbies. Não falar sobre outras coisas além de seus problemas | Sim | CCR1 | Ferro et al. (2006) |
| Avisar que ela chegará atrasada à sessão (por exemplo, por mensagem de texto ou ligação) ou pedir para reagendar as sessões | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) |
| Discutir questões emocionais e expressar sentimentos em relação ao terapeuta e outros | Sim | CCR2 | Lizarazo et al. (2015) |
| Repertório inadequado de descrições de relações entre seu comportamento e as variáveis das quais ele é função | Sim | CCR1 | López (2003) |
| Os episódios de ciúme ocorridos durante as sessões eram funcionalmente equivalentes aos episódios ocorridos na vida diária de F | Sim | CCR1 | López (2003) |
| Assumir responsabilidade compartilhada por situações | Sim | CCR2 | Vandenbergh et al. (2004) |

Discussão

A análise atual avaliou a correspondência entre o CCR definido em pesquisas anteriores sobre a FAP e um conjunto recém-definido de alvos terapêuticos com base em uma integração analítico-abstrativa da literatura empírica existente sobre intimidade e princípios comportamentais contextuais. Este modelo, denominado ACL, define oito alvos clínicos para FAP, incluindo dois alvos de consciência (autoconsciência, consciência do outro), três alvos de coragem (expressar emoção, autorrevelação, pedir) e três alvos de amor (fornecer segurança e aceitação, fornecer validação e compreensão, dar). Os alvos são integrados a um modelo interacional diádico, no qual os alvos de consciência são funcionalmente significativos na discriminação de antecedentes para coragem e comportamentos amorosos, e os alvos de amor são funcionalmente significativos como consequências naturalmente reforçadoras para comportamentos de coragem.

Essas sequências antecedentes-comportamento-consequência representam uma tentativa de destilar os principais achados da ciência do relacionamento, que geralmente não são descritos em

termos comportamentais contextuais, em um modelo analítico-abstrativo de relacionamento íntimo que tem as relações funcionais como o seu fundamento. Este modelo pode preencher a lacuna entre a linguagem técnica sofisticada da análise do comportamento e uma linguagem que é mais acessível para aqueles sem formação avançada na terminologia comportamental. A acessibilidade da linguagem ACL é evidenciada pela capacidade de um assistente de pesquisa de graduação em aplicar os rótulos para descrições de CCR existentes com excelente confiabilidade de critério com o especialista FAP.

Os resultados indicam que os alvos no modelo de ACL são consistentes com os antigos alvos idiográficos descritos nas pesquisas anteriores em FAP. Muitos dos constructos em nosso modelo ACL se enquadram razoavelmente no que os pesquisadores anteriores de FAP identificavam como alvos principais. Assim, o modelo pode representar uma abordagem para a conceituação do CCR em FAP, consistentes com pesquisas anteriores sobre FAP, que enfatiza a necessidade de o CCR ser conceituado como parte de um modelo funcional

maior e padronizado, para facilidade de implementação e compreensão.

Várias advertências são necessárias. O modelo ACL não se destina a substituir o uso tradicional de CCR em FAP; em vez disso, o objetivo é fornecer um modelo analítico-abstrativo incorporando uma nomenclatura de nível intermediário útil para os clínicos e pesquisadores como uma opção para conceituação da FAP. Da mesma forma, este modelo não representa uma conceituação universal para a FAP (Bonow, Maragakis, & Follette de 2012), já que haverá muitos clientes tratados usando estratégias FAP a quem o modelo não se aplica (Kanter et al., 2010), mas vemos as relações funcionais no modelo como altamente prováveis quando um cliente apresenta problemas relacionados com a intimidade e sem grandes fatores de complicação comórbidos. Dito isto, dada a natureza idiográfica da FAP, acreditamos que pode haver várias estruturas clinicamente úteis para definir CCRs na FAP. Essa pode ser uma delas.

Um ponto forte do modelo é que as relações definidas foram derivadas da ciência do relacionamento, na qual existe um amplo consenso sobre preditores empiricamente identificados de relações íntimas saudáveis (por exemplo, Reis de 2007). Embora a nossa análise sugira que os clínicos FAP, pelo menos na pesquisa clínica que conduzimos neste estudo, muitas vezes definem alvos clínicos individuais que são semelhantes aos nossos alvos propostos, não está claro como os clínicos chegaram a esses alvos ou se eles foram as melhores escolhas em termos de uma análise geral de modelo abstrativo de intimidade social. Como nosso modelo é baseado em achados empíricos da ciência do relacionamento sobre o que importa na intimidade social, o uso de nosso modelo pode direcionar os clínicos a alvos relacionais importantes e com suporte empírico, em vez de deixar isso ao critério idiossincrático e vieses do clínico. Consequentemente, o modelo pode direcionar os usuários para resultados mais empiricamente robustos no que diz respeito a melhorias no funcionamento íntimo e social.

Consistente com muitos escritos teóricos sobre FAP (por exemplo, Maitland & Gaynor de 2012; Tsai et al., 2009), os resultados atuais sugerem que vários comportamentos íntimos e interpessoais são alvos frequentes em estudos da FAP. A distribuição

e a frequência de comportamentos que se enquadram na categoria coragem (incluindo expressão de emoção, autorrevelação e pedir) em específico, sugere que este é um alvo particularmente comum. A autorrevelação vulnerável representa provavelmente um comportamento do cliente fundamental na maioria das interações psicoterapêuticas através de orientações teóricas (Farber de 2003); é facilmente e naturalmente evocado na FAP e muitos dos exercícios evocativos e experienciais no treinamento da FAP são consistentes com este alvo (e.g. Nelson, Yang, Maliken, Tsai, & Kohlenberg, 2016; Tsai et al., 2009).

A consciência de si e do outro foi também frequentemente visada. Embora a autoconsciência seja um alvo terapêutico comum em várias formas de diferentes modalidades terapêuticas (por exemplo, auto monitoramento, discernimento e atenção plena), um nicho mais exclusivo para FAP pode ser a consciência do outro, que foi alvo de mais estudos na FAP do que a autoconsciência. Outras pesquisas têm sugerido que o alvo consciência do outro pode ser influenciado em grupos breves com orientação FAP (Kohlenberg et al., 2015).

Em contraste com as categorias de consciência e coragem, (a categoria) amor não foi tão frequentemente retratada nas pesquisas anteriores de FAP. Dado o grande volume de achados empíricos (revisados em nossa introdução) sobre a importância da responsividade à intimidade social, o fato de que a pesquisa na FAP não adequadamente focou em comportamentos de “amor” identifica uma área em que a FAP pode ser melhorada, alinhando seus alvos com aqueles validados empiricamente pela ciência do relacionamento. Em Tsai et al. (2009), (texto) no qual os termos ACL foram introduzidos pela primeira vez, a maioria dos exemplos de CCRs de clientes eram consistentes com o construto de coragem, não de amor, e amor foi descrito principalmente como uma qualidade relevante para como os terapeutas podem responder funcionalmente aos CCR2s de clientes. Em outras palavras, a relação inicialmente descrita na FAP é entre a coragem do cliente (ou seja, autorrevelação vulnerável) e amor terapêutico (responsividade). Portanto, é possível que pesquisadores e clínicos não considerem com frequência a FAP como uma modalidade de tratamento para clientes que apresentam

problemas que se enquadram no domínio do amor. Alternativamente, dado o número relativamente baixo de estudos que especificaram o CCR com precisão suficiente para a nossa análise, é possível que, apesar de ser um alvo viável de FAP em situações clínicas, o amor não tenha sido amplamente alvo de pesquisadores de FAP. Do ponto de vista da habilidade técnica da FAP, os comportamentos amorosos do cliente são complexos de evocar, pois o terapeuta deve emitir um comportamento genuinamente corajoso para o cliente responder com amor. Isso parece difícil de implementar, pois o terapeuta deve estabelecer um contexto no qual uma autorrevelação ou solicitação direcionada ao cliente seja apropriada, consistente com a conceituação de caso do cliente e funções para eliciar o amor do cliente. Pode ser visto como um alvo avançado da FAP, especialmente dado que esse tipo de interação cliente-terapeuta tende a aumentar a intimidade e a intensidade do relacionamento (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2011).

Conforme a Figura 1, é possível que o Modelo ACL poderia ser expandido para incluir uma classe adicional de CCR não previamente definido. Especificamente, uma classe de CCR revelada por esta pesquisa, relacionada com aceitar o amor do terapeuta (“Aceitação de apoio do terapeuta”). Em essência, isso representa um elo perdido no modelo anterior, em que enquanto o amor for identificado como uma consequência para coragem, quando um cliente está trabalhando no desenvolvimento de habilidades crescentes em fornecer amor, uma consequência deve ser fornecida para esse comportamento também. Pode ser razoável expandir o modelo para incluir aceitar amor como uma consequência funcionalmente significativa do amor, que é emblemática da natureza recíproca do processo. Esta categoria também é consistente com a pesquisa da ciência do relacionamento, sobre a importância da *responsividade percebida* (por exemplo, Reis de 2007; Reis et al., 2004); em outras palavras, a responsividade do parceiro amoroso deve ser recebida e reforçada pelo parceiro corajoso para que a intimidade saudável se desenvolva.

Vários CCRs de pesquisas existentes não se encaixaram no modelo ACL e não se encaixam na lógica de um modelo expandido. Isto sugere que o modelo ACL não captura totalmente todos

os alvos possíveis da FAP. Isto é consistente com a nossa afirmação de que um amplo quadro funcional da FAP pode ser aplicado a qualquer comportamento observado pelo terapeuta em sessão. Vários dos CCRs identificados não categorizados como ACL pareciam ser alvos de auto-orientação, incluindo a autocrítica, ruminação, falta de auto-aceitação, e autocuidado deficiente. Vários outros alvos pareciam ser de natureza interpessoal, mas não precisamente localizado dentro do modelo de ACL, incluindo a procura excessiva de reassseguramento e queixas excessivas.

Vários CCRs não classificados pareciam representar um problema de operacionalização em vez de uma questão de adequação ao modelo. Por exemplo, um dos CCRs que não foi categorizado foi “repertório inadequado de descrições de relações entre o seu comportamento e as variáveis das quais ela é uma função.” Aqueles com conhecimento detalhado da FAP irão reconhecer esta descrição funcional do cliente sobre o seu próprio comportamento como CCR3, que também pode ser modelado na FAP e é hipotetizado que leve a funcionamento melhorado (Villas-Bôas, Meyer, Kanter, e Callaghan de 2015). Consistente com ênfase analítico-comportamental da FAP nas descrições funcionais do comportamento (por exemplo, Hayes & Follette, 1992), esta descrição não incluiu qualquer conteúdo topográfico, tornando difícil codificar no esquema atual, que dependia da descrição do conteúdo. Embora em geral a FAP subscrisse o ponto de vista tradicional analítico comportamental que as metas de tratamento devem ser definidas em termos funcionais (ou seja, antecedente-comportamento-consequência; Bonow et al. 2012; Hayes & Follette, 1992; Kanter et al., 2009), em quase nenhum caso havia uma descrição funcional completa do CCR que atendessem aos padrões de análise comportamental aplicada (por exemplo, Kanter et al., 2006). Isso talvez fale sobre as dificuldades de implementação de descrições funcionais na prática em regime ambulatorial, quando os alvos são os comportamentos complexos de adultos verbalmente competentes e altamente funcionais, em vez dos alvos mais discretos, e concretos da análise comportamental aplicada (cf, Darrow & Follette de 2014; Kanter et al., 2014). Os CCRs que não foram categorizados na presente análise frequentemente

empregaram termos menos precisos e topográficos (por exemplo, “Agressividade”). Devido à falta de contexto, vemos as dificuldades na categorização desses CCRs como limitações dos estudos nos quais o CCR foi elaborado, e não como limitações do Modelo ACL.

Tanto o estudo atual quanto o modelo têm uma série de limitações importantes a reconhecer. Em primeiro lugar, muitas descrições de FAP não atenderam aos nossos critérios de inclusão e não estão representadas em nossos achados. É possível que temas diferentes surgissem se mais detalhes sobre esses estudos não classificados estivessem disponíveis. No entanto, não há nenhuma razão para suspeitar que os estudos não incluídos sejam sistematicamente diferentes daqueles incluídos no que diz respeito às metas de tratamento. Em segundo lugar, embora os alvos definidos no Modelo ACL capturem a maior parte das descrições incluídas de CCR, o grau em que o ACL mapeia post-hoc em pesquisas anteriores não fala de sua utilidade clínica ou de pesquisas no futuro. Além disso, devido à precisão necessária para identificar alvos clínicos, apenas publicações escritas em inglês, a língua nativa de todos os quatro autores, foram incluídas nas análises atuais. É possível que essa análise somente (de artigos) em inglês seja uma variável que confunde e que as publicações em outros idiomas se desviem significativamente dos dados apresentados.

Tem havido algumas preocupações expressas sobre a adoção dos termos ACL na FAP. Uma preocupação específica ao termo amor na FAP foi publicada por Darrow e Follette (2014), que observam que o termo tem muitos usos e é fácil de ser mal interpretado. Ouvimos outras preocupações, não publicadas, de colegas em conferências e dos revisores anônimos de manuscritos. Estas preocupações são amplamente consistentes com aquelas expressas por Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, e Luciano (2013), que observam que a precisão perdida ao adotar termos de nível intermediário em relação aos princípios básicos pode ter efeitos negativos posteriores na disseminação e implementação eficazes que superam os ganhos obtidos em acessibilidade. A principal preocupação é que os termos de nível intermediário sejam disseminados e implementados sem integridade com os processos funcionais subjacentes considerados

imperativos para uma terapia eficaz. Suspeitamos que a disseminação dos termos ACL nos treinamentos da FAP até o momento produziu de fato tal situação preocupante. Nossa experiência é que há uma variabilidade significativa na forma como esses termos são usados informalmente por aqueles que estão familiarizados com a FAP e, às vezes, eles estão apenas vagamente ancorados em processos funcionais, na melhor das hipóteses. Dado que esses termos, introduzidos pela primeira vez por Tsai et al. (2009), parecem estar em uso generalizado por praticantes da FAP, esperamos que a nossa incorporação desses termos em um modelo funcional analítico-abstrativo, ancorado em resultados empíricos e processos funcionais, alinhe os usuários dos termos com os processos funcionais e melhore o uso (do modelo ACL) de um ponto de vista funcional. Dito isso, na melhor das hipóteses eles representarão termos de nível intermediário bem definidos, e pesquisas futuras podem se beneficiar de comparações diretas de descrições mais tradicionais, idiográficas funcionais de alvos FAP em comparação com o uso do Modelo ACL para identificar alvos. Mais pesquisas são necessárias para avaliar se o Modelo ACL impacta a habilidade dos clínicos de observar e manipular relações funcionais clinicamente significativas.

O modelo ACL traz uma série de vantagens para o processo de desenvolvimento de tratamento reticulado (Hayes, Long, Levin, & Follette de 2013) na FAP. A intenção de unir terminologia básica e aplicada pode facilitar tanto a implementação clínica quanto a pesquisa de eficácia. Alguns escritos em FAP podem ser difíceis para aqueles que não são fluentes em FAP ou CBS. A utilização dessa nomenclatura se destinava a produzir altos níveis de precisão, mas a nossa análise das descrições publicadas de CCR indicam sucesso limitado com essa intenção. O modelo ACL introduz constructos que podem ser menos funcionalmente precisos, mas provavelmente melhoraram a clareza funcional do CCR quando usado no contexto do modelo mais abrangente e pode ser mais fácil de treinar e implementar de forma confiável do que as nomenclaturas tradicionais comportamentais. É importante notar que nossa intenção não é redefinir a FAP, mas fornecer para pesquisadores e clínicos uma nova opção para definir alvos de tratamento em FAP e que são consistentes com a CBS.

Nós acreditamos que há muitas oportunidades para pesquisas futuras usando o Modelo ACL para definir CCRs. Em consonância com vários estudos experimentais análogos sobre relações de vulnerabilidade-responsividade da ciência do relacionamento que formam os fundamentos do modelo (por exemplo, Aron et al., 1997), o Modelo ACL já produziu investigação translacional análoga sobre o ACL em FAP, algo que não teria sido possível com uma abordagem puramente funcional para o tópico (Haworth et al., 2015). Estudos elaborados para avaliar os benefícios da conceituação de caso em FAP utilizando o Modelo ACL são necessários. Um ponto de comparação pode ser o uso do FIAT (Callaghan, 2006) para determinar alvos de tratamento. Um ponto forte do FIAT é que os alvos de tratamento identificados através dele são definidos mais precisamente em termos comportamentais, (por exemplo, problemas com o controle do estímulo, problemas com o controle aversivo), o que pode tornar mais provável que estes processos funcionais permaneçam no centro da conceituação e tratamento em comparação com o modelo ACL. No entanto, um ponto forte do Modelo ACL vis-à-vis ao FIAT é que o Modelo ACL propõe um conjunto de metas que estão funcionalmente relacionadas entre si, no contexto de vários achados da ciência do relacionamento, enquanto as cinco classes do FIAT representam categorias isoladas e não está claro como elas se relacionam entre si ou como elas se integram em um modelo mais amplo de problemas interpessoais com base empírica. Embora os benefícios de qualquer uma das abordagens sejam questões empíricas, nós preferimos afirmar que é importante desenvolver várias estruturas de conceituação para a FAP para diferentes usuários com prioridades, experiências e ênfases diferentes. O FIAT e este modelo representam duas abordagens e esperamos que outras sejam desenvolvidas e avaliadas.

Nossa intenção com este esforço é desenvolver um modelo que facilite a pesquisa sobre a eficácia da FAP e melhore os resultados no que diz respeito à intimidade social. Podem surgir preocupações de que qualquer tentativa de afastar a FAP de uma abordagem puramente idiográfica, que teoricamente maximiza a adaptação do tratamento ao contexto único do indivíduo, possa comprometer em

vez de potencializar a eficácia. Este último ponto é particularmente importante dadas algumas das limitações do movimento de tratamento baseado em evidências (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015) e as descobertas estabelecidas de intervenções com base na avaliação comportamental funcional em algumas áreas (Arremesse, Wightman, Haynes, e Virues-Ortega de 2016). Em última análise, esta é uma questão empírica. Finalmente, a FAP tem sido descrita como uma abordagem que possa aumentar a aliança terapêutica (Tsai, Kohlenberg, & Kanter 2010) e demonstrou efeitos positivos na aliança em um delineamento de tratamentos alternados (Maitland e Gaynor de 2016). Como o Modelo ACL emerge da ciência do relacionamento no desenvolvimento de relações íntimas abrangendo diferentes tipos de relacionamento, pode ser um modelo útil não apenas para entender o CCR do cliente, mas também como relações terapêuticas fortes se formam.

Referências

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>.
- Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11(2), 165–178. <http://dx.doi.org/10.1080/741938207>.
- Alea, N., & Bluck, S. (2007). I'll keep you in mind: The intimacy function of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 21(8), 1091–1111. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.1316>.
- Aron, A., Melinat, E., Aron, E. N., Vallone, R. D., & Bator, R. J. (1997). The experimental generation of interpersonal closeness: A procedure and some preliminary findings. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(4), 363–377. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167297234003>.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241–257. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650109334818>.
- Batson, C. D., Lishner, D. A., & Stocks, E. L. (2015).

- The empathy—altruism hypothesis. In D. A. Schroeder, W. G. Graziano, D. A. Schroeder, & W. G. Graziano (Eds.), *The Oxford handbook of prosocial behavior* (pp. 259–281). New York, NY, US: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399813.013.023>.
- Bonow, J. T., Maragakis, A., & Follette, W. C. (2012). The challenge of developing a universal case conceptualization for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 2–8. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100930>.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320–327. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.14461>.
- Brunell, A. B., Kernis, M. H., Goldman, B. M., Heppner, W., Davis, P., Cascio, E. V., & Webster, G. D. (2010). Dispositional authenticity and romantic relationship functioning. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 900–905. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.018>.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 11–19. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-009-9122-8>.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280–290. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.07.003>.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003) The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48–67. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357–398. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100160>.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321–339. <http://dx.doi.org/10.1023/b:jocp.0000004502.55597.81>.
- Canevello, A., & Crocker, J. (2010). Creating good relationships: Responsiveness, relationship quality, and interpersonal goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(1), 78–106. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018186>.
- Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F., & Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life contexts using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 25–32. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100933>.
- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116(3), 457–475. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.457>.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218–235. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270>.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75–86. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03392020>.
- Cramer, D., & Jowett, S. (2010). Perceived empathy, accurate empathy and relationship satisfaction in heterosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 327–349. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407509348384>.
- Cutrona, C. E., Cohen, B. B., & Igram, S. (1990). Contextual determinants of the perceived supportiveness of helping behaviors. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 553–562. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407590074011>.
- Cutrona, C. E., Shaffer, P. A., Wesner, K. A., & Gardner, K. A. (2007). Optimally matching sup-

- port and perceived spousal sensitivity. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 754–758. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.754>.
- Darrow, S. M., & Follette, W. C. (2014). Wheres the beef?: Reply to Kanter, Holman, and Wilson. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 265–268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.007>.
- Darwin C. (2005/1872). *The expression of emotion in man and animals*. New York, NY:Appleton. doi:10.1037/10001-000.
- Davis, M. H., & Oathout, H. A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 397–410. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.397>.
- Duckworth, M. P. (2009). Assertiveness skills and the management of related factors. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 124–132). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 589–600. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10161>.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113–147. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868314544222>.
- Ferro, R., Lopez, M. A., & Valero, L. (2012). Treatment of a disorder of self through Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 45–51. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100936>.
- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 1–18. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100143>.
- Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Reis, H. T., & Rusbult, C. E. (2010). The importance of seeing what is not there: A quasi-signal detection analysis of positive and negative behavior in newlywed couples. *Personal Relationships*, 17(4), 615–633. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01300.x>.
- Fitzsimons, G. M., & Shah, J. Y. (2008). How goal instrumentality shapes relationship evaluations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(2), 319–337. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.95.2.319>.
- Follette, W. C., & Bonow, J. T. (2009). The challenge of understanding process in clinical behavior analysis: The case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1), 135–148. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03392179>.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99–125). Reno, NV: Context Press.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 373–388. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-014-0103-2>.
- Forest, A. J., & Wood, J. V. (2011). When partner caring leads to sharing: Partner responsiveness increases expressivity, but only for individuals with low self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(4), 843–848. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2011.03.005>.
- Gable, S. L., Gonzaga, G. C., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904–917. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.904>.
- Gable, S. L., Reis, H. T., & Downey, G. (2003). He said, she said: A quasi-signal detection analysis of daily interactions between close relationship partners. *Psychological Science*, 14(2), 100–105. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01426>.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of

- sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228–245. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.228>.
- Graham, S. M., Huang, J. Y., Clark, M. S., & Helgeson, V. S. (2008). The positives of negative emotions: Willingness to express negative emotions promotes relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(3), 394–406. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167207311281>.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>.
- Hasson, U., Ghazanfar, A. A., Galantucci, B., Garrod, S., & Keysers, C. (2012). Brain to brain coupling: A mechanism for creating and sharing a social world. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(2), 114–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2011.12.007>.
- Haworth, K., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., & Kohlenberg, R. J. (2015). Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 281–291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.08.003>.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–190. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03391944>.
- Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14(3–4), 345–365.
- Hayes, S. C., Long, D. M., Levin, M. E., & Follette, W. C. (2013). Treatment development: Can we find a better way? *Clinical Psychology Review*, 33(7), 870–882. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.009>.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., 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(6), 1152–1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381–440. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00102-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00102-7).
- Holman, G., Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Haworth, K., Jacobson, E., & Liu, S. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a framework for implementing evidence-based practices: The example of integrated smoking cessation and depression treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 58–62. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100938>.
- Horowitz, L. M., Krasnoperova, E. N., Tatar, D. G., Hansen, M. B., Person, E. A., Galvin, K. L., & Nelson, K. L. (2001). The way to console may depend on the goal: Experimental studies of social support. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(1), 49–61. <http://dx.doi.org/10.1006/jesp.2000.1435>.
- Hurl, K., Wightman, J., Haynes, S. N., & Virues-Ortega, J. (2016). Does a pre-intervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 71–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.003>.
- Ickes, W., & Hodges, S. D. (2013). Empathic accuracy in close relationships. In J. A. Simpson, L. Campbell, J. A. Simpson, & L. Campbell (Eds.), *The Oxford handbook of close relationships* (pp. 348–373). New York, NY, US: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398694.013.0016>.
- Jiang, J., Dai, B., Peng, D., Liu, L., & Lu, C. (2012). Neural synchronization during face-to-face

- communication. *The Journal of Neuroscience*, 32(45), 16064–16069. <http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2926-12.2012>.
- 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(2), 69–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.02.001>.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 463–467. <http://dx.doi.org/10.1901/jaba.2006.21-06>.
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of web-based Functional Analytic Psychotherapy therapist training. *Psychotherapy*, 50(2), 248–255. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029814>.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York, NY: Springer <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-5830-3>.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and case conceptualization. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W.
- Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Using awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 37–59). New York, NY: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9_3.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5(3), 187–212. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.5.3.187>.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213–229. [http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229\(02\)80051-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229(02)80051-7).
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17(2), 305–319. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03392678>.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., Lagbas, E., Lo, J., & Kanter, J. W. (2015). A brief, interpersonally oriented mindfulness intervention incorporating Functional Analytic Psychotherapy's model of awareness, courage, and love. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 107–111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.03.003>.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiosyncratic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1–2), 49–57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.004>.
- Laurenceau, J., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238–1251. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1238>.
- Laurenceau, J., Barrett, L. F., & Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 314–323. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.314>.
- Lemay, E. P., & Clark, M. S. (2008). How the head liberates the heart: Projection of communal responsiveness guides relationship promotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(4), 647–671. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.94.4.647>.
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A withinsubjects evaluation of the effects of Functional Analytic Psychotherapy on in-session and out-of-session

- client behavior. *Psychological Record*, 65(3), 463–474. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-015-0122-7>.
- Long, E. C., & Andrews, D. W. (1990). Perspective taking as a predictor of marital adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 126–131. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.126>.
- López, F. J. C. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology In Spain*, 7(1), 86–98.
- López Bermúdez, M.Á., García, R. F., & Calvillo, M. (2010). An application of Functional Analytic Psychotherapy in a case of anxiety panic disorder without agoraphobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(4), 356–372. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100916>.
- Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. S. R., & Rime, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognition & Emotion*, 14(5), 661–688. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930050117666>.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2012). Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 63–71. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100939>.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2016). Functional Analytic Psychotherapy compared with supportive listening: An alternating treatments design examining distinctiveness, session evaluations, and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 52–64. <http://dx.doi.org/10.1037/bar0000037>.
- Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Manbeck, K. E., & Kohlenberg, R. J. (2016b). Preliminary findings on the effects of online Functional Analytic Psychotherapy training on therapist competency. *The Psychological Record*, 66(4), 627–637. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-016-0198-8>.
- Maitland, D. W. M., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A., Moore, J. A., & Gaynor, S. T. (2016a). A randomized controlled trial of Functional Analytic Psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103–122. <http://dx.doi.org/10.1037/bar0000051>.
- Manduchi, K., & Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning Functional Analytic Psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 72–77. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100940>.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., Rusch, L. C., Turner, L. B., Roberts, N. A., & Busch, A. M. (2009). Integrating Functional Analytic Psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies*, 8(2), 122–138. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650109332484>.
- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of Functional Analytic Psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 90–95. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100942>.
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484–493. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000084>.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Novoa-Gómez, M. M. (2011). Reliability and validation of a behavioral model of clinical behavioral formulation. *Universitas Psychologica*, 10(2), 501–519.
- Nelson, K. M., Yang, J. P., Maliken, A. C., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2016). Introduction to using structured evocative activities in Functional Analytic Psychotherapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 459–463. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.009>.
- Oshiro, B., Kanter, J., & Meyer, S. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 111–117. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100945>.
- Page-Gould, E., Mendoza-Denton, R., & Tropp, L. R. (2008). With a little help from my cross-group friend: Reducing anxiety in intergroup contexts through cross-group friendship. *Journal*

- of Personality and Social Psychology, 95(5), 1080–1094. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.95.5.1080>.
- Pasupathi, M., & Rich, B. (2005). Inattentive listening undermines self-verification in personal storytelling. *Journal of Personality*, 73(4), 1051–1086. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00338.x>.
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), 149–162. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80051-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80051-3).
- Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H. V., & Tsai, M. (2012). Functional Analytic Psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: Theory and application in a single case design. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 125–134. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100947>.
- Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. New York, NY: Norton & Company <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2014.64.4.593>.
- Reis, H. T. (2007). Steps toward the ripening of relationship science. *Personal Relationships*, 14(1), 1–23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00139.x>.
- Reis, H. T., Clark, M. S., & Holmes, J. G. (2004). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. In D. J. Mashek, & A. P. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 201–225). Mahwah, NJ: Erlbaum. <http://dx.doi.org/10.4324/9781410610010>.
- Reis, H. T., Collins, W. A., & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. *Psychological Bulletin*, 126(6), 844–872. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.844>.
- Reis, H. T., & Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. In E. T. Higgins, & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 523–563). New York, NY: Guilford Press.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 367–389). New York: Wiley.
- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F., Rodrigues, A., & Maniaci, M. R. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 311–329. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018344>.
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1(1), 60–85. <http://dx.doi.org/10.1177/1754073908097189>.
- Robinson, K. J., Hoplock, L. B., & Cameron, J. J. (2015). When in doubt, reach out: Touch is a covert but effective mode of soliciting and providing social support. *Social Psychological and Personality Science*, 6(7), 831–839. <http://dx.doi.org/10.1177/1948550615584197>.
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133–142. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.8.2.133>.
- Saxena, P., & Mehrotra, S. (2010). Emotional disclosure in day-to-day living and subjective well being. *Psychological Studies*, 55(3), 208–218. <http://dx.doi.org/10.1007/s12646-010-0034-1>.
- Schröder-Abé, M., & Schütz, A. (2011). Walking in each other's shoes: Perspective taking mediates effects of emotional intelligence on relationship quality. *European Journal of Personality*, 25(2), 155–169. <http://dx.doi.org/10.1002/per.818>.
- Shrout, P. E., Herman, C. M., & Bolger, N. (2006). The costs and benefits of practical and emotional support on adjustment: A daily diary study of couples experiencing acute stress. *Personal Relationships*, 13(1), 115–134. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00108.x>.
- Singh, R. J. (2016). A Meta-Analytic Review of Functional Analytic Psychotherapy Single-Subject Research (Unpublished masters thesis). Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio.

- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts <http://dx.doi.org/10.1037/11256-000>.
- Sprecher, S., Treger, S., Wondra, J. D., Hilaire, N., & Wallpe, K. (2013). Taking turns: Reciprocal self-disclosure promotes liking in initial interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 860–866. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2013.03.017>.
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 883–897. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014755>.
- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Johnson, M. D., & Bradbury, T. N. (2010). Social support, problem solving, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 631–644. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017578>.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317–338. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12122>.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., & Kanter, J. W. (2010). A Functional Analytic Psychotherapy (FAP) approach to the therapeutic alliance. In J. C. Muran, & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based approach to practice & training* (pp. 172–190). New York, NY: Guilford.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. New York, NY: Springer Science & Business Media <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>.
- Ullman, S. E. (2011). Is disclosure of sexual traumas helpful? Comparing experimental laboratory versus field study results. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(2), 148–162. <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2011.546751>.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B., & da Cruz, A. F. (2004). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4(4), 369–375. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100127>.
- Van Kleef, G. A. (2010). The emerging view of emotion as social information. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(5), 331–343. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00262.x>.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S., & 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(4), 599–609. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-016-0195-y>.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W., & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in Functional Analytic Psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 15(1), 1–19. <http://dx.doi.org/10.1037/h0101065>.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464–481. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x>.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2011). Translating the theoretical into practical: A logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), 87–119. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445511422830>.

Histórico do Artigo

Submetido em: 26/01/2022

Aceito em: 08/03/2022

Editor Associado: Roberta Kovac