

La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico

Amanda M. Muñoz-Martínez

*Psicóloga (Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia)
Magister en Psicología Clínica (Pontificia Universidad Javeriana)
Estudiante de Doctorado en Psicología Clínica (University of Nevada, Reno, Estados Unidos)
Entrenadora Certificada en la Psicoterapia Analítico Funcional (University of Washington)
Investigador Grupo de Investigación en Ciencias del Comportamiento (Fundación Universitaria Konrad Lorenz)
E-mail: amandamile@gmail.com*

Juan Pablo Coletti

*Licenciado en Psicología, UBA
Docente de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro
E-mail: juanpacoletti@gmail.com*

Resumen

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es una terapia desarrollada en el contexto de las llamadas «terapias de tercera generación». La FAP se caracteriza por hacer uso de la relación terapéutica y los comportamientos en ésta para mejorar el funcionamiento de los consultantes en su vida diaria. El modelo se apoya en los principios del análisis de la conducta y la filosofía contextualista funcional. La FAP propone que los comportamientos de los clientes en sesión son funcionalmente equivalentes a aquellos fuera de sesión; por lo tanto, cuando los terapeutas responden de manera contingente a las conductas del consultante en sesión, promueven e incrementan las mejorías en el ambiente natural. Este artículo da cuenta de las características centrales de este proceso terapéutico, sus principios filosóficos, sus alcances y los desafíos en el campo investigativo para consolidarse como tratamiento independiente basado en la evidencia.

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) - Terapias de tercera generación - Relación terapéutica - Conductas clínicamente relevantes.

FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY: APPROACHES AND SCOPE OF BEHAVIOR THERAPY BASED ON CHANGES IN THE THERAPEUTIC CONTEXT

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a therapeutic approach developed in «third wave therapies» context. FAP is characterized by use therapeutic relationship and the behaviors emit into it to improve clients daily life functioning. This therapeutic model is supported in behavior analysis principles and contextual functionalism philosophy. FAP proposes that clients behavior in session are functional equivalent with those out of session; therefore, when therapists respond to clients behaviors in session contingently, they promote and increase improvements in the natural setting. This article poses main features of FAP, its philosophical roots, achievements and research challenges to establish FAP as an independent treatment based on the evidence.

Key words: Functional Analytic Psychotherapy - Third wave therapies - Therapeutic relationship - Clinical relevant behaviors.

Introducción

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es un modelo terapéutico enmarcado dentro de las llamadas «terapias contextuales de tercera generación» (1), basada en los principios del análisis del comportamiento, que plantean la importancia del cambio en el contexto para conseguir modificar el comportamiento de los individuos (2), siendo un modelo terapéutico contextualista, en donde la conducta se concibe como el acto en contexto (el comportamiento está en función del ambiente y hay una mutua afectación), y no mecanicista (donde el comportamiento está controlado por causas externas que se encuentran en el inmediato previo a la aparición de éste) (3). Cabe señalar que para el análisis de la conducta el contexto no se entiende únicamente como los eventos físicos que rodean al individuo, sino que incluye todos aquellos factores que lo afectan probabilísticamente hablando (4), lo que incluye en algunas situaciones su propia conducta (2, 5), estableciendo relaciones con el ambiente que no incluyen únicamente la apariencia física de los estímulos, sino la función o funciones que cumplen al interactuar. A manera de ejemplo, en la interacción madre hijo, cuando la madre amamanta a su hijo, el niño no sólo aprende que ella es el “estímulo” proveedor de alimento, sino que durante dicha interacción la madre emite otras conductas como cercanía afectiva, cuidado, estimulación sensorial, etc. Estos comportamientos no están relacionados directamente con la actividad de amamantar, de manera que los estímulos pueden tener diferentes funciones (6), lo que se ha denominado como equivalencia funcional (7). Basándose en el principio de equivalencia funcional, la FAP plantea que es posible modificar el comportamiento de los consultantes en sesión y generalizar dichos cambios fuera de la misma, en tanto la relación terapéutica comparte funciones con muchas de las relaciones que los individuos tienen en sus vidas (7-8). Al respecto, la FAP propone que la relación terapéutica no es un factor que conduce al cambio (mediándolo), ni tampoco un elemento moderador, como se ha propuesto en muchas de las investigaciones tradicionales sobre la alianza terapéutica (9), sino que es el contexto en el que se da el cambio.

Todo ocurre en el aquí y ahora de la sesión

Desde el punto de vista de FAP, los principios del análisis del comportamiento operan en cualquier contexto humano por lo cual la interacción consultante-terapeuta no es ajena a dichos principios (10). De acuerdo con dicha perspectiva, el comportamiento aumenta o se fortalece mediante un proceso llamado reforzamiento, donde la consecuencia del comportarse da con una condición o estímulo denominado “reforzador”. Cuando el comportamiento queda sin refuerzo tiende a debilitarse y puede desaparecer del repertorio del sujeto; a este proceso se lo llama extinción. La consideración de los principios conductuales en el contexto clínico, sin apelar a conceptos mediacionales para explicar los cambios,

es un fenómeno relativamente nuevo en el campo de la psicoterapia, particularmente presente en el marco de las terapias contextuales (11).

De manera específica, en la FAP, el terapeuta analiza el comportamiento del cliente fuera y dentro de sesión con el fin de establecer las funciones que comparten las conductas de éste en los dos contextos, haciendo uso de una formulación de caso que le permite al clínico organizar la información y determinar las acciones terapéuticas idóneas para fomentar el cambio en sesión, además de discriminar las conductas del terapeuta que podrían propender por el cambio (T2s), o las que podrían ir en detrimento del consultante de no ser intervenidas o estar bajo la atención del clínico (T1s) (8). Los comportamientos del cliente que se identifican como problema y objetivo en sesión se denominan Comportamientos Clínicamente Relevantes (CCR), y las acciones por parte del terapeuta que buscan reforzar, bloquear, extinguir y facilitar la generalización de las CCRs a la vida cotidiana del consultante, se denominan Reglas Terapéuticas (7). Con respecto a las CCR, en la FAP se discriminan tres tipos. Las CCR1, que representan las conductas problemáticas que se busca decrecer en intensidad y frecuencia de aparición; las CCR2 que representan las mejorías del paciente en sesión, y las CCR3 que son las verbalizaciones que el consultante hace acerca de las fuentes de control de su comportamiento y que el terapeuta moldea a través de interpretaciones funcionales de las interacciones cliente-terapeuta en la sesión o de las relaciones que tiene fuera de consulta (7). Algunos ejemplos que ilustran estos conceptos son: (a) CCR1s, un cliente con dificultades para expresar desacuerdos asiente frente al pedido del terapeuta de cambiar la hora de la sesión aunque ello le trae dificultades; un hombre con dificultades para expresar en forma asertiva su enojo le dice al terapeuta, en tono elevado, que le molesta cuando le pregunta que siente, (b) CCR2s, una consultante con dificultades para confiar en los hombres le cuenta un secreto que no ha contado a nadie al terapeuta hombre; un joven con ansiedad social y dificultades para comunicar como se siente pide que se apague el aire acondicionado porque tiene frío en sesión, y más tarde expresa desacuerdo respecto a un comentario del terapeuta, y (c) CCR3, el consultante le expresa a su terapeuta que cada vez se siente más seguro con él, porque cuando le habló sobre situaciones dolorosas el terapeuta le ha mostrado cercanía y comprensión. Es importante notar en todos estos ejemplos, que las CCRs se presentan en el contexto de la conducta del terapeuta, pues no es la morfología de los comportamientos lo que determina si es o no una CCR, sino la función que cumplen, de manera que el mismo comportamiento que para un consultante contaría como una mejoría puede tener funciones problemáticas para otro y viceversa.

Reglas terapéuticas: las guías para el trabajo con la psicoterapia analítico funcional

Los autores proponen cinco reglas para el trabajo en FAP; esto no implica sostener una pauta rígida de intervención, ni responder a un protocolo de secuencias pre-

establecidas. Por el contrario, las cinco reglas propuestas en esta terapia buscan ayudar a que el terapeuta tenga una guía que soporte su práctica apoyada en los principios que sustentan el modelo, es decir los principios analíticos funcionales de la filosofía contextualista funcional. La regla N° 1 implica estar atento a las CCRs. La atención sobre las CCRs conlleva el desarrollo de una sensibilidad tal que le permita al terapeuta notar cuándo las formas del comportamiento del paciente, en la interacción terapéutica, tienen vinculación funcional con los comportamientos problemáticos o las mejoras buscadas en su vida cotidiana. Los autores consideran a ésta una de las reglas esenciales para la efectividad del tratamiento dado que si el terapeuta puede detectar la ocurrencia de una CCR, responderá en forma natural, reforzando, bloqueando o extinguiendo dicho comportamiento, lo que se reflejará en los resultados positivos del proceso. El ejercicio práctico de la regla 1 se manifiesta con los “paralelos” que el terapeuta establece entre el comportamiento de la vida cotidiana del consultante y lo que ocurre en la sesión. En este contexto, las reacciones emocionales del terapeuta ofician de marcadores valiosos para identificar Conductas Clínicamente Relevantes (7).

*Ejemplo clínico de la regla N° 1
(establecimiento de paralelos):*

T: “Cuando dices que estás harta de los profesionales del mundo psi te noto molesta y siento que hay algo que me estás tratando de decir en forma indirecta, ¿es así?”

T: “Noto que estás evitando mirarme a los ojos y estás moviendo el pie en forma recurrente, ¿estamos frente al mismo nerviosismo que experimentás cuando estás en reuniones sociales?”

Una característica del establecimiento de paralelos por parte del terapeuta es que no impone interpretaciones al estilo de otras escuelas de psicoterapia; el terapeuta expresa verbalmente los vínculos funcionales que supone está teniendo el comportamiento del consultante en sesión con el comportamiento problemático en su vida cotidiana y dicho vínculo puede ser más o menos preciso. La precisión del paralelo se esclarece con la afirmación del consultante luego de pedirle feedback sobre el mismo. Si el consultante no reconoce el vínculo funcional establecido por el terapeuta, este último lo desestima y no vuelve a insistir con la interpretación. Si la imprecisión de los paralelos es sostenida pueden haber dos causas posibles: cierta falta de habilidad de parte del terapeuta para interpretar funcionalmente el comportamiento del paciente y de ese modo “perderse” en las formas de mismo; por ende las relaciones funcionales de lo que ocurre en sesión con lo que ocurre en su vida cotidiana. Otra razón posible podría ser un patrón de oposición por parte del consultante a las interpretaciones funcionales del terapeuta como un intento de ser “controlado”, que según la conceptualización de caso podría ser considerada una CCR1. Algunas preguntas que el terapeuta podría utilizar para discriminar las CCRs

durante el curso de la sesión podrían ser: ¿cuáles son las formas del paciente que impactan negativamente sobre mí?, ¿no se interesa en mí como persona?, ¿no considera el impacto que tiene extenderse excesivamente del tiempo de duración de la sesión?, entre otras referencias que podrían funcionar como indicador de las CCRs.

La regla N° 2 consiste en evocar CCRs, es decir, generar condiciones que faciliten la aparición de conducta relevante en sesión. Cabe aclarar que las condiciones naturales de la terapia pueden evocar CCRs sin que el terapeuta haya analizado o preparado las condiciones para ello. Alguna de estas condiciones pueden ser: la suspensión de una sesión por parte del terapeuta o la espera para ingresar a la sesión y la consecuente respuesta agresiva del consultante, características del terapeuta como su edad, apariencia o forma de vestir o algún tema vinculado con los honorarios, entre otros, estos son algunos ejemplos de contextos potencialmente evocadores de Conductas Clínicamente Relevantes. Un contexto de terapia ideal debería ser naturalmente evocativo. Otro camino de evocación de CCRs podría incluir el uso de técnicas de corrientes teóricas muy diversas que tengan funciones similares a aquellas relacionadas con los comportamientos del cliente fuera de sesión, pues el punto central es la evocación, como ejemplos podrían citarse técnicas de exposición emocional como la silla vacía de Leslie Greenberg (12), intervenciones que incluyen la imaginación hasta técnicas de asociación libre propias del psicoanálisis, particularmente en las problemáticas relacionadas con los “problemas del yo” (13). La siguiente interacción puede ayudar a ilustrar el uso de la regla 2.

T: “¿En tu comentario puedo notar que estás enojada, podés intentar expresar ese enojo de una forma diferente?”

T: “¿Me puedes contar un poco más acerca de eso que llamas estar vacío?”

La regla N° 3 requiere de una respuesta del terapeuta que “refuerce” las CCR2 o extinga las CCR1, es decir, consiste en la respuesta natural y contingente del terapeuta a la emisión de las CCRs. Se trata de que el terapeuta haga saliente comportamientos que permitan modificar la forma en que se emiten las CCRs, para incrementarlas en el caso de las CCR2 o hacerlas decrecer, en el caso de las CCR1s. Es importante que el refuerzo del terapeuta sea natural y no artificial para cumplir con su función reforzante (para profundizar en las diferencias entre refuerzo natural vs. artificial ver Ferster, 1967) (14). Los siguientes ejemplos ilustran el uso de la regla 3 por parte del terapeuta (reforzar naturalmente).

T: “Entiendo que estés enojada y molesta con la terapia, ahora que fuiste honesta y directa con lo que sientes puedo entenderte mejor”

T: “Cada vez que hablamos sobre tu infancia terminas cambiando el tema, que tal si esta vez intentas quedarte conmigo y no salir de esto que es tan importante para tí”

La regla N° 4 implica verificar el efecto de la conducta del terapeuta en la conducta del consultante; para ello el

clínico pregunta al consultante cómo ha experimentado la intervención. Estos son algunos ejemplos sobre el uso de la regla 4:

T: “¿Crees que el haberte propuesto que expreses tu enojo en forma directa facilitó las cosas para que puedas decir lo que sentís de un modo más abierto y directo?”

T: “¿Piensas que ayudó haber hecho este esfuerzo de mirarme a los ojos?”

La última regla es la N° 5, a través de la cual el terapeuta provee de interpretaciones funcionales que modelan en el paciente el uso de un lenguaje funcional y promueve la generalización del comportamiento en sesión. La generalización implica que las mejorías o CCR2 que ocurrieron en sesión se repliquen en el contexto natural del consultante y que las CCR1 disminuyan su frecuencia de aparición en el mismo contexto. Para cumplir con este objetivo, el terapeuta propone ensayos en el contexto de la vida cotidiana, así como establece relaciones funcionales sobre la conducta del consultante que le permitan discriminar las situaciones en las que es más probable que su conducta sea reforzada. Los siguientes ejemplos muestran el uso de la regla 5 en sesión:

T: “¿Pudiste ver cómo expresar tu enojo de esta forma hizo que las cosas fueran más relajadas entre nosotros?”, “¿qué creés que pasaría si intentás esto con tu mujer

cuando hace esos comentarios que te irritan?”

T: “Repasemos lo que acaba de pasar, empezaste a sentir vergüenza y a evitar mirarme a los ojos, te propuse que dejes tu forma evitativa e intentes conectarte conmigo haciendo el esfuerzo de mirarme. Cuando tomaste el riesgo y lo intentaste el clima de la sesión cambió y esa vergüenza se disipó, ¿qué pasaría si intentaras estar más presente con el contacto visual en la fiesta a la que te comprometiste a ir el sábado?”

La interacción lógica en FAP

Como se ha mencionado hasta el momento, la conducta es un interacción, por lo tanto la ilustración de las reglas terapéuticas y las CCRs de manera separada, puede dar la equivocada impresión de independencia entre la conducta del terapeuta y del consultante; con el fin de subsanar malos entendidos y ayudar a los terapeutas a tener claridad sobre la manera en que se acoplan las CCRs y las reglas, Weeks y cols. (15) crearon el concepto de “interacciones lógicas” en FAP, que representa algunos lineamientos del tratamiento utilizando las reglas durante la sesión. Una secuencia lógica integra todos los procesos de cambio que propone el modelo terapéutico, la elicitación de comportamientos objetivo, el reforzamiento de las CCR2, el bloqueo de las CCR1 y facilitar la generalización de las mejorías a la vida cotidiana del consultante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Entorno de interacción lógica con las 5 reglas de FAP

Regla	Paso
Regla 1	1. El terapeuta establece un paralelo afuera-dentro. 2. El paciente confirma la precisión del paralelo.
Regla 2	3. El terapeuta evoca CCR 4. El paciente se involucra en una CCR1
Regla 3	5. El paciente responde en forma contingente a la CCR1 6. El paciente se involucra en una CCR2 7. El terapeuta responde en forma contingente a la CCR2 8. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 4	9. El terapeuta pregunta al paciente acerca de los efectos de su respuesta 10. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 5	11. El terapeuta establece un paralelo adentro – afuera y le da tareas basadas en la interacción para el contexto natural del paciente. 12. El paciente reporta estar dispuesto a intentar hacer la tarea fuera de la sesión.

CCR: conducta clínicamente relevante.

La “experiencia emocional” del terapeuta como guía para las intervenciones

En FAP la experiencia emocional del terapeuta es una variable de suma importancia por varias razones. Por un

lado, el terapeuta podrá tomar sus respuestas emocionales como fuente de información, sobre la que podrá establecer hipótesis de trabajo e intervención (16). Es decir, lo que experimenta el terapeuta en términos emocionales podría ser un marcador de aquello que experimen-

tan las personas que forman parte de la vida cotidiana del paciente. Cabe aclarar que en la conceptualización de caso del terapeuta se incluyen sus propios comportamientos problemáticos, tipificados como T1, que podrían obstaculizar el proceso terapéutico así como su comportamiento objetivo con cada paciente en particular. Cada consultante puede evocar conductas problemáticas del terapeuta según la historia de este último. Suele decirse que las conductas problema del paciente evocan las conductas problema del terapeuta, por eso, es de suma importancia que el terapeuta esté atento y trabaje con sus propias emociones (particularmente a través de la supervisión de caso) para no incurrir en intervenciones que resulten iatrogénicas y obstaculicen el proceso terapéutico.

El uso de la FAP como tratamiento único: alcances en la intervención sobre problemas interpersonales

La FAP es un tratamiento diseñado para trabajar especialmente con consultantes que presentan problemas en el establecimiento, mantenimiento y finalización de las relaciones interpersonales. Uno de los temas que ha tenido un mayor desarrollo desde los inicios de la terapia han sido las dificultades con el establecimiento de intimidad, proceso entendido dentro del modelo conductual como las conductas del paciente que implican verbalizaciones de eventos que a través de su historia han sido sistemáticamente castigados y que en terapia son reforzados, proporcionando un ambiente seguro para la emisión de tales comportamientos (17). De acuerdo con Wetterneck & Hart, 2012 (18), la conducta de intimidad puede considerarse como un elemento transdiagnóstico que está en la base de muchos problemas que implican relaciones personales, ya que las dificultades al respecto limitan la posibilidad de mantener relaciones valiosas que favorezcan el funcionamiento de los individuos en su contexto. Al respecto Maitland (19) llevó a cabo un estudio con ensayos controlados aleatorios (RCT, por sus siglas en inglés), en el cual comparó la FAP con la observación atenta de comportamientos en sesión (como una intervención control), con el fin de determinar la efectividad de esta terapia en el establecimiento de relaciones de intimidad y su efecto en el funcionamiento fuera de sesión, encontrando que la introducción de FAP produjo cambios significativos en comparación con la intervención de comparación. Al respecto, el autor planteó la importancia de seguir investigando en el campo con el fin de determinar el potencial transdiagnóstico de trabajar sobre conexión y establecimiento de relaciones íntimas para la promoción de una mejor calidad de vida de los consultantes.

Conclusiones

La literatura desarrollada sobre la FAP ha llamado fuertemente la atención acerca del papel del terapeuta en el cambio de los consultantes, quien como se ha señalado previamente, genera condiciones en el contexto terapéu-

tico para promover mejorías en su ambiente natural. Esto ha generado un impacto tanto en la práctica de esta terapia como en los temas sobre los que se investiga, pues no sólo se ha centrado en mostrar los efectos de FAP sobre el comportamiento del paciente sino también en el terapeuta. Al respecto, Kanter y cols. (20) realizaron un estudio sobre el efecto de un entrenamiento online en la práctica y la conceptualización teórica de FAP sobre la interacción de los terapeutas con sus consultantes y las relaciones interpersonales de estos en su vida cotidiana, en el que encontraron mejorías importantes en los dos contextos. Sumado a ello, los investigadores en esta área han escrito múltiples artículos y capítulos de libros focalizados en mejorar las interacciones en sesión y cómo hacer para potenciar los procedimientos terapéuticos, incluso cuando no se hace uso exclusivo de FAP como estrategia terapéutica (21-24). Lo anterior ha favorecido el desarrollo de estudios que muestran el valor positivo de integrar FAP con otras propuestas terapéuticas (25-30).

Algunas explicaciones dadas con respecto al efecto positivo de la integración de esta terapia con otras, refieren a que el uso de FAP: a) incrementa la atención del terapeuta sobre su propio comportamiento en sesión, lo que le permite incidir activamente para disminuir la ocurrencia de problemas e incrementar las mejorías en el momento presente de la sesión y b) muestra de manera explícita en sesión las conductas problema y le permite al paciente y terapeuta el ensayo de estrategias que faciliten el cambio en el contexto cotidiano. Aunque los resultados positivos de la combinación de FAP con otras terapias son pocas, la mayor parte de los estudios con población clínica se ha realizado con diseños experimentales de caso único (31) que requieren replicaciones que permitan incrementar la validez de sus hallazgos. Hasta el momento se cuenta con un sólo ensayo controlado aleatorio (19), por lo que el desarrollo de estudios en FAP que permitan determinar su efectividad en diferentes contextos y poblaciones es uno de los campos que más trabajo requiere en la actualidad. Aunque cuenta con un número limitado de estudios empíricos en el contexto clínico, la Psicoterapia Analítico Funcional, es quizá una de las intervenciones de entre las llamadas terapias de tercera generación que relaciona de manera directa el quehacer terapéutico con investigación básica y bases teóricas. La mayor parte de los estudios en esta área han buscado mostrar los mecanismos explicativos del cambio a través de la implementación de esta terapia, que se encuentran íntimamente relacionados con la perspectiva teórica del análisis del comportamiento (31,32). Lo anterior muestra el estado actual de la Psicoterapia Analítico Funcional, encontrando en ella una terapia coherente, con principios filosóficos claros e investigación básica que la soporta, que tiene un campo fructífero de investigación que le permitirá ver en un futuro con mayor claridad sus alcances en la intervención de diferentes problemáticas que involucran dificultades interpersonales. Sin embargo, en este artículo no sólo se han expuesto los beneficios de la FAP en los consultantes al ayudarlos a mejorar su funcionamiento en el contexto

natural, sino también ha mostrado la forma en que la implementación de la FAP ayuda a fortalecer comportamientos del terapeuta en su práctica clínica. Al final como se ha mencionado a lo largo de este artículo, no

se trata de una intervención sobre la conducta de un sólo individuo, sino de un cambio conjunto de la interacción, por lo que a medida que mejoran los consultantes mejoran los terapeutas ■

Referencias bibliográficas

- Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-65.
- Skinner B. Ciencia y Conducta Humana. 4ta edición en español (1977) ed. Fontanella, editor. New York 1953.
- Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *J Exp Anal Behav*. 1988 Jul;50(1):97-111.
- Delprato DJ, Midgley BD. Some fundamentals of BF Skinner's behaviorism. *American Psychologist*. 1992;47(11):1507-20.
- Hayes SC, Brownstein AJ. Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *Behav Anal*. 1986 Fall;9(2):175-90.
- Catania AC. Learning 4th ed. Publishing S, editor. Colorado, USA: The Cambridge Center-Sloan Century Series in Behavior Analysis; 2007.
- Kohlenberg R, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. Media SSaB, editor. New York, USA 1991.
- Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, et al. e. A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love, and Behaviorism. Springer, editor. New York 2009.
- Corbella S, Botella LS. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicopatología*. 2003;19(2):205-21.
- Kohlenberg RJ, Tsai M, Dougher MJ. The dimensions of clinical behavior analysis. *Behav Anal*. 1993 Fall;16(2):271-82.
- Dougher MJ, Hayes SC. Clinical Behavior Analysis. Press C, editor. Reno, USA, 2000.
- Greenberg LS, Watson J. Emotion-Focused Therapy for Depression. Association AP, editor. Washington 2006.
- Kohlenberg RJ, Tsai M. Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*. 2001;5:58-62.
- Ferster CB. Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*. 1967;22:1-16.
- Weeks CE, Kanter JW, Bonow JT, Landes SJ, Busch AM. Translating the theoretical into practical: a logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behav Modif*. 2012 Jan;36(1):87-119.
- Batten SV, Santanello AP. A Contextual Behavioral Approach to the Role of Emotion in Psychotherapy Supervision. *Training and Education in Professional Psychology*. 2009;3(3):148-56.
- Cordova JV, Scott RL. Intimacy: A behavioral interpretation. *Behav Anal*. 2001 Spring;24(1):75-86.
- Wetterneck CT, Hart J. Intimacy is a Transdiagnostic Problem for Cognitive Behavior Therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2012;7(2-3):167-76.
- Maitland D. Functional Analytic Psychotherapy Compared to Watchful Waiting for Enhancing Social Connectedness: A Randomized Clinical Trial With a Diagnosed Sample. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Western Michigan University. 2014.
- Kanter JW, Tsai M, Holman G, Koerner K. Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Jun;50(2):248-55.
- Callaghan GM. Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*. 2006;2:416-31.
- Callaghan GM. Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System: For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) or FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*. 2006;7:399-433.
- Callaghan GM. 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*. 2006;7:357-98.
- Callaghan G, Follette WC, Ruckstuhl LE, Linnerooth PJ. The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*. 2008;9(98-116).
- Callaghan G, Gregg JA, Marx B, Kohlenberg BS, Gifford E. FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41:195-207.
- Cattivelli R, Musetti A, Perini S. L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologia dell'Educazione*. 2014;8:97-112.
- Kanter JW, Manos RC, Busch AM, Rusch LC. Making behavioral activation more behavioral. *Behav Modif*. 2008 Nov;32(6):780-803.
- Hayes S, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004;35:35-54.
- Manos RC, Kanter JW, Rusch LC, Turner LB, Roberts NA, Busch AM. Integrating Functional Analytic Psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies*. 2009;8:122-38.
- Páez-Blarrina M, Gutiérrez Martínez O. Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Pirámide, editor. Madrid, España. 2012.
- Landes SJ, Kanter JW, Weeks CE, Busch A. The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2013;2:49-57.
- Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behav Ther*. 2009 Sep;40(3):280-90.