

Contribuições da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias (TUS)

(Contributions of Functional Analytic Psychotherapy [FAP] to the treatment of Substance Use Disorders [SUD])

Alan Souza Aranha¹
Claudia Kami Bastos Oshiro

Universidade de São Paulo (USP)
(Brasil)

RESUMO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma terapia analítico-comportamental desenvolvida para intervir sobre o repertório interpessoal dos clientes. Ela parte do pressuposto que comportamentos-problema interpessoais que levam o cliente para o tratamento podem se generalizar para a relação terapêutica – visto que esta também tem origem social – e criar oportunidades para que repertórios mais efetivos sejam construídos. O objetivo final da psicoterapia é que os progressos alcançados em sessão se generalizem novamente para o ambiente natural do cliente. A FAP vem sendo estudada para variadas psicopatologias, porém apenas recentemente os pesquisadores demonstraram interesse por sua aplicação ao Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). O objetivo do presente artigo é apresentar o modelo de intervenção FAP para o TUS encontrado na literatura da área e exemplificá-lo com um caso clínico. O cliente atendido possuía quadro de Transtorno por Uso de Álcool que era mantido parcialmente por déficits no repertório interpessoal para produzir reforçadores positivos alternativos à substância. A aplicação da FAP provavelmente produziu aumento na frequência de comportamentos de melhora em sessão e diminuição no abuso de drogas extrassessão. Concluiu-se que a FAP pode ser uma ferramenta terapêutica adjunta para o tratamento deste transtorno.

Palavras-chave: psicoterapia analítica funcional, terapia analítico-comportamental, dependência química, psicopatologia, transtorno por uso de substâncias

1) Endereço para correspondência: Alan Souza Aranha. Av Prof. Mello Moraes, 1721. Butantã. CEP: 05508-030. Cidade Universitária – São Paulo – SP. E-mail: alansaranha@gmail.com

ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is an analytic-behavioral therapy developed to intervene on the client's interpersonal repertoire. It is based on assumption that the interpersonal problem behaviors that lead the client to the treatment can be generalized to the therapeutic relationship, since this also has social origin, and create opportunities for more effective repertoires to be constructed. The ultimate goal of psychotherapy is that the progress achieved in the therapeutic relationship becomes generalized in client's natural environment. FAP has been studied for a variety of psychopathologies, but only recently researchers has been shown an interest in its application to Substance Use Disorder (SUD). The objective of the present article is to present the FAP intervention model to the SUD found in literature of the field and to exemplify it with a clinical case. In an analytic-behavioral perspective, the SUD is understood as a set of operant behaviors installed and maintained by contingencies of reinforcement. Substance use may be selected by positive reinforcing consequences (pharmacological and social) or negative reinforcing, when the user decreases his contact with aversive stimulation. In any case, not all individuals who experience a drug become severe chemical dependents. One of the possible variables is that the subject presents important repertoire deficits to produce positive reinforcers and to eliminate aversive contingencies, making the drug relevant in his life. The analytical-behavioral treatments for the SUD seek to establish behaviors that produce consequences that compete with substances of abuse. The application of FAP to the SUD would be justified if repertoire deficits to produce social reinforcers were generalized to the therapeutic context, providing opportunities for the therapist to modeling a more efficient interpersonal repertoire in-session. The client attended had an Alcohol Use Disorder that was partially maintained by deficits in the interpersonal repertoire to produce positive reinforcers alternative to the substance. The identified problem behaviors were not expressing feelings and not verbalizing judgments to third parties, which diminished the probability of establishing intimate relationships and obtaining social and affective reinforcers. These behaviors were generalized to the session in the form of CRBs1. The manipulation of FAP aimed to develop CRBs2 to express feelings and verbalize criticisms about the behavior of others. The application of FAP probably produced an increase in the frequency of in-session improvement behaviors and a decrease in out-of-session drug abuse. It was concluded that FAP may be an adjunct therapeutic tool for the treatment of this disorder.

Keywords: functional analytic psychotherapy, behavioral-analytic therapy, chemical dependence, psychopathology, substance use disorder

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) é um modelo de terapia psicológica desenvolvido para problemas no repertório interpessoal que utiliza a relação terapêutica como veículo de mudança clínica. Seguindo a tradição analítico-comportamental (Skinner 1953/1981), a FAP compreende que o sofrimento experimentado pelos clientes é produto dos déficits e excessos comportamentais que foram instalados e mantidos pelas contingências de reforçamento passadas e atuais e, para que mudanças terapêuticas ocorram, novas contingências devem ser apresentadas para que repertórios mais efetivos sejam aprendidos. Os proponentes da FAP partem do pressuposto que processos de generalização podem levar comportamentos funcionalmente semelhantes aos comportamentos-problema

extrassessão ocorrerem na presença do terapeuta, provendo oportunidades para que a intervenção ocorra (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

A FAP vem sendo conduzida para uma ampla gama de psicopatologias (para uma revisão sobre o assunto, Mangabeira, Kanter & Del Prette, 2012), porém apenas recentemente a área demonstrou interesse sobre sua aplicação para o tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). O presente artigo tem como objetivo descrever a contribuição da FAP para este quadro específico, apresentando sua compatibilidade conceitual com os tratamentos analítico-comportamentais empiricamente validados, pesquisas que utilizaram a FAP para o tratamento de TUS e um exemplo de caso clínico.

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Um grupo de psicopatologias que vem apresentando crescimento alarmante no Brasil nos últimos anos é o Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) (Laranjeira, 2012; Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007). O quadro é descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (APA, 2013) como um conjunto de patologias relacionadas ao envolvimento problemático do indivíduo com substâncias psicoativas. Segundo o manual, o uso continuado de substâncias poderia afetar não apenas temporariamente (o prazer que é sentido pelo usuário), mas cronicamente o sistema nervoso central do paciente, o que originaria comportamentos compulsivos em direção às drogas a despeito das graves consequências que esse consumo produziria (APA, 2013). Essas consequências podem ser observadas em todas as áreas da vida dos indivíduos que são acometidos pelo TUS, como a profissional (faltas, demissão, desemprego), afetiva (conflitos com o cônjuge, rompimento amoroso), familiar (afastamento da família), social (perda de amigos e atividades de lazer) e saúde (início ou intensificação de problemas clínicos). Os danos também podem impactar terceiros, quando o dependente de substâncias sofre um acidente automobilístico, participa de atos ilícitos (assaltos, latrocínio), contribui com o aumento do tráfico de drogas e da violência urbana (Ferreira & Laranjeira, 1998). Consequências indiretas podem atingir a população e o Estado, como os gastos para ampliação de programas sociais para dependentes químicos, requerimento de auxílio-doença na previdência social, aumento no índice de filhos com dificuldades psicológicas, maior probabilidade de contaminação por DSTs etc (Ferreira & Laranjeira, 1998).

Para avaliar a gravidade do TUS em determinado paciente, são utilizados os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2013). Onze critérios são divididos entre quatro grupos: baixo controle (critérios 1-4), deterioração social (5-7), uso arriscado (8-9) e critérios farmacológicos (10-11). O nível do transtorno é classificado a partir do número de critérios que o indivíduo apresenta em um período de doze meses. Possuindo dois ou três critérios, considera-se um transtorno leve; quatro ou cinco, um transtorno moderado; e seis ou mais, um transtorno grave. Os critérios são: 1) a droga é frequentemente consumida em maiores quantidades e por um período mais longo do que é pretendido; 2) existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de droga; 3) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de droga, na utilização e na recuperação dos seus efeitos; 4) fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a droga; 5) uso recorrente, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa; 6) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos; 7) importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de droga; 8) uso recorrente

da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; 9) o uso de substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela droga; 10) tolerância, definida pela necessidade de quantidades progressivamente maiores de droga para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado e efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade; e 11) síndrome de abstinência da substância e consumo da mesma para aliviar ou evitar sintomas da abstinência.

Na perspectiva da Análise do Comportamento, não é necessário pressupor leis diferenciadas para explicar o surgimento e a manutenção de psicopatologias. Pelo contrário, os comportamentos psicopatológicos são conceituados como um agrupamento de manifestações comportamentais no repertório de um indivíduo que respeita as leis que regem qualquer comportamento, se diferenciando pelo sofrimento produzido para a própria pessoa e para o meio social que a cerca. Os comportamentos seriam mantidos pelas contingências de reforçamento às quais o indivíduo foi e continua sendo exposto (Banaco et al., 2012). Desta forma, para compreendermos os determinantes de uma psicopatologia, deveríamos ser capazes de identificar os comportamentos que fazem parte de um quadro “psicopatológico”, a história de contingências que os instalaram e as condições atuais que os mantêm. A mesma óptica será utilizada para entendermos o Transtorno por Uso de Substâncias.

Transtorno por Uso de Substâncias em uma perspectiva analítico-comportamental

A Análise do Comportamento conceitua o TUS como um conjunto de comportamentos controlados por contingências de reforçamento (Silverman, Roll & Higgins, 2008). Para entendermos o quadro, devemos ser capazes de responder: quais são os comportamentos que fazem parte dessa classe? Quais são as contingências de reforçamento mantenedoras destes comportamentos? E qual é a história de contingências que instalou esse repertório em um primeiro momento? Isso nos garantiria uma compreensão do fenômeno comportamental e o desenvolvimento de intervenções que atacariam as variáveis relevantes.

O comportamento-alvo que devemos analisar é o próprio uso de substâncias psicoativas (Miguel, 2011). Este comportamento ocorre em uma frequência tão alta que diminui o tempo despendido para atividades de lazer, responsabilidades e produz consequências adversas referentes à integridade física, psicológica e social (APA, 2013). A respeito das variáveis controladoras, começaremos pelos eventos consequentes: reforçadores positivos, reforçadores positivos sociais, reforçadores positivos condicionados e reforçamento negativo. O uso de substâncias como um comportamento operante pode ser mantido por reforçamento positivo, quando a busca e o uso produzem o efeito farmacológico da substância (Schuster, 1994). Um menino poderia ir buscar maconha na “biqueira” e após fumar, ter seu comportamento positivamente reforçado por estar “chapado”.

Outra consequência possível são os reforçadores positivos sociais (Higgins, Heil & Simon, 2007). O álcool pode não ter função reforçadora positiva para uma pessoa (pode ser considerado um estímulo neutro ou aversivo), porém os reforçadores apresentados pelo grupo social podem fortalecer o comportamento de beber (dão risada com ele, o valorizam no grupo, “ele bebe muito, caraca!”). Mais tarde a substância adquire função reforçadora positiva condicionada devido ao pareamento com os reforçadores sociais (futuramente é possível observar o indivíduo ingerindo álcool estando sozinho) (Leonardi & Bravin, 2011).

Uma quarta consequência seria de reforçamento negativo (Borloti, Haydu & Machado, 2015), quando sob efeito de uma substância o organismo elimina ou ameniza temporariamente uma contingência aversiva em operação. Ao brigar com seu marido, uma usuária pode sentir raiva e sair de casa em busca de crack. O efeito do crack a afasta da contingência aversiva e consequentemente diminui seus sentimentos de raiva até o efeito farmacológico da substância encerrar. O reforçamento negativo também pode ocorrer quando o usuário experimenta uma síndrome de abstinência e usa uma substância para eliminá-la (Banaco, 2013).

Sobre os eventos antecedentes, podemos destacar os estímulos discriminativos (Higgins, Heil & Sigmon, 2007) e operações motivacionais (Borloti, Haydu & Machado, 2015). O ambiente em que o usuário produziu a droga como um reforçador positivo pode adquirir controle sobre o comportamento de usar no futuro. O dinheiro, a chave do carro e a rua são possíveis estímulos discriminativos que antecedem o comportamento de comprar drogas e podem aumentar a probabilidade do comportamento ocorrer quando apresentados para o indivíduo. Estímulos condicionados via condicionamento respondente podem eliciar estados corporais desagradáveis (síndrome de abstinência) (Benvenuti, 2004) que servem como operações estabelecidas reflexivas e também evocam o uso substâncias como um comportamento que elimina este estímulo (Borloti, Haydu & Machado, 2015). O mesmo pode ser observado para sentimentos provenientes de contingências de reforçamento aversivas: do mesmo modo, raiva, culpa e insatisfação passam a controlar o abuso de drogas (Wilson & Byrd, 2004).

Os eventos antecedentes e consequentes relacionados ao comportamento de usar substâncias não explicam totalmente o quadro, visto que a minoria das pessoas estabelece um padrão dependente severo (Bernardes, 2008). Por exemplo, no último levantamento realizado em território nacional, foi identificado que 65% dos homens adultos haviam consumido álcool no ano anterior, contudo apenas 10,48% preenchiam os critérios diagnósticos para alcoolismo (Laranjeira, 2012). É necessário que uma variável externa ao consumo de drogas (e.g. estímulos antecedentes, reforçadores, efeito farmacológico da substância) produza um excesso comportamental em direção a ela, caso contrário todos os indivíduos que a usassem estariam fadados a se tornarem dependentes químicos (Heyman, 1996). As variáveis podem ser identificadas na história de contingências de reforçamento (Madden & Bickel, 2010).

Dependentes de substância geralmente são frutos de famílias com déficits comportamentais importantes que não garantem modelos eficientes e reforçamento adequado para uma ampla variedade de repertórios. Essa história de contingências produz déficits profundos que se mantém ao longo da vida do usuário, tornando muitos eventos aversivos: arrumar um emprego, cuidar da família, interagir socialmente (Wilson & Byrd, 2004). Mais tarde, a droga se torna funcional para o indivíduo porque este não tem repertório alternativo para interagir com seu ambiente (Banaco, 2013). Retomando os exemplos anteriores, a personagem usou maconha como um reforçador positivo, ela teria repertório para produzir reforçadores positivos de outra natureza? A segunda personagem utilizou álcool com seus amigos, ela teria acesso a reforçadores sociais em grupos de não usuários? Teria aprendido a lidar com outro ambiente social ou este possui função aversiva e evoca respostas de fuga-esquiva? E por último, a usuária teria habilidade para se esquivar de contingências aversivas sem usar crack? O abuso de substâncias como uma estratégia de resolução para as adversidades cotidianas reforça positiva e negativamente o uso, porém diminui as chances de repertórios mais eficientes serem modelados e mantém o ciclo da dependência (Ribeiro & Laranjeira, 2010; Wilson & Byrd, 2004).

TRATAMENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS PARA TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Por conta do TUS ter a capacidade de comprometer todas as esferas de funcionamento dos indivíduos que exibem o quadro, modelos foram propostos para compreendê-lo e posteriormente intervir sobre ele (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2015). Derivado da conceituação operante, os tratamentos analítico-comportamentais empiricamente validados para o TUS têm a racional de que o abuso de substâncias é mantido pelas consequências farmacológicas e sociais do consumo (Higgins, Heil & Sigmon, 2007), enquanto comportamentos alternativos que produziriam outros reforçadores não estão disponíveis e/ou estão enfraquecidos no repertório do cliente. A intervenção terapêutica tem como premissa a instalação de novos comportamentos que pudessem produzir reforçadores que competissem com a substância psicoativa (Miguel et al., 2015).

No Manejo de Contingências (Petry et al., 2004), o terapeuta cria uma contingência de reforçamento concorrente para reforçar comportamentos incompatíveis ao abuso de drogas (e.g. manter a abstinência, comparecer às sessões terapêuticas, adesão ao tratamento psiquiátrico). Os clientes têm o uso de substâncias supervisionado por exames toxicológicos e lhes são apresentados reforçadores contingentes a resultados negativos comumente em forma de fichas que podem ser trocadas por itens de interesse (e.g. cinema, banho, emprego). Para a soma de resultados negativos são garantidos reforçadores adicionais. Um resultado positivo para o uso de drogas faz com que o cliente retome ao valor inicial das fichas, contudo ele pode recuperar o estágio previamente alcançado com um número consecutivo de testes negativos.

Em serviços analítico-comportamentais para TUS, a Abordagem do Reforçamento Comunitário é comumente administrada com o Manejo de Contingências (Miguel et al., 2015). Sendo derivado do mesmo embasamento filosófico e conceitual, propõe objetivos semelhantes, incluindo o fortalecimento de repertórios que produzam reforçadores alternativos sem relação às drogas. Dentre os componentes do tratamento, se encontram: ensinar o cliente a realizar análise funcional, identificando os antecedentes que evocaram o comportamento de usar substâncias, e as consequências reforçadoras e punitivas que se seguiram; orientação de casais; procurar um emprego; medicação; exame toxicológico; habilidades para diminuir estimulação aversiva e lidar com dificuldades que levariam a uma recaída; e principalmente a busca por novas companhias e atividades de lazer.

Com o entendimento da conceituação e intervenção comportamental para o TUS, é possível discutir a aplicação da FAP para esse quadro clínico.

Psicoterapia Analítica Funcional

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) é uma terapia comportamental que utiliza a relação terapêutica para modelar repertórios interpessoais mais efetivos em seus clientes. Os proponentes da FAP assumem as premissas de que a) os comportamentos-problema interpessoais que levaram o cliente a procurar ajuda psicológica ocorrerão na sessão, visto a semelhança funcional entre o terapeuta e as pessoas do convívio do cliente e b) isso permitirá o clínico responder de maneira contingente aos comportamentos-alvo, modelando repertórios mais eficientes ao vivo.

Kohlenberg & Tsai (1991/2001) classificaram como comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) os três tipos de comportamentos do cliente que podem ocorrer em sessões FAP. Os comportamentos clinicamente relevantes do tipo 1, ou CRBs1, são funcionalmente semelhantes aos comportamentos-problema interpessoais que levaram o cliente a procurar atendimento; os CRBs2 se referem aos comportamentos de melhora na relação com o terapeuta; e os CRBs3 são descrições verbais sobre o comportamento do cliente e as variáveis das quais ele é função. Essas verbalizações teriam o objetivo de auxiliar na generalização dos ganhos terapêuticos para as relações extrassessão, objetivo final da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Tsai et al., 2009).

Para diminuir a frequência de CRBs1 e aumentar de CRBs2 e CRBs3, além de levá-los a ocorrer fora da sessão, Kohlenberg & Tsai (1991/2001) recomendam que os terapeutas sigam cinco regras terapêuticas. A Regra 1 é a observação dos CRBs. O profissional deve ficar atento aos comportamentos que ocorrem na relação terapêutica, sendo este um pré-requisito para que ele consiga responder efetivamente aos comportamentos do cliente. A Regra 2 indica que além de observar e aguardar os CRBs ocorrerem, o terapeuta deverá manipular eventos antecedentes que evoquem os CRBs. A Regra 3 é conhecida como o mecanismo de mudança clínico da FAP. O terapeuta deverá responder de maneira contingente ao repertório do cliente, apresentando consequências aversivas amenas (extinção, punição positiva, bloqueio de esquiva) aos CRBs1 e, principalmente, reforçadores positivos naturais aos CRBs2. A Regra 4 pede para que o terapeuta observe o efeito do seu comportamento sobre o repertório do cliente e avalie os ganhos terapêuticos. Por final, a Regra 5 prescreve a avaliação funcional (favorecendo a emissão de CRBs3) e estratégias de generalização.

Por focalizar sua intervenção nos repertórios do cliente que ocorrem na relação terapêutica, a conceituação de caso da FAP visa eleger os comportamentos que serão alvos de intervenção propondo paralelos entre os comportamentos-problema extrassessão e os CRBs (Tsai et al., 2009). Tsai et al. (2009) sugerem dois caminhos para traçar esses paralelos. No primeiro, o terapeuta se atenta às descrições do cliente sobre sua vida fora da sessão, identificando possíveis comportamentos-problema e levantando hipóteses de como estes seriam generalizados para a sessão. Outra possibilidade seria observar diretamente os CRBs em sessão e presumir como eles ocorreriam na relação com as demais pessoas.

Quando a FAP é aplicada a uma psicopatologia, o profissional pode iniciar a conceituação de caso utilizando a avaliação funcional dos comportamentos extrassessão usualmente relacionados ao quadro e levantar hipóteses sobre os comportamentos que se generalizariam na relação com o terapeuta (Tsai et al., 2009). Por exemplo, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo é caracterizado por autorregras com função aversiva (“se eu não lavar as mãos, algo catastrófico irá ocorrer com minha família”) e comportamentos de fuga-esquiva (lavar a mão ritualisticamente, por exemplo) que teriam como objetivo remover, mesmo que supersticiosamente, a consequência aversiva descrita na autorregra (Copque & Guilhardi, 2008). Assim, dentre as possibilidades de manutenção do comportamento obsessivo-compulsivo, destacam-se as consequências reforçadoras negativas (Vermes & Zamignani, 2002). Deriva-se que o tratamento comumente utilizado é exposição com prevenção de respostas, onde o cliente é exposto aos estímulos evocadores de pensamentos e comportamentos (exposição) e não lhe é permitido realizar os rituais até que estes entrem em extinção (prevenção de resposta) (Goodman, 1999). Vandenberghe (2007) descreveu a aplicação da FAP para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, onde os rituais com função de fuga-esquiva poderiam se generalizar e ocorrer na relação terapêutica, garantindo a oportunidade para que o profissional consequenciasse os

comportamentos ao vivo. Vandenberghe (2007) apresentou o caso de uma cliente com Transtorno Obsessivo-Compulsivo que emitia compulsivamente perguntas para reassegurar suas dúvidas (“eu estou mais bonita que aquela atriz?”), o que era reforçado por respostas do seu contexto social. O padrão se generalizou para a sessão e a cliente começou a fazer perguntas funcionalmente semelhantes para o terapeuta (“você pode me cheirar e ver como estou?”) que foram classificadas como CRBs1. Como intervenção, o profissional se absteve de responder as questões e afirmou que, além de estar se sentindo desconfortável como as outras pessoas deveriam se sentir, não iria fortalecer os rituais que a cliente apresentava (Regra 3 - extinção). A cliente iniciou o relato a respeito de outros eventos (CRB2), que foram sendo reforçados pelo terapeuta em forma de atenção e continuidade no diálogo (Regra 3 – reforço positivo). O repertório de verbalizações incompatíveis seria mais efetivo em sessão, na relação com o terapeuta (CRB2), e fora dela, na interação com terceiros.

Psicoterapia Analítica Funcional e Transtorno por Uso de Substâncias

O TUS é um quadro clínico complexo que afeta muitas áreas de funcionamento do indivíduo. As diretrizes de um tratamento eficaz orientam que se leve em consideração todos os problemas que o paciente manifestar e preveem a disposição de um conjunto de intervenções para tal objetivo (NIDA, 2009). A FAP aplicada ao TUS é compatível com a diretriz, sendo apresentada como um componente dentro de um plano terapêutico mais amplo, como poderá ser observado nos estudos expostos posteriormente. O objetivo da FAP para o TUS é identificar déficits e/ou excessos comportamentais na área interpessoal que ocorram em sessão e tenham relação com o abuso de drogas e utilizá-los como oportunidades terapêuticas, enquanto outras terapias são utilizadas para as demais complicações. (Holman et al., 2012). Os comportamentos-problema do cliente em sua vida cotidiana diminuem a densidade de reforçadores que concorrem com as substâncias psicoativas. Quando esses comportamentos se generalizarem para a terapia em forma de CRBs1, o terapeuta poderá modelar CRBs2 que produzam reforçadores sociais e utilizar estratégias de generalização para que o cliente seja capaz de produzir reforçadores no contexto extrassessão. Espera-se que o novo repertório possibilite o cliente produzir reforçadores positivos diferentes das substâncias e torne as interações com terceiros menos aversivas. A literatura aponta para algumas possibilidades de utilização da FAP que aconteceram concomitantemente com múltiplos tratamentos. Serão destacados os comportamentos-problema extrassessão, os comportamentos que se generalizaram para a relação terapêutica (CRBs) e a intervenção FAP.

Paul, Marx e Orsillo (1999) apresentaram um caso clínico onde foi manejada a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) com um cliente exibicionista e abusador de maconha, e no decorrer do processo foram adicionadas estratégias da FAP. A rotina do cliente revelou o seguinte padrão: consumia maconha dirigindo, praticava o exibicionismo na rua, retornava à sua residência onde continuava fumando maconha e se masturbava fantasiando a exibição prévia. Uma avaliação funcional indicou que o encadeamento era mantido por déficits no repertório social e sentimentos de ansiedade ao se aproximar de mulheres. Devido apresentar um repertório restrito para produzir reforçadores positivos sociais, o uso de maconha havia se tornado importante, pois diminuía temporariamente o valor aversivo das punições sociais para o comportamento exibicionista.

O cliente havia tentado interromper o exibicionismo, porém não conseguia controlar seus impulsos (“vontades”) que adquiriram função aversiva e evocavam novas tentativas de

controle. Seus esforços em conter eventos privados não garantiram acesso a reforçadores alternativos da mesma origem, o que levava a recaídas. Desta maneira, foram elegidos como objetivos terapêuticos: diminuir a frequência e a intensidade de impulsos e comportamentos exibicionistas, diminuir a frequência de consumo da maconha e aumentar a disponibilidade de reforçamento positivo social. Houve registro da frequência e intensidade das dificuldades na linha de base. No início do atendimento foram realizadas as etapas da ACT focadas nos déficits interpessoais fora da sessão – aceitação de pensamentos e sentimentos desagradáveis gerados pelo contato social e clarificação de valores guiada para relacionamentos interpessoais íntimos. Nos dois primeiros meses de terapia o cliente relatou melhora nos aspectos sociais (começou a dialogar com mulheres e sentiu diminuição da ansiedade), porém ainda experimentava impulsos intensos para se exibir. No terceiro mês, além da ansiedade social, as estratégias ACT também foram aplicadas para esses impulsos. Ao perceber que não ocorreram mudanças significativas, o terapeuta ponderou o início de procedimentos alternativos visando a aceitação dos eventos privados.

O terapeuta observou (Regra 1) que as tentativas de controlar impulsos fora da sessão se generalizaram para a sessão em forma de comportamentos de esquiva de autorrevelações (CRBs1). A intervenção consistiu em evocar (Regra 2) a expressão de relatos exibicionistas (CRBs2) e reforçar positivamente com expressões recíprocas de intimidade (“gostei de conhecê-lo melhor”, “me senti mais próximo de você”) (Regra 3). Posteriormente o terapeuta começou a reforçar (Regra 3) quaisquer instâncias de autorrevelação (CRBs2). Isso proporcionou que tivesse acesso aos conteúdos referentes ao exibicionismo e abuso de drogas (CRBs2), contudo, mais importante, garantiu a oportunidade do cliente responder diferencialmente à estimulação aversiva privada em sessão, conversando sobre os tópicos e obtendo reforçadores positivos sociais (CRBs2) ao invés de se esquivar (CRB1). Mais tarde, terapeuta e cliente discutiram a relação (Regra 5) entre fumar maconha e os comportamentos exibicionistas (CRBs3). Os dados sugerem que o comportamento se generalizou para contextos extrassessão, quando o cliente aumentou seu contato social com homens e mulheres e começou a se encontrar com uma parceira. Como resultados adicionais, os registros apontaram para diminuição no consumo de drogas e nos desejos e comportamentos exibicionistas.

O estudo de Paul et al. (1999) apontou os déficits interpessoais como fator fundamental para manutenção do padrão sexual desviante e o abuso de drogas. A perspectiva FAP proporcionou ao terapeuta a identificação dos déficits que inibiam o desenvolvimento de repertórios mais efetivos para produzir reforçamento social fora da sessão e efetuar o paralelo de como esses comportamentos se generalizariam para relação terapêutica como CRBs1. A FAP também foi o veículo para que repertórios interpessoais que não gerassem prejuízo ao cliente e a terceiros fossem instalados, proporcionando obtenção de reforçadores que o cliente não teria de outra forma e diminuindo a frequência do consumo de substâncias.

Gifford et al. (2011) realizaram um estudo comparando tratamento medicamentoso (bupropiona) e medicação adicionado a terapias FAP e ACT para tabagismo em um delineamento de grupo. As intervenções focalizaram em uma das funções possíveis do repertório de fumar, um comportamento de fuga-esquiva de estímulos eliciadores de síndrome de abstinência e outros sentimentos negativos. Foi administrada medicação para todos os participantes, porém o grupo experimental recebeu terapias semanais individuais e grupais. Os componentes ACT foram a aceitação de estados internos aversivos e o engajamento em comportamentos efetivos baseados em valores, e, semelhante ao estudo de Paul et al. (1999), as estratégias FAP foram o responder contingente do terapeuta (Regra 3 – reforço positivo) à aceitação de estados cor-

porais desagradáveis (CRB2) e o fortalecimento de respostas de fuga-esquiva eficientes frente a sentimentos negativos quando estes ocorriam na interação terapeuta-cliente (CRB2). Outro processo FAP utilizado por Gifford et al. (2011) foi a Regra 5, discutindo com os clientes como tolerar sentimentos desagradáveis em sessão poderia ser funcionalmente semelhante a tolerar sentimentos desagradáveis que poderiam levar a recaídas fora da sessão. Os resultados apontaram que o grupo experimental obteve melhores taxas de abstinência após o término do tratamento e no follow up de um ano.

Holman et al. (2012) conduziram um estudo com cinco clientes diagnosticados com Depressão Maior e dependência de nicotina, utilizando como tratamento um conjunto de intervenções incluindo Ativação Comportamental (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001) (planejamento de atividades que produzissem reforçadores positivos), Cessação de Tabagismo (Perkins, Conklin, & Levine, 2007) (identificação de fatores de proteção e estímulos que aumentassem a probabilidade de recaídas, diminuic o gradual do consumo de cigarros até interrupção, busca por apoio social, habilidades de enfrentamento e prevenção de recaída) e ACT (aceitação de pensamentos depressog nicos e síndrome de abstinência). A FAP foi inserida dentro do pacote terapêutico a partir da identificação individual dos CRBs que tinham relação com o tabagismo. Holman et al. (2012) citam dois exemplos de CRBs1 que foram alvos de intervenção. O primeiro CRB1 se referiu ao cliente habitualmente não ser engajar em uma atividade quando percebia que alguém estava o forçando a realiz -la. O comportamento foi categorizado como contracontrole, um comportamento de fuga-esquiva diante da possibilidade de dependência do outro (comportamento extrassessão). O comportamento-problema tinha sérias implicações dentro do tratamento, pois o participante deveria seguir as regras emitidas pelo terapeuta a respeito da interrupção dos cigarros (em sessão) e a fuga-esquiva o distanciava das pessoas e não permitia que o cliente construísse relacionamentos interpessoais importantes (fora da sessão). Deste modo, a intervenção FAP proposta foi reforçar CRBs2 como aceitar apoio e cuidado, para isso o terapeuta ajudou o participante a dividir o número de cigarros que iria fumar por dia até a interrupção, pediu para que realizasse a tarefa de casa sob controle do terapeuta (e não para si mesmo) e discutiu sobre como ele poderia estar evitando apoio e intimidade em sessão. Os prováveis resultados da FAP foram o término dos protocolos para parar de fumar e sentimentos de intimidade com o terapeuta que raramente experimentava com outras pessoas (CRBs2).

O segundo CRB1 identificado no estudo de Holman et al. (2012) foi a esquiva de asserção de necessidades para o terapeuta, por medo de incomodá-lo ou desapont -lo. O comportamento tem suma importância para um dependente químico (fora da sessão) quando este precisa identificar as contingências aversivas que estão em operação e emitir respostas de fuga-esquiva de pedir auxílio a terceiros, ao invés de recair. A intervenção foi o reforçamento de expressão de necessidades e pedidos em sessão (CRBs2). Foi observada a generalização do comportamento, quando o cliente passou a ser mais assertivo com seus familiares.

As pesquisas expostas manejeram a FAP concomitantemente com outras intervenções, de maneira assistemática (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012; Paul et al., 1999) e empregada para mais diagnósticos (Holman et al., 2012; Paul et al., 1999). Será apresentado um caso clínico exemplificando uma intervenção FAP efetuada de maneira independente e sistemática, isto é, com a aplicação ordenada das cinco regras terapêuticas (Weeks et al., 2012) para o quadro de TUS. O cliente em questão foi atendido pelo primeiro autor, que recebeu supervisão da segunda autora do presente artigo. Apesar de se encontrar em regime de internação voluntária e receber atendimento de outros profissionais (psicoterapia psicanalítica de

grupo, psicoeducação cognitivo-comportamental, palestras a respeito de dependência química, grupos de apoio etc), os atendimentos individuais realizados foram conduzidos ativamente para uma conceituação FAP e a modelagem de repertórios em sessão.

CASO CLÍNICO

O cliente R. iniciou seu consumo de álcool (cerveja) aos 18 anos de idade e se manteve bebendo ocasionalmente até os 27 anos, quando se casou e passou a ingerir bebidas com gradação alcoólica mais alta (vodka). Sua esposa e filha criticavam seu comportamento, porém isso não diminuía sua frequência. Após 15 anos casado, houve rompimento e o cliente retornou para casa dos pais, onde continuou bebendo com intensidade cada vez maior (em média 600ml de vodka por dia), até sua filha convencê-lo a procurar tratamento aos 63 anos.

Como grande parcela dos dependentes químicos, quando R. iniciou sua internação para Transtorno por Uso de Álcool (APA, 2013), todas as áreas da sua vida estavam afetadas (Ferreira & Laranjeira, 1998). R. possuía curso superior completo e pós-graduação lato sensu, porém apresentou dificuldades para executar tarefas no último trabalho e estava desempregado há 5 anos. Na esfera amorosa, se manteve 20 anos solteiro depois da separação, não construindo uma nova relação íntima. Neste período ingeriu álcool diariamente e produziu conflitos com os pais, que lhe expulsaram de casa. O cliente também mantinha um relacionamento de baixa qualidade com a irmã e com o genro. A única pessoa com quem tinha contato afetivo era sua filha, que mesmo apoiando na busca por tratamento, dava sinais de desistência. O cliente relatou superficialmente seu relacionamento com amigos e eram no máximo conversas eventuais por telefone. Não possuía grandes hobbies e atividades de lazer, a não ser ler o jornal e navegar pela internet. Sua saúde dava sinais de comprometimento, tendo procurado avaliação com neurologista e neuropsicólogo devido problemas de memória e médico clínico geral para pressão alta durante sua estadia na clínica.

Levando em consideração a conceituação FAP para o TUS, o terapeuta iniciou a observação de possíveis CRBs1 (Regra 1) relacionados ao padrão dependente químico, isto é, déficits para produzir reforçamento positivo social e/ou comportamentos de fuga-esquiva pouco efetivos que ocorriam em sessão (Gifford et al., 2011; Holman et al., 2012; Paul et al., 1999). Duas características de R. chamaram a atenção durante os atendimentos. A primeira era como ele estabelecia uma relação reservada com o terapeuta. Isso pode ser exemplificado com suas respostas curtas (“sim”, “bebia”, “pouco”), superficiais (“é o meu jeito de ser, né. A pessoa começa a *conversar, falar, se abrir*, eu vou também *fazendo...*”) e negativas diante das perguntas (“ah, para eu lembrar agora disso...”). A segunda se referia a posição de não criticar ou julgar terceiros (“não sinto chateação, não sinto nada nesse sentido. Porque eu respeito meu pai, ele é assim, como eu também tenho minha maneira de ser, tenho meus defeitos”). Os padrões distanciavam o terapeuta do cliente e não permitiam a modelagem do seu repertório. Mais tarde estes dois comportamentos foram categorizados como CRBs1.

O terapeuta levantou duas hipóteses sobre a função daqueles comportamentos em sessão (Tsai et al., 2009). R. estava tentando não expor conteúdo aversivo (sobre si e sobre os outros) porque o efeito negativo sobre o terapeuta diminuiria a chance de retornar a residência dos seus pais (“se eu tiver uma boa imagem, então provavelmente poderei voltar para um ambiente facilitador e continuarei bebendo”) e, não incompatível com a primeira, o cliente já apresentava dificuldades nas interações sociais que teriam conexão com o padrão alcoolista.

Após levantar hipóteses sobre os CRBs de R. e suas funções, o terapeuta passou a dar atenção aos relatos acerca de comportamentos-problema fora da sessão na tentativa de traçar paralelos funcionais entre eles (Kohlenberg & Tsai 1991/2001; Tsai et al., 2009). O cliente apresentava relacionamentos ruins com os colegas e profissionais da clínica (“ele é muito fechado”, “ele está usando ‘uma máscara’”), com a filha (“queria que meu pai se abrisse mais e me contasse o que acontecesse dentro dele”) e, no passado, com sua ex-esposa (nas palavras de R.: “ela reclamava que eu não conversava”), amigos do trabalho (R.: “depois que eu sai da empresa, mantive contato por telefone”) e mulheres (“R.: eu só falo de mim se a pessoa fala dela, eu ia sentindo... no final viramos amigos”). O terapeuta passou a investigar a história de contingências de R. a fim de compreender como o repertório havia sido aprendido.

R. aprendeu a se comportar de forma reservada e não crítica no ambiente familiar. O cliente viveu com um pai que não criava condições antecedentes para que interações pudessem ser iniciadas (ocasionalmente perguntava se “estava tudo bem”), não reforçava tentativas de aproximação (“meu pai era reservado, distante”) e punia comportamentos que considerava indesejados com expressões faciais e pouco diálogo (“ele não falava nada, mas eu sabia que ele ficava chateado ao me ver bêbado”). R. declarou que “desejava ter um pai mais presente”. A mãe também era ausente, submissa às orientações do marido e pouco foi comentado sobre ela, sinalizando que a relação com o filho era superficial. As contingências de reforçamento, em especial o modelo paterno, favoreceram a formulação das autorregras “não atrapalhar os outros” e “não ter a vida invadida” e produziu graves déficits no repertório interpessoal, tendo como consequências o isolamento social, não estabelecimento de intimidade e sentimentos de solidão. Com seu repertório social pouco desenvolvido, havia pouca disponibilidade de reforçadores afetivos e sociais. Nesse contexto, o álcool adquiriu função de reforçador de alta magnitude que fortaleceu o repertório dependente.

A intervenção FAP consistiu na modelagem de CRBs2 incompatíveis aos CRBs1 identificados, sendo eles a expressão de sentimentos e variáveis controladoras relevantes (ao invés de ser reservado) e descrever aspectos aversivos no comportamento de terceiros (contrário a não criticar). Caso o novo repertório fosse instalado em sessão, poderia se generalizar para as relações extrassessão de R. e os reforçadores sociais assumirem o controle em detrimento dos reforçadores farmacológicos do álcool. A seguinte vinheta ilustra a modelagem do CRB1 (reservado) em um momento onde o cliente não expressava o que estava sentindo em relação a sua família não permitir seu retorno.

T: Pensou em falar alguma coisa pra mim? (Regra 2 – evocar CRBs).

C: Não me lembro. (CRB1)

T: Eu realmente queria saber como você foi processando... (Regra 3 – bloqueio de esquivia)

C: Eu gostaria de ter voltado para casa dos meus pais. (CRB2)

T: Claro. São seus pais. (Regra 3 – reforço positivo).

Sobre o CRB1 relacionado a não criticar terceiros, destacamos uma intervenção onde R. estava explicando sobre um problema com o gerente do banco, porém não revelando sua real opinião sobre o comportamento do mesmo.

T: Pode falar. Ele foi péssimo, né? (Regra 2 – evocar CRBs)

C: Isso pode acontecer em qualquer cidade, em qualquer agência. (CRB1)

T: No seu lugar eu estaria puto com ele. (Regra 3 – punição positiva com propriedades evocativas, como descrito em Vartanian, 2017)

C: Incompetência você tem em todos lugares. (CRB2)

T: Estou muito feliz, na verdade estou ‘pirando’ aqui com esse R. Agora eu sei que você acha seu gerente ruim. (Regra 3 – reforço positivo)

Inicialmente o terapeuta priorizou o emprego das Regras 1, 2 e 3, sem deixar explícito as contingências de reforçamento que estava manejando (para um estudo sobre FAP não sinalizada, Mangabeira, 2015), pois a descrição poderia evocar respostas de fuga-esquiva contraproducentes para o processo psicoterapêutico. R. poderia “se fechar” ainda mais ao tomar conhecimento que o terapeuta estava ativamente o influenciando à expressar seus sentimentos e opiniões. No decorrer das sessões, com maior autoconhecimento do cliente (R. estabeleceu minimamente a relação entre seu padrão de consumo de álcool e seus CRBs1), o terapeuta utilizou a Regra 4 para sondar o efeito da FAP (T: “antes da gente continuar, queria saber o que você está sentindo agora por me contar essas coisas”) e por final, a Regra 5 para ampliar as chances que os CRBs2 se generalizassem para o contexto natural de R. (T: “o que você acha se você tentasse – se você conseguisse, enfim – se expressar da forma que você conseguiu fazer comigo aqui hoje um pouquinho com sua filha?”).

Como resultados, a proporção de CRBs2 em sessão passou a ser maior do que CRBs1 – o cliente passou a expressar o que sentia sobre si e o que pensava a respeito das pessoas. Por vezes se emocionava (lacrimejava) ao falar da importância da sua filha em sua vida e demonstrava desconforto relatando a culpa que sentia por ter machucado seus pais. O terapeuta continuou os atendimentos mesmo após a interrupção do uso sistemático da FAP e foi observado manutenção dos progressos. Na última sessão antes da alta da instituição, conversavam sobre a possibilidade do cliente ser internado involuntariamente a comando da filha (R. tinha recaído). O padrão anterior do cliente seria concordar (aceitar), porém ele declarou abertamente que fugiria caso algum profissional o ameaçasse. Na mesma sessão, quando questionado sobre outros assuntos, ao invés de falar superficialmente ou dar uma desculpa (“não me lembro”), pontuou que “não gostaria de falar sobre isso”. A relação terapêutica havia se tornado mais próxima, e o cliente agora tinha a possibilidade de expressar suas intenções (fugir) e vontades (não falar sobre determinado tema).

Foi observada uma provável generalização dos CRBs2 para as relações fora da sessão. R. passou a se aproximar dos funcionários da clínica, trazendo presentes para as cozinheiras e conversando com a equipe de enfermagem. Meses depois estava namorando, após 20 anos distante de relacionamentos afetivos significativos. O fato foi confirmado por colegas residentes, pelo filho da nova namorada e fotos em redes sociais.

Por final, foi observada uma mudança no padrão de consumo de R. No processo de ressocialização (durante três meses) o cliente possuía livre acesso a rua e constantemente estava com dinheiro (frequentava os atendimentos pela manhã e após o almoço podia sair para padaria, banco, banca de jornal, consultas médicas etc, retornando para a instituição para jantar e dormir), o que poderia levar ao retorno progressivo do abuso. Apesar de não podermos responsabilizar exclusivamente a FAP (o cliente recebeu outras terapias na instituição), neste período a autoadministração de álcool decresceu em frequência (4 recaídas) e magnitude (média de 265ml em cada episódio). A validade das informações coletadas são fortalecidas pelo exame clínico da equipe de enfermagem, quando R. regressava à clínica (confirmando o número de recaídas), o tempo fora da instituição e a alteração reconhecida no seu comportamento (validando o número de doses). Cinco meses depois, em uma visita na instituição, R. continuava namorando e estava morando com sua companheira.

CONCLUSÃO

O objetivo do presente artigo foi apresentar a aplicação da FAP ao TUS. Foi exposta a conceitualização analítico-comportamental para o TUS, onde comportamentos que produzem substâncias psicoativas ocorrem em alta frequência parcialmente devido déficits no repertório do cliente para produzir reforçadores positivos e negativos concorrentes (Banaco, 2013). Desta forma, a intervenção terapêutica consiste em instalar comportamentos que produzam reforçadores positivos sociais e não sociais alternativos e respostas de fuga-esquiva que não movam o usuário para recaídas (Miguel et al., 2015). As dificuldades interpessoais que o cliente apresenta na sua vida cotidiana e que diminuem seu acesso a reforçadores afetivos e sociais podem se generalizar para a relação terapêutica, possibilitando o clínico observar e intervir sobre esses comportamentos ao vivo, justificando o uso da FAP para a população (Holman et al, 2012). A literatura da área e o caso clínico exposto indicaram as contribuições de se utilizá-la, em conjunto com outras intervenções ou isolada, visto sua compatibilidade com a racional analítico-comportamental da dependência de substâncias e os ganhos terapêuticos apresentados pelos clientes. Especificamente com o relato de caso clínico, pretendeu-se apresentar um modelo para os terapeutas analítico-comportamentais de como o raciocínio da FAP pode ser implementado na atuação profissional com dependentes químicos. Para finalizar, os autores estão em processo de construção de um artigo experimental que exponha dados empíricos sobre a manipulação da FAP com essa clientela e possibilite maior confiança dos profissionais que considerarem sua utilização na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed). Washington: APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Banaco, R. A. (2013). Terapia Comportamental. In N. A. Zanelatto, & R. Laranjeira (Orgs.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: Um guia para terapeutas* (pp. 135-151). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A., Zamboni, D. R., Martone, R. C., Vermes, J. S., & Kovak, R. (2012). Psicopatologia. In M. M. C. Hübner, & M. B. Moreira (Orgs.), *Fundamentos de psicologia: Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento* (pp. 154-166). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Benvenuti, M. F. (2004). Condicionamento respondente: Algumas implicações para o desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência e overdose. In C. N. Abreu, & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 186-193). São Paulo: Roca.
- Bernardes, A. M. T. (2008). *Efeito de enriquecimento ambiental na auto-administração oral de álcool em ratos*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.47.2008.tde-05062008-172705>
- Borloti, E. B., Haydu, V. B., & Machado, A. R. (2015). Crack: Análise comportamental e exemplos das funções da dependência. *Acta Comportamental*, 23(3), 323-338.
- Copque, H., & Guilhardi, H. J. (2008). O modelo comportamental na análise do TOC. In W. C. M. P. Silva (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Análise comportamental aplicada* (vol. 21, pp. 61-72). Santo André: ESETec Editores Associados.

- Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (1998). Dependência de substâncias psicoativas. In L. M. Ito (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (pp. 105-121). Porto Alegre: Artmed.
- Figlie, N., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2015). *Aconselhamento em dependência química* (3ª ed.). São Paulo: Roca.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson H. M., Piasecki, M. P., Antonnucio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- Goodman, W. K. (1999). Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 27-32.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heyman, G. (1996). Resolving the contradictions of addiction. *Behavioral and Brain Sciences*, 19(4), 561-574. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00042990>
- Higgins, S. T., Heil, S. H., & Sigmon, S. C. (2007). A behavioral approach to the treatment of substance use disorders. In P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 261-282). Burlington: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50015-X>
- 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, 58-62. <https://doi.org/10.1037/h0100938>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. R. Kerbauy, Org. & Trad.). Santo André: ESETEC Editores Associados. (Obra original publicada em 1991).
- Laranjeira, R. (Org.). (2012). *II Levantamento nacional de álcool e drogas*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para as Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25, 255-86. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Leonardi, J. L., & Bravin, A. A. (2011). Uma introdução à farmacologia comportamental. *Interação em Psicologia*, 15(2), 193-201.
- Madden, G.J. & Bickel, W.K. (2010). *Impulsivity: The behavioral and neurological science of discounting*. Washington: APA. <https://doi.org/10.1037/12069-000>
- Mangabeira, V. (2015). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2015.tde-08052015-153617>

- Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). Functional analytic psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 78-89. <https://doi.org/10.1037/h0100941>
- Miguel, A. D. Q. C. (2011). Manejo de contingência. In A. Diehl, D. C. Cruz, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 311-318). Porto Alegre: Artmed.
- Miguel, A. D. Q. C., Yamauchi, R., Simões, V., da Silva, C. J., & Laranjeira, R. R. (2015). From theory to treatment: Understanding addiction from an operant behavioral perspective. *Journal of Modern Education Review*, 5(8), 778-787. [https://doi.org/10.15341/jmer\(2155-7993\)/08.05.2015/006](https://doi.org/10.15341/jmer(2155-7993)/08.05.2015/006)
- National Institute on Drug Abuse. (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide* (3rd. ed.). Baltimore: National Institutes of Health.
- 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, 149-162. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80051-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80051-3)
- Perkins, K.A., Conklin, C.A., & Levine, M.D. (2007). *Cognitive-behavior therapy for smoking cessation: A practical guidebook to the most effective treatments*. London: Routledge.
- Petry, N. M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treatment of cocaine abusers: How low can we go, and with whom? *Addiction*, 99, 349-60.
- Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2010). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica.
- Schuster, C. (1994). O comportamento da busca de drogas: Suas implicações para as teorias de dependência de drogas. In G. Edwards, & M. Lader (Orgs.), *A natureza da dependência das drogas* (pp. 206-231). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silverman, K., Roll, J. M., & Higgins, S. T. (2008). Introduction to the special issue on the behavior analysis and treatment of drug addiction [Special issue]. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(4), 471-480. <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.41-471>
- Skinner, B. F. (1981). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov e R. Azzí, Trans.) São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).
- 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*. Seattle: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Vandenbergh, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105-114. <https://doi.org/10.1080/09515070701197479>
- Vartanian, J. F. (2017). *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na psicoterapia analítica funcional*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.47.2017.tde-26092017-110243>
- Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: Estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 135-149. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v4i2.112>
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). 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. <https://doi.org/10.1177/0145445511422830>
- Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. In S. Hayes., & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153-184). Boston: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_7

Received: June 24, 2018
Accepted: August 22, 2018