

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Departamento de Psicologia

Fabírcia Costa Prado

**O LUGAR DE VALORES RELIGIOSOS E ESPIRITUALIDADE NA
TERAPIA COMPORTAMENTAL**

Goiânia
Agosto de 2007

Fabrcia Costa Prado

**O LUGAR DE VALORES RELIGIOSOS E ESPIRITUALIDADE NA
TERAPIA COMPORTAMENTAL**

Dissertaçãõ apresentada ao Programa
Strictu Sensu em Psicologia da
Universidade Catõlica de Goiãas, como
parte dos requisitos para obtençãõ do
grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentraçãõ: Processos Básicos em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Goiãnia
Agosto de 2007

Agradecimentos

Agradeço imensamente ao meu orientador, Luc Vandenberghe, por sua verdadeira disposição em viabilizar a realização desse trabalho por meio eletrônico como acontecimento inédito nessa universidade. Prescindindo a intenção de representar ‘o mestre’ para eu, como sua orientanda, é digno de toda a minha admiração e respeito, sobretudo por suas qualidades pessoais, as quais fazem dele um grande profissional.

Agradeço também aos professores convidados a integrar a banca examinadora pela disposição em participar desse momento, de defesa oral da dissertação, por recursos da internet.

Agradeço aos participantes da pesquisa, aos assistentes de pesquisa pela colaboração na transcrição e digitação das fitas, ao pessoal do CPD, especialmente ao Erick, por cuidar dos equipamentos necessários, a minha amiga Carol por cuidar da versão impressa para a qualificação e a minha amiga Tarsilla pelas nossas conversas inspiradoras, e pelo trabalho indispensável de impressão e entrega da dissertação para a defesa e pos-defesa.

Em especial, agradeço a Deus por ter me conduzido até aqui, ao meu esposo pela paciência e estímulo; a minha mãe por ajudar a cuidar do pequeno Arthur enquanto eu me dedicava a este trabalho; ao meu pai por ter investido e acreditado em mim; ao meu irmão pelo seu infindável otimismo, e a minha querida irmã, eterna inspiração.

Sumário

Agradecimentos	i
Sumário.....	ii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Introdução	1
1. O Cliente Aprende e o Terapeuta Ensina?.....	2
2. Religião e Espiritualidade no Contexto da Modernidade e Pós- Modernidade.....	6
3. A Relação entre Religião, Espiritualidade e Psicologia	9
4. A Integração de Valores Religiosos/Espirituais em Psicoterapia.....	19
5. A Transparência do Terapeuta.....	29
6. O Efeito Alienador do Controle Verbal.....	31
Método	36
Participantes	36
Material	38
Procedimento	38
Resultados/Discussão.....	40
1. O terapeuta deve aceitar os valores religiosos/espirituais do cliente (A, B, D, F)	40
1.a. Terapeuta valoriza o desejo do cliente (B, C, F)	41

1.b. Terapeuta norteia as intervenções de acordo com as crenças do cliente (A, D, F)	41
2. O terapeuta não deve ensinar valores ao cliente	42
2.a. Terapeuta evita questões que possam revelar divergências (A)	42
2.b. Terapeuta não deve dar conselhos (A, B, D, E, F).....	43
3. Os valores do terapeuta estão implicitamente presentes na terapia (A, B, C, D, E, F, G, I)	44
3.a. O espaço terapêutico é sagrado para o terapeuta (A, B, C, D, E, F).....	45
3.b. Os valores direcionam as intvenções (B, C, D, E, F, G, I).....	46
3.c. Similaridade de valores entre terapeuta e cliente favorecem o vínculo (A, C, E,)	48
3.d. Discrepâncias de valores entre terapeuta e cliente são fontes de estresse (A, C, E)	49
4. O terapeuta age explicitamente de acordo com seus valores (A, B, C, D, E).....	50
4.a. O terapeuta revela seus valores na sessão quando o cliente pede (C, D)	50
4.b. O valores estão explicitos for a da sessão (A, E)	51
4.c. O terapeuta pode ensinar se o cliente deseja (A, C, E)	51
4.d. O terapeuta pode questionar valores que são prejudiciais (B, D)	53
Conclusão	54

Anexos	57
Anexo A. Entrevista semi-estruturada.....	58
Anexo B. Auto-classificação da religiosidade/espiritualidade das participantes.....	59
Referências Bibliográficas	60

Resumo

A terceira onda das terapias comportamentais chamou a atenção para a importância dos valores do cliente e como este dá sentido a sua vivência bem como para a pessoa do terapeuta com sua subjetividade. A presente pesquisa segue essa mesma direção e avança investigando como o terapeuta comportamental lida com seus valores religiosos/espirituais em psicoterapia. Construiu-se uma teoria fundamentada nos dados de entrevista com nove terapeutas comportamentais. Quatro grandes categorias foram identificadas formando a teoria de que na terapia, (1) o terapeuta deve aceitar os valores do cliente, e (2) não ensinar os seus próprios valores, embora (3) o terapeuta deva estar consciente de que seus valores estão implicitamente presentes, (4) podendo estes, em algumas circunstâncias, ser essenciais para nortear explicitamente as ações dos terapeutas. Desse modo, na realidade vivida pelos terapeutas comportamentais, está claro que o terapeuta deve estar seguramente presente com seus valores no processo terapêutico, podendo explorar a maneira com a qual o cliente dá sentido à vivência da terapia e a sua dimensão religiosa/espiritual caso seja vantajoso para o progresso do mesmo, porém, sem impor os seus valores. Os valores do cliente devem nortear os alvos e o processo terapêutico, enquanto os valores do terapeuta só devem se tornar explícitos em situações com intenções terapêuticas e éticas específicas. Conclui-se, portanto, que as terapeutas comportamentais entrevistadas acreditam que devem estar continuamente conscientes dos seus valores sem que estes sejam necessariamente explicitados. Paralelamente, elas consideram importante que o processo seja conduzido de acordo com os valores do cliente.

Palavras-chave: Teoria fundamentada nos dados; terapeutas comportamentais; valores religiosos/espirituais; aprendizagem.

Abstract

The third wave of behavioral therapies drew the attention to the clients' values, and how they give meaning to their life, as well as to the importance of the therapist as a person and to his or her subjectivity. The present research follows through on the same path and goes on investigating how the behavioral therapist deals with his own religious/spirituals values in psychotherapy. A theory is built based on data from interviews with nine behavioral therapists. Four major categories were identified forming the theory that in therapy, (1) the therapist must accept the values of the client, and (2) should not teach his or her own values, even though (3) the therapist must always be aware that his or her own values are implicitly present, (4) and can, in particular circumstances, be essential to explicitly guide the actions of the therapists. Thus, in the behavioral therapists' experience it is clear that the therapist must be comfortably present with his or her values in the therapeutic process, being prepared to explore the way in which the client gives meaning to the experience of the therapy and its spiritual/religious dimension when this is advantageous to its progress, without imposing his or her own values. The client's values must determine the goals and guide the therapeutic process while the therapist's values only must become explicit given specific therapeutic intentions or ethical considerations. In conclusion, the interviewed behavioral therapists believed that they must be clearly aware of their values without making them explicit. At the same time, they consider it to be important that the therapeutic process is conducted according to the clients' values.

Key words: grounded theory, behavioral therapy, values in psychotherapy, learning.

Introdução

A terapia comportamental contemporânea (Hayes, 2004) é produto de uma evolução que a afastou dos tratamentos tradicionais pela adoção de estratégias de mudanças experienciais (comparado com as intervenções mais didáticas e instrucionais das terapias comportamentais históricas), e foco sobre os contextos verbais e interpessoais dos quais os conteúdos psicológicos trazem seus sentidos e funções (comparado com os esforços das terapias comportamentais tradicionais de modificar os próprios conteúdos). Esta evolução justifica uma problematização da noção de aprendizagem que sempre foi central nos fundamentos teóricos da terapia comportamental desde seus primórdios (Eysenck, 1959).

A presente pesquisa orienta-se pelo quadro de referência teórica da Análise Clínica do Comportamento (Kohlenberg, Dougher & Tsai, 1993) a qual, juntamente com a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* e as psicoterapias cognitivas construtivistas, fazem parte da terceira onda de terapias comportamentais (Hayes, 2004). Historicamente, a terceira onda se distingue pela sua apreciação da subjetividade individual e dos processos psicossociais sutis envolvidos no trabalho terapêutico, enquanto que a primeira onda se baseou numa visão predominantemente biológica do ser humano (Eysenck, 1959), e a segunda se caracterizou como racionalista e argumentativa (Beck, 1997; Ellis, 1962). A análise clínica do comportamento (Kohlenberg et al, 1993) resultou de uma releitura das psicoterapias verbais sob a perspectiva do contextualismo funcional e agrupa quatro tratamentos diferentes, mas filosoficamente aparentados, os quais ampliaram o tradicional universo da terapia comportamental, quais sejam: FAP - Psicoterapia Analítico – Funcional, cujo foco sobre o relacionamento terapeuta-cliente gera vivências curativas genuínas e profundas; ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso, a

qual enfoca a desconstrução de contextos sócio-verbais alienadores e o redirecionamento da vida para valores profundos; TCD - Terapia Comportamental Dialética, a qual se inspira na filosofia oriental e adota uma filosofia dialética do mundo; e a TCCI - Terapia Comportamental de Casal Integrativa, que levou a mesma visão para o tratamento de problemas conjugais.

1. O Cliente Aprende e o Terapeuta Ensina?

Iniciamos nosso questionamento com a observação de que não há consenso sobre o papel do terapeuta, nem das funções da psicoterapia, já que estes dependem dos paradigmas de cada abordagem. Se, no entanto, uma palavra pudesse expressar de, forma geral, o que pretende o processo psicoterápico, seria essa palavra: "mudança". Strupp (1978) define psicoterapia como “um processo interpessoal designado a produzir modificação de sentimentos, cognições, atitudes, e comportamentos que tenham prejudicado a pessoa que está procurando ajuda de um profissional especialmente treinado.” (p.4).

A psicoterapia é um processo colaborativo em que o cliente assume um papel ativo no qual vai se tornando mais autônomo, responsável pelos seus sentimentos e auto-dirigido. O processo terapêutico é designado a ajudar o cliente a mudar a si mesmo. Se os comportamentos foram aprendidos a partir das experiências de vida de uma pessoa, supõe-se que mudanças dos antigos padrões e aprendizagem de novos são possíveis de ocorrer. Desse modo, Strupp (1978) considera a psicoterapia como um processo de aprendizagem, sendo que o terapeuta funciona como um professor ou mentor.

O tratamento comportamental clássico consiste basicamente na aplicação de técnicas de extinção pavloviana as quais, através de exercícios programados e tarefas de casa, o terapeuta procura ensinar ao cliente, passo-a-passo, como modificar as respostas condicionadas

indesejadas. Ao se submeter ao tratamento, o cliente deve seguir as instruções do terapeuta creditando no conhecimento desse especialista a possibilidade da sua melhora (Eysenck, 1959).

Na Análise Aplicada do Comportamento, o paradigma de aprendizagem é o operante. O analista comportamental, a partir de uma análise das contingências mantenedoras dos comportamentos do cliente, programa a aprendizagem de novos comportamentos para o cliente manipulando conseqüências que enfraqueçam os comportamentos problemáticos e fortaleçam os comportamentos desejados. Assim, o papel do analista comportamental é diretivo, centrado no cliente, e mesmo quando estimula o cliente a se expor a determinadas contingências, age como um orientador selecionando, juntamente com o cliente, o que deve ser aprendido e programando contingências para o alcance desses objetivos (Guilhardi, 1995).

Igualmente, na terapia cognitivo-comportamental, o tratamento concentra-se no aprender a pensar de maneira mais racional. O terapeuta identifica esquemas, crenças e pensamentos automáticos do cliente que são classificados por ele como irracionais, ou disfuncionais quando analisados sob a realidade dos fatos trazidos pelo cliente. Utilizando técnicas como diálogo socrático, exercícios graduados e tarefas de casa, o terapeuta visa corrigir as distorções cognitivas do cliente, ou seja, ensiná-lo formas mais adaptativas de pensar, e conseqüentemente, de se comportar (Beck, 1997).

Portanto, pode-se dizer que as psicoterapias comportamentais da primeira onda (as terapias comportamentais clássicas) e da segunda onda (as cognitivo-comportamentais) foram estrategicamente baseadas no ensino de novas regras, treino de novas habilidades, estratégias de manejo, enfrentamento e solução de problemas de forma objetiva e didática. Nesses modelos psicoterápicos, a terapia tem uma característica psicoeducativa na qual o cliente aprende com o terapeuta assim como um aluno aprende com o seu professor.

Em contraste, o papel do terapeuta nas terapias comportamentais da terceira onda não é o de ensinar seus clientes, mas oferecer vivências reais e intensas que podem ter um profundo impacto transformador em suas vidas. Além disso, enquanto as estratégias didáticas das terapias tradicionais constituem uma via única em que o terapeuta influencia o cliente, a vivência curativa oferecida nas terapias pertencentes à terceira onda é necessariamente uma via de mão dupla de onde nem cliente nem terapeuta saem ilesos (Kohlenberg et al., 1993).

Essa evolução histórica das terapias comportamentais expõe uma crucial mudança que possibilita por em questão a noção de aprendizagem como pedra angular da terapia comportamental. A importância desta mudança parece ter sido negligenciada pela comunidade de terapeutas comportamentais e merece mais reflexão.

As terapias comportamentais da terceira onda se caracterizam, dentre outros aspectos, pelo uso de estratégias que desconstruem ou enfraquecem o controle por regras e favorecem maior contato direto com as contingências (Hayes, 2004). As técnicas encontradas nas terapias comportamentais da terceira onda refletem a adoção de novos pressupostos teóricos e filosóficos, tais como: o contextualismo funcional; a ideia de que as tentativas de controle por regras são parte do problema do cliente ao invés de ser o caminho para a solução (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999); a contribuição da filosofia oriental e as práticas de meditação budista, como também a visão de mundo dialética (Linehan, 1993; Kabat-Zinn, 2003). Desse modo, áreas como espiritualidade, relação terapêutica, aceitação e mudança e *mindfulness* se tornaram focos de análise no processo terapêutico (Hayes, 2004).

A proposta de Christensen, Sevier, Simpson e Gattis (2004), da terapia de casais com base em aceitação e *mindfulness*, por exemplo, aponta a ineficácia de trabalhar com instruções e treino de determinados comportamentos quando o cliente não está motivado a se engajar na

mudança ou está bloqueado pela presença de incontroláveis emoções. Assim, ao invés de insistir em um racional caminho de tentar ensinar ao cliente sobre a sua necessidade de adicional empenho em obedecer as “regras” propostas, a realidade é concebida em um universo menos polarizado, porém mais paradoxal. Mudança e aceitação são balanceadas à medida que se pode e deve mudar a fim de aceitar a vivência de pensamentos e sensações sem julgamento prévio. (Hayes, et al., 1999; Hayes, 2004; Linehan, 1993; Jacobson & Christensen, 1996; Christensen, Sevier, Simpson, & Gattis, 2004). Tudo isso significa uma mudança radical dentro da tradição das terapias comportamentais. Ensinar diretamente, por meio de instruções, nesse novo modelo de psicoterapias, pode ser danoso ou ineficaz. Entretanto, não é difícil encontrar, na descrição de intervenções das terapias comportamentais baseadas em aceitação e *mindfulness*, expressões como: “o cliente é ensinado, clientes são instruídos a” (Martell, Addis & Dimijan, 2004, p.159), o que confirma a inevitável existência de objetivos terapêuticos que envolvam o ensino (como instrução verbal) de alguns comportamentos. Intervenções que visem mudança comportamental ganharam um novo sentido como uma estratégia secundária integrada à perspectiva da aceitação, desde que implementadas de forma mais individualizada. Aceitar o cliente e/ou ensiná-lo ocorre nesse contexto psicoterápico como uma ação também dialética em que valores do cliente, do terapeuta e da própria abordagem terapêutica estão implicados na relação terapêutica e, portanto, merecem ser discutidos.

A psicoterapia difere de outros modelos de relação interpessoal em que uma relação de ajuda pode ocorrer. O psicoterapeuta tradicional não desenvolve vínculos de amizade, mas o relacionamento é mantido em nível profissional. Evitando um envolvimento emocional desse tipo, o terapeuta pode ser mais objetivo com relação às dificuldades do cliente (Strupp, 1978). Os terapeutas comportamentais da terceira onda vêem isto de forma diferente. A FAP, por

exemplo, estabelece a própria relação terapêutica como instrumento de mudança comportamental (Kohlenberg & Tsai, 2001). O terapeuta está presente como pessoa em todo o processo terapêutico, e reage também pessoalmente aos problemas clinicamente relevantes do cliente na medida em que tais reações podem contribuir para o alcance de objetivos terapêuticos. Assim, possíveis discordâncias entre valores do terapeuta e do cliente, por exemplo, podem ser discutidas e utilizadas terapeuticamente. Nessas condições, a relação terapêutica é de igualdade, pois entende-se que o terapeuta não possui a verdade sobre o cliente nem a solução para os seus problemas. Em nenhum momento, o terapeuta é considerado superior ao cliente, no entanto, encontra-se em uma perspectiva vantajosa de onde pode visualizar o caminhar do cliente sob um ângulo que o permite sustentá-lo e conduzi-lo em direção aos valores estabelecidos pelo próprio cliente (Hayes et al., 1999). Desta forma, a presença do terapeuta como pessoa implica na participação de seus valores em interação com os valores do cliente.

De agora em diante, considerando o foco de interesse - o lugar de valores relacionados a religião e espiritualidade no processo terapêutico - será abordado o contexto da modernidade e pós-modernidade em que religião e espiritualidade se configuram na sociedade.

2. Religião e Espiritualidade no Contexto da Modernidade e Pós-Modernidade

Espiritualidade e religiosidade são fenômenos que jamais escaparam à esfera do humano, desde o homem pré-histórico e sua relação sagrada com a natureza (Silva, 1997) até o homem contemporâneo em busca do sentido que habita a sua realidade social e ontológica. As configurações dessa busca mudam através dos tempos assim como mudam as necessidades e os questionamentos, permitindo que o tema se torne presente na prática clínica dos psicólogos do

século XX e XXI.

De acordo com Rúbio (1999), as estruturas sociais, correntes de pensamento, sistemas científicos, ideológicos e espirituais nos contextos da modernidade e pós-modernidade, possibilitam o delineamento de dois perfis diferentes para o homem que interage nesses contextos. O homem moderno, por exemplo, salvo a sua heterogeneidade e ambivalência, pode ser caracterizado por certas constantes, tais como: 1) multiformidade ou pluralidade como reconhecimento da legitimidade de todas as maneiras de ser e de realizar-se; 2) novidade, ou seja, maior abertura, criatividade e possibilidades; 3) racionalidade, substituição do mito pela razão ao experimentar e avaliar a realidade; e 4) secularidade, a reafirmação de uma identidade autônoma e direta, uma visão desencantada do mundo (sem magia, sobrenaturalidade, ideologia, etc.). Embora o processo da modernidade possa ter trazido progresso na ordem cívica e social como liberdade e projeção para o futuro, findou por reajustar valores para um estilo de vida secular caracterizado por uma moral neutra e utilitarista.

Em contrapartida, como uma reação às rachaduras da modernidade e suas incoerências, novas tendências contra-modernas começam a se desenvolver dentro da própria modernidade criando a condição propícia à ruptura da pós-modernidade. Esse processo de reação à frustração das promessas da modernidade, especialmente contra a “razão” moderna, gera repúdio aos absolutos. Novamente, a ordem dos valores sofre inversões e passa a se caracterizar basicamente por individualismo, pacifismo e amor não regulamentado, culto à ecologia, magnificação da vivência (com ênfase à experiência de caráter emocional), pasotismo (viver sem se preocupar com o amanhã) e ressurgimento do religioso, do esotérico e do mágico.

Libânio (1992) analisa o cristianismo em face da crise da modernidade nos extremos da secularização (indiferença religiosa e dessacralização do mundo) percorrendo os abalos gerados

pelo impacto cientificista, e do surgimento de autoridades em concorrência com o poder das Igrejas, até o extremo da resistência e sede do sagrado. Todavia, multiplicaram-se manifestações de experiência religiosa sob a forma de grandes ideais, na religiosidade popular dos pobres, na descoberta de velhas sabedorias orientais e nas "comunidades emocionais" de dimensão carismática que parecem ser uma alternativa ao fracasso da "utopia política" da década de 1960 e da "utopia moderna" da década de 1970.

O censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, mostra que o número de pessoas envolvidas em alguma instituição religiosa cristã tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. Uma significativa mudança no mapa religioso brasileiro aponta um aumento de evangélicos de 9,1%, em 1991, para 20% no Rio de Janeiro e em Goiás e 15,4% no resto do país, e diminuição dos que se declaram católicos de 83,3% para 73,7%. De forma geral, 90% dos brasileiros dizem acreditar em Deus. Somente 2,4% dos brasileiros não se encaixam nas três principais correntes, a dos católicos, a dos protestantes e a de não religiosos (7,4%). Desse modo, a afirmação de que o Brasil é um país predominantemente cristão continuará prevalecendo provavelmente por muitas décadas.

De acordo com Shafranske & Malony (1990; 1996), embora haja uma alta porcentagem referente ao envolvimento religioso da população geral, a comunidade dos profissionais de saúde reflete um baixo envolvimento com religião de forma tradicional e predispõem de maior abertura para algum tipo de espiritualidade (a distinção religião/espiritualidade será discutida logo adiante). Portanto, a presença do contexto religioso na vida do cliente característico do seu estilo de vida, e que pode ser parte de suas queixas, permeia o processo terapêutico. Ainda que o terapeuta seja parte da minoria não-religiosa, no esforço de acomodar as características da sociedade em geral e estar preparado para lidar com a presença de elementos religiosos na

psicoterapia, faz-se necessário repensar a relação da Psicologia com religião e espiritualidade considerando novas possibilidades de diálogo.

3. A Relação entre Religião, Espiritualidade e Psicologia

O objeto de estudo da Psicologia foi, de certa forma, previamente abordado por outras ciências como a Filosofia e a Teologia. As primeiras “psicoterapias” fundamentaram-se em credences populares, medicina ancestral, religião e fé curativa. Tais raízes repercutem sobre a história da Psicologia, gerando a contraposição entre ciência e religião, uma vez que ambas se fundamentam em filosofias e métodos distintos quando se deparam com um dos seus objetivos comuns: tratar o sofrimento emocional (Kurtz, 1999). Certas áreas da Psicologia, como a Análise Experimental do Comportamento, apresentam a Era Cristã como “período das trevas do conhecimento científico” (Millenson, 1975) já que o foco sobre os problemas metafísicos desviou o desenvolvimento da observação e da pesquisa. A Psicanálise atribui a concepção da idéia de Deus a um aspecto da infantilidade humana (Freud, 1927/1996ab). Conseqüentemente, na história da Psicologia, religião e espiritualidade foram termos desprezados, ao passo que o método empírico foi reverenciado sobre todos os demais enquanto a Psicologia almejava o status científico (Richards & Bergin, 2005; Bergin, 1980a; Josephson & Dell, 2005; Miller, 1999a).

Skinner (1998) colocou o foco de sua análise sobre a religião na função e nos procedimentos através dos quais ela controla os membros de uma dada cultura. Utilizando os princípios básicos do comportamento operante, especialmente do comportamento verbal, classificou a religião como uma agência controladora dos comportamentos em um grupo ao lado do governo, da educação e da psicoterapia. A religião, através de controle verbal que faz conexão com o sobrenatural, estabelece comportamento moral apropriado para o grupo e ao mesmo

tempo pune comportamento dito pecaminoso com o estabelecimento das conseqüências a longo prazo de céu e inferno.

Na literatura psicoterápica, além da classificação freudiana da religião como neurose obsessiva universal (Freud, 1927/1996), Ellis (1971; 1980) argumentou explicitamente sua oposição contra a religião como instância terapêutica à medida que sacrifica o indivíduo e seus interesses particulares em favor dos supostos interesses divinos tornando-se, assim, uma forma de distúrbio mental masoquista.

Por outro lado, algumas abordagens exploraram a relação religião/espiritualidade e saúde psicológica amigavelmente. Um exemplo são as contribuições de Jung, Frankl, e Maslow. Para Jung (1983), a vivência religiosa dos indivíduos é no mínimo uma fonte de informações relevantes para a compreensão da natureza humana, pois revela conteúdos do inconsciente coletivo, como os arquétipos e também do inconsciente pessoal na unicidade da experiência e dos significados advindos da vivência religiosa de cada pessoa. Tanto os mitos quanto as diversas formas de religiosidade, e a própria imagem de Deus são expressões do arquétipo religioso contido em cada pessoa. A logoterapia (do grego *logos*, que significa sentido) de Frankl (2002) reconhece as convicções religiosas dos clientes como válidas na busca do sentido da vida. Maslow (1954), examina experiências espirituais como favorecedoras de valores positivos. A restrição de tais experiências comprometeria o ideal de auto-realização, podendo gerar uma “metapatologia” - patologia derivada da privação de valores transcendentais.

A negligência, contudo, quanto ao estudo da religião e espiritualidade, como aspectos integrativos ao estudo do comportamento humano, pertence ao passado. Na literatura psicoterápica, há um esforço destinado a tratar da relação terapêutica, desenvolver treinamento, estratégias e reconhecimento dos benefícios da psicoterapia envolvendo espiritualidade (Miller,

1999b; Richards & Bergin 2005; Shafranske, 1996, Worthington & Sandage, 2002; Wolf & Stevens, 2001; Weaver, Samford, & Morgan, 2002; Anderson, 1997; McLaughlin, 2004; Mendes, 2002; Miller & Thoresen, 1999). O fato que todas essas publicações reafirmam é que a separação tem cedido lugar à integração de religião e espiritualidade no tratamento do paciente na área da saúde em geral, ou que ao menos há o reconhecimento (através de análises sistemáticas de protocolos médicos) do descuido prestado ao assunto pelos profissionais da saúde no passado (Lukoff, Lu, & Turner, 1999).

Um dos aspectos mais recorrentes acerca da integração de religião e espiritualidade no tratamento é a primordial preocupação sobre se e como isso pode beneficiar o indivíduo em seu tratamento ou recuperação. Uma possível análise envolve a distinção entre religiosidade intrínseca e extrínseca e a sua relação com o bem-estar psicológico. Pessoas que experienciam uma religiosidade intrínseca apresentam compromisso pessoal com a religião e vêem sua fé como um fim em si mesmo. As pessoas religiosas extrínsecas percebem sua fé como um meio para outros fins, como desenvolver relacionamentos sociais (Worthington & Sandage, 2002). A pesquisa de Laurencelle, Abell e Schwartz (2002) avaliou a relação fé religiosa intrínseca e bem-estar psicológico. Os participantes considerados com alto nível de fé intrínseca tiveram níveis significativamente maiores de bem-estar psicológico (menores taxas de ansiedade e depressão e menor probabilidade de exibir determinadas patologias) do que participantes que tiveram níveis mais baixos de fé intrínseca. Embora não se trata necessariamente de um relacionamento causal entre bem estar psicológico e fé intrínseca elevada, havia uma correlação muito forte entre as duas variáveis.

Neto (2003) apresenta uma lista de freqüentes argumentos relativos à religião como componente saudável ou prejudicial para a pessoa. Dentre os argumentos para sustentar o

impacto positivo da religião sobre a saúde, encontram-se: redução da ansiedade existencial ao oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica um mundo que parece caótico; oferece esperança, sentido, significado e sensação de bem-estar emocional; minimizar o problema perturbador da morte, através da crença na continuidade da vida. Por outro lado, a religião pode ser prejudicial por gerar níveis patológicos de culpa; por impedimento da autodeterminação ou de autocontrole interno, por ser um obstáculo para o crescimento pessoal e para o funcionamento autônomo. Enfim, concordando com Bergin (1980a, 1980b), as religiões em si e os valores religiosos podem ter efeitos diversos, inclusive destrutivos assim como podem ser os efeitos da psicoterapia sobre o cliente.

Segundo Banaco (2001), o cristianismo aparece nos relatos clínicos de muitos clientes como uma fonte de problemas que conduz as pessoas à terapia para lidar com os efeitos colaterais das contingências de controle aversivo, como o sentimento de culpa. De acordo com a análise clínica do comportamento, muito do sofrimento cotidiano do cliente pode estar relacionado ao rígido controle verbal (Zettle & Hayes, 1986).

A idéia de inclusão de religião e espiritualidade em psicoterapia remonta a um outro tópico: o dos valores em psicoterapia (Patterson, 1989; Bergin, 1980a, 1980b, Bergin, Payne & Richards, 1996, Kelly & Strupp, 1992; Tjeltveit, 1999; Richards, Rector & Tjeltveit, 1999; Worthington, 1993). Smith (1954, citado por, Patherson 1989) afirma que por valores entendem-se padrões de escolha implícitos ou explícitos de uma pessoa. É exatamente no *setting* terapêutico que a inevitável participação de valores suscita questões relevantes, como: Como o terapeuta deve lidar com os seus próprios valores no atendimento clínico, especialmente se os valores do cliente são diferentes dos seus? O terapeuta deve ensinar valores religiosos/espirituais para os seus clientes? Quais considerações éticas devem ser tomadas?

Segundo Patterson (1989), “o conselheiro não precisa aceitar ou aprovar os valores do cliente. Discordâncias com ou a não aceitação dos valores do cliente não significa que o cliente não é aceito como pessoa” (p.165). Essa visão contribui para uma postura do terapeuta em que o julgamento é substituído por compaixão, cuja reação se aproxima da espiritualidade cristã a qual reprova o pecado, mas ama e aceita incondicionalmente o pecador (Jo 8: 1-11, Versão Almeida Revista e Atualizada).

Farris (2005) diferencia o aconselhamento psicológico do aconselhamento pastoral ou direção espiritual na medida em que este pode integrar teorias e técnicas psicológicas dentro de um universo moral e com relação com a religião institucional. O aconselhamento psicológico, por outro lado, não tem compromisso com um código moral de uma religião específica. Contudo, Browning (1987) considera as psicoterapias como sistemas éticos, uma vez que sistematizam características morais esperadas, como por exemplo, empatia, assertividade, honestidade, responsabilidade, etc. Mudanças na dimensão ética da vida do cliente podem ocorrer como resultado de progressos psicológicos realizados pelo cliente, como efeito colateral da influência que o processo terapêutico exerce sobre a sua vida, ou ainda de esforços intencionais do terapeuta em mudar aspectos éticos da vida do cliente (Tjeltveit, 1989).

O código de ética profissional é a forma de restringir as intervenções do terapeuta; é importante lembrar que o código de ética profissional não foi feito para análises do comportamento ético do cliente. Entretanto, uma análise do comportamento ético do terapeuta depende também de uma análise dos valores implícitos da abordagem terapêutica adotada, e dos contextos específicos em que certas situações ocorrem.

Além da religião, outras fontes de formação moral consistem na sociedade, na família e na escola. A ação moral, segundo os estudos pioneiros de Piaget (1932/1994) sobre a

moralidade infantil, tem origem na interação da criança com o grupo social – é a partir de onde constrói e reconstrói valores e regras vigentes no grupo. É somente no último estágio (autonomia), entretanto, que o então adolescente internaliza as regras, desenvolve o respeito mútuo e a responsabilidade subjetiva. Portanto, a conduta moral é sempre refletida a partir das perguntas que o indivíduo faz para a sociedade e para si mesmo.

Os estudos sobre aquisição de comportamento moral em crianças, realizados por Pelaz e Gewirtz (1992) apontam como o comportamento moral da criança deixa de ser controlado por contingências diretas não verbalizáveis no estágio pré-lingüístico e passa a ser controlado por regras (auto-regras e regras externas). Através de imitação generalizada, aos poucos, o comportamento da criança se torna como o do modelo de influência. Os autores destacam a aprendizagem de comportamentos morais determinada pela história de contingências sociais que podem ser descritos sem a necessidade de apelar para valores absolutos, pois sendo o comportamento moral um comportamento aprendido, o mesmo pode ser modelado, mantido, modificado, manejado, revertido ou eliminado. Desse modo, a história única de contingências de cada indivíduo resulta em diferenças individuais nos padrões morais que estão em constante mudança de acordo com as interações ambientais; processos esses que provavelmente estariam envolvidos no fenômeno religioso da conversão.

De acordo com Tjeltveit (1999), a educação é um processo de produção de mudanças no cliente comprometido com valores, de forma que tanto o conteúdo quanto a maneira de educar podem ser avaliados eticamente. Embora muitos psicoterapeutas estejam inconscientes de sua função ética, ou de suas próprias convicções e suas fontes, eles as refletem na psicoterapia em diferentes intensidades. Por isso, é importante que o terapeuta esteja consciente do seu poder de influência sobre o cliente e de como pode tender a ensiná-lo como deve se comportar com base

em seus valores e julgamento pessoal.

A relação terapêutica é uma variável que pode ser observada para analisar o nível de influência dos valores do terapeuta sobre o cliente e a própria suscetibilidade do cliente a assimilar os valores do terapeuta. Os valores religiosos/espirituais do terapeuta estão diluídos no seu estilo de vida, na suas reações aos relatos do cliente, nos seus silêncios ou nas suas colocações e nos seus auto-relatos, não sendo possível admitir que exista neutralidade na relação terapêutica.

O terapeuta pode cometer violações éticas, por exemplo, se usa a vulnerabilidade do cliente em determinado momento como uma oportunidade de transmitir valores religiosos ou espirituais julgando ser essa uma necessidade do cliente, ainda que nunca tenha sido estabelecido como um objetivo terapêutico. De forma geral, em qualquer situação, é possível que o terapeuta aja inadequadamente quando decide adotar uma postura que pressione o cliente a adotar seus valores morais, ou atua de forma paternalista ou ainda condenativa, causando conseqüências negativas para o cliente, os outros, ou a sociedade. Por outro lado, a atuação ética permite ao terapeuta confrontar incoerências explícitas entre crenças e comportamentos do cliente, e pode envolver um diálogo ético desde que preserve a liberdade e autonomia do cliente e não tenha a intenção de mudar a visão ética do mesmo (Tjeltveit, 1989).

Está claro que transmitir valores religiosos/espirituais em psicoterapia com o objetivo de ensinar determinada fé ou doutrina pode violar os princípios éticos de respeito à liberdade e autonomia do cliente (Richards & Bergin, 2005). Todavia, em geral, aspectos doutrinários da religião são muito importantes para clientes altamente religiosos, porém, a maioria das abordagens psicológicas tende a ignorar tais aspectos, pois enfatizam espiritualidade, e não religiosidade. Desse modo, oferecer pouca ou nenhuma atenção a aspectos doutrinários pode

desagradar clientes religiosos, ou ainda, a ênfase em apenas aspectos da espiritualidade pode deixar de explorar, através de convicções doutrinárias, a intensidade dos sentidos da experiência humana segundo determinada religião.

A distinção entre religião e espiritualidade é imprescindível para diferenciar atuações terapêuticas que exercem influência doutrinária sobre o cliente, daquelas em que aspectos flexíveis da espiritualidade podem ser adaptados aos contextos religiosos do cliente. Há diferentes definições para religião e espiritualidade e muitos autores concordam que tais termos devem ser diferenciados, embora tal distinção ainda não esteja clara (Hill et al; 2000; Miller, 1999a; Helminiak, 2001ab).

Pargament (1999) diferencia a religião segundo os aspectos organizacional, ritual e ideológico, enquanto que a espiritualidade em busca de transcendência, sentido e unidade envolve aspectos mais pessoais, afetivos e experienciais. De acordo com Hill et al (2000), há um maior consenso quanto à religião restringir-se ao aspecto institucional enquanto que espiritualidade refere-se ao aspecto pessoal. No entanto, alertam para a tendência a enfatizar os termos simplesmente como individual *versus* institucional, e acrescentam critérios para reconhecer similaridades entre ambos, tais como, a busca pelo sagrado, e diferenças, como a necessidade de validação, por um grupo identificável, dos métodos de busca do sagrado (ex. rituais) característico da religião apenas. O sagrado, por sua vez, é definido como uma percepção socialmente influenciada de um senso de realidade ou verdade; ou ser/objeto divino.

Miller (1999a) define comportamento espiritual como comportamentos que envolvem um componente transcendente podendo este ser individual ou institucionalmente orientado, como por exemplo em exercícios de meditação, oração e jejum. Lukoff, Lu e Turner (1992) definem problemas religiosos como “experiências que a pessoa vive como angustiantes ou problemáticas

e que envolvem crenças e práticas de uma igreja organizada ou instituição religiosa” (p. 674). Os tipos de problemas espirituais que poderiam ilustrar tal definição seriam: mudança de denominação ou conversão a uma nova religião, perda ou questionamento da própria fé, intensificação da adesão às crenças e práticas de determinada fé.

Dentro do contexto da pós-modernidade, a religião engloba a espiritualidade como uma de suas funções centrais, embora possa se desviar para objetivos sem relação direta com o sagrado, como na religiosidade extrínseca, enquanto que espiritualidade, tal como compreendida nesse contexto, pode abranger diversos níveis de experiência em que a conexão com um Deus pessoal é apenas uma das possibilidades, dentre outras, como voltar-se para si mesmo e para o potencial de auto-realização, ou para a natureza (Spilka, 2003 citado por Zinnbauer et al; 1997).

Uma definição do Dalai-Lama (Boff, 2001) refere-se a espiritualidade como aquilo que produz no ser humano uma mudança interior, e como complementa Boff (2001), deve ser capaz de dar profundo e novo sentido à vida e à experiência refletidas no cultivo ao amor, compaixão, tolerância, contentamento, retidão de vida, e sentido de solidariedade, seja dentro de religiões e igrejas, seja no estilo de vida compatível com tais fins. Neste sentido, espiritualidade tem sido uma referência na expressão popular para aqueles que pretendem dizer sobre sua necessidade e interesse de ‘retornar às raízes’ e redefinir sua relação com a natureza, consigo mesmo e/ou com o outro (Buber, 1982).

Pode-se dizer, portanto, que a sociedade pós-moderna, mais simpática ao pluralismo e ao relativismo moral, tem preferido adotar o termo “espiritualidade”, talvez por valorizar a liberdade de crença e de opinião, por desconfiança da liderança da instituição religiosa, por dar abertura para experiências de significado mais pessoal do que social, ou no caso de ambientes mais intelectuais, por disfarçar conflitos entre fé e ciência.

Segundo Patherson (1989), valores devem refletir sua natureza sócio-cultural e não devem ser confundidos com preferências, gostos ou interesses. De acordo com Grant (1985), valores morais constituem uma classe de valores relacionada especificamente com relacionamentos interpessoais, os quais envolvem atitudes em direção aos outros e a ações que os afetam. Alguns valores morais parecem ser universais, tais como liberdade e honestidade, no entanto, não são absolutos, mas podem ser relativos a um outro valor em determinada circunstância (Patherson, 1989).

Tjeltveit (1999) analisa a história dos múltiplos significados do termo valor e considera a legitimidade de todas as definições dentro de contextos específicos, referentes a uma questão particular para um determinado propósito. Schwartz (1990) conclui que valores são, com muita frequência, contextualmente determinados e podem ser criados ou destruídos conforme a dinâmica entre valores humanos e instituições sociais, e portanto, não devem ser confundidos com verdades eternas, ou leis naturais que podem ser descobertas por métodos científicos tradicionais. Seria papel de uma “ciência dos valores” decidir quais valores as pessoas deveriam adotar, e que contingências sociais deveriam ser programadas afim de estabelecer tais valores.

Valores religiosos e espirituais estão intimamente relacionados à religião e à moral. Segundo Velasco (1999), a maior parte das religiões determina um conjunto de ações que seus fiéis devem realizar como expressão de sua relação com o divino e de sua pertença à comunidade. Além dessas obrigações intra-religiosas, todas as religiões também controlam aspectos da vida social dos seus fiéis através da determinação das leis morais, como não matar, não roubar, não cometer adultério, não mentir, abster-se de intoxicantes.

As diferentes fundamentações da moral nas diversas religiões configuram um *ethos* diferente em cada uma delas. Entretanto, embora exista uma grande diversidade religiosa e

tradições orientais no mundo, a maioria delas concorda que as pessoas devem transcender suas tendências hedonistas e egoístas para alcançarem crescimento espiritual e promoverem o bem-estar do outro, o que corresponde a regra: “trata os outros como queres que te tratem a ti”, lida positivamente nas atitudes de compaixão, ajuda mútua e amor entre os homens. (Richards & Bergin, 2005). A ação ética, trata-se pois, de uma “progressiva aproximação do homem à mais perfeita realização do ideal de vida representado pela ordem dos valores que reconhece” (Velasco, 1999, p. 179).

Logo, a expressão “valores religiosos e espirituais” pode estar simplesmente fazendo referência à origem dos contextos que controlam as escolhas e crenças das pessoas em interação com determinadas instituições religiosas.

A análise clínica do comportamento define valores como processos dinâmicos verbalmente construídos e comprometidos com uma direção de vida desejada. No entanto, não constituem meros objetivos, que são o resultado alcançado quando as ações valorizadas pelo cliente são executadas (Hayes, 2002). Além disso, valores são escolhas, e não um julgamento. Há técnicas terapêuticas que visam identificar os valores mais fundamentais dos clientes e manter estes como diretrizes da ação a ser tomada à despeito dos seus obstáculos emocionais (Hayes et al., 1999; Wilson & Murrell, 2004).

4. A Integração de Valores Religiosos/Espirituais em Psicoterapia

Segundo Jones e Wilcox (1993), cada teoria psicológica incorpora valores particulares conforme a visão de homem e de mundo sustentada pelos paradigmas filosóficos que a embasam e que implícita ou explicitamente inclui julgamentos sobre a natureza da vida humana, o que é “bom” ou “ruim”. Richards et al; (1999) discutem como os sistemas do naturalismo, relativismo

ético, hedonismo ético e positivismo, presentes nas abordagens terapêuticas, influenciam como os terapeutas assumem o papel dos valores em psicoterapia.

Invertendo-se a ordem de influência, pode-se hipotetizar que a própria escolha da abordagem terapêutica pelo psicólogo em formação pode ser orientada pelos valores por ele já pré-concebidos, muitas vezes provenientes dos contextos religiosos dos quais fazem parte, e para os quais busca evidências. Uma pesquisa realizada por Bilgrave e Deluty (1998) conclui que tanto a exposição aos conteúdos da Psicologia quanto à determinada religião participa na escolha da orientação psicológica. Psicólogos cristãos tendiam a orientação cognitiva-comportamental enquanto que aqueles que professavam crenças místicas orientais tendiam a abordagens humanistas e existencialistas.

À medida que o terapeuta recorre aos seus próprios valores religiosos/espirituais no seu trabalho depende de variáveis tanto pessoais - a visão pessoal do terapeuta sobre religião e espiritualidade (Shafranske & Malony, 1990), quanto filosóficas, teóricas e práticas da abordagem que adota. Ao mesmo tempo, alguns estudos demonstram que os valores religiosos/espirituais do cliente acabam prevalecendo na determinação do nível de participação dos valores do terapeuta no processo psicoterápico bem como no estabelecimento dos objetivos terapêuticos (Wyatt & Johnson, 1990; Worthington & Gascoyne, 1985).

Segundo Hill e Knox (2002), há uma lamentável falta de pesquisas que investiguem como os valores religiosos/espirituais do terapeuta afetam o seu trabalho como terapeuta. Por outro lado, há algumas pesquisas que investigam o impacto de tais valores trazidos pelo cliente no processo terapêutico e sobre o progresso do próprio cliente (Propst, 1996; Martinez, 1991).

Muitos clientes, especialmente religiosos, fazem perguntas pessoais para os seus terapeutas com o objetivo de fazer um “teste teológico”. Uma vez que a procura e escolha de um

terapeuta parte do cliente, pode-se dizer que este pode se beneficiar dessa oportunidade para fazer uma escolha orientada para os seus valores. De acordo com Bergin (1980a), oferecer aos clientes o direito de conhecer os valores dos seus terapeutas faz parte de um compromisso ético com o cliente. Portanto, segundo o autor, faz-se necessário que os terapeutas estejam conscientes dos seus próprios valores e os exponha, à medida que se contraponham aos valores de determinado cliente ou comunidade como um dos princípios de uma conduta profissional.

A intensa discussão entre Bergin, Ellis e Walls sobre valores em psicoterapia, publicada em 1980, e que permanece bastante atual, esclarece as diferentes posturas assumidas pelas abordagens terapêuticas e terapeutas teístas e/ou religiosos e ateístas e/ou não-religiosos. A discussão traz o reconhecimento de um fato que intriga os terapeutas ocidentais: a discrepância entre os valores cristãos e a maioria dos valores implícitos nas abordagens psicológicas e, portanto, a dificuldade de uma tentativa de integração. Como esclarece Walls (1980), não constitui uma obrigação do terapeuta não-teísta incluir valores teístas a fim de acomodar a definição de valores do público geral (mais religioso do que a comunidade de terapeutas), mas assume que os valores do terapeuta devem ser supostamente mais adequados (no entanto, não esclarece o que seria mais adequado) do que os valores daqueles que se submetem aos seus cuidados. Bergin (1980b) sugere que assim como o terapeuta secular pode atuar confortavelmente em seu paradigma, o terapeuta religioso, pode ser eficaz para uma grande população de clientes. Além disto, deve receber o devido respeito e reconhecimento acadêmico, sem, contudo, a usual opressão e constrangimento, que perturbam a sua livre expressão. Por outro lado, Walls (1980) insiste que todos os valores devem ser observados sob critérios racionais, enquanto Ellis (1980) propõe os valores do ateísmo probabilístico - o qual, afirmando que nada/ninguém é supremo, condena o absolutismo e inflexibilidade dos valores implicados

nas religiões teístas - como alternativa saudável de pensamento em contraposição à patologia da religiosidade.

Discussões como essas, parecem frustrar as expectativas daqueles que buscam respostas definitivas ou consensuais para tal dilema. Com a maior abertura à espiritualidade na atualidade, a diversidade da literatura psicoterápica parece indicar que desde os anos de 1980 até o momento atual houve uma tendência de fomentar o diálogo entre religião e Psicologia, o que pode também ser observado pelo aumento do número de atividades acadêmicas (simpósios, encontros, etc.) sobre o tema, e pela observação do aumento de líderes religiosos nos cursos de Psicologia.

A maioria dos terapeutas aceita que os seus valores influenciam o processo terapêutico e a medida desta influência depende do tipo de terapia, variáveis pessoais do terapeuta e aspectos culturais (Bergin, et al; 1996; Benner, 1993; Tjeltveit, 1991). Há evidências que demonstram como os valores do terapeuta influenciam cada fase da psicoterapia, objetivos do tratamento, a seleção das intervenções e avaliações dos resultados da terapia (Bergin, 1980a; Bergin, 1985), além da constatação de como os clientes se tornam “parecidos” com seus terapeutas, adotando seus valores (Bergin et al., 1996). De fato, alguns estudos confirmam que as variáveis não-técnicas ou pessoais do terapeuta são mais determinantes nas mudanças comportamentais do cliente do que a abordagem terapêutica utilizada (Bergin & Lambert, 1978). Desse modo, o estudo dos valores em psicoterapia poderia esclarecer como as variáveis pessoais do terapeuta, além das técnicas utilizadas, estariam influenciando os resultados terapêuticos.

Estudos clássicos sobre o episódio verbal na relação terapêutica como os reunidos por Staats e Staats (1973) demonstravam como o terapeuta pode exercer influência sobre o comportamento verbal de seus pacientes condicionando relatos em concordância com a teoria adotada pelo terapeuta (Krasner, 1958); ou modelando relatos sobre temas específicos (Verplank,

1956); lembrando eventos da infância tendo como estímulo reforçador o *uh-huh* do experientador (Quay, 1959), dentre outros. Esse tipo de prática terapêutica, em que os princípios da aprendizagem operante da Análise do Comportamento foram literalmente aplicadas a problemas clínicos, foi criticado como sendo manipulador e superficial. É verdade que tais técnicas nunca foram amplamente aceitas pelos terapeutas comportamentais; contudo, não se pode negar que as terapias da primeira e segunda onda promovem um tipo de relação entre terapeuta e cliente na qual o terapeuta “ensina” para o cliente como deve agir ou pensar. Diferentemente, a Análise Clínica do Comportamento valoriza a vivência do reforçamento natural que surge das interações legítimas do cliente com o seu ambiente natural, inclusive o da relação terapêutica (Kohlenberg et al., 1993). Com isto, o papel de ensino do terapeuta é substituído pelos papéis de compartilhar com o cliente os efeitos de seus comportamentos sobre ele, e de expô-lo diretamente às contingências do seu mundo.

Ainda que haja um predomínio de autores os quais concordam que implícita ou explicitamente os valores pessoais do terapeuta estejam envolvidos em psicoterapia, as divergências concentram-se nas respostas sobre como os terapeutas devem lidar com os seus próprios valores ao longo do processo terapêutico; se devem abordar o tema no atendimento clínico ao cliente, e como devem proceder ao decidirem favoravelmente a isso.

As posições assumidas pelos psicoterapeutas e conselheiros psicológicos variam de uma defesa da neutralidade à afirmação de que o terapeuta deve transmitir os seus valores religiosos/espirituais aos clientes no atendimento clínico. Há uma tendência dentre os terapeutas religiosos de expor explicitamente os seus valores religiosos/espirituais, e explorar questões relacionados à espiritualidade do cliente, o que Tan (1996) denominou como modelo de integração explícita. Por outro lado, terapeutas não-religiosos acreditam que tais assuntos só

devem ser abordados em psicoterapia caso o cliente os relate espontaneamente como um problema clinicamente relevante, o que se aproxima da definição de integração implícita. Segundo Tan (1996), mesmo terapeutas religiosos e que compartilham o mesmo credo do cliente podem escolher adotar esta última atitude.

Em um estudo realizado por Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn (1992), o tratamento cognitivo-comportamental para depressão com envolvimento de crenças religiosas de clientes cristãos demonstrou resultado superior ao tratamento sem o envolvimento da religiosidade do cliente. Entretanto, o estudo de Peucheur e Edwards (1984) oferece evidências de que não há diferença significativa quanto aos resultados terapêuticos da terapia cognitiva para depressão com ou sem integração das crenças religiosas dos clientes no tratamento.

Um pressuposto básico na terapia cognitiva-comportamental é que as cognições de uma pessoa afetam ações e sentimentos subseqüentes. Nesse modelo, sugere-se que as crenças irracionais de uma pessoa, cujos conteúdos podem envolver crenças religiosas, sobre eventos externos podem causar problemas emocionais (Beck, 1997; Beck, Freeman & Davis, 2005). Propst (1996) reconhece similaridades entre os processos de transformação da mente no cristianismo e reestruturação cognitiva, podendo essa ser entendida como um exercício espiritual. Logo, reflexões teológicas podem ser utilizadas como técnicas de reestruturação cognitiva como uma oportunidade de tratar de forma mais efetiva determinados esquemas como perfeccionismo, por exemplo, cujas raízes podem ser encontradas em crenças religiosas. Do mesmo modo, na terapia cognitivo-comportamental, motivações religiosas do contexto de fé do próprio cliente podem ser utilizadas pelo terapeuta para facilitar a adesão ao programa de mudança.

Patterson (1989), na visão da terapia centrada no cliente, enfatiza a impossibilidade do

terapeuta evitar a comunicação dos seus próprios valores em psicoterapia quando, por exemplo, estabelece os objetivos e escolhe os métodos para alcançá-los. Portanto, estabelece como princípio que o terapeuta deve estar consciente de seus próprios valores e de como esses valores estão ou devem estar envolvidos na sua prática clínica. Assim, o terapeuta não deve impor os seus valores ao cliente, pois a sua função como terapeuta deve ser a de um facilitador e não manipulador. Esta opção não impede a discussão de valores, éticas e filosofias de vida com o cliente, e se necessário em circunstâncias especiais, poder revelar os seus próprios valores, deixando claro para o cliente que se trata de uma perspectiva pessoal.

Helminiak (2001a) afirma que espiritualidade, antes de constituir um fenômeno religioso ou teísta, constitui uma realidade humana genérica e, portanto, pode-se dizer que toda psicoterapia secular, ou seja, as psicoterapias tradicionais, contribuem para o crescimento espiritual. Segundo o autor, o terapeuta, com base em princípios de saúde psicológica como autenticidade e não necessariamente no conhecimento teológico sobre a religião do cliente, pode responder aos problemas espirituais do cliente de três maneiras: validando-os, reinterpretando-os ou rejeitando-os. O terapeuta pode reinterpretar as crenças religiosas do cliente quando usadas para alimentar dificuldades como, por exemplo, quando o cliente se apóia na crença de que um milagre resolverá os seus problemas. Neste caso, um problema aparentemente teológico ou religioso é transformado em um problema secular. Finalmente, o terapeuta pode se opor às dadas crenças do cliente, como por exemplo, a alegação, por parte do cliente, de que o diabo o levou a determinada ação, e invocar motivações religiosas que possam apoiar a falibilidade das crenças do cliente.

Segundo Banaco (1996), o terapeuta não deve competir com a ética religiosa do cliente, mas conhecê-la o melhor possível a fim de manejar as mudanças necessárias para a solução do

problema do cliente. Além de identificar quando o controle religioso está sendo prejudicial para o cliente, o terapeuta deve desenvolver autocontrole para suportar as frustrações decorrentes do conflito com padrões morais bastante diferentes dos seus. Segundo Vandenberghe (2004), cabe ao terapeuta apenas reconhecer e saber mobilizar os recursos advindos desse aspecto da vida do cliente. “Trata-se de despertar o cliente para uma riqueza que possui, mas ainda não usou para o seu próprio bem”(p.3). Assim, o terapeuta pode estruturar intervenções de acordo com a religiosidade do cliente.

Dados de uma pesquisa de Knox, Catlin, Casper, & Schollosser (2005) revelam que discussões envolvendo temas religiosos/espirituais quando realizadas no início do processo terapêutico evocaram efeitos negativos como fazer com que os clientes se sentissem julgados. Pesquisas que investigam os efeitos da similaridade ou divergência dos valores entre terapeuta e cliente apontam que a similaridade especialmente entre valores religiosos/espirituais oferece algumas vantagens. O próprio vínculo terapêutico pode ser aprimorado quando há similaridades entre valores do terapeuta e cliente (Worthington & Gayscone, 1985). A pesquisa de Martinez (1991) relaciona a melhora dos clientes com a similaridade e convergência dos valores entre cliente e terapeuta. Os resultados indicam que os clientes relatavam maior grau de melhora quando seus terapeutas tinham valores diferentes, enquanto que os terapeutas relatavam melhora mais significativa em seus clientes quando esses apresentavam valores que convergiam aos seus. Por outro lado, os dados da pesquisa realizada por Kelly e Strupp (1992) sugerem que, talvez, a melhor alternativa seja que os valores entre terapeuta e cliente não sejam muito semelhantes nem muito diferentes.

Shafranske e Malony (1990) constataram que, embora 71% dos psicólogos clínicos se declaravam envolvidos em alguma religião, 68% achavam inapropriado realizar orações em

psicoterapia e 55% diziam a mesma coisa sobre o uso de escrituras sagradas em psicoterapia. No entanto, estas mesmas práticas têm sido utilizadas por outros terapeutas, especialmente como estratégias de *coping* (McCullough & Larson, 1999; Anderson, 1997; La Torre, 2004; Garzon, 2005; Cole, 2003). Por exemplo, a oração pode ser introduzida tanto dentro (ao iniciar e/ou finalizar a sessão) quanto fora da sessão, como um exercício contínuo que, juntamente com outras estratégias terapêuticas, visam reduzir o sofrimento emocional. O tipo, a frequência e o estilo da oração dependem da abertura do cliente para se engajar em tal tarefa, do tipo de problema para o qual se ora, e das características da espiritualidade do cliente, e da interação entre terapeuta-cliente no caso fazerem isso juntos. É importante que o terapeuta se sinta confortável em realizar isso junto com o cliente, caso essa seja uma necessidade do cliente (McCullough & Larson, 1999).

Não somente práticas da espiritualidade cristã, mas as práticas oriundas da tradição oriental, particularmente as do Budismo e do Hinduísmo, têm sido amplamente utilizadas e pesquisadas em termos de sua efetividade terapêutica. São abundantes as publicações recentes referentes às contribuições de uma central meditação budista – *mindfulness* – na terceira onda das terapias comportamentais aplicada à redução de estresse, transtornos de ansiedade, prevenção de recaídas em depressão, transtorno de personalidade borderline, transtorno alimentar, regulação de emoções, tomada de decisões, etc. (Linehan, 1993; Marlatt et al; 2004; Marlatt & Kristeller, 1999; Orsillo et al; 2004; Teasdale, Segal & Williams, 2003; Hayes & Feldman, 2004; Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990;1994).

As mesmas cautelas que foram discutidas a respeito de práticas ocidentais valem para os orientais. Segundo Teasdale et al., (2003), um treino de *mindfulness* só deve ser realizado quando a relevância de cada aspecto de *mindfulness* para um problema específico é formulado, pois há

chances de que a aplicação generalizada de tais princípios não seja benéfica (Teasdale et al., 2000). Além disso, faz-se necessária uma comunicação cautelosa com os clientes ao iniciar a aplicação do treino de *mindfulness*. Uma formulação clara do problema deve justificar o emprego de tal procedimento, além de também poder criar visões alternativas para o problema do cliente. A ênfase dada na intervenção aos diferentes componentes de *mindfulness*, como exposição, mudança cognitiva, relaxamento, aceitação deve ser ajustada à demanda do problema (Teasdale et al., 2003). Dimijan e Linehan (2003) temem que desvincular a prática de *mindfulness* de suas raízes espirituais poderia limitar o potencial de tal prática e o sacrifício do treinamento adequado, o qual inclui manter contato com líderes espirituais.

Provavelmente, desconstruir a ligação exclusiva de *mindfulness* com a religiosidade oriental será algo necessário para promover sintonia com a vivência religiosa de muitos dos nossos clientes. McLemore (1982) alerta para o fato de que algumas formas de meditação e contemplação podem ser vistas negativamente por clientes cristãos ou judeus. Portanto, adaptações ao contexto cultural e religioso do cliente podem ser necessárias. Martin e Carlson (1988) sugerem algumas similaridades dentre as práticas orientais de meditação e relaxamento e algumas práticas meditativas e contemplativas cristãs. A meditação cristã, resgatada pelo monge beneditino inglês John Main (1926-1982), está baseada na repetição de um mantra. O mais usado é o "Maranatha", (em aramaico, o que quer dizer, "Vem, Senhor"). Contudo, uma adaptação deve ser feita já que no caso da meditação oriental há uma postura não-julgamental da experiência e de não-ação, enquanto que na meditação cristã há uma busca de intensa conexão com o sagrado.

Algumas tentativas de integração de espiritualidade e religiosidade no tratamento psicoterápico correm o risco de serem apelativas, sugestivas, ou ainda abusarem da fragilidade do cliente extrapolando objetivos psicoterapêuticos. Richards e Bergin (2005), a fim de

minimizar e/ou evitar os riscos de violações éticas dos terapeutas e conselheiros que assumem duplos papéis (religioso e psicoterapeuta), oferecem uma série de recomendações elementares que deveriam ser observadas nesses casos, tais como: respeitar a autonomia e liberdade do cliente; obtenção do consentimento do cliente e descrição dos procedimentos e proficiência de determinada intervenção; estabelecer objetivos religiosos ou espirituais em psicoterapia somente quando o cliente expressar tal desejo; não tentar converter o cliente para a sua ideologia religiosa ou denominação, evitando fornecer literatura religiosa, convidar o cliente para atividades religiosas ou ensinar doutrinas ou tradições.

5. A Auto-Revelação do Terapeuta

Hill e Knox (2002) definiram a auto-revelação do terapeuta como declarações que revelam alguma coisa pessoal sobre o terapeuta. A omissão e neutralidade do terapeuta enquanto pessoa pode ser algo bastante controverso na literatura psicoterápica. Na teoria psicanalítica Freudiana, há uma preocupação em manter no analista uma postura máxima possível de neutralidade, anonimato e abstinência para que o analista possa interpretar e resolver o problema da transferência. Embora embasados na tradição psicanalítica, muitos terapeutas psicodinâmicos relatam que clientes podem se tornar mais conscientes do efeito de seus comportamentos sobre os outros quando o terapeuta revela suas reações aos clientes (Lane & Hull, 1990 *apud* Hill and Knox, 2002). As teorias humanistas entendem a auto-revelação do terapeuta como uma expressão de genuinidade e consideração pelo cliente, além de desmistificar o processo terapêutico. As teorias feministas são favoráveis à auto-revelação com objetivos terapêuticos, como por exemplo, para transmitir valores feministas. Adicionalmente, a auto-revelação do terapeuta permite ao cliente tomar decisões apropriadas quanto a escolha ou não de determinado

terapeuta a partir das informações por ele reveladas, como a religião (Hill & Knox, 2002).

Antaki, Barnes e Leudar (2005) em uma pesquisa que envolvia sessões terapêuticas com terapeutas cognitivos-comportamentais, dentre outros delineamentos, apontam a necessidade de considerar o contexto no qual ocorre a expressão de informações pessoais para determinar se tal comportamento trata-se ou não de auto-revelação. A análise dos diálogos confirma que as funções da auto-revelação por parte de uma pessoa geralmente leva a auto-revelação por parte do outro. Tal reciprocidade parece ter um efeito maior sobre o sentimento do cliente de estar sendo compreendido, do que a afirmação convencional do terapeuta de “eu entendo”. Isso também evita que o cliente pense que está completamente sozinho ou particularmente doente.

Auto-revelação como técnica terapêutica parece ser pouco utilizada na prática clínica. Os terapeutas relatam revelar mais livremente informações sobre sua vida profissional e raramente sobre práticas sexuais ou crenças (Edwards & Murdock, 1994). Hill e Knox (2002) fornecem alguns exemplos clínicos de como a especificidade da posição religiosa é requerida pelos clientes quando por exemplo, perguntam diretamente ao terapeuta qual é a sua religião. Portanto, os terapeutas devem estar sensíveis a esta necessidade do cliente e pessoalmente bem preparados para lidar com suas próprias convicções espirituais ou mesmo a ausência delas.

A Análise Clínica do Comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001) oferece abertura para que o terapeuta responda genuinamente às questões pessoais levantadas pelo cliente, já que aquilo que o terapeuta sente ou pensa, quando o cliente assim se comporta, pode ocorrer também nos relacionamentos interpessoais do cliente em ambiente natural. As respostas do terapeuta podem assim elucidar reações que o cliente evoca também em outras pessoas. Além disso, a escolha do cliente tanto direcionada pela similaridade quanto aos valores religiosos/espirituais do terapeuta, quanto pelas diferenças podem ser comportamentos clinicamente relevantes, os quais

através da filosofia e metodologia da FAP encontrarão na própria relação terapêutica uma oportuna chance de serem trabalhados. Sob essa perspectiva, na auto-revelação do terapeuta e sua habilidade de reagir naturalmente e terapeuticamente ao cliente, pode estar uma solução para a suposta problemática divergência entre valores do cliente e terapeuta.

6. O efeito alienador do controle verbal.

Nas interações características de um episódio verbal, um indivíduo pode alterar o comportamento de um outro dando instruções. Skinner (1969) classificou esse tipo de aprendizagem como comportamento governado por regras, e em contrapartida, a aprendizagem sem palavras, por tentativa e erro (pelas conseqüências) através de modelagem por aproximações sucessivas, como comportamento governado por contingências. A noção behaviorista de regras apresenta similaridades com o conceito de cognições e sugere que alguns problemas dos clientes são resultados de controle por regras distorcidas ou de outra forma disfuncionais e podem ser tratados com técnicas cognitivas. Porém, a mesma noção implica que outros problemas são modelados por contingências e precisam de uma abordagem vivencial (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A adoção da noção behaviorista de regra em detrimento do conceito de cognição (que é central nas terapias da segunda onda) levou a Análise Clínica do Comportamento a delegar ao controle verbal uma posição menos central. Na terapia cognitivo-comportamental, as cognições precisam ser modificadas para poder influenciar emoção e ação (Beck, 1997; Ellis, 1962). Porém, do ponto de vista behaviorista, regras não necessariamente exercem controle sobre o que a pessoa faz. A eficácia do controle verbal varia de pessoa para pessoa e de situação em situação, dependendo das experiências individuais em seguir regras. Dependendo da história do indivíduo

em ser reforçado por seguir regras, pensamentos ou suposições podem ou não afetar o comportamento subsequente.

Outra implicação da adoção deste conceito é que controle verbal virou por si mesmo suspeito no olhar clínico, isto em contradição com a confiança que as terapias da segunda onda mantinham na racionalidade. Comportamento governado por regras contém vantagens adaptativas por proporcionar aprendizagem de inúmeras coisas sem necessidade de exposição direta a elas. Além disso, pode representar um atalho na aprendizagem para a aquisição de muitas respostas com menos custo. Por outro lado, a não exposição direta às contingências pode gerar repertórios comportamentais insensíveis aos aspectos ambientais que não estão descritos nas regras (Hayes et al; 1999). A insensibilidade às contingências torna-se um tema clínico visto que muitos problemas psicológicos derivam de um rígido controle verbal estabelecido e adquirido por uma persistência na dependência de regras. Nessa perspectiva, as regras tornam-se disfuncionais à medida que a pessoa aprende a formulá-las ou a aceitá-las sem verificar sua adequação às contingências presentes no momento.

Segundo Hayes (1994), há três tipos básicos de comportamento moral que emergem do foco sobre o papel do ouvinte (aquiescência: “eu tenho que fazer o que a mamãe diz para eu fazer”; rastrear: “como eu posso fazer o que me traz reforçadores?”; e aumentador: “eu quero ser uma boa pessoa”). Nos níveis do falante encontraria-se o suporte para o sistema do ouvinte de governância por regras. Preocupação social para aquiescência (“como podemos estabelecer lei e ordem?”); para rastrear (“como podemos eliminar comportamento auto-destrutivo nos outros?”) e para aumentar: (“como podemos estabelecer uma sociedade que busque justiça?”). Tais comportamentos podem formar uma seqüência típica baseada em contingências normativas e na complexidade do comportamento envolvido. A Análise Clínica do Comportamento considera

que regras são necessárias, mas alerta para o perigo de se tornarem parte do problema do cliente quando são utilizadas para controlar comportamento, principalmente comportamentos privados.

Uma alternativa proposta pelas terapias comportamentais da terceira onda, pode ser a inclusão de *mindfulness* como recurso para desconstruir controle verbal/controlado externo patogênico. Esta prática pode contribuir com o enfraquecimento de rígidos controles verbais (Hayes & Gregg, 2000) e uma reorientação voltada para validação das experiências do indivíduo ressaltando a natureza holística da realidade, o que possibilita a construção de sínteses como um progresso do cliente na resolução de conflitos decorrentes do pensamento polarizado (Koerner & Linehan, 2002).

A discussão sobre a possibilidade de ensinar e a ética do ensinar em psicoterapia deve ser também refletida dentro de aspectos filosóficos. Existe uma tradição de pensamento que rejeita a validade da aprendizagem a partir de regras. A reflexão espiritualista do papel do psicoterapeuta e da impossibilidade de aprender/ensinar feita por Kopp (1976) compara a busca do cliente em psicoterapia com a de uma antiga peregrinação do homem que sozinho ou em grupos passa a vida toda em busca de paz, iluminação, poder e alegria. Tão desejoso de aprender e saber acaba nas mãos de guias, gurus, mestres espirituais de quem torna-se discípulo. Igualmente, hoje o homem quer ser discípulo do terapeuta, e como criança lança-se aos cuidados destes. No entanto, o paciente desejoso de crescimento precisa se dar conta de que é a força central da sua peregrinação, e o terapeuta, por sua vez, precisa estar consciente desta força no paciente. Como observador e catalisador, o terapeuta não tem nenhum poder de cura e só possui seu falível julgamento subjetivo e sua preciosa habilidade de escutar, pois no fundo sabe que a única coisa que o separa do “aprendiz” é que sabe que ambos são peregrinos. Diante dessa frustração, é que o cliente tem a chance de encontrar o verdadeiro crescimento.

Essa idéia de Kopp (1976) expressa a espiritualidade budista, a qual dispensa a presença do “Mestre” como aquele que dirige os passos dos seus seguidores. A idéia de transmissão de conhecimento ou experiência é invalidada. O romance de Hesse (1971) chamado *Sidarta* expressa com precisão as idéias do budismo indiano a esse respeito. Em uma digna jornada espiritual, os mestres, assim como as doutrinas e os rituais são dispensáveis e a plena sabedoria só pode ser encontrada dentro de si mesmo. Pelas palavras de Sidarta, personagem cuja estória se identifica com a do próprio Buda:

Gastei muito tempo e ainda não cheguei ao fim, para apenas aprender isto: que não se pode aprender nada! Acho eu que a tal coisa que chamamos “aprender” de fato não existe. Existe, sim, meu amigo, uma única sabedoria, que se acha em toda a parte. E o Atman (literalmente folego. Em sentido figurado: a força vital, a personalidade, o eu, a alma, o princípio da vida), que está em mim e em ti e em qualquer criatura. E por isso começo a crer que o pior inimigo dessa sabedoria é a sede do saber, é a aprendizagem. (p.18).

King (1998), na análise da impossibilidade de ensinar em Santo Agostinho, trata das condições do aprender/ensinar como um problema filosófico. Segundo o autor, o ponto de vista de Santo Agostinho, contrário ao de Wittgenstein, concebe o saber como produto de uma experiência de iluminação, um episódio interior de consciência ou “contato” com a verdade e aponta para a dificuldade da dependência na linguagem e seus signos como transmissora de conhecimento.

Segundo Santo Agostinho, citado por King (1998), palavras não mostram o que as coisas realmente significam, portanto, só é possível aprender algo através da experiência direta com as coisas. Por meio de palavras, no máximo, é possível a aquisição de certas crenças, o direito de acreditar ou não na narração, mas não conhecimento genuíno. A partir dessa idéia, compatível com a visão da espiritualidade budista, conclui-se que nada se pode aprender por meio de

conselhos, instruções ou experiência de outros.

King (1998), referindo-se a Teoria da Iluminação de Santo Agostinho, assume uma posição mais flexível quanto a possibilidade de alguma coisa ser aprendida com o outro, contudo, conclui que comportamento governado por regras não é suficiente para compreensão, e aceitar conhecimento com base em autoridade não produz conhecimento. Transpondo-se o raciocínio para a relação terapêutica, pode-se dizer que o terapeuta apenas serve de ocasião para que o cliente aprenda por seus próprios *insights* e experiência. Portanto, nessa perspectiva, o processo terapêutico e mesmo a participação do terapeuta como pessoa nesse processo são limitados quanto à ação educativa ou re-educativa de forma direta. Pode-se dizer que se algum valor é aprendido, isso decorre da experiência do próprio cliente restando ao terapeuta e ao processo terapêutico o grande mérito de estimuladores ou facilitadores.

A relação entre Teseu e Ariadne no mito do Minotauro observada sob o aspecto da dependência ilustra uma situação semelhante com a que acontece na relação terapêutica. Assim como Teseu foi dependente de um fio condutor cedido por Ariadne para encontrar o minotauro e aniquilá-lo, os clientes também são em algum momento, dependentes de um fio condutor cedido pelo terapeuta. Quando então, segurando na mão de seu terapeuta, já venceram os seus mais temidos monstros, seguem suas jornadas fortalecidos e sozinhos, lembrando-se ou não desse outro que, um dia, lhes deu suporte.

Focalizando a pessoa do terapeuta na sua relação com o cliente, a atual pesquisa visa investigar se terapeutas comportamentais acreditam que seus valores religiosos/espirituais devem - como um fio condutor - guiar o processo terapêutico e as decisões do cliente, sendo portanto, ensinados aos clientes; ou se devem aceitar os valores dos clientes, e excluir os seus valores do processo terapêutico.

Método

Participantes

A pesquisa se embasou em nove entrevistas com psicoterapeutas do sexo feminino atuando na cidade de Goiânia. Três das entrevistas são provenientes de uma pesquisa prévia, abandonada, que visava uma reflexão sobre a relação entre os conceitos teológicos de *Lei e Graça*, e os conceitos da Análise Clínica do Comportamento de *Controle Verbal e Mindfulness*. Estas três participantes têm uma formação básica na abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental bem como alguma experiência (leitura, cursos, ou supervisão) na análise clínica do comportamento. Das outras seis psicoterapeutas (que participaram durante a coleta de dados da nova pesquisa), duas trabalhavam com técnicas de orientação comportamental clássica e da análise aplicada do comportamento, enquanto as outras quatro tinham conhecimento da terapia cognitivo-comportamental e da análise clínica do comportamento.

O quadro 1 a seguir resume dados de identificação das terapeutas incluídas nessa pesquisa:

Quadro 1. Caracterização das participantes

Terapeuta	Tempo de Experiência Clínica	Abordagem Psicoterápica	Religião/Filosofia	Auto-classificação Nível de Religiosidade	Participante da 1ª/2ª pesquisa
A	20 anos	TCC e AAC	Evangélica	Religiosa	2ª
B	5 anos	TCC e AAC	Católica	Religiosa	2ª
C	4 anos	TCogC e ACC	Espírita	Religiosa	1ª e 2ª
D	4 anos	TCogC e ACC	Católica	Sem resposta	2ª
E	4 anos	TCogC e ACC	Evangélica	Religiosa	2ª
F	4 anos	TCC e TCogC	Espírita	Valoriza e cultiva espiritualidade, mas não religião.	2ª
G	4 anos	TCogC e ACC	Logosofia	Sem resposta	1ª
H	4 anos	TCogC e ACC	Cristã	Valoriza e cultiva espiritualidade, mas não religião.	1ª
I	4 anos	TCogC e ACC	Cristã	Valoriza e cultiva espiritualidade, mas não religião	1ª

Quadro1. O quadro acima resume dados de identificação das terapeutas incluídas nessa pesquisa. Observa-se que todas as terapeutas utilizam técnicas de mais de uma abordagem e se encontram em posições intermediárias entre as diferentes ondas em termos de formação, adesão, filosofia e aplicação clínica. Para Terapia Comportamental Clássica, utilizou-se a sigla **TCC**; para Análise Aplicada do Comportamento, **AAC**; para Análise Clínica do Comportamento, **ACC**; e Terapia Cognitivo-Comportamental, **TCogC**.

Material

Foi utilizado um gravador, fitas cassete, papel e caneta.

Procedimento

Proseguiu-se de acordo com a teoria fundamentada nos dados (Charmaz, 2003), um método qualitativo na qual a coleta de dados ocorre simultaneamente à análise dos mesmos. Tal estratégia permite que a análise dos dados já coletados permaneça moldando as decisões na coleta em prosseguimento em direção aos temas e questões emergentes. Conceitos que sintetizam e explicam os dados são desenvolvidos permanecendo próximos à realidade estudada. Uma série flexível de estratégias indutivas é estabelecida possibilitando a construção de teoria através da análise dos dados (Charmaz, 2003).

Inicialmente, as terapeutas foram contatadas por telefone e as entrevistas foram marcadas no consultório, ou na residência das mesmas em condições apropriadas. As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, com a participação de três assistentes, estudantes da graduação e participantes de grupo de estudo com a presente pesquisadora. Concomitantemente ao prosseguimento das demais entrevistas, uma codificação aberta dos dados já colhidos foi elaborada. Cada linha transcrita das entrevistas foi

analisada. A seguir, categorias começaram a ser criadas e transpostas nos *memos* (fichas). A construção das categorias deu-se a partir da procura de similaridades e diferenças dentro de uma mesma entrevista e entre diferentes entrevistas.

À medida que mais categorias foram sendo criadas, mais *memos* foram feitos, com novas categorias ou com sub-categorias que eram agrupadas em alguma outra já existente a partir das comparações feitas. Após releitura das entrevistas e códigos, as categorias foram reorganizadas com base nas comparações entre entrevistas. Durante a pesquisa inicial (que foi abandonada), em que as participantes foram solicitadas a comparar os conceitos de Lei e Graça com Controle Verbal e *Mindfulness*, emergiram categorias denotando a influência de experiências religiosas/espirituais na atuação terapêutica. As terapeutas encorajaram atitudes dos clientes que eram similares às suas, e a crença de que devem praticar o que ensinam aos seus clientes. O surgimento desses dados levaram a um redirecionamento dos objetivos da pesquisa. Com o propósito de investigar como as terapeutas lidam com seus valores religiosos/espirituais em psicoterapia, uma entrevista semi-estruturada foi elaborada (ver anexo B). Mais seis participantes foram contatados e novas entrevistas foram realizadas. A partir da análise da primeira entrevista desta nova pesquisa, uma sexta pergunta foi inserida (ver anexo B), o que exemplifica como a análise vai moldando as decisões ao longo da coleta de dados (Charmaz, 2003). Após a análise das entrevistas, os dados de três entrevistas da pesquisa inicial foram integrados nas categorias gerais existentes. Na redação final, as relações entre categorias foram ilustradas com trechos das entrevistas.

Ao final da análise dos dados, foi solicitado a todas as participantes que respondessem a uma questão fechada (ver anexo C) sobre a classificação quanto aos seus próprios valores/envolvimento religioso/espiritual.

Resultados/Discussão

As categorias especificadas a seguir formam uma teoria fundamentada nos dados da atual pesquisa e estão organizadas a partir das categorias emergentes da análise das entrevistas. As quatro categorias serão brevemente definidas, as subcategorias serão ilustradas com trechos das entrevistas e, logo em seguida, serão discutidas.

Pode-se resumir a seqüência explicativa das categorias como: Entre aceitar ou ensinar o cliente, (1) os terapeutas devem aceitar os valores do cliente, e (2) evitar ensinar valores religiosos/espirituais; Inevitavelmente, (3) os valores do terapeuta estão presentes na psicoterapia; (4) e, em certas situações, o terapeuta age explicitamente de acordo com os seus valores.

1. O terapeuta deve aceitar os valores religiosos/espirituais do cliente (A, B, D, F)

Os valores dos clientes, quando surgem na terapia, devem ser aceitos pelos terapeutas, os quais não devem emitir julgamentos de valor a esse respeito mesmo quando os seus valores são incompatíveis com os valores do cliente. Aceitar os valores dos clientes requer do terapeuta a habilidade de adaptar as mudanças propostas aos valores dos clientes, como sugerem Vandenberghe (2002) e Banaco (1996). Desse modo, os valores só devem ser questionados quando há incoerência entre os valores estabelecidos pelo cliente e os seus próprios comportamentos em direção a eles. A posição assumida pelas participantes está de acordo com as recomendações éticas de Richards e Bergin (2005) de respeito aos valores religiosos dos clientes.

1.a. Terapeuta valoriza o desejo do cliente. (B, F)

Ao utilizar os valores do próprio cliente como parâmetro (ao invés de usar padrões sociais ou os próprios padrões) para avaliar se determinado comportamento é adequado em um contexto específico, assume-se que o cliente é responsável pelas conseqüências de suas próprias escolhas.

"...se eu concordo ou não, não é relevante" (B)

"...o máximo que eu faço é questionar o seguinte: "você pensando, agindo dessa forma, te faz bem?" "Sim", então ótimo, continua assim". (F)

Observa-se que as participantes não estão sendo neutras, mas expressam valores que poderiam ser identificados como hedonismo e relativismo ético, cujas tendências advindas do contexto da modernidade priorizam a gratificação pessoal, estabelecendo-a como critério para a orientação da conduta (Rubio, 1999). A concepção do próprio indivíduo como referencial moral pode ser reconhecida em quase todas as abordagens psicoterápicas tradicionais.

Diferentemente, a moral absolutista das religiões (como o cristianismo e o islamismo) reconhece o referencial moral para o homem na tradição, nos livros sagrados e na concepção de Deus, sendo esse um aspecto que abriga a maior diferença entre os aconselhamentos religiosos e a psicoterapia secular.

1.b. Terapeuta norteia as intervenções de acordo com as crenças do cliente (A, B, D, F)

Os objetivos terapêuticos podem ser adaptados aos contextos religiosos/espirituais do cliente como estratégia de intervenção.

"... paciente com depressão, que às vezes é religioso, então você fala, nossa é importante você ir à igreja, orar, pedir a Deus ajuda, isso é muito bom, porque quando você está fazendo isso, você

obriga o paciente a sair de casa, e isso é ação, então o que você tem que ensinar para aquele paciente que tem depressão: movimento, ação, e o que vai ser o estímulo pra conseguir isso com o paciente: é usando a religião. Se ele não tem religião, você usa qualquer outra coisa que seja prazerosa para o paciente.” (F)

“... eu entendo que o cliente vem ao consultório buscar a solução para alguma coisa, quer dizer, ele quer fazer algumas coisas que não consegue fazer, ou que não sabe como fazer e eu vou ter que ensinar como fazer, então eu acho que eu devo ensinar, mas ensinar dentro dos seus conjuntos de crenças e valores, e não ensinar os meus” (B).

Vandenberghe (2002) sugere a mobilização da religiosidade do cliente no mesmo sentido. Muitos autores concordam que a despeito da abordagem adotada e dos valores pessoais do terapeuta, ele deve estar sensível à possibilidade de explorar terapeuticamente a dimensão espiritual da vida do cliente (Wolf & Stevens, 2001; Gotterer, 2001; Beck, 2003; La Torre, 2002; Shafranske & Malony, 1996). Na literatura clínica atual, há uma tendência a apoiar a idéia de que técnicas da experiência religiosa/espiritual do cliente, como por exemplo, oração e meditação, podem ser integradas ao tratamento por terapeutas religiosos ou não-religiosos desde que devidamente preparados (Tan, 1996; Miller, 1999; Richards & Bergin, 2005; Josephson & Dell, 2005; Kabat-Zinn, 1990; Marlatt et al; 2004; McCullough & Larson, 1999).

2. Terapeuta não deve ensinar valores ao cliente (A, B, C, D, E, F)

O ensino direto de valores religiosos/espirituais em psicoterapia foi uma questão rejeitada pelas participantes. A opinião foi sustentada com argumentos éticos, pragmáticos e religiosos.

2.a. Terapeuta evita questões que possam revelar divergências (A)

Consiste em omitir divergências em função de manter a neutralidade na sessão

terapêutica.

“... é melhor que eu me exima de estar lidando com aquelas questões objetivas na terapia, pra não estar correndo o risco, porque a gente não fala só com palavras, mas com os nossos gestos e eu posso até estar respeitando, mas objetivamente ele está vendo que eu estou fazendo alguma censura, ... e vou então criar uma dificuldade para o cliente porque ele está depositando toda uma confiança, ” (A)

A neutralidade do terapeuta tem sido criticada na psicoterapia contemporânea. Muitos autores concordam que há impossibilidade de haver neutralidade por parte do terapeuta, uma vez que este se coloca como pessoa no processo terapêutico e inevitavelmente seus valores influenciarão todo o processo desde o estabelecimento de objetivos terapêuticos até a avaliação dos resultados (Bergin et al., 1996; Tjetvelt, 1991; Patterson, 1989).

A FAP, por exemplo, considera a exposição da divergência no cerne da relação terapeuta-cliente como uma oportunidade terapêutica para mudança comportamental. Nota-se que a terapeuta com mais anos de experiência e se auto-definindo como terapeuta comportamental reflete o estilo da relação terapêutica predominante até a segunda onda de terapias comportamentais, o que, por sua vez, é compatível com a tradicional idéia freudiana de que o terapeuta não deve se revelar ou influenciar o cliente com o seu sistema de crenças (Freud, 1915/1963).

2.b. Terapeuta não deve dar conselhos (A, B, C, D, E, F)

Os terapeutas cognitivo-comportamentais não devem dar conselhos ou fazer sugestões diretas aos seus clientes, mas devem ajudar o cliente a analisar todas as possibilidades e deixá-lo tomar suas decisões sem influência das preferências do terapeuta. Embora as participantes C, D,

E, F concordem que não devem dar conselhos, reconhecem que em muitas situações cedem a tal postura.

“Com o objetivo puro e simples de dar conselhos, não. Eu acho que ele deve falar tal e tal tomada de decisão tem tais e tais conseqüências, que diferencia do dar conselhos que diz: faça assim, como se aquilo já estivesse uma contingência objetivamente favorável e não é o que acontece...” (A).

“Por mais que você tente não dar conselhos, você acaba dando porque quando você mostra, por exemplo, que o paciente tem duas opções e que a opção A é melhor do que B, você está dando um conselho pra ele. Outro dia eu atendi um paciente e eu falava pra ele: pensa, pensa e vê que outra possibilidade que você pode ter... aí ele quase me sacudiu assim: “fala, pelo amor de Deus me fala, eu estou aqui pra você me ajudar (...) o dia que eu tentei fazer diferente com o paciente, ele falou: “mas eu vim aqui é pra isso, eu já fui em outros psicólogos, eles não falavam...” (F)

O conselho aberto dirigido ao cliente é uma prática mais comum em aconselhamentos não-profissionais, mas não constituem técnicas psicoterápicas nas tradicionais abordagens psicológicas. Entretanto, é possível que a transmissão de valores do terapeuta em psicoterapia seja considerado um dos objetivos terapêuticos (Beutler, 1979). Pesquisas iniciais tendiam a correlacionar a efetividade terapêutica com a convergência de valores do cliente em direção aos valores do terapeuta (Rosenthal, 1955; Rogers, 1951; Bergin, 1980a; Strupp, 1978). Além disso, o relato descrito pela participante F indica que o próprio cliente pode ter a intenção de receber e entender os conselhos do terapeuta como um dos objetivos terapêuticos.

3. Os valores da terapeuta estão implicitamente presentes na terapia (A, B, C, D, E, F, G,

H, I)

As terapeutas reconhecem que suas personalidades, valores, condição social, etc, ou seja, as variáveis pessoais do terapeuta estão presentes em psicoterapia e admitem a inevitável influência de seus próprios valores sobre as intervenções terapêuticas e relacionamento com o cliente.

3.a. O espaço terapêutico é sagrado para o terapeuta (A, B, C, E, F)

Terapeutas relatam que todo lugar é sagrado dentro de uma perspectiva espiritual da crença na onipresença do sagrado, não havendo, portanto, distinção entre espaços sagrados e profanos, como por exemplo, a igreja, ou o consultório.

“...qualquer lugar em que a gente estiver é um lugar sagrado porque está sendo habitado pelo Espírito Santo.” (A)

“Eu acho que o consultório é um lugar que merece uma postura profissional, então eu não admito algumas coisas aqui ..., agora no sentido de: “porque Deus está aqui, porque Deus está lá na minha casa, ou porque eu sinto uma energia diferente nesse lugar, não” (B)

“...então todo lugar que eu vou, que eu estou, eu considero sagrado. Talvez, eu não estando aqui não seja, porque o que vai fazer o lugar ser sagrado é a minha presença ... eu acredito que a presença de Deus está aqui, mesmo eu não falando para os meus pacientes....” (E)

“...desde a época em que eu me formei, nunca mais voltei a freqüentar o centro espírita, mas Deus está perto de mim, está em todo lugar que eu vou, está na minha relação com as pessoas...” (F)

A concepção de espaço profissional sagrado confirma a presença da pessoa do terapeuta como um todo no ambiente clínico. Isso significa que se o terapeuta for religioso, provavelmente, o espaço psicoterápico também será visto religiosamente. As participantes (A, E,

F) compartilham a idéia de que o espaço não é por si só sagrado, mas torna-se sagrado pela presença do sagrado na pessoa que o carrega, ou seja, a pessoa é o templo do sagrado. Além de uma perspectiva sobrenaturalista do sagrado, a sacralização do ambiente clínico também pode ser interpretada como simplesmente reverência a um espaço destacado dos demais pela ordem de importância do trabalho nele realizado (B).

3.b. Os valores direcionam as intervenções (B, C, D, E, F, G, H, I)

As participantes B, C, D, E, F, G, I reconhecem que é impossível evitar com que seus valores pessoais, religiosos/espirituais, sejam revelados de alguma maneira na interação com os clientes ou até mesmo direcionem as intervenções.

“ Eu acho que as relações no mundo são pautadas por leis gerais, princípios de comportamento, mas nós sabemos que esses princípios envolvem sentimentos, às vezes a gente reforça acidentalmente em função de nossas crenças ... ” (B).

“ (...) e quebrar as regras que ele tem, de que se realmente não ama pode separar sim, porque não pode viver infeliz por causa de uma sociedade (...) Se alguém está aqui nessa vida é para ser feliz e não para ser infeliz ... ” (C).

“ Não dá para não aparecer os nossos valores, não. A gente quando vai explicar alguma coisa, ou mesmo analisar o comportamento do cliente, primeiro analiso a partir dos meus valores, né?! É difícil; não é uma coisa fácil. ” (D)

“Igual por exemplo, divórcio, eu sou contra e já tiveram muitas pessoas na terapia que me procuraram assim, olha eu estou vendo como a última solução o divórcio. Obviamente, eu não quero que ela divorcie, então vou tentar fazer com que não se divorcie, mas ela não percebe isso, mas eu percebo, eu estou tendenciando, né? ” (E)

“ Quando você coloca para o paciente: olha você tem tantos caminhos, se você for por esse vai

acontecer isso, por aquele vai acontecer aquilo, pode ser que nessa história, nesses cinco caminhos que você oferece, por exemplo, entra uma coisa muito pessoal, pode ser que você não consegue desligar 100% o que você é dentro da sessão. “(F).

“... eu sempre tento elevar o mérito pessoal. A cliente fala assim: “nossa, mas eu sou merecedora mesmo das graças de Deus”. E aí você pergunta e o que foi que você fez? Então, eu mostro que o que recebe está relacionado com o que fez, então ela volta a esses méritos.” (G).

‘...eu não sabia muito bem como entrar nisso, então não evolui no problema porque eu não concordava, mas era a crença deles, mais do esposo inclusive, do que da esposa.’ (H).

“...eu acho que se eu agisse por essas regras (do tratamento) eu invalidaria a experiência dele (de ouvir uma voz interior), pois muitas vezes são incoerentes com as contingências. Eu só não invalido porque eu tenho experiências parecidas ... (I).

Os trechos supracitados invalidam a idéia de neutralidade do terapeuta e reforçam a posição de muitos autores sobre a participação dos valores do terapeuta em todo o processo terapêutico (Bergin et al., 1996; Bergin, 1980a; Bergin, 1985; Benner, 1993; Tjeltveit, 1991). Percebe-se como valores religiosos das participantes influenciam a determinação de objetivos implícitos do terapeuta em psicoterapia (E, C); direcionam a convergência de valores do cliente em direção aos valores do terapeuta (C, I); ou podem tendenciar as decisões do cliente (F). Segundo Richards e Bergin (2005), algumas intervenções podem ser consideradas como imposição de valores do terapeuta quando, por exemplo, o terapeuta explicitamente ou implicitamente sugere ao cliente que está “mal” espiritualmente por causa de suas escolhas ou estilo de vida.

3.c. *Similaridade de valores entre terapeuta e cliente favorece o vínculo terapêutico (A, C, E).*

As terapeutas reconhecem que maior confiança no terapeuta e uso de uma linguagem comum são vantagens que direcionam a escolha do cliente por um terapeuta da mesma religião.

“A maioria, 70 -80% procuram o terapeuta da mesma religião porque vão falar a mesma língua, o vínculo vai ser melhor, e porque a gente acredita na mesma coisa a cura deles é mais rápida do que de outros clientes que não são...eles tem mais credibilidade no que eu falo, não são desconfiados....” (E)

“ Eu posso falar de religião quando eu tenho pacientes da minha religião, que tocam no assunto, e dão abertura, pois a gente fala a mesma língua...”(C).

De acordo com Worthington e Gascoyne (1985), clientes altamente religiosos preferem terapeutas com a mesma orientação religiosa. Alguns desses clientes temem serem patologizados por terapeutas seculares (Worthington & Scott, 1983). Os relatos das participantes sugerem que as terapeutas também preferem clientes de mesma orientação religiosa que elas, especialmente por produzir maior liberdade para expressar seus valores religiosos/espirituais em psicoterapia. No caso de um conflito com os próprios valores morais, o cliente pode buscar apoio nos argumentos do terapeuta para tomar decisões que contrariam os princípios morais da sua religião procurando um terapeuta com uma orientação religiosa diferente da sua, como no exemplo relatado a seguir:

“(...) “faz um atendimento comigo agora, é rápido; eu não moro aqui, só tenho hoje” ele disse. E eu o atendi. E a primeira coisa que ele me perguntou foi “qual é a sua religião?” Eu falei “sou católica”, “que bom que você não é evangélica”, ele disse. Eu perguntei porque, aí ele falou “eu sou evangélico”. Porque ele já tinha feito um aconselhamento com o pastor, mas

não aceitava aquilo, precisava de alguém que falasse uma coisa diferente para ele” (D).

3.d. Discrepâncias entre valores do terapeuta e cliente são fontes de estresse (A, C, E).

Através de idéias confusas e contraditórias, as participantes A, C e E expressaram a vivência de conflitos entre seus valores religiosos/espirituais, os valores da abordagem terapêutica adotada e a ética profissional. Colocando a ética profissional acima de seus valores pessoais, as participantes relatam experienciar angústia, culpa e a sensação de que traíram seus preceitos.

“... você fala para o cliente uma coisa que você aprendeu na Psicologia, mas está contra seus valores. No meu consultório, eu não sou cristã, sou terapeuta, mas é horrível, é difícil demais, porque eu faço não concordando. Tenho questionado muito trabalhar com a co-dependência sendo cristã. Eu tenho sofrido demais com isso. Isso tem entrado em choque; até questionamentos que meus pacientes fazem eu tenho, às vezes... nem consigo dar respostas para eles. Por exemplo, os pacientes falam assim “mas doutora, isto não é egoísmo?” eu digo: “não, é amor próprio”. Ai eu falo dentro de mim, não; religiosamente isto é egoísmo, não é amor próprio. Então você trabalhar com a co-dependência é inverso ao cristianismo.” (C)

“Às vezes até tem conflito quando você pensa assim, olha eu poderia ter aproveitado a oportunidade para dizer alguma coisa que às vezes poderia ser a única oportunidade que a pessoa teria de ouvir isso e não ouviu de mim enquanto cristã, mas que aí eu começava a pensar assim: bom, mas esse não era meu papel ali naquele momento, meu papel não era de ganhar vidas, meu papel era de exercer uma profissão que tem regras, que tem normas...” (A)

As religiões cristãs são em essência evangelísticas (Mt 28: 18-20, Versão Almeida Revista e Atualizada), o que significa que uma missão para todo discípulo é pregar os ensinamentos e doutrinas a todas as pessoas em função de zelar não só pelas necessidades dessa vida, mas também, da vida após a morte. Richards e Bergin (2005) deixam claro que esse tipo de atuação, como oferecer a doutrina da salvação, não convém ao terapeuta. Embora as terapeutas reconheçam que esse não é o seu papel no atendimento clínico secular, sofrem a angústia de restringir o seu papel religioso na atuação clínica, já que essa íntima relação com uma vida poderia ser uma oportunidade de “salvá-la”.

4. O terapeuta age explicitamente de acordo com os seus valores (A, B, C, D, E)

Em alguns momentos da terapia, as participantes revelam sentirem-se confortáveis em falar explicitamente sobre seus valores e sobre os valores do cliente.

4.a. O terapeuta revela seus valores se o cliente pergunta (C, D)

As terapeutas concordam que se questionadas pelos clientes podem ter a liberdade de responder a questões da sua vida pessoal inclusive quando questões religiosas ou espirituais estão envolvidas.

“Tem cliente que pergunta se eu já tive amante; porque eu sou casada há muito tempo, e eu falo que não, que eu tenho valores diferentes, que eu acho que é importante a fidelidade e tudo” (D).

Segundo Hill e Knox (2002), a declaração da participante quanto à sua fidelidade conjugal pode ser considerada uma auto-revelação, mas evocada por questionamento do cliente. Algumas pesquisas reforçam a importância do terapeuta consentir em responder a tais perguntas do cliente já que há uma expectativa do cliente em torno de uma determinada frequência de auto-

revelação do terapeuta. (Vandecreek & Angstadt, 1985; Hendrick, 1988).

4.b. Os valores estão explícitos fora da sessão e podem ser utilizados terapeuticamente (A, E)

Uma alternativa mais discreta para o uso de intervenções religiosas/espirituais que evitem violar o código de ética psicoterápico é exercê-las fora do ambiente clínico, ou na ausência do cliente.

“(...) mesmo eu não falando pros meus pacientes, eu oro por eles na minha casa, antes de eles entrarem aqui eu peço que Deus intervenha, que eles saiam daqui diferentes...”(E)

“Você pode orar por aquela pessoa (cliente) ... enfim, tem várias formas que você pode trabalhar isso sem você atrapalhar o seu vínculo, ou aquela obrigação enquanto terapeuta...de uma forma mais sutil”. (A).

A crença na eficácia de que orar por outras pessoas (oração de intercessão) é compartilhada por várias religiões. Richards e Bergin (2005) não consideram anti-ético ou inapropriado orar pelos clientes mesmo que eles não saibam embora sejam bastante reservados quanto à prática de oração dentro das sessões terapêuticas. Segundo Magaletta e Brawer (1998), a oração fora do ambiente terapêutico permite com que o terapeuta ore pelo seu cliente mesmo sem saber a sua orientação religiosa. Apesar de produzir ou não efeito sobre o cliente, a oração intercessória pode produzir efeitos benéficos para o terapeuta como aumentar a empatia pelo cliente, alívio de ansiedade e gerar novas formulações para o caso.

4.c. O terapeuta pode ensinar se o cliente deseja (A, C, E).

Uma das queixas do cliente pode estar relacionada a conflitos entre seus próprios valores religiosos/espirituais ou ainda a ausência desses valores. Sendo assim, as terapeutas (A, C, E) concordam que o ensino de valores religiosos/espirituais pode vir a constituir um objetivo terapêutico.

“ o terapeuta, por saber fazer análise de comportamento, sabe que se uma coisa já é decidida ou não na vida da pessoa, mas se ele vem para a terapia é porque ele nem tem tanta certeza assim, então eu posso me colocar a disposição, e não precisa nem falar qual é a sua crença, porque você pode saber das crenças religiosas através de leituras....” (A)

“... e falei como ela que na próxima sessão nós vamos falar sobre religião.... ela acredita em Deus, mas não consegue fazer uma oração. Então, ela acha que não segue o tratamento, porque ela não tem fé, então acha que Deus faz falta na vida dela, para que ela viva, para que ela tenha vontade de viver. Entende?”(C).

Falar sobre religião, sem enfatizar aspectos dogmáticos, ou espiritualidade, referindo-se aos significados nos relacionamentos entre a pessoa, o outro, e o mundo, nesse caso, pode ser diretamente abordado em psicoterapia, pois o conteúdo é menos importante do que o significado da espiritualidade. Portanto, supõe-se que não deveria ser um problema trabalhar com clientes religiosos ou com crenças radicalmente diferentes das crenças do terapeuta (Farris, 2005).

Embora pareça não ocorrer com grande frequência, é possível que o cliente busque tratar questões espirituais em psicoterapia. Negligenciar essa tarefa tem sido uma postura criticada por muitos psicoterapeutas, muitos dos quais estimulam o foco explícito na integração de espiritualidade ao tratamento (Anderson, 1997; Miller, 1999; Richards & Bergin, 2005;

Shafranske, 1996; Josephson & Dell, 2005; Wolf & Stevens, 2001). No entanto, é importante que os terapeutas sejam especificamente treinados para lidar com essas questões (Miller, 1999; Bergin, 1980a; Richards & Bergin, 2005).

4.d. O terapeuta pode questionar valores que são prejudiciais (B, D)

“... Como eu não acho que vai ganhar o reino dos céus quem fizer sexo uma vez por semana, e se isso está fazendo mal para a pessoa eu acho que como profissional eu posso dizer: “olha, não há nenhuma evidência de que isso aconteça, Deus quer ver as pessoas felizes, se isso está te fazendo mal vamos mudar” (B)

“... eu não tenho que ensinar como é que ele vai viver a vida dele não, a não ser quando esses valores podem colocar a vida dele em risco.” (D)

De acordo com Helminiak (2001a), o terapeuta pode também rejeitar os valores religiosos/espirituais dos clientes. Entretanto, o critério para estabelecer quais comportamentos ou crenças devem ser confrontados, como sendo comportamentos religiosos/espirituais inapropriados não parece muito claro. É possível que o terapeuta baseado em alguma outra ética, como hedonismo, e não na ética religiosa do cliente, julgue determinado comportamento como inadequado.

Conclusão

Há um consenso entre as participantes de que os valores dos clientes devem guiar a psicoterapia. Por outro lado, também entendem que o terapeuta não consegue ser neutro numa relação tão pessoal e íntima como a terapêutica. Tendo em vista esse paradoxo, a presente pesquisa questionou o lugar dos valores religiosos e espiritualidade do terapeuta comportamental no contexto clínico. Considerando seu papel tradicional de ensinar novas maneiras de se comportar, há a possibilidade de que ele transmita os seus valores ensinando-os ao cliente, ou que ele aceite os valores do cliente adaptando as intervenções terapêuticas de acordo com a religiosidade/espiritualidade do mesmo.

Coerentemente com a abordagem psicoterápica que elas adotam, as participantes priorizam a função do comportamento religioso em contextos relevantes para os objetivos terapêuticos sobre a sua topografia. Assim, a dificuldade de lidar com diferentes valores e crenças entre terapeuta e cliente é amenizada, já que o conteúdo da religiosidade do cliente, como por exemplo, os fundamentos de sua fé, não são clinicamente relevantes.

Do total de nove participantes, seis concordam que o terapeuta não deve ensinar valores, mas nortear intervenções de acordo com os valores dos clientes. Com exceção da participante A, as demais assumem que seus valores implicitamente presentes influenciam suas atuações terapêuticas. As participantes A, C, e E, respectivamente evangélica, espírita e evangélica, se auto-definindo como religiosas reconhecem, como confirma a literatura (Worthington & Gayscone, 1985), que valores similares aos valores do cliente facilitam o vínculo terapêutico, e conseqüentemente, os resultados terapêuticos, enquanto que diferenças entre valores são fontes de estresse uma vez que podem ressaltar o conflito entre os papéis de

religioso e psicoterapeuta. Uma alternativa utilizada por essas participantes para esse tipo de situação conflitante é atuar religiosamente fora do ambiente terapêutico, e caso seja um objetivo do cliente, falar explicitamente sobre religiosidade e espiritualidade possibilitando assim, o ensino de valores religiosos/espirituais para o cliente.

No entanto, a integração da dimensão espiritual do cliente, como proposta por muitos autores (Miller, 1999; Richards & Bergin, 2005; Shafranske, 1996; Josephson & Dell, 2005; Wolf & Stevens, 2001), como por exemplo, quando meditação, oração ou leitura das escrituras sagradas são incorporadas ao tratamento, ainda não são praticadas pelas participantes. Além disso, nenhuma das participantes relatou ser especificamente treinada para lidar com essas questões. Considerando o dado de que essa integração é importante para clientes altamente religiosos, sugere-se que com a finalidade de maximizar os benefícios do uso da religiosidade/espiritualidade para esses clientes, as terapeutas valorizem e explorem terapeuticamente esses aspectos quando forem relevantes.

É importante ressaltar, no entanto, que os valores do cliente devem nortear os alvos e o processo terapêutico enquanto os valores do terapeuta só devem se tornar explícitos em situações com intenções terapêuticas e éticas específicas. Paralelamente, os valores religiosos e espiritualidade dos terapeutas deveriam ser consistentes com suas atuações terapêuticas, e não conflitantes e causadores de mal-estar para o terapeuta, como relatado pelas participantes A, C, e E. É importante que a pessoa religiosa esteja consciente de que é possível trabalhar em um modelo de psicoterapia que o permita atuar eticamente e ao mesmo tempo, se sentir confortável com os seus valores, crenças e espiritualidade. Assim sendo, o terapeuta pode adotar um modelo "religioso" de psicoterapia, o qual permite ao cliente saber exatamente os valores que nortearão o processo terapêutico (aqueles implicados em determinada religião). Isso seria adequado para

clientes e terapeutas que compartilham a mesma religião, ou para um cliente que independentemente de sua religião deseja trabalhar dentro de tal orientação. A outra opção, seria trabalhar com um modelo "secular" de psicoterapia, no qual os valores implicados são aqueles trazidos pelo cliente, desde que os possíveis conflitos vivenciados pelo terapeuta não conduzam a terapia na direção contrária àquela almejada pelo cliente. Uma sugestão para esclarecer as confusões teóricas geradoras desses conflitos experienciados pelos terapeutas seria a formação de núcleos de estudo designados a aproximar um diálogo entre religião e Psicologia, e encorajar leituras a fim de estabelecer os limites de cada campo, assim como explorar possibilidades de articulá-los. Além disso, no cultivo de sua espiritualidade, o terapeuta deve caminhar no sentido de promover harmonia entre seus pensamentos e ações, refletindo coerentemente os fundamentos de suas próprias crenças.

Estas reflexões apontam a necessidade, não só de aprofundamento teórico sobre o papel de religiosidade e espiritualidade nas terapias comportamentais, mas também da inclusão do assunto no treino de terapeutas. Em geral, o presente estudo contribui com essa expectativa ao alertar para a necessidade de discutir esse tema de grande impacto clínico; apontar áreas de fragilidade dos terapeutas, as quais merecem aperfeiçoamento; encorajar os terapeutas a buscar diferentes caminhos de serem mais eficientes para os seus clientes; e revisar a atitude terapêutica de pensar que sabe o que é certo, ou melhor para o cliente, o qual deve seguir as instruções do seu terapeuta em função de alcançar seus objetivos. Futuras pesquisas poderiam explorar questões como: os efeitos da exposição dos valores do terapeuta sobre os valores do cliente durante o processo terapêutico, e os efeitos de intervenções que utilizem religião/espiritualidade sobre diversos problemas clínicos.

ANEXOS

Anexo A

Entrevista Semi-estruturada

1) Você acha que como terapeuta você deve ensinar diretamente para o cliente o que ele deve fazer, como ele deve se comportar, ou você acha que deve aceitar os clientes plenamente com são (incluindo os valores morais, crenças religiosas deles, ou ausência destes)?

2) Se um cliente relata que tem valores incompatíveis com os seus, como você reage?

3) Em algum momento você já sentiu que traiu os seus valores pessoais por concordar, aceitar ou reforçar os valores do cliente?

4) Você costuma falar sobre sua religião, crenças ou valores morais para os seus clientes? Em que situações? Como (ensinando, pregando, aconselhando, sugerindo, supervalorizando)? Ou você acha que uma coisa é a vida espiritual e outra a vida secular, ou seja, você concorda que daqui pra dentro (consultório) os seus valores não devem entrar? Você separa os espaços (casa, consultório, etc.) da sua vida em sagrados ou não?

5) Você acha que os terapeutas cognitivo-comportamentais devem dar conselhos?

6) Qual seria a diferença de um aconselhamento realizado pelo líder espiritual na sua religião (ex. aconselhamento pastoral, direção espiritual) e a psicoterapia?

Anexo B

Auto-classificação da religiosidade/espiritualidade das participantes

Prezada colega,

Mais uma vez gostaria de agradecê-la pela participação na pesquisa em andamento pela UCG, "Ensinar ou Aceitar o Cliente: A Atuação do Terapeuta Cognitivo-Comportamental e seus valores religiosos/espirituais", sob supervisão do orientador Luc Marcel

Adhemar Vandenberghe.

Com a análise dos dados, pequenas alterações na coleta dos dados devem ser feitas de forma que faz-se necessária a inclusão de mais uma pergunta. Você pode respondê-la aqui mesmo e enviar a resposta para esse e-mail de envio assim que possível.

A questão é a seguinte:

1. Como você se classificaria em termos dos seus valores e envolvimento religioso/espiritual?
 - a. () Altamente religiosa
 - b. () Religiosa
 - c. () Pouco religiosa
 - d. () Não-Religiosa
 - e. () Valorizo e cultivo espiritualidade, mas não religião.
 - f. Outra _____

Agradeço a sua compreensão,

Fabírcia Costa Prado.

Referências Bibliográficas

- Anderson, D. A. (1997). Exploring a fourth dimension: Spirituality as a resource for the couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19, 137-148.
- Antaki, C., Barnes, R., & Leudar, I. (2005). Self-disclosure as a situated interactional practice. *British Journal of Social Psychology*, 44, 181-200.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Banaco, R. A. (1996). O manejo de aspectos religiosos na prática clínica comportamental. *Psicologia Revista*, 3, 103-109.
- Banaco, R. A. (2001). Religião e psicoterapia. *Fragmentos de Cultura*, 11, 55-64.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. (Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2003). Self and Soul: Exploring the boundary between psychotherapy and spiritual formation. *Journal of Psychology and Theology*, 31, 158-165.
- Benner, D. G. (1993). Values and psychotherapy: not “whether but “which” and “how”. In E. L. Worthington Jr., *Psychotherapy and religious values* (pp. 9-11). Grand Rapids: Baker Book House.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In: S. L. Garfield & A. E. Bergin (Orgs.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (pp. 139-190). 2nd ed., New York: Wiley.
- Bergin, A. E. (1980a). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105.
- Bergin, A. E. (1980b). Religious and humanistic values: A reply to Ellis and Walls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 642-645.
- Bergin, A. E. (1985). Proposed values for guiding and evaluating counseling and psychotherapy. *Counseling and Values*, 29, 99-116.
- Bergin, A. E., Payne, I. R., & Richards, P. S. (1996). Values in psychotherapy. In E. P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of Psychology* (pp. 297-326). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Bilgrave, D. P. & Deluty, R. H. (1998). Religious beliefs and therapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 329-349.
- Boff, L. (2001). *Espiritualidade: Um caminho de transformação*. Rio de Janeiro, Sextante.
- Browning, D. S. (1987). *Religious thought and the modern psychologies: A critical conversation in the theology of culture*. Philadelphia: Fortress.
- Buber, M. (1982). *Eu e Tu*. (Trad. Newton Aquiles von Zuben). São Paulo: Moraes.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory. In J. A. Smith (Org.). *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (pp. 81-110). London: Sage Publications.
- Christensen, A., Sevier, M., Simpson, L., & Gattis, K. (2004). Acceptance, mindfulness, and change in couple therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp 288-309). New York: The Guilford Press.
- Cole, V. L. (2003). Healing principles: A model for the use of ritual in psychotherapy. *Counseling and Values*, 47, 184-190.
- Dimijan, S. & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*, 72, 384-389.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1971). *Case against religion: A psychotherapist view and the case against religiosity*. New York: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's "Psychotherapy and religious values." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Farris, J. R. (2005). Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In M. AmatuZZi (Org.) *Psicologia e espiritualidade* (pp.161-172). São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2002). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. (16^a ed.). Petrópolis: Vozes/Sinodal.

- Freud, S. (1915/1963). Repression. In P. Rieff (Org.), *Freud: General psychological theory* (pp. 104-115). New York: Collier.
- Freud, S. (1927/1996). O Mal-Estar na Civilização. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (pp.73-143, vol.XXI, a). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1931/1996). O Futuro de uma Ilusão. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (pp. 15-63, vol.XXI). Rio de Janeiro: Imago.
- Garzon, F. (2005). Interventions that apply Scripture in psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 33, 113-123.
- Gotterer, R. (2001). The Spiritual Dimension in Clinical Social Work Practice: A Client Perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82, 187-193.
- Grant, (1985). The moral nature of psychotherapy. *Counseling and Values*, 29, 141-150.
- Guilhardi, H. J. (1995) Um modelo comportamental de análise de sonhos. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp. 227-267). São Paulo: Editorial Psy.
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. In S. C. Hayes (Org.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 153-190). New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., & Hayes, G. J. (1994). Stages of moral development as stages of rule-governance. In L. J. Hayes, G. J. Hayes, S. C. Moore, & P. M. Ghezzi (Orgs.), *Ethical issues in developmental disabilities*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Org.). *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291-307). Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.

- Hayes, S. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Helminiak, D. A. (2001a). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and Values*, 45, 163-189.
- Helminiak, D. A. (2001b). Rejoinder and clarification on Helminiak's (2001) "Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and Values*, 45, 238-252.
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 93-98.
- Hesse, H. (1971). *Sidarta*. Rio de Janeiro: Record.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51-77.
- Hill, C. & Knox, S. (2002). Self-Disclosure. In Norcross, J. *Psychotherapy relations that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255-265). New York: Oxford University Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Retirado em 2005, do website <http://www.ibge.gov.br>.
- Jacobson, N. & Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jones, S. L. & Wilcox, D. A. (1993). Religious values in secular theories of psychotherapy. In E. L. Worthington, Jr. *Psychotherapy and religious values*. Michigan: Baker Book House Company.
- Josephson, A. M. & Dell, M. L. (2005). Integrating religion and spirituality in clinical practice with children and adolescents. *Psychiatric Times*, 22(10), 58-61.
- Jung, C. G. (1983). *Psicologia e religião ocidental e oriental*. Petrópolis: Vozes.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 144-156.
- Kelly, T. A. & Strupp, H. H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 34-40.
- King, P. (1998). Augustine on the impossibility of teaching. *Metaphilosophy*, 29, 179–195.
- Knox, S., Catlin, L., Casper, M., & Schlosser, L. Z. (2005). Addressing religion and spirituality in psychotherapy: Clients' perspectives. *Psychotherapy Research*, 15, 287-303.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (2002). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In S. G. Hofman (Org.), *Severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions* (pp. 317-342). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Santo André: ESETec.
- Kohlenberg, R. J., Dougher, M. J., & Tsai, M. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kopp, S. B. (1976). *If you meet the Buddha on the road kill him! The pilgrimage of psychotherapy patients*. New York: Bantam Books.
- Kurtz, E. (1999). The historical context. In W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- La Torre, M. A. (2002). Integrated perspectives: Spirituality and psychotherapy: an important combination. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38, 108-112.
- La Torre, M. A. (2004). Prayer in psychotherapy: an important consideration. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40, 2-5 .
- Laurencelle, R., Abell, S. & Schwartz, D. (2002). The relation between intrinsic religious faith and psychological well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12, 109-123.
- Libanio, J. B. (1992). *Teologia da revelação a partir da modernidade*. São Paulo: Loyola.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180, 673-682.
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1999). Religious and case reports on Medline: A systematic analysis of records from 1980 to 1996. *Alternative Therapy Health Medicine*, 5, 64-70.
- Main, J. (1926/1982). *Letters from the heart*. Crossroad.
- Margaletta, P., & Brawer, P. (1998). Prayer in psychotherapy: a model for its use, ethical considerations, and guidelines for practice. *Journal of Psychology and Theology*, 26, 322-330.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67- 84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Marlatt, G. A., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. B., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczac, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., Blume, A. W., & Crutcher, R. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In S. Hayes, V. Follette, & M. Linehan. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 261-287). New York: The Guilford Press.
- Martell, C., Addis, M., & Dimijan, S. (2004). Finding the action in behavioral activation: The search for empirically supported interventions and mechanisms of change. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 152-167). New York: The Guilford Press.
- Martin, J. E., & Carlson, C. R. (1988). Spiritual dimensions of health psychology. In W.R. Miller & J. E. Martin (Orgs.), *Behavior therapy and religion* (pp.57-110). Mewbury Park: Sage.
- Martinez, F. I. (1991). Therapist-client convergence and similarity of religious values: Their effect on client improvement. *Journal of Psychology and Christianity*, 10, 137-143.
- Maslow, A. (1954). *Introdução à Psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Prayer. In W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 85-110). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McLaughlin, D. (2004). Incorporation individual spiritual beliefs in treatment of inpatient mental health consumers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40, 114-120.
- McLemore, C. (1982). *The scandal of psychotherapy*. Wheaton: Tyndale House.

- Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A., Ferraz, C. A. (2002, Maio/Julho). A re-humanização do trabalho da enfermeira executiva: Um enfoque na dimensão espiritual. *Rev. Latino-Am. de Enfermagem*, 10, 401-407.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento*. Brasília: Coordenada.
- Miller, W. R. (1999a). Diversity training in spiritual and religious issues. In W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 253- 263). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miller, W. R. (Org.). (1999b). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miller, W. R., Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health. In: W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 3-18). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Neto, L. (2003). Religião, psicoterapia e saúde mental. In N. C. Abreu, M. Roso, (col.). *Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Artemed.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Lerner, J. B., & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness and cognitive-behavioral therapy: comparisons, contrasts, and application to anxiety. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 66-95). New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3-16.
- Patterson, C. H. (1989). Values in counseling and psychotherapy. *Counseling and Values*, 33, 164-176.
- Pecheur, D. R., & Edwards, K. J. (1984). A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students. *Journal of Psychology and Theology*, 12, 45-54.
- Pelaez-Nogueras, M., & Gewirtz, J. (Setembro, 1992). The behavior analysis of moral behavior. *Revista Mexicana de Analise de la Conducta*, 18, 57-81.
- Piaget, J. (1994/1932). *O juízo moral na criança*. (Trad. E. Lenardon). São Paulo: Summus.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.

- Propst, R. L. (1996). Cognitive-behavioral therapy and the religious person. In E. P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 561-586). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. (2^a ed). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Richards, S.; Rector, J; Tjeltveit, A. (1999). Values, spirituality, and psychotherapy. In: W. R. Miller (Org.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin.
- Rosenthal, D. (1955). Changes in some values following psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 431-436.
- Rubio, M. (1999). O contexto da modernidade e da pós-modernidade. In: M. Vidal (Org). *Ética Teológica: Conceitos fundamentais* (pp. 95-130). Petrópolis: Vozes.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 72-78.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1996). Religion and the clinical practice of Psychology: The case for inclusion. In E. P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 561-586). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Shafranske, E. P. (1996). *Religion and the clinical practice of Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schwartz, B. (1990). The creation and destruction of value. *American Psychologist*, 45, 7- 15.
- Silva, J. C. A. (1997). O homem e a natureza. *Fragmentos de Cultura*. 7, 179-198.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Nova York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1998). *Ciência e comportamento humano*. (Trad. João Carlos Todorov & Rodolfo Azzi). São Paulo: Martins Fontes.
- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). *Comportamento humano complexo*. São Paulo: EPU.
- Strupp H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Orgs.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp 3-22). 2nd ed. Wiley: New York.
- Tan, S. (1996). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In E. P.

- Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of Psychology* (pp. 365-390). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615–623.
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 157-160.
- Tjeltveit, A. C. (1989). The ubiquity of models of human beings in psychotherapy: The need of rigorous reflection. *Psychotherapy, 26*, 1-10.
- Tjeltveit, A. C. (1991). Christian ethics and psychological explanations of “religious values” in therapy: Critical connections. *Journal of Psychology and Christianity, 10*, 101-112.
- Tjeltveit, A. C. (1999). *Ethics and values in psychotherapy*. Routledge: New York, NY.
- VandeCreek, L. & Angstadt, L. (1985). Client preferences and anticipations about counselor self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 206-214.
- Vandenberghe, L. (2002). Religiosidade e a relação terapêutica. Retirado no dia: 12/03/2005 do site: <http://www.sbpnet.org.br/eventos/54RA/TEXTOS/SBP/SBPC%20Luc%20Vandenberghe2htm>.
- Velasco, J. M. (1999). Religião e moral. In M. Vidal. *Ética Teológica: Conceitos fundamentais*. Petrópolis: Vozes.
- Walls, G. B. (1980). Values and psychotherapy: A comment on “Psychotherapy and religious values.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 640-641.
- Watts, R. E. (2001). Addressing issues in secular counseling and psychotherapy: Response to Helminiak’s (2001) views. *Counseling and Values, 45*, 207-217.
- Weaver, A. J.; Samford, J. A; Morgan, V. J.; Larson, D. B.; Koenig, H. G.; & Flannelly, K. J. (2002). A systematic review of research on religion in six primary marriage and family journals: 1995-1999. *American Journal of Family Therapy, 30*, 293-309.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values-centered interventions: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 120–151). New York: The Guilford Press.
- Wolf, C; & Stevens, P. (2001). Integrating religion and spirituality in marriage and family counseling. *Counseling and Values, 46*, 66-72.

- Worthington, E. L., Jr., & Scott, G. G. (1983). Goal selection for counseling with potentially religious clients by professional and student counselors in explicitly Christian or secular settings. *Journal of Psychology and Theology, 11*, 318-329.
- Worthington, E. L., Jr. & Gascoyne, S. R. (1985). Preferences of Christians and non-Christians for five Christian counselors' treatment plans: A partial replication and extension. *Journal of Psychology and Theology, 13*, 29-41.
- Worthington, E. L., Jr. (Org.). (1993). *Psychotherapy and religious values*. Grand Rapids, MI: Baker Book House.
- Worthington, E. L., Jr. & Sandage, S. J. (2002). Religion and spirituality. In: Norcross, J. *Psychotherapy relations that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Wyatt, S. C., & Johnson, R. W. (1990). The influence of counselor's religious values on client's perceptions of the counselor. *Journal of Psychology and Theology, 18*, 158-165.
- Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4*, 30-38.
- Zinnbauer, J., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion, 36*, 549-564.