

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Psicologia

Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: alcances e limites

Angélica Silva Marden Coppede

Goiânia
Agosto de 2007

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Psicologia

Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: alcances e limites

Angélica Silva Marden Coppede

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Psicologia da Universidade
Católica de Goiás, como requisito para a conclusão
de mestrado em Psicologia.
Supervisor: Prof. Dr Luc Marcel A. Vandenberghe**

Goiânia
Agosto de 2007

*Amo
sofro
sinto, sonho
faço
também não faço,
me frustro
fujo, me escondo
me acho
choro
grito
me vejo em pedaços,
vivo
acredito
perdôo
me apaixono
escolho
caso,
sou plena
sou mãe
renasço,
tento
erro
tropeço
recomeço,
estudo
trabalho
recebo
gasto,
casa
marido
rotina
supermercado,
planejo
construo
mestrado
cansaço,
amigos
sorrisos
(faz falta o abraço)
durmo, mal durmo
respiro
como
às vezes não como,
emagreço
engordo,
pedalo
treino
alívio, extravaso....
mas quando estou
contigo
sou tudo isso
e sou tua...
tua terapeuta.*

(Angélica)

*Ao meu filho Gabriel, que me
faz querer ser uma pessoa
melhor a cada dia.*

*Ao Tony, meu marido, pelo
apoio e credibilidade.*

*À minha mãe, Mariana, pela
presença em todos os
momentos importantes de
minha vida.*

Agradecimentos

A Deus, força que rege minha existência.

Ao meu orientador, que não acreditando que seria possível concluirmos esse projeto, me instigou a dar o máximo de mim e vencer mais esta etapa importante da minha vida. Para mim, modelo de dedicação à profissão e comprometimento com o desenvolvimento e progresso da ciência do comportamento.

À minha mãe e tias que são para mim exemplo de coragem, determinação e superação.

Aos clientes, que nos convidam, a cada sessão, a aperfeiçoar nosso conhecimento e qualidade dos serviços prestados.

Aos colegas de trabalho que se propuseram a falar de suas práticas clínicas com toda boa vontade.

Aos assistentes de pesquisa Amanda, Artur e Neilo e Paula, que não mediram esforços para viabilizar a análise dos dados, colaborando com as transcrições das entrevistas as quais não poderiam ser mais fiéis aos dados coletados.

À minha tia Neuracy Borges, que mesmo numa circunstância difícil se desdobrou para realizar a revisão lingüística deste trabalho.

Aos amigos e familiares que ficaram na torcida.

A todos que participam da minha vida.

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract.....	ii
Introdução.....	1
1. A releitura clínica do Behaviorismo Radical.....	3
1.1- Componentes do processo terapêutico: relação terapêutica x técnicas	4
1.2- As novas terapias comportamentais	10
1.3- Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR): semelhanças e diferenças.....	11
2- O conceito de intimidade na visão anlítico-comportamental	20
2.1- Outros aspectos emergentes da relação terapêutica	22
2.2- Os riscos e limites da intimidade no relacionamento terapêutico	27
3- Terapeuta: um ser que se comporta.....	34
4- O caminho metodológico para pesquisas em clínica: uma preocupação, não um empecilho.....	36
Método.....	41
Participantes.....	41
QUADRO 1	42
Materiais	43
Procedimento	43
Resultados.....	45
Parte I.....	45
QUADRO 2	46
1 – Prevenção:	47
2 – Manejo:.....	53
3- Aproveitamento:.....	56
Parte II	61
1- Estilo defensivo:.....	61
2- Estilo Afetivo:	62
3- Estilo Criativo:	62
QUADRO 3	64
QUADRO 4	65
QUADRO 5	65

Discussão	66
Parte I.....	66
Parte II	79
Considerações Finais	84
Referências Bibliográficas.....	91
ANEXOS	97

Resumo

Na literatura concernente ao relacionamento terapêutico há considerações importantes sobre o papel central da intimidade, apesar de não serem investigados os determinantes dos comportamentos íntimos dos terapeutas. Buscou-se investigar nessa pesquisa a ocorrência, na sessão, de perguntas ou colocações dos clientes que levam o terapeuta a falar de particularidades de sua vida, o efeito que elas têm sobre o terapeuta e a relação terapêutica, o que controla o comportamento do terapeuta de responder a essas questões (se é considerada a relevância clínica), possíveis reações (espontâneas ou planejadas) que podem reforçar ou enfraquecer esses comportamentos, enfim, possibilidades de manejo e atuação clínica diante do fenômeno intimidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e de caráter exploratório cuja coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas, feitas com oito terapeutas comportamentais. Para efeito de análise, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Os dados foram analisados segundo os princípios da *Grounded Theory*. Os resultados encontrados demonstraram que os terapeutas comportamentais têm seus estilos próprios de prevenir, manejar e aproveitar situações que envolvem intimidade no relacionamento com o cliente e, no geral, os terapeutas que falam sobre aspectos da sua vida (emitem comportamentos íntimos) o fazem com intenção terapêutica. Verificou-se que a intimidade pode tornar a relação mais intensa, mas é a consciência do terapeuta das variáveis envolvidas no processo que converte o que ocorre entre ele e o cliente numa intervenção. Observa-se coerência entre o que é proposto pelos modelos de terapia apresentados - Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) - e o que os terapeutas entrevistados na sua prática clínica fazem. Porém, não se pode negar a influência direta de outras variáveis, como “características pessoais” do terapeuta. A atuação do profissional está estreitamente ligada com seu estilo. Estes resultados apontam para a importância de se analisar repertórios pessoais e profissionais do clínico no estudo do relacionamento terapêutico.

Palavras chave: Análise Clínica do Comportamento; relacionamento terapêutico; vida privada do terapeuta; intimidade.

Abstract

In the present research, we verified how eight behavior therapists with differing age, experience and from different geographical regions deal with closeness and intrusiveness by the client in their personal life. The occurrence of questions or comments by the clients that make the therapist talk about particularities of his or her life: The effects these have on the therapist and the therapist-client relationship, what variables control the therapist's behavior of responding to these questions, or, summing up: possibilities for coping and clinical intervention. The study uses a qualitative, explanatory approach, using semi-structured interviews for data-collection. The interviews were transcribed for analysis according to the "Grounded Theory" model, an inductive strategy that consists in organizing, categorizing and interpreting data that lead to the construction of a theory that explains the studied phenomenon. The results indicate that therapists make intentional use of emerging clinical situations, like questions by the therapist about his or her private life. The reaction of the therapist to questions about his or her private life can, depending on the therapist, be converted in interventions and make the relationship more intimate; and this may be directly linked to the professional repertoire the therapist has in coherence with what is proposed by treatment models like Functional Analytical Psychotherapy (FAP) and Therapy through the Contingencies of Reinforcement (TCR). FAP facilitates the comprehension and classifications of behaviors emitted by the client as clinically relevant behaviors and promotes the acceptance by the therapist of the byproducts of the interaction, not evaluating them as negative, but as opportunities in the session for the development of the relationship. TCR prioritizes the consciousness both therapist and client have, concerning the contingencies that are operating in the different contexts of the client's life, and emphasizes the importance of the therapist to be able to describe the adopted strategies.

Key-words: Clinical Behavior Analysis; Therapist-client relationship; Private life of the therapist; Closeness.

Introdução

A tendência atual da Terapia Comportamental de atentar para as variáveis inespecíficas do processo terapêutico, em particular, para o estudo do papel curativo do relacionamento interpessoal terapeuta-cliente, transformou a compreensão do processo terapêutico. Historicamente, a grande virada acontece na década de 80, com o advento da Análise Clínica do Comportamento. A atitude objetiva e tecnicista que tradicionalmente era esperada do terapeuta passa a ser considerada contraprodutiva. (Kohlenberg & Tsai, 1987 a).

Esta “virada interacional” na clínica consistiu no interesse investigativo acerca do que acontece nos bastidores entre terapeuta e cliente, sobretudo em relação a alguns aspectos pouco descritos em publicações anteriores, aqueles de difícil manejo por parte do terapeuta.

Apesar de atualmente a abordagem comportamental priorizar a relação terapêutica e reconhecer a sua influência no desenvolvimento do processo terapêutico, há falta de suporte empírico. A escassez de pesquisas talvez se explique pelo fato de os analistas experimentais do comportamento fugirem dos assuntos complexos com os quais os terapeutas trabalham, pois preferem estudar comportamentos facilmente operacionalizados (Richelle, 1993). Além disso, parece haver também uma acomodação e omissão por parte dos terapeutas, no sentido de deixar de investigar sobre a prática clínica, as dificuldades enfrentadas, as descobertas feitas; o que em si representa uma limitação para o trabalho aplicado.

Nesse contexto, investigar sobre o que acontece no universo terapêutico, especialmente sobre os aspectos emergentes da relação terapeuta-cliente, passa a ser,

além de útil, necessário para o desenvolvimento da abordagem, na medida em que as pesquisas produzirão dados, procedimentos e conceitos válidos para o trabalho clínico.

O foco de interesse deste trabalho está nas questões de difícil manejo na clínica, especificamente, no papel da intimidade no relacionamento terapêutico e nas questões que envolvem o acesso, por parte do cliente, à privacidade do terapeuta. É objetivo dessa pesquisa é investigar como os terapeutas lidam com a intimidade no relacionamento terapêutico e se há por parte do terapeuta consciência das variáveis que controlam tanto o “perguntar” (do cliente) quanto o “responder” ou “não responder” (do terapeuta) sobre aspectos íntimos. Uma resposta franca ou expressão de vulnerabilidade, assim como um comportamento de esquivar de intimidade do terapeuta poderiam comprometer ou favorecer o progresso da terapia?

As respostas a esses questionamentos poderão conduzir à construção de conceitos e procedimentos (dicas de manejo e atuação clínica) que facilitarão o trabalho do terapeuta e ampliarão a sua compreensão sobre os produtos e subprodutos do relacionamento terapêutico. Desse modo, os resultados dessa pesquisa poderão oferecer subsídios para a construção de uma teoria para a intimidade no relacionamento terapêutico, considerando que ainda não tenha sido elaborada, dentro da abordagem comportamental, uma teoria na qual os terapeutas possam buscar respaldo e embasar suas intervenções.

Espera-se que através do aprofundamento na releitura do Behaviorismo Radical que fundamentou as diferentes vertentes da Análise Clínica do Comportamento, de um estudo minucioso da relação terapêutica na sua amplitude e da análise funcional da relação terapêutica, chegar-se-á a soluções e propostas de manejo e, assim, a respostas para as questões de pesquisa anteriormente levantadas. A seguir, será brevemente

apresentada a essência dos enfoques terapêuticos behavioristas radicais considerados nesta dissertação.

1. A releitura clínica do Behaviorismo Radical

A leitura inovadora do behaviorismo radical caracteriza-se por adotar o contextualismo, o pragmatismo, o monismo e o funcionalismo. O primeiro postula que os atos ou eventos são interdependentes com seus contextos e não podem ser entendidos isoladamente. Para entender um evento ou comportamento precisa se analisar o contexto em que ele ocorre, daí a contingência tríplice como unidade de análise (Antecedente – Resposta - Conseqüência). O comportamento pode ser definido a partir das conseqüências por ele produzidas e as conseqüências definidas a partir do efeito sobre o mesmo. O behaviorista radical não trabalha com comportamentos isolados, mas com o comportar-se dentro de contextos (Morris, 1988).

O pragmatismo é o critério de verdade utilizado para se fazer afirmações sobre os fatos e eventos. O funcionalismo é o meio de explicar o comportamento a partir da sua função ou propósito, os quais apontarão para as variáveis que o controlam (Hayes, 1987). O behaviorismo radical é monista por não dictomizar corpo e mente e considerar ambos os comportamentos, embora haja distinção entre comportamento público e privado, discussão que não vem ao caso no momento.

Em suma, qualquer intervenção baseada nesta nova interpretação dos princípios do Behaviorismo Radical considera o indivíduo em interação com o ambiente e seu comportamento resultante de variáveis filogenéticas (as variações genéticas da espécie), ontogenéticas (decorrentes da história de aprendizagem do indivíduo) e culturais (ligadas à prática do grupo social a que pertence). Coerente com o conceito de contingência que legitima a prática skineriana, a compreensão da interação entre comportamento e ambiente é contextualista e bidirecional, diferente do pensamento

linear do paradigma mecanicista. Para fundamentar esta virada interacional, conceitualmente, buscou-se apoio no paradigma contextualista (Pepper, 1942/1970).

A aplicação clínica dessa proposta sugere um tipo de análise que integre os aspectos da vida do cliente e busque no seu repertório a função do responder (voltada para a funcionalidade do comportamento e considerando as variações e diferenças intra-sujeitos). Esse tipo de análise é possível a partir de um modelo pautado na função do comportamento - o indivíduo modificando e sendo modificado pelo ambiente (relação entre antecedentes e conseqüentes). O instrumento disponível para isso é a análise funcional, nesse caso, análise funcional da relação terapêutica, em que terapeuta e cliente estão sob foco de análise, e a terapia é o espaço para construção de repertórios comportamentais necessários.

1.1- Componentes do processo terapêutico: relação terapêutica x técnicas

O material com que o terapeuta trabalha é o comportamento humano e o único instrumento de que ele dispõe para alterar o comportamento do cliente é seu próprio comportamento. O comportamento do terapeuta assim como o do cliente é multideterminado, o que faz com que o trabalho do terapeuta, na execução de um conjunto de procedimentos e técnicas, não seja guiado apenas por dados objetivos e conceitos adquiridos na sua formação. É seu repertório pessoal que dá sentido às suas intervenções e conduz ao desenvolvimento do processo. Por esse motivo, considera-se componente principal do processo terapêutico o ambiente interpessoal onde a sua aplicação acontece, a interação terapeuta –cliente (as formas como o cliente acolhe os atos e reações do terapeuta e como o terapeuta acolhe o que vem do cliente). Essa interação depende e necessita da solidificação de um vínculo, daí a importância de se investigar o que os terapeutas têm feito para conseguir isso.

A psicanálise, corrente mais tradicional, que durante muito tempo influenciou a forma de tratar a relação terapêutica de muitos terapeutas independente da abordagem teórica, embora separada e distinta do pensamento psicológico principal no que se refere aos objetivos, objeto de estudo e métodos, já reconhecia a importância da relação terapêutica. Freud considerava determinante para a eficácia do trabalho com pacientes neuróticos o desenvolvimento de uma relação pessoal íntima entre paciente e terapeuta, embora, segundo Zimmerman (1999), ele tivesse mantido uma ambigüidade conceitual ao longo de todos os seus textos sobre técnica, apresentando duas recomendações contraditórias: uma que apontava para a necessidade de uma distância afetiva por parte do analista e outra para que o analista fosse bastante sensível ao paciente. O lugar onde essa relação (analista- paciente) se desenvolve (o *setting*) é um favorecedor de algum grau de regressão do paciente por meio de uma intimidade processada com uma certa privação sensorial, frustrações inevitáveis, assimetria de papéis etc. Para Freud, os comportamentos que ocorrem durante a sessão são essenciais para o tratamento, assim como as emoções intensas, pois permitem que se desenvolvam elementos de confiança básica (Zimmerman, 1999).

Na visão analítica comportamental, a transferência refere-se ao comportamento do cliente dentro da sessão e a contratransferência ao comportamento do terapeuta dentro da sessão. Ambos ocorrem entre terapeuta e cliente e constituem-se em eventos interpessoais, não sendo vistos como eventos intrapsíquicos que acontecem dentro do psiquismo do cliente ou do terapeuta. São comportamentos clinicamente relevantes que terão que ser reforçados ou enfraquecidos a partir da análise das contingências, visando ao desenvolvimento do processo e à produção de mudança terapêutica (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001).

Observa-se que nas duas perspectivas a relação terapêutica funciona como um veículo importante de mudança, capaz de evocar e produzir comportamentos (o que diz, pensa, sente, percebe, como reage etc) relacionados à maneira do cliente agir nas suas outras relações. Outra característica semelhante refere-se ao reconhecimento da importância de se criar um ambiente suficientemente íntimo e de confiança que possa estabelecer uma relação profunda e emocional e facilitar o desenvolvimento do processo.

A Terapia Centrada no Cliente proposta por Rogers (eleito presidente da maior entidade de psicologia de seu país - a APA - American Psychological Association), considerado um dos mais importantes expoentes da Psicologia Humanista desde a década de 40, propõe uma nova forma de praticar psicoterapia que valoriza tanto o cliente quanto a própria relação terapêutica. Essa abordagem enfatiza o relacionamento terapêutico em si mesmo como uma experiência de crescimento, no qual a empatia e a compreensão são componentes essenciais para o desenvolvimento psicológico. Tanto o terapeuta quanto o cliente precisam saber ouvir e só há uma relação quando as duas partes se compreendem reciprocamente. Nesse caso, quanto maior for a comunicação mútua, melhor se dará a relação. A maior tarefa da terapia centrada na pessoa é estabelecer um relacionamento genuíno, de aceitação e compreensão, suficientemente caloroso que favoreça o desenvolvimento psicológico (Rogers, 2002).

Para a Terapia Cognitiva de Beck a relação terapêutica refere-se ao ambiente social e interpessoal dentro da sessão de terapia, onde o terapeuta vai tratar os “estilos mal adaptativos” (cognitivo, afetivo e comportamental) manifestados pelo paciente. A relação paciente-terapeuta não pode abarcar o contexto total de vida do paciente, ela é apenas um dos muitos relacionamentos importantes da vida do mesmo. Isso não

significa dizer que a terapia cognitiva negue a importância da relação terapêutica e dos fatores relacionados a ela, apenas os considera necessários mas não suficientes.

Para os cognitivistas, a aprendizagem que ocorre baseia-se tanto no relacionamento quanto na cognição, sendo os dois níveis interativos. O primeiro nível (o relacionamento) refere-se à pessoa do terapeuta junto com o paciente e o segundo nível (a cognição), à aprendizagem do paciente. No entanto, Beck (2000) afirma que os problemas que surgem na relação podem não ser relevantes em relação àqueles que venham surgir em outros contextos, e que as características e expectativas dentro do contexto da relação são diferentes daquelas existentes no ambiente natural do paciente. Isso implicaria na discriminação, por parte do paciente, da diferença entre os dois contextos, dificultando a generalização para outros relacionamentos, um dos objetivos finais da maior parte das terapias.

Com o surgimento e os avanços das diferentes abordagens cognitivo-comportamentais surgiram novas visões teóricas. Atualmente, dentro da abordagem cognitiva, a relação terapêutica tem se tornado assunto relevante, uma vez que as pesquisas no campo da psicologia social têm demonstrado que o comportamento pode ser modificado por fatores sociais, além das técnicas baseadas na aprendizagem (Rangé, 1998).

A abordagem cognitivo-construtivista postula que o sucesso de qualquer intervenção terapêutica deve ser ancorado em uma relação bem estabelecida, definida como uma relação de trabalho entre dois iguais, numa postura de exploração colaborativa, num sistema cooperativo e co-educativo, o que propicia a construção da compreensão e conhecimento do problema, de onde irão surgir novos pontos de vista (Abreu & Roso, 2003).

Para a terapia comportamental a relação terapêutica tinha papel secundário no desenvolvimento da terapia (Eysenck, 1959/1979). Desde os seus primórdios, a terapia comportamental priorizava a aplicação de técnicas específicas advindas da teoria que visavam mudanças comportamentais dos clientes, e a relação terapêutica era apenas a circunstância, espaço ou condição para a realização desse trabalho (Shinohara, 2000). O tecnicismo foi e ainda é alvo de críticas para as outras abordagens, principalmente as humanistas.

Atualmente, a terapia comportamental é definida como um processo que envolve a aplicação de procedimentos ou técnicas comportamentais específicas, para problemas também específicos, mas não se limita a essa prática, apesar de grande parte do reconhecimento da eficácia da abordagem, hoje, ser resultado da “especulação” em torno das técnicas utilizadas para alterar comportamentos nos diferentes tipos de transtornos de ansiedade, como transtorno obsessivo compulsivo (TOC), fobias etc.

A origem das técnicas na sua multiplicidade, segundo Banaco (2004), pode gerar ampla compreensão do comportamento e das suas determinações, independente da abordagem teórica, se o seu uso estiver diretamente comprometido com a forma de trabalho (referencial teórico conceitual adotado). A escolha, utilização e análise de uma técnica, seja ela qual for, deve estar pautada na fundamentação teórica da abordagem assumida pelo terapeuta, facilitando a compreensão do processo e dando sentido à intervenção proposta; porém elas não são o único nem principal caminho para as mudanças comportamentais. A análise dos produtos e subprodutos da relação terapêutica pode, sim, se constituir num poderoso instrumento de mudança.

Na terapia comportamental, a tendência de priorizar a relação terapêutica como ferramenta usada na promoção de mudanças comportamentais nos clientes surgiu a partir das publicações de Kohlenberg e Tsai (1987 a) que, ao considerar relacionamento

terapêutico via de acesso à mudança terapêutica, propuseram um sistema conceitual com constructos teóricos derivados de uma análise funcional skineriana, ao qual deram o nome de Psicoterapia Analítico Funcional (FAP). A FAP oferece um modelo de intervenção pautado na análise funcional da relação terapêutica e tem suas técnicas fundamentadas principalmente no papel do reforçamento natural dentro do contexto de consultório, pois acredita-se que os comportamentos problema do cliente e seus progressos, ocorrendo durante a sessão, afetam o comportamento do terapeuta e são modificados por estes afeitos. O termo reforçamento é utilizado aqui no seu sentido genérico, referindo-se a todas as consequências que afetam a força do comportamento.

O reconhecimento da importância e influência da relação terapêutica, no processo de mudança comportamental do cliente, não é exclusividade da FAP. É uma postura que foi adotada por muitas abordagens skinerianas (denominadas de Análise Clínica do Comportamento) que estavam preocupadas em analisar as relações funcionais identificadas através dos comportamentos dos clientes, tanto na relação terapêutica quanto no seu relato sobre seu comportamento com outras pessoas, comportamentos estes que incluem os privados, uma vez que estes oferecem indícios sobre sua história de aprendizagem e dão dicas de como o cliente vivencia dadas situações (Follette, Naugle, & Claghan, 1996; Braga & Vandenberghe, 2006).

Em suma, na visão analítico-comportamental atual todo produto da interação terapeuta-cliente pode ser aproveitado e, nesse contexto, as perguntas invasivas dos clientes, o impacto que terapeuta e cliente têm um sobre o outro nessas situações não podem ser vistos como negativos, mas como potencialmente capazes de revelar padrões interpessoais e comportamentos clinicamente relevantes que precisam ser trabalhados diretamente.

1.2- As novas terapias comportamentais

A Análise Clínica do Comportamento pode ser descrita como uma família de abordagens psicoterápicas que historicamente teve suas raízes filosóficas extraídas do Behaviorismo Radical. Caracteriza-se por fazer analogias ao condicionamento operante e fornecer uma linguagem e um conceito da natureza humana, para melhor compreensão da interação entre o comportamento e o ambiente (Kohlenberg & Tsai, 1987 b). Seu enfoque emergiu da Psicologia Comportamental e refere-se à aplicação clínica da releitura contextualista dos conceitos skinerianos, entrando no palco da literatura profissional com as publicações de Kohlenberg e Tsai (1987) e Hayes (1987). As vertentes fundadas por estes autores priorizam a análise do processo terapêutico, deixando de enfatizar a análise do comportamento do cliente isoladamente e, dessa forma, considerando a relação terapêutica via de acesso ao progresso terapêutico.

Outra característica marcante da Análise Clínica do Comportamento refere-se à maneira de tratar os pensamentos, distorções cognitivas e crenças irracionais, sendo eles dicas das relações e vivências que precisam mudar, e por essa razão não são combatidos, mas respeitados e aceitos sob a perspectiva de que não são causas, mas sinalizadores valiosos das causas dos problemas (Vandenberghe & Gauy 2007).

No cenário brasileiro, despontou uma prática clínica baseada nos princípios da análise do comportamento e na utilização de procedimentos derivados dos conceitos teóricos da análise aplicada, tendo como alguns dos seus principais representantes Hélio Guilhardi, Maly Delitti e Roberto Banaco. Apesar desses autores não se identificarem com a Análise Clínica do Comportamento, percebe-se uma similaridade marcante com o desenvolvimento que ocorreu em âmbito internacional na década de 80.

Na prática clínica, esses terapeutas tratam sentimentos, pensamentos e sensações como produtos das relações interpessoais ou subprodutos de contingências, e os problemas emocionais como depressão, ansiedade e outros, como efeito de

contingências que devem ser analisados em termos da contingência tríplice, assim como deve ser também a análise do processo psicoterápico. A tarefa do terapeuta que está inserido nessa “nova cultura” dentro da terapia comportamental é, portanto, a de identificar e demonstrar as relações funcionais contidas nas contingências e não a de fazer inferências sobre as causas do comportamento (Vandenberghe, 2001).

O foco do trabalho terapêutico está em identificar e alterar contingências de reforçamento, ou seja, ajudar o cliente a identificar as contingências em operação em sua vida para que então ele possa manejá-las. Só trabalhando com as contingências de reforçamento é que o terapeuta poderá fazer previsões sobre comportamento e oferecer melhores possibilidades de controle do mesmo. Para o trabalho aplicado não basta que sejam produzidas mudanças comportamentais e afetivas, elas precisam ter relevância funcional para o cliente e para aqueles que o cercam, ou seja, as mudanças precisam ser significativas. Além disso, a mudança tem que ser suficiente para fazer a pessoa sentir-se bem e integrar-se harmoniosamente no contexto social em que vive (Guilhardi, 2005a).

Como este movimento nacional contém divergências importantes, para o presente trabalho decidiu-se concentrar especificamente na vertente chamada de Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), liderada por Hélio Guilhardi, e apresentar alguns posicionamentos de clínicos também renomados, sobre o papel da intimidade no relacionamento terapêutico.

1.3- Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR): semelhanças e diferenças

A FAP difere de outras terapias comportamentais principalmente no significado dado a certos aspectos da relação terapêutica. Além dos relatos verbais, o terapeuta de FAP está atento aos comportamentos manifestos relacionados com os estados

emocionais do cliente durante as sessões, pois consideram essa ocorrência essencial para a mudança efetiva. Para a FAP o relacionamento terapêutico é um ambiente que pode provocar e imediatamente dar início a um comportamento clinicamente relevante. A equivalência funcional entre a situação terapêutica e o ambiente natural é uma pré-condição para o uso desse modelo de terapia (Kohlenberg & Tsai, 1994).

Essa análise funcional da relação terapêutica caracteriza-se principalmente por especificar comportamentos de interesse, definidos como comportamentos clinicamente relevantes (CCRs), aqueles comportamentos que envolvem os comportamentos-problema e também os comportamentos-alvo, o que requer observação permanente e definição do problema. Os CCRs se agrupam em :

CCR1- os comportamentos-problema que ocorrem durante a sessão e que devem ser enfraquecidos. Geralmente estão sob controle de condições aversivas e se constituem em comportamentos de esquiva.

CCR2- diz respeito aos progressos do cliente que ocorrem na sessão e que devem ser reforçados.

CCR3- Refere-se às interpretações que o cliente faz sobre seu próprio comportamento.

Dentre os comportamentos que ocorrem dentro da sessão nem todos são CCRs e os que são devem ser contextualizados para serem classificados em CCRs1 ou CCRs2, considerando que a função de um mesmo comportamento pode variar de cliente para cliente, evitando assim que o terapeuta incorra no erro de punir um CCR2 e agrave ainda mais os problemas do cliente.

A interação direta com o comportamento do cliente leva o terapeuta a levantar hipóteses sobre o controle de estímulos e o contexto que afeta seu comportamento dentro e fora da sessão. Aquilo que acontece durante a sessão, desde a ocorrência de um

comportamento à sua consequência, alguma similaridade funcional tem com o ambiente natural, o que permite a generalização das mudanças ocorridas na sessão, uma das maiores preocupações dos analistas do comportamento.

A análise dos comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) é o foco do processo terapêutico e o ponto de partida para o delineamento das intervenções e comportamentos do terapeuta, sendo estes instrumentos para provocar mudanças. Para favorecer a ocorrência e reforçamento desses comportamentos, Kohlenberg e Tsai (1987; 2001/1991; 1994; 1995) sugerem cinco regras para controlar o comportamento do terapeuta, sendo elas:

1. Observar ocorrências de CCRs durante a sessão (essa regra é o coração da FAP);
2. Favorecer (ou evocar) a ocorrência de CCRs caso eles não ocorram durante a sessão (haja vista que muitas vezes os clientes podem apresentar padrões de esquiva);
3. Reforçar positivamente e naturalmente os CCRs² do cliente;
4. Observar as propriedades potencialmente reforçadoras do comportamento do terapeuta que ocorre após a emissão do CCR do cliente;
5. Descrever as variáveis que controlam o CCR do cliente (diz respeito à consciência do terapeuta).

Ao interagir com seu cliente o terapeuta tem a possibilidade de observar o impacto que os comportamentos do cliente tem sobre ele, para então utilizá-lo ou não como estratégia terapêutica. Sendo assim, qualquer pergunta que o cliente venha a fazer ao terapeuta sobre a sua vida privada deve ser um Sd para o comportamento do terapeuta, de modo que ele possa responder considerando a relevância clínica da mesma.

Embora utilizem terminologias diferentes, a FAP muito tem em comum (principalmente no que se refere à aplicação de procedimentos) com a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR). A TCR é um modelo proposto e utilizado por Hélio Guilhardi que surgiu da necessidade de se adotar um termo que descrevesse e caracterizasse com propriedade a Terapia Comportamental. Esse modelo propõe que tanto os problemas dos clientes quanto o processo psicoterápico sejam analisados em termos da contingência tríplice, utilizando para isso os conceitos teóricos da análise aplicada. A compreensão do comportamento humano segundo essa proposta está comprometida com a base teórico-filosófica do Behaviorismo Radical, com a ciência do comportamento, com a utilização de procedimentos clínicos “tecnologicamente” descritos e conceitualmente sistematizados e com a utilização de uma linguagem para descrever o produto das interações entre terapeuta e cliente, pautada na análise do comportamento verbal de Skinner (Guilhardi, 2004 a).

Embora a TCR abranja um conjunto de interações comportamentais que ocorrem em diferentes contextos, a prática clínica parte do relato do cliente sobre as situações vividas, seus sentimentos, suas dificuldades, aspirações etc, que predominantemente são categorizados em tatos e mandos (Guilhardi, 2005 b).

De acordo com Skinner (1957) os tatos são comportamentos verbais de nomear, afirmar, anunciar e descrever, que estão sob controle de estímulos discriminativos presentes (como, por exemplo, eventos privados). Os mandos, por sua vez, são comportamentos verbais sob controle de privação ou estímulos aversivos e expressam desejos, fornecendo informações sobre o que seria reforçador para o cliente e não sobre estímulos discriminativos.

O comportamento verbal, na situação clínica, é útil e necessário para a composição sistemática das contingências de reforçamento, na medida em que ele é a

expressão fenotípica ou topográfica das variáveis das quais ele é função. Por isso, um terapeuta que utiliza o modelo da TCR não supervaloriza o comportamento verbal nem fica sob controle exclusivo do mesmo. A melhor evidência da autenticidade de um relato verbal advém da observação direta do comportamento, por isso o comportamento verbal deve ser usado na identificação da tríplice contingência (dos antecedentes, das respostas e das conseqüências), mas a fidedignidade dos dados não pode ser adquirida através dele (Guilhardi, 2005 a).

Nesse ponto a TCR apresenta a mesma atitude que a FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Tanto na FAP quanto na TCR, o contexto terapêutico é o ambiente para aplicação dos procedimentos operantes e respondentes aos comportamentos emitidos pelo cliente ou eliciados nele. O papel do terapeuta não se resume a falar sobre as contingências na sessão e esperar que as conseqüências selecionadoras dos comportamentos ocorram apenas no ambiente natural do cliente, pois a sessão terapêutica, que é análoga à realidade, é mais um contexto que faz parte da vida do cliente, no qual comportamentos podem e devem ser evocados ou emitidos, de maneira que possam ser diretamente observados pelo terapeuta.

Diferente de um terapeuta que utiliza a FAP, o terapeuta que segue o modelo da TCR tem a preocupação de ensinar os termos técnicos e os conceitos para os clientes a fim de colocá-los sob controle de um conceito, para que eles possam fazer generalizações e estabelecer relações de equivalência, independentemente do terapeuta.

Para isso o terapeuta deve sistematizar e explicitar para o cliente os procedimentos que estão em operação, ou seja, colocar o comportamento do cliente sob controle das mudanças comportamentais que decorrem da atuação das contingências, torná-lo consciente dos controles comportamentais a que está submetido, enquanto as contingências produzem as mudanças comportamentais e afetivas de acordo com suas

funções. As mudanças devem se generalizar e esse processo de generalização deve ser programado e implementado pelo terapeuta (Guilhardi, 2004 b).

Para verificar se os procedimentos utilizados foram eficientes, os terapeutas das duas abordagens devem buscar evidências comportamentais de que os progressos estão sob controle de estímulos generalizados, através da observação dos comportamentos sob controle de estímulos naturais da vida do cliente, seja saindo do consultório (participando de atividades da vida diária do cliente), seja trazendo mais do cotidiano da pessoa para o consultório (convidando pessoas significativas).

A terapia segundo Guilhardi (2005 a) é processo interacional de influência recíproca entre terapeuta e cliente, que poderia se chamar processo de desenvolvimento de comportamentos, no qual duas pessoas se influenciam reciprocamente com papéis definidos e específicos, porém em interação afetiva que produz mudanças comportamentais em ambos. Nesse processo de interações comportamentais entre terapeuta e cliente operam todos os princípios comportamentais, sendo eles reforçamento positivo e negativo, reforçamento diferencial, controle de estímulos (discriminação, generalização, relações de equivalência).

O princípio do reforçamento positivo pode ser considerado o mais fundamental dos princípios que caracterizam a Análise Aplicada do Comportamento em clínica, pois está presente em muitas técnicas e procedimentos comportamentais, como modelagem, modelação, reforçamento diferencial e outros. Além disso, está presente desde o início do processo terapêutico, na formação do vínculo, considerando que o terapeuta, enquanto agente controlador, poderá trazer alívio para o sofrimento de quem procura ajuda profissional, principalmente se ele estiver atento para as variáveis relevantes que atuam na manutenção da relação direta (“face a face”) com o cliente durante as sessões (Queiroz & Guilhardi, 2001)

Apesar disso, a construção de um bom vínculo, segundo Guilhardi (2005 a), não é produto apenas das contingências de reforçamento positivo, e sim de uma rede de contingências de reforçamento sem a exclusão de nenhuma, embora elas devam ser amenas.

Queiroz e Guilhardi (1997) definem vínculo como comportamentos e sentimentos do terapeuta e do cliente que são socialmente construídos. Não é um fenômeno que surge espontânea ou acidentalmente, ele é construído e a sua construção depende em grande parte da habilidade do terapeuta de remover as contingências aversivas presentes na vida do cliente. O vínculo terapêutico, portanto, vai se estabelecendo progressivamente na medida em que os princípios, procedimentos e processos comportamentais que ocorrem dentro e fora da sessão vão sendo compreendidos, primeiro pelo terapeuta, depois pelo cliente.

Segundo esses autores, a qualidade da relação terapeuta-cliente é diretamente proporcional à compreensão conceitual que o terapeuta tem do seu cliente e da sua habilidade instrumental e pessoal para lidar com as dificuldades trazidas por ele. Segundo este autor, a compreensão conceitual permite ao terapeuta conhecer a problemática do cliente para além daquilo que foi expresso por ele, o que em si representa possibilidade de aprofundar o vínculo.

Guilhardi (2005 a) define vínculo terapêutico como sentimento gerado pela influência recíproca entre terapeuta e cliente, sendo que as contingências de reforçamento que geram o vínculo são aquelas que resultam em compreensão dos fenômenos comportamentais e afetivos sob análise na terapia, ou seja, o vínculo terapêutico está diretamente ligado ao desenvolvimento comportamental e afetivo do cliente, conseguido através da sistematização, por parte do terapeuta, das dificuldades,

déficits e excessos comportamentais do cliente presentes nas contingências de reforçamento em operação.

O terapeuta, para obter progressos no curso do processo terapêutico, deve oferecer procedimentos que capacitem o cliente alterar contingências desfavoráveis e substituí-las por outras favoráveis. Para que o cliente se sinta compreendido, passe a se compreender melhor e se torne agente ativo de mudança, apto a lidar com seu cotidiano e sentir-se melhor, o terapeuta precisa compreender e intervir fundamentado nas contingências de reforçamento; e para que o terapeuta cumpra sua função ele conta com a participação direta e ativa do cliente; ambos simultaneamente constroem a compreensão dos processos comportamentais que ocorrem dentro e fora do contexto terapêutico. O vínculo vai se desenvolvendo à medida que se desenvolve o processo terapêutico. Nesse caso seria um equívoco afirmar que um bom vínculo terapêutico é produto apenas de contingências de reforçamento positivo, embora elas devam ser amenas (Guilhardi, 2005 a).

Guilhardi (2007) considera que um bom vínculo é pré-requisito para o acesso às informações básicas (os dados comportamentais) e para a introdução dos procedimentos clínicos como a minimização dos componentes respondentes que tipicamente interferem nas interações humanas (equivale à adaptação do rato à caixa experimental, antes de iniciar a modelagem) e a redução dos componentes aversivos advindos da história de contingências do cliente, que são estranhos à situação psicoterapêutica. Mesmo assim ele afirma que o sucesso terapêutico não depende diretamente do vínculo ou da relação terapêutica, ou seja, não é a relação que irá determinar os progressos do cliente.

Ainda sobre vínculo terapêutico (Guilhardi, 2005 a) coloca que como em qualquer outro processo de desenvolvimento, o processo terapêutico pode ser interrompido, sendo que qualquer uma das partes pode tomar a iniciativa de fazê-lo. Tal

comportamento deve ser avaliado e compreendido à luz das contingências que o determinam, sendo ele produto final da análise e da atuação das contingências em operação.

Diante do que foi exposto sobre os dois modelos de atuação clínica (FAP e TCR), duas diferenças fundamentais podem ser apontadas. A primeira delas diz respeito à ênfase na relação terapêutica. Para a TCR esse fenômeno é importante, mas não determinante dos progressos terapêuticos.

Segundo Guilhardi (2007) a relação terapêutica não é procedimento para produzir mudanças comportamentais nos clientes e sim operação estabelecadora ou motivacional, ou seja, atualiza a função dos estímulos, minimiza as funções pré-aversivas e aversivas dos eventos presentes na sessão (em função da história de contingências do cliente) e amplia a gama de eventos com função reforçadora. Não é, portanto, a relação ou vínculo entre terapeuta e cliente que aprimora o processo psicoterapêutico.

A segunda diferença do terapeuta que segue o modelo da TCR diz respeito à conseqüenciação dos comportamentos de interesse (adequados e inadequados) no contexto real: a) sob tutela do terapeuta o cliente é levado ao ambiente natural onde o comportamento deve ser fortalecido ou instalado; b) sob observação do terapeuta, mas basicamente sob controle dos agentes sociais, são aplicados procedimentos pelas pessoas relevantes na vida do cliente (pais, amigos, professores, outros familiares); c) são propostas situações de treino dos agentes sociais relevantes no contexto clínico (por exemplo, pais são treinados na clínica a lidar com seus filhos) ou são usadas situações análogas (co-terapeutas simulam situações que evocam comportamentos a serem instalados no contexto clínico para posterior generalização).

Na FAP tais procedimentos não são usados, sob o argumento de que se trabalha com a vivência do relacionamento entre terapeuta e cliente.

2- O conceito de intimidade na visão anático-comportamental

O processo de intimidade, através de uma conceitualização comportamental, pode ser observado como uma seqüência de eventos que ocorrem, na qual um comportamento vulnerável à punição (pela outra pessoa) é reforçado. É expor-se ao risco de ser punido, “está aberto” à censura ou punição pela outra pessoa. A vulnerabilidade à punição no relacionamento interpessoal é maior na medida em que a exposição a eventos íntimos ocorre de modo mais freqüente e diversificado. Em outras palavras, quanto mais o indivíduo se expõe, mais sujeito à punição seu comportamento estará (Cordova & Scott, 2001). Estes autores apresentam alguns exemplos de intimidade, sendo eles: compartilhar pensamentos e sentimentos desprazerosos como tristeza, dor, medo, ansiedade, vergonha, decepções, fracassos etc, ou os positivos, como alegria, bem-estar, amor, prazer etc. Outros exemplos envolvem comportamentos como abraçar, segurar a mão, chorar no ombro de alguém etc.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) tratam a intimidade como uma das variáveis de controle que possibilitam ao terapeuta trazer CCRs para a sessão. A intimidade na relação terapêutica pode ser expressa, por exemplo, sob forma de questões ou declarações do terapeuta, cenas de um filme ou um livro, uma canção específica etc; sendo todos estes, exemplos de variáveis de controle que podem ser produzidas na terapia, capazes de evocar CCRs e limitar a esquiva do cliente de situações durante a sessão que evoquem afeto. A tarefa do terapeuta, nesse caso, é aumentar o contato do cliente com variáveis de controle que possam evocar a expressão afetiva.

A validação dos sentimentos, assim como a sua expressão, são características definidoras de intimidade - um comportamento vulnerável que é reforçado pela resposta

da outra pessoa. A parceria íntima inicia de forma unidirecional e só se torna bidirecional quando os dois (terapeuta e cliente), num processo de reciprocidade, emitem e reforçam comportamentos íntimos, por isso, um único evento íntimo não cria uma relação íntima. Intimidade envolve a combinação de reforçamento e punição, além de um treino de discriminação. As pessoas aprendem a discriminar quais pessoas são mais receptivas em dados contextos, engajando-se em comportamentos vulneráveis nos relacionamentos que são mais seguros, de acordo com a história de reforçamento, o que não garante a nenhum relacionamento a ocorrência exclusiva de reforçamento, podendo sempre ocorrer punição (Cordova & Scott, 2001).

É o caso da relação terapêutica. Nela, terapeuta e cliente podem se sentir encorajados a falar de sentimentos, compartilhar experiências, emitir comportamentos afetivos como abraçar, expor posicionamentos, e mesmo estando resguardados pelo vínculo construído um e outro podem, em algum momento, punir esse comportamento íntimo. No entanto, para que continue existindo intimidade, a probabilidade de reforçamento deve exceder a probabilidade de punição (Cordova & Scott, 2001).

Sobre a importância de evitar a punição no relacionamento terapêutico, Skinner (2000) afirma que o terapeuta não pode ser apenas mais um membro da sociedade a exercer controle sobre o cliente, ele deve ser uma audiência não punitiva capaz de reverter os efeitos de contingências coercitivas, por meio da extinção de alguns efeitos da punição. O terapeuta enquanto agente controlador tem um poder inicial que advém do fato do cliente se encontrar numa condição aversiva, na qual qualquer perspectiva de melhora, alívio para o sofrimento, é positivamente reforçadora. A partir daí o terapeuta se torna importante fonte de reforço e se ele tiver sucesso em fornecer alívio, o comportamento do cliente de voltar a ele em busca de auxílio será reforçado. A aprovação do terapeuta, a ausência de crítica, objeção ou contra-agressão, bem como os

depoimentos pessoais ou comentários do terapeuta que venham validar o que o cliente está sentindo (“compartilha experiência; identifica-se com o cliente”) podem se tornar especialmente eficientes na medida em que criam um ambiente incompatível com o uso da punição.

Guilhardi (2007), no intuito de descrever o fenômeno intimidade, introduz um conceito, o da “intimidade funcional”. Diferente da “intimidade livre ou irrestrita” (presente, por exemplo, numa relação entre dois amigos) a “intimidade funcional” está diretamente ligada à função psicoterapêutica, segundo avaliação do terapeuta. Para não quebrar a relação terapêutica e iniciar uma relação de amizade, amor etc, o terapeuta pode emitir comportamentos íntimos somente se houver uma razão para isso, o que ele mesmo chamou de “intimidade vigiada”.

Oliveira (2002) refere-se à intimidade como compartilhar o que está no interior, revelar-se para o outro, sem medo de rejeição, num contexto de particular afeição e confiança, facilitando a descoberta do outro por meio da abertura, do carinho e da compreensão. Numa linguagem analítico-comportamental, o terapeuta precisa construir com o cliente uma relação de afeto e confiança recíproca, pois quanto menor for a chance de um comportamento dessa natureza (comportamento íntimo) ser punido, maior a probabilidade da sua ocorrência. Para isso o terapeuta não deve ser estritamente técnico, tampouco distante, neutro ou imparcial, pois assim ele estará correndo o risco de punir comportamentos vulneráveis do cliente em relação a ele e conseqüentemente comprometer o vínculo.

2.1- Outros aspectos emergentes da relação terapêutica

Dos aspectos emergentes da relação terapêutica serão abordados nessa pesquisa, aqueles que estão diretamente relacionados ao grau de intimidade entre terapeuta e cliente, e que influenciam na construção e manutenção do vínculo terapêutico, dentre

eles, aliança terapêutica, privacidade do terapeuta, auto-revelação, proximidade, confiança, empatia, espontaneidade.

Safran, Muran, Samstag e Stevens (2002) apresentaram um dos mais consistentes achados emergentes de pesquisas em psicoterapia, a importância da qualidade da aliança terapêutica, sendo ela um forte indicador de resultados satisfatórios. Essa constatação foi feita através da investigação de evidências empíricas acerca dos fatores que contribuem para a ruptura da aliança e das estratégias mais eficazes utilizadas na recuperação da mesma. Segundo Safran *et al.* (2002), nem sempre o cliente consegue expor seu desconforto e desacordo em relação ao terapeuta, podendo isso estar associado ao medo de criticá-lo, desejo de corresponder às expectativas dele, aceitação de suas limitações, medo de magoá-lo etc.

O terapeuta deve estar atento a qualquer dica de impasse e tentar resolvê-lo. Sua atitude deve ser a de enfraquecer formas inadequadas de expressão de sentimentos, fortalecer expressão de sentimentos negativos e servir como modelo apropriado de como expressar emoções. Para isso, o terapeuta deve evitar comportamentos hostis ou defensivos, pois os mesmos podem levar o cliente a abandonar a terapia. Ao contrário, o terapeuta pode explorar o que está favorecendo a ruptura da aliança, reagir abertamente ao que está sendo expresso, reconhecendo a sua responsabilidade na interação, embora os dados demonstrem que há dificuldades para treinar terapeutas a lidar de maneira construtiva com a expressão de sentimentos negativos do cliente (Safran *et al.*, 2002).

Diante do que está sendo proposto por Safran *et al.* (2002), observa-se que há uma preocupação com o risco iminente da ruptura da aliança, o que faz o terapeuta olhar cuidadosa e cautelosamente para as variáveis que possam estar influenciando tal ruptura, a fim de preservar a relação e, ao mesmo tempo, mantê-la como ambiente favorável para a aplicação de técnicas e procedimentos que garantirão a eficácia do

trabalho. Embora a ruptura da aliança favoreça a consciência do terapeuta sobre as variáveis que a estão influenciando, continua prevalecendo a preocupação com as técnicas como meio principal de se conseguir mudanças comportamentais e, nesse caso, para Safran *et al.* (2002) o objetivo é restaurar a aliança. A ruptura não é utilizada como oportunidade de aprendizagem dos comportamentos-alvo, via expressão mútua de sentimentos, nem representa o contexto para a mudança de comportamento.

Hill e Knox (2002), revisando estudos realizados, buscaram evidências empíricas sobre a auto-revelação (AR) do terapeuta e seu papel na relação terapêutica. Os estudos apontaram que os relatos que revelam algo pessoal sobre o terapeuta têm um impacto positivo sobre a relação, quando não excedem na frequência com que ocorrem nem revelam aspectos demasiadamente íntimos. Auto-revelações em geral são feitas para apontar semelhanças entre terapeuta e cliente, modelar comportamentos adequados, fortalecer a aliança, validar as experiências dos clientes, oferecer formas alternativas de pensar e agir (“oferecer repertório”). Em contrapartida, os terapeutas que evitam (esquivam-se) falar de si o fazem quando a (AR) está voltada para as suas necessidades pessoais. Os terapeutas temem que isso venha afetar negativamente a confiança, confundir e invadir o cliente, criar uma barreira entre eles, interferindo assim no processo. Isso demonstra que eles são conscientes do impacto negativo que suas revelações podem ter sobre o desenvolvimento da terapia. Por isso esses autores afirmam que é fundamental que o terapeuta ao fazê-la (AR), seja cuidadoso e esteja atento às reações do cliente para, a partir disso, avaliar e decidir que caminho tomar, quais estratégias utilizar.

Ainda sobre auto-revelação (AR), o artigo de Smolar (2003) apresenta a AR como uma opção terapêutica viável e facilitadora de mudanças nos clientes. Sendo uma opção, o terapeuta não deve se sentir obrigado a fazê-la. Ao contrário, ela deve ser vista

como um presente. O terapeuta ao fazer uma AR está dando de si algo além do que é esperado por ele no seu papel de terapeuta.

Na visão analítico-comportamental todo produto da interação terapeuta-cliente pode ser aproveitado e, nesse sentido, as perguntas sobre a vida privada do terapeuta que resultam em auto-revelações do terapeuta não podem ser vistas como negativas, mas como potencialmente capazes de revelar padrões interpessoais e comportamentos clinicamente relevantes que precisam ser trabalhados diretamente. Podem ainda favorecer o desenvolvimento do vínculo terapêutico na medida em que caracterizam um episódio íntimo entre terapeuta e cliente.

Coerente com essa visão, Vandenberghe, Marden e Kohlenberg (2006) apontam alguns caminhos para os terapeutas usarem em prol da terapia as perguntas invasivas dos clientes. Alertam para o efeito que as perguntas podem ter sobre o comportamento do terapeuta quando os clientes desviam o foco da terapia com perguntas sem relevância clínica, apenas interessados na pessoa do terapeuta. Nesse caso, essas perguntas podem gerar respostas emocionais dos terapeutas de diferentes tipos como insegurança, medo e desconfiança. Podem também levar o terapeuta a se sentir honrado, importante e seduzido pela curiosidade do cliente.

Para escapar dessas armadilhas, esses autores apresentam um caso clínico que ilustra como converter perguntas invasivas em verdadeiras estratégias clínicas. Afirmam que é importante que o terapeuta não fique sob controle exclusivo do que está sendo perguntado, pois a relevância clínica dessa situação, mais do que na pergunta, estará no efeito que ela tem sobre o terapeuta. Além de o terapeuta poder, a partir dessas constatações (daquilo que ele sentiu), levantar hipóteses sobre que reações o cliente evoca em outras pessoas no ambiente natural, ele pode dispor tais interpretações a fim de criar oportunidades terapêuticas para os problemas apresentados pelos clientes.

Quanto mais sensível ao comportamento do cliente e ao seu próprio comportamento o terapeuta estiver, mais chances ele terá de transformar situações aparentemente aversivas e difíceis em oportunidades terapêuticas curativas.

Para entender melhor como se desenvolve o vínculo terapêutico e como se estabelece uma relação íntima entre terapeuta e cliente, faz-se necessário apresentar algumas idéias sobre temas correlacionados à intimidade.

Segundo Brandão (2000), um ambiente de confiança é tanto importante quanto necessário para o processo terapêutico, pois assim como na vida cotidiana ocorrem no ambiente terapêutico comportamentos de aproximação e esquiva, e quanto mais empático for terapeuta mais hábil ele será para aplicar os procedimentos que se fizerem necessários, por exemplo, bloquear a esquiva emocional do cliente. Essa empatia deve ser suficiente para fazer o cliente se sentir forte e acolhido na sua condição humana.

Ainda sobre empatia Delitti (1998) afirma que o papel do terapeuta, de levar o cliente a se tornar um observador acurado de si mesmo, a discriminar as contingências que estão em operação em sua vida e estar apto a alterá-las em benefício próprio e do grupo social a que ele pertence, é viabilizado pela identificação e compreensão por parte do terapeuta dos códigos trazidos pelo cliente. Esse trabalho, segundo esta autora, pode se tornar menos complexo se o terapeuta conseguir ser além de técnico (apresentar conhecimento teórico), empático.

Segundo Meyer & Pilkonis (2002), os pacientes que se sentem mais confortáveis nos relacionamentos em que não temem a rejeição, aqueles seguros, que percebem seus terapeutas como empáticos e cuidadosos, tendem a estabelecer alianças fortes, estáveis e afetivas e podem se beneficiar mais do tratamento. Em contrapartida, os pacientes que temem a intimidade e o abandono podem demorar a estabelecer um vínculo de mais proximidade por considerarem que há risco de serem rejeitados.

Schwartz (1993) define proximidade fazendo uma metáfora ao ato de compartilhar. O terapeuta pode compartilhar, por exemplo, informações pessoais, seu estado emocional, um ponto de vista particular, um objetivo próprio etc. Segundo este autor, qualquer experiência compartilhada é chamada de *closeness* ou proximidade na psicoterapia.

Essas contribuições demonstram a preocupação da comunidade dos terapeutas comportamentais com a construção de uma relação forte que sirva de alicerce para o trabalho terapêutico que será desenvolvido. Como se pode observar, todos os aspectos emergentes da relação terapêutica que foram apresentados (aliança, auto-revelação, vida privada do terapeuta, empatia, proximidade e confiança) e a forma como foram abordados, representam o esforço teórico de construir uma compreensão dos efeitos da intimidade entre terapeuta e cliente.

2.2- Os riscos e limites da intimidade no relacionamento terapêutico

A complexidade envolvida neste contexto de análise crítica que se está fazendo nos remete ao fato de que nenhuma análise poderá abarcar todos os aspectos do comportamento em questão, sempre deixará algo de fora, não existindo nunca uma explicação que será definitiva (Vandenberghe, 2002 b).

Segundo Guilhardi (1997), as intervenções verbais (os comportamentos) do terapeuta têm extrema relevância na determinação do comportamento verbal do cliente devendo o mesmo, ficar sob controle das funções que seu próprio comportamento verbal tem sobre o cliente e, ao mesmo tempo, sob controle das funções que o comportamento verbal do cliente tem sobre ele. A mesma análise que se faz da conscientização do cliente cabe à conscientização do terapeuta.

Nessa perspectiva, o terapeuta deve ser capaz de responder que contingências estão em operação na sessão, de modo que possa conhecer mais sobre o próprio

comportamento e seus determinantes. Qualquer interpretação que não esteja baseada nesta análise, além de ser contraprodutiva pode resultar em equívocos (Guilhardi, 1997)

No que se refere a depoimentos pessoais ou respostas a perguntas invasivas, o terapeuta deve ser capaz de responder as seguintes questões: por que você falou sobre sua vida pessoal; por que falou o que pensa sobre determinado tema para o cliente que evidências tem de que seu procedimento foi adequado; com o que relaciona o que você fez; em síntese, qual é a função terapêutica do que foi dito.

Sendo assim, as perguntas sobre a vida privada do terapeuta, bem como o comportamento de dar depoimentos pessoais ou fazer auto-revelações, devem estar sob controle da função, identificada nos antecedentes, respostas e conseqüentes.

Queiroz e Guilhardi (1997) sugerem que o terapeuta se comporte sob controle de quatro grupos de contingências, necessárias e suficientes para torná-lo consciente da sua atuação. O primeiro conjunto de contingências é estabelecido pelo corpo de conhecimento, dados experimentais, procedimentos terapêuticos e modelo metodológico do behaviorismo radical e da ciência do comportamento, que aparecem sob forma de regras de atuação e vão funcionar como S para o terapeuta compreender o que está ocorrendo com o cliente, a partir de generalizações feitas de processos comportamentais estudados em laboratórios para a vida cotidiana.

O segundo grupo de contingências refere-se ao grupo socioprofissional a que o terapeuta pertence (outros terapeutas, pesquisadores, professores e alunos). Esse grupo deve estabelecer contingências suficientemente poderosas para manter o terapeuta sob controle do corpo de conhecimentos, procedimentos e método, seja através de situações de grupo de discussão de casos, eventos científicos ou sala de aula.

Uma terceira fonte de contingências que deve controlar o comportamento do terapeuta, como sugere Queiroz e Guilhardi (1997), advém do cliente. O tempo todo o

terapeuta deve ficar sob controle do comportamento do cliente (e da comunidade da qual ele faz parte), sendo que este deve funcionar como antecedente e conseqüente de sua atuação. Seu comportamento deve ser instalado, mantido e alterado pelos dados comportamentais e não exclusivamente pela teoria.

A quarta e última fonte de contingências sugerida por esses autores, que pode tornar o terapeuta consciente de como se comporta, como se sente e o que determina seus comportamentos é a análise que outro terapeuta faz do seu comportamento. Isso pode ser conseguido através de terapia (onde serão analisados os comportamentos não profissionais do terapeuta) ou supervisão (onde serão analisados seus comportamentos profissionais).

Com esses quatro grupos de contingências atuando harmonicamente, o terapeuta provavelmente não terá dificuldade de lidar com situações clínicas inesperadas, como as perguntas invasivas, pois seu comportamento (responder) não estará sob controle da sua história, das suas próprias regras e necessidades, tampouco dos seus sentimentos e emoções, mas do seu referencial teórico-conceitual, dos padrões da prática científica, dos procedimentos de manejo de comportamentos, dos comportamentos do cliente e da função terapêutica.

Na perspectiva da FAP a especificação e análise dos comportamentos clinicamente relevantes, como dito anteriormente, é o ponto de partida para as intervenções do terapeuta. Além disso, as variáveis controladoras existentes na sessão terapêutica podem ser muito poderosas, na medida em que produzem reações emocionais intensas e efeitos reforçadores que são associados com relacionamento íntimo.

No entanto, da mesma forma que a FAP pode ser muito benéfica para o cliente, afetando amplos repertórios, essas mesmas variáveis controladoras podem produzir

efeitos prejudiciais, como intenso afeto negativo e repertórios associados de fuga-esquiva, considerando que alguma aversividade esteja presente na evocação de CCRs e no bloqueio da esquiva que se segue a eles (Kohlenberg & Tsai, 1995). Essa aversividade, segundo esses autores, deve ser medida de acordo com as características do cliente; se for pouca atrapalha o processo porque a esquiva é reforçada na sessão, se for muita pode ser sufocante e imobilizadora.

Para a manutenção e desenvolvimento dessa tão importante ferramenta de trabalho- a relação terapêutica- terapeuta e cliente devem trabalhar juntos sem complicações adicionais oriundas de reações emocionais disruptivas, o que não significa que a dificuldade de estabelecer um vínculo mais íntimo represente impedimento para a terapia, pois isso pode sinalizar para o terapeuta que um comportamento-problema está ocorrendo na relação terapêutica e representa oportunidade de atuação. Visto assim, a dificuldade que seria um obstáculo para esse profissional torna-se algo desejável (Vandenberghe, Marden & Kohlenberg, 2006)

O terapeuta não precisa esconder suas emoções, valores e opiniões; ele pode, sendo uma pessoa “real” e “verdadeira”, evocar CCRS do cliente com o intuito de fornecer oportunidade para um novo comportamento surgir e ser reforçado como, por exemplo, o de construir e manter uma relação íntima (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Isso é diferente de o terapeuta expressar sentimentos e emoções por necessidade de apreciação, afeição e controle, o que o leva a emitir comportamentos inapropriados como encorajar a dependência, reclamar dos seus próprios problemas com o intuito de induzir o cliente a tomar conta de si, envolver-se sexualmente com o mesmo, sentir-se inclinado a protegê-lo ou salvá-lo etc.

Nesse caso, manifestações do terapeuta como responder perguntas sobre sua vida privada, dar depoimentos e fazer revelações pessoais, do ponto de vista analítico-

comportamental, representam oportunidade para lidar com conflitos interpessoais, dando abertura para que os comportamentos clinicamente relevantes sejam trabalhados diretamente, além de reforçar comportamentos de aproximação ou evocar outros relacionados à intimidade.

A falta de um envolvimento genuíno com o cliente impede tanto a evocação do CCR, quanto a ocorrência do reforçamento natural, ambos requisitos essenciais para um benefício terapêutico na FAP. Reconhecida a necessidade de se estabelecer uma boa relação, qualquer tentativa do terapeuta de criar condições que favoreçam o desenvolvimento de um bom vínculo pode ser louvável (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Levando em consideração o papel da intimidade na interação terapeuta-cliente, para o uso da FAP, Kohlenberg & Tsai (1991/2001) fazem alguns alertas sobre comportamentos contraterapêuticos e anti-éticos do terapeuta. O primeiro alerta é em relação à atração sexual que pode surgir entre terapeuta e cliente, considerando que durante a sessão seus sentimentos são intensificados. O terapeuta discutir esses sentimentos pode representar uma possibilidade de progresso terapêutico, mas agir em relação a eles, além de anti-ético é contraterapêutico.

O segundo alerta refere-se à necessidade de o terapeuta estar atento para o momento de interromper tratamentos ineficientes. Muitas vezes o cliente permanece na terapia quando o melhor seria terminar o processo ou encaminhar para outro terapeuta. Se os problemas do cliente, por exemplo, estiverem relacionados à incapacidade para terminar relacionamentos prejudiciais, ele provavelmente apresentará comportamento semelhante durante uma terapia ineficiente, cabendo ao terapeuta a iniciativa de terminar o processo.

Coerente com a releitura clínica da proposta behaviorista, um terapeuta não deve apresentar comportamentos sexistas, racistas ou discriminatórios, daí vem o terceiro alerta. Não há um modelo saudável a ser oferecido para o cliente, nem tampouco comportamentos que devam ser sugeridos para fazerem parte do seu repertório. Nesse caso o terapeuta deve estar atento aos valores opressivos e preconceituosos. Embora ele também faça parte de uma cultura e tenha valores (o que é reforçador para a pessoa) consistentes com ela, emitir comportamentos opressores, reforçar os comportamentos do cliente que foram modelados por uma cultura racista ou sexista, por exemplo, limitam o acesso do cliente a reforçadores, na medida em que a educação, o emprego e as oportunidades de relacionamento são negadas com base na raça, gênero ou no fato de ele ser membro de grupos minoritários. Esse viés pode ser sutil e não observado pelo terapeuta, por isso é importante que ele submeta seu comportamento à análise de outros indivíduos sensíveis a essas questões, seja por meio de registro de sessões em vídeo, seja através de grupos de discussão de casos, supervisão etc.

O quarto e último alerta diz respeito à tirania emocional, à visão da FAP sobre a questão e sugestões de maneiras de limitar o abuso de poder na profissão. Do ponto de vista da FAP relacionamentos reais são iguais em alguns aspectos e desiguais em outros e essa realidade é definida funcionalmente. O desequilíbrio não pode ser considerado nessa perspectiva como bom, mau ou neutro sem que o contexto seja estabelecido. Para um cliente, por exemplo, que tenha dificuldade de se relacionar com autoridades no ambiente natural (por ter uma história de ter sido explorado por pessoas que tinham poder sobre ele), a terapia poderá dispor oportunidades de aprendizagem de maneiras de se relacionar com as autoridades, haja vista que a diferença de poder na terapia é igual à diferença de poder no ambiente natural. O abuso de poder pode ser visto na terapia

quando o terapeuta tem seu comportamento controlado por outros reforçadores que não o progresso do cliente. Exemplos de reforçadores são o pagamento, que é contingente a manter o cliente em terapia, a subserviência do cliente, sua admiração, civilidade, paquera, masculinidade, feminilidade, dentre outros.

Para garantir a prática terapêutica e evitar esses tipos de abusos, Kohlenber e Tsai(1991/2001) sugerem o monitoramento do processo terapêutico por colegas e supervisores e, algumas maneiras de se conseguir isso, sendo elas: a) bom treino clínico, consciência e sensibilidade; b) ter o comportamento exigido do cliente no seu repertório; c) ser uma pessoa capaz de ser reforçada pela melhora do cliente e não por outros reforçadores contraterapêuticos.

Observa-se, a partir do que foi exposto anteriormente, que o comportamento do terapeuta, seja ele em resposta ao comportamento do cliente, seja sob controle de outras variáveis, de acordo com o que é proposto pela FAP deve ser analisado em termos funcionais. Qualquer intervenção ou resposta emocional do terapeuta deve estar sob controle daquilo que é produtivo para o processo terapêutico.

Visto dessa forma, responder a perguntas invasivas, bem como engajar em depoimentos pessoais, fazer colocações que priorizam a sua visão de mundo em detrimento da do cliente, são comportamentos “daninhos” que ao invés de se converterem em estratégias de mudança terapêutica podem comprometer o progresso da terapia. A consciência das variáveis que estão controlando o seu comportamento e o do cliente, segundo o que é proposto pela FAP e pela TCR, conduzirá o terapeuta na escolha e decisão de falar ou não de si, de modo que ele seja capaz de responder por que falou (qual a função terapêutica) e o que isso gerou em ambos.

A mesma posição outros terapeutas behavioristas radicais também apresentam como Banaco (1993). Ele faz um alerta sobre a expressão por parte do terapeuta de

sentimentos e emoções intensas. O terapeuta precisa estar atento à intensidade de suas emoções, discriminar que tipo de reação o cliente provoca nele e avaliar o valor terapêutico antes de expressá-la ao cliente, ou seja, o terapeuta precisa estar consciente das variáveis controladoras dos seus comportamentos e dos do cliente.

Outra behaviorista radical, a T2 (participante dessa pesquisa) oferece uma visão diferente e ao mesmo tempo radical sobre auto-revelações do terapeuta. Para ela, as dificuldades do terapeuta, bem como seus repertórios apreciáveis, não devem ser apresentados ao cliente, para que o terapeuta não sirva de modelo. [...] “O cliente é que tem que resolver seus problemas, fazer o que é bom para ele, e não fazer o que o terapeuta faz. O terapeuta tem apenas que ter repertório suficiente e eficaz para estimular o cliente a oferecer repertório. Cabe ao terapeuta fazer muita terapia para se conhecer melhor e não misturar a sua vida, os seus problemas, as suas experiências, com as dos clientes. Se ele estiver encontrando muita dificuldade de manter preservados aspectos da sua vida, é porque está trabalhando mal com as contingências ou falta-lhe repertório técnico-conceitual para lidar com essas situações”.

Observa-se que ela não considera uma opção o terapeuta falar de sua vida ou emitir algum posicionamento pessoal, mesmo que consciente e sob controle da função terapêutica.

As implicações clínicas das duas visões - a primeira que defende o uso de depoimentos pessoais ou auto-revelações sob controle da função e a segunda que se opõe à esse tipo de procedimento- serão abordadas na sessão discussão.

3- Terapeuta: um ser que se comporta

O terapeuta, antes de ser terapeuta é humano e, como tal, está sujeito às mesmas leis comportamentais que seu cliente e também às adversidades da vida. A idéia de que o terapeuta não tem problemas ou de que não deveria ter dificuldades para resolvê-los é

tão irrealista quanto a idéia de que ele seja desprovido de sentimentos e preconceitos em relação ao cliente. Trata-se de uma fantasia que tanto os clientes quanto o próprio terapeuta criam a respeito da pessoa do terapeuta, uma idealização que não descreve as reais contingências.

Banaco (1997) afirma que alguns temas causam impacto sobre a pessoa do terapeuta e podem eliciar respostas como a expressão de sentimentos, sendo alguns deles, os valores morais, éticos e religiosos que diferem dos seus. Da mesma forma, erros de interpretação na condução da sessão assim como a identificação com o problema do cliente, o desrespeito por parte deste, o sentimento de pena ou inveja do terapeuta em relação ao cliente etc, também podem levá-lo a expressar seus sentimentos.

Zamignani (2000), também refletindo sobre o impacto que o cliente tem sobre o terapeuta, afirma que se este não estiver atento ao que o cliente produz nele (seus sentimentos em relação ao cliente) incorrerá no risco de usar punições desnecessárias. Este autor ressalta que um ambiente rico de estimulação aversiva produz indivíduos ansiosos e que o processo terapêutico deve ser um contexto gerador de interações menos aversivas, uma fonte de reforçamento positivo.

Segundo Banaco (1993), na relação terapêutica o terapeuta é um ser se comportando e por isso faz-se necessário entender as variáveis que controlam tanto o seu comportamento quanto o do cliente. Ele considera que tão importante quanto identificar e reforçar os comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) dos clientes é o terapeuta conhecer-se, reconhecer-se e usar seus sentimentos, produtos da interação com o cliente, como Sds para a prática clínica. Qualquer comportamento do cliente que evoque sentimentos como raiva, ou elicie ansiedade, medo etc, pode descrever contingências em operação tanto na sessão terapêutica quanto na vida do cliente. As

emoções do terapeuta, nesse caso, constituem importantes dicas e as similaridades comportamentais podem ser utilizadas pelo terapeuta, facilitando a discriminação das contingências operantes na vida do cliente. A discriminação da natureza dos sentimentos do terapeuta, bem como sua capacidade de relacioná-los com as contingências, o deixam em melhor condição para fazer intervenções adequadas.

Sobre a natureza dos comportamentos eliciados nos terapeutas pelos clientes, Guilhardi (2007) apresenta dois exemplos: o primeiro, quando um cliente agride ou ofende o terapeuta, elicia nele respondentes típicos da raiva (rubor facial, tremor na voz etc) acompanhados de componentes operantes da agressividade (nem sempre evitáveis considerando-se sua alta probabilidade). Outro exemplo é um cliente que ao falar da morte de alguém significativo elicia no terapeuta lágrimas, silêncio etc, estados estes que denunciam seus sentimentos. As respostas do terapeuta ao comportamento do cliente podem ser respondentes ou operantes, ou respondentes acompanhadas de componentes operantes. Em ambos os casos, trata-se da explicitação involuntária e incontrolável por parte do terapeuta da sua intimidade.

4- O caminho metodológico para pesquisas em clínica: uma preocupação, não um empecilho

O contexto clínico propõe e levanta questões que são instigantes e necessitam ser pesquisadas, mas fazer pesquisa experimental em clínica não seria o termo apropriado, considerando que a atividade clínica muitas vezes é incompatível com os rigores metodológicos da pesquisa experimental. O que Guilhardi, Betini e Camargo (1977) propõem é que se fale, então, em pesquisa aplicada experimental com humanos no contexto clínico ou pesquisa sobre temas clínicos, uma proposta que harmoniza os objetivos e procedimentos e permite que se empregue ao estudo o rigor metodológico

com significância social, atendendo simultaneamente às expectativas das duas comunidades.

Guilhardi (Guilhardi, 2002 b) ressalta que o trabalho clínico pode ser experimental, mas não tem que ser experimental. Quando há incompatibilidade entre a atividade clínica e os rigores metodológicos da pesquisa experimental, faz-se necessário optar por um ou por outro papel - se pesquisador, o profissional deverá ficar sob controle dos cânones da pesquisa experimental; se terapeuta, sob os cânones da ação terapêutica.

Esse autor afirma que embora a atividade clínica deva se basear nos dados, procedimentos e conceitos oriundos da pesquisa experimental - que enquanto corpo de conhecimento dinâmico ativo, em contínuo progresso e revisão sistemática, sempre contribui, revelando as leis que regem o comportamento humano (que constitui a essência do trabalho clínico) -, há que se considerar que ela também produz, através dos procedimentos que lhe são próprios, dados, procedimentos e conceitos que são válidos, mesmo que não tenham origem nos procedimentos experimentais.

Segundo Guilhardi (2005 a), a prática clínica incorpora nos procedimentos que adota atitudes de ciência, como a coleta sistemática dos dados empíricos, a replicação de procedimentos inter-clientes e inter-terapeutas, a mensuração de comportamentos, parcimônia na interpretação dos dados, adoção do modelo biológico Darwiniano de explicação (a seleção do comportamento pelas conseqüências), entre outros. Portanto, o estudo clínico, atendimento clínico, estudo de caso ou pesquisa sobre temas clínicos são um análogo da realidade, e sua natureza, conforme características atuais, não se adequa ao modelo experimental.

O estudo da interação terapeuta-cliente, considerada a imprevisibilidade da relação que impossibilita o controle de variáveis, inviabiliza a utilização do método

hipotético-dedutivo, o que justifica o fato de a nova leitura do processo terapêutico não lançar mão da pesquisa hipotético-dedutiva, que tinha sido a pedra angular das terapias comportamentais tradicionais, a exemplo de Eysenck (1959/1979) e Chambless (1996). Em contraste, a nova onda das terapias comportamentais surgiu da leitura que alguns terapeutas fizeram da sua prática. Embora haja críticas de terapeutas tradicionais como Corrigan (2001), os quais afirmam que as novas terapias comportamentais apresentam teorias sobre como a terapia funciona sem ter dados, observa-se uma preocupação dos terapeutas em buscar apoio empírico para suas visões em outros métodos de pesquisa, por exemplo, o de pesquisa qualitativa a partir da vivência terapêutica, análise de estudo de casos, quantitativos e qualitativos etc. O presente estudo se enquadra nessa tendência de usar o método qualitativo para abordar questões referentes ao relacionamento terapêutico.

Com o cuidado de buscar um método que fosse coerente com a nova leitura do behaviorismo radical, optou-se por utilizar os princípios oferecidos pela *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos dados (Charmaz, 2003). Muito utilizado nas diversas ciências humanas, a *Grounded Theory* baseia-se no interacionismo simbólico, que caracteriza-se por adotar pressupostos contextualistas. Segundo essa perspectiva, a partir dos dados é que se constrói a teoria ou modelo conceitual para explicar os fenômenos comportamentais estudados. Trata-se de um modelo de análise qualitativa e indutiva que consiste na organização, categorização e interpretação dos dados que levam à construção da teoria que vai explicar o contexto. Para uma melhor compreensão do método utilizado neste estudo, torna-se necessário listar alguns conceitos fundamentais da teoria:

Conceitos Sensibilizadores – são conceitos trazidos pelo pesquisador, resultantes da sua formação, incluindo seu conhecimento prévio conseguido através de leituras sobre

a literatura relacionada ao assunto. A sensibilidade ao conceito norteará o pesquisador na busca de dados relevantes para investigação e significação dos dados. Por exemplo, saber o papel da intimidade no relacionamento terapêutico leva o pesquisador a buscar informações sobre como o terapeuta lida com perguntas sobre a sua vida privada.

Amostragem teórica ou proposital – refere-se à escolha dos sujeitos em função da probabilidade de suas contribuições (relatos sobre situações clínicas) conduzirem a categorias relevantes para o desenvolvimento da pesquisa em questão, ou seja, a coleta dos dados é proposital e deve corresponder à necessidade do pesquisador, sendo escolhidos participantes que possam trazer dados correspondentes às questões propostas. Em seguida, faz-se a transcrição dos dados coletados. Eles são interpretados e da interpretação surgem as categorias. Os dados coletados de cada terapeuta são qualificados. Esse trabalho é feito linha a linha, criando-se conceitos específicos que estão relacionados com o conteúdo interpretado.

No presente trabalho buscou-se construir dois tipos de categorias: as que definem as maneiras de lidar com eventos íntimos e as que descrevem os estilos clínicos dos participantes. As categorias que descrevem os estilos clínicos surgiram a partir da necessidade de se reunir características dos terapeutas (observadas tanto nos relatos quanto na própria interação durante a entrevista) que não estavam sendo mencionadas no primeiro grupo de categorias.

Codificação linha-a-linha - significa nomear cada linha dos dados escritos. Essa codificação é feita em aberto, isto é, sem taxonomia de categorias pré-estabelecidas. Os dados é que se encaixam à teoria e deles surgem as categorias, o que permite que seja feita uma investigação funcional do fenômeno estudado. Na seqüência, verifica-se quais padrões se repetem (nos relatos de cada terapeuta) e faz-se uma síntese dos conceitos que visa à organização dos dados.

Codificação enfocada- é uma re-leitura dos dados, direcionada pelos códigos mais significativos que emergiram na codificação linha-a-linha, levando-os a categorias conceituais para o desenvolvimento de um referencial analítico (Charmaz, 2003). Encontrou-se inicialmente conceitos analíticos bem específicos como “responde dependendo do contexto”, “falo de mim para validar os sentimentos do cliente” etc, que com outros foram reunidos na categoria “aproveitamento”.

Memos ou memorandos – utilizados para armazenar interpretações relevantes que serão utilizadas no desenvolvimento de conceitos, na organização dos códigos enfocados nas categorias e na construção da teoria. A função deles nesse trabalho foi a de identificar as relações entre os fenômenos investigados (comparações entre dados/dados, dados/ conceitos, conceitos/conceitos), facilitando a identificação de padrões que unem os dados e das diferenças que estruturam os processos.

Categorização - a emergência de categorias não parte de hipóteses ou conceitos pré-concebidos, mas do agrupamento de códigos, sendo estes feitos de acordo com a semelhança funcional.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 08 (oito) terapeutas de formação Behaviorista Radical que atuam dentro de uma visão contextualista skineriana, de diferentes idades e tempo de experiência. Foram escolhidos 4 (quatro) terapeutas com mais de quinze anos de experiência clínica e quatro terapeutas com menos de quinze anos de experiência. Essas informações sobre sexo, idade e tempo de atuação clínica serão apresentadas no Quadro 1. O critério de divisão (tempo de atuação clínica) foi utilizado com o intuito de investigar a influência da variável “tempo de atuação em clínica” sobre o manejo da relação terapêutica.

O tipo de amostragem adotado no presente trabalho foi o da amostragem teórica, baseada na Grounded Theory (Charmaz, 2003). Esse tipo de amostragem sugere que a escolha dos participantes se dê conforme as necessidades de cada pesquisador. Ou seja, são escolhidos para participar aqueles que possam oferecer dados que sejam relevantes para o tema de modo que deles possam ser extraídas categorias, e essas categorias, após serem analisadas, conduzam a respostas para as questões da pesquisa. O objetivo é preencher a lacuna entre os dados e a teoria emergente, refinando a análise à medida que o pesquisador é levado a confrontar suas idéias com a realidade empírica. Vale ressaltar que não se trata de uma amostra representativa, pois não se está buscando uma generalização estatística, mas sim aprofundamento.

QUADRO 1- Informações sobre os participantes

Participantes	Título acadêmico	Tempo de atuação Clínica	Idade Sexo
01	Mestre	Desde 1969 38 anos	61 /Masc
02	Doutor	Desde 1969 38 anos	73/ Fem
03	Especialista	Desde 1984 23	50/Fem
04	Especialista	Desde 1991 16	45/Fem
05	Especialista	Desde 1997 10 anos	32/ Fem
06	Mestre	Desde 2001 6 anos	27/Fem
07	Especialista	Desde 2001 6 anos	29/Fem
08	Graduada	Desde de 2000 7 anos	51/ Fem

Materiais

Foram utilizados inicialmente uma câmera digital e, depois, por se mostrar mais prático, um gravador e fitas cassetes. Para cada participante foi apresentado um termo de consentimento e esclarecimento sobre a participação da pessoa como sujeito na pesquisa.

Procedimento

A seleção dos participantes se deu através de um primeiro contato informal, no qual foram apresentados o tema, os objetivos e a relevância da pesquisa. Num segundo momento foi entregue um convite formal e diante da concordância do terapeuta em revelar episódios clínicos que pudessem exemplificar questões ligadas ao tema, foram marcados dia, horário e local para a entrevista de acordo com a disponibilidade do terapeuta. Na mesma ocasião, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) para que o mesmo o assinasse. Com cada terapeuta foi feita uma única entrevista, individual e semi-estruturada, com duração média de uma hora. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, com intuito de alcançar a fidedignidade dos relatos e facilitar a análise detalhada dos mesmos. As transcrições foram feitas por quatro assistentes de pesquisa, ficando cada um encarregado de digitar a entrevista transcrita. Depois de entregues, elas foram averiguadas pela mestrandia. As entrevistas gravadas ficarão armazenadas por quanto tempo se fizer necessário, haja vista que esta pesquisa não esgota o tema, pelo contrário, abre espaço para que novas pesquisas sejam realizadas.

Para as entrevistas, seguiu-se um roteiro (Anexo 4) com perguntas padrões que davam espaço para o surgimento de outras. Juntamente com as perguntas foram dados exemplos reais e fictícios que pudessem evocar lembranças de episódios clínicos, coerente com as noções da pesquisa colaborativa, na qual o participante não só fornece

dados brutos durante a entrevista, mas ao mesmo tempo tem um papel ativo na interpretação da própria experiência relatada. Segundo Charmaz (2003), pesquisadora e participantes constroem os dados juntos. Os dados já coletados direcionam as coletas seguintes e as perguntas que a pesquisadora levanta junto aos participantes também são influenciadas pelos dados já encontrados, o que faz com que suas próximas perguntas sejam determinadas e aprimoradas pela qualidade dos dados obtidos.

Resultados

Parte I

- ¬ Dos dados analisados (via transcrição das entrevistas) emergiram três categorias que foram definidas em termos de classes funcionais, sendo elas: 1) Prevenção, 2) Manejo e 3) Aproveitamento. Cada uma dessas categorias reúne os comportamentos dos terapeutas que têm semelhança funcional independente da sua topografia, como pode ser visto no Quadro 2.

QUADRO 2 – Categorias que reúnem os comportamentos dos terapeutas diante do fenômeno intimidade

Quadro Geral		
Categorias		
	Intra-sessão	Extra-sessão
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> A. Comporta-se formalmente nas primeiras sessões B. Filtra comportamentos e informações pessoais C. Evita intimidade 	<ul style="list-style-type: none"> A. Recusa proximidade B. Não inicia aproximação fora do setting C. Submete-se a discussões de caso; procura ou oferece supervisão; faz terapia; faz reflexões individualmente
Manejo	<ul style="list-style-type: none"> A. Promove intimidade para favorecer o vínculo B. Pondera e analisa a influência de perguntas invasivas e responde seletivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Aceita proximidade com o cliente para favorecer o vínculo
Aproveitamento	<ul style="list-style-type: none"> A. Identifica e analisa com o cliente a função da pergunta invasiva B. Fala de si com objetivo terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> A. Explora a relevância clínica da proximidade com o cliente B. Cria oportunidade para o desenvolvimento de repertório

1 – Prevenção: fazem parte dessa categoria todos os comportamentos de esquiva do terapeuta que visam a preservação do vínculo, seja intra ou extra sessão. Essa categoria descreve os cuidados que o terapeuta tem com o que fala ou faz, para não comprometer nem prejudicar o processo e o vínculo e os mesmo resultaram nas seguintes subcategorias:

Intra sessão:

- A. Comporta-se formalmente nas primeiras sessões: Os terapeutas que relataram ser cautelosos, procurando observar as características do cliente antes de emitir qualquer comportamento que fuja da formalidade ou “protocolo” do primeiro encontro (T1,T2,T4,T5,T7)

Trechos ilustrativos:

“Eu diria que existe um padrão sistemático para lidar com o cliente. O primeiro contato é bastante formal. Eu desço (minha sala fica no segundo pavimento), vou encontrar com o cliente na sala de espera. Como eu não conheço nada da história desse cliente eu sou formal, me aproximo, me apresento, aperto a mão [...] Eu uso uma prancheta, fico de frente para o cliente e vou fazendo anotações [...] Então na primeira sessão eu não brinco, não ironizo, sou bastante cauteloso, porque ainda conheço pouco o cliente. Na segunda sessão repito praticamente o mesmo procedimento, mas já anoto menos. Em algum momento eu me sentirei relaxado com o cliente, pode levar duas, cinco, sessões. Quando isso acontece, quando eu percebo como ele reage a alguns comentários, brincadeiras, quando eu me sinto a vontade, já posso, por exemplo, se a pessoa for muito fechada, fazer uma brincadeira para descontrair o ambiente. Se ele for formal vou quebrar a formalidade; se ele tiver dificuldade de expressar emoções, eu posso brincar com os sentimentos; então vou fazendo um *fade in* observo a reação dele....”(T1)

“Não existe uma regra específica, geralmente eu busco o cliente na recepção e dou a mão. Quando é um cliente de mais sessões e me dá um cumprimento com beijo, eu não afasto, correspondo. Não abraço, só se ele vier me abraçar. Da minha parte dou sempre um aperto de mão. Procuro o equilíbrio, nem tão distante, nem tão calorosa, de forma que eu não me aproxime demais, mas também não fico tão distante. Eu poderia dizer assim, um profissional empático que está preocupado com o outro, mas que também mantém a distância profissional”.(T4)

B. Filtra comportamentos e informações pessoais: os terapeutas falam sobre si somente aquilo que julgam necessário para o processo, que possa passar segurança para o cliente, por exemplo, informações profissionais. Não falam de comportamentos inadequados ou déficits, nem dão informações desnecessárias que possam atrapalhar ou acelerar o processo de desenvolvimento do cliente. (T1, T2, T3, T4, T6, T8)

Trechos ilustrativos:

“Se eu falar das minhas dificuldades na hora que ele estiver falando das dele, eu não construo o cliente. Ele pode se identificar comigo e se sentir autorizado a continuar: “Se até meu terapeuta... então vou procurar outro”. (T1).

“A partir de uma situação na qual eu falei para uma paciente que também tinha tido depressão e que sabia do que ela estava falando e ela decidiu abandonar o tratamento por achar que uma pessoa deprimida não poderia tratar de outra, posso dizer que faço uma seleção, não é com todo paciente que compartilho alguma experiência [...]. Depois dessa cliente tenho mais cautela para fazer revelações, principalmente se elas tiverem conteúdo patológico”. (T3)

“O caso do paciente que era extremamente exigente com ele mesmo, perfeccionista [...]. Omiti que antes eu tinha sido, não expus que eu era perfeccionista, obsessiva, que quase tive uma úlcera, porque não achei que seria prudente falar. Falei apenas de como eu lidava com isso hoje [...].” (T6).

“Eu nunca tive problemas de responder perguntas como se sou casada, que pareço jovem, qual a minha idade, se tenho filhos, daí eu respondo que tenho filhos, mas não vou falar de particularidades.” (T4)

C. Evita intimidade: entraram nessa subcategoria os comportamentos de esquiva do terapeuta que mostraram estar sob controle de regras sobre os limites da relação terapêutica. Os terapeutas relataram evitar alguns comportamentos que possam extrapolar esses limites, usando critérios seletivos para emitir comportamentos íntimos, como falar de si, responder perguntas íntimas, identificar-se com o cliente, compartilhar vivências felizes, dolorosas ou desagradáveis, manter contato físico como abraçar, segurar firme as mãos, olhar profundamente, demonstrar comoção etc. (T2, T6, T8)

Trechos ilustrativos:

“Nunca misturo minha vida, as minhas experiências, com as dos clientes. Se na terapia surgir questões que são comuns a mim e a ele, eu não vou deixar de tratar da questão mas, não vou dizer pra ele que isso aconteceu comigo ou que eu tenho esse problema também [...]O repertório quem tem que trazer é o cliente. Isso não quer dizer que eu não tenha minhas “neuras”, mas não pode ter nada a ver com o consultório.”(T2)

“Eu adotei o critério de dar apenas um aperto de mão em pacientes do sexo masculino, seja para receber seja para me despedir. Há uma grande chance de comportamentos mais afetuosos, como abraço, serem mal interpretados por homens, principalmente porque em geral eles vêm com problemas de relacionamento (com a esposa ou namorada ou porque não encontram alguém) e você é a pessoa que está dando atenção, está ali com ele e por ele etc.”(T6).

“Tem algumas coisas que podem ser prejudiciais, não são oportunas, por exemplo, falar de coisas que nos envolve emocionalmente. Uma vez, uma paciente trouxe uma situação muito parecida com a que eu tinha passado, uma dificuldade que eu havia superado. Senti uma vontade muito grande de falar pra ela, mas eu já havia superado, então fui me contendo, ajudando e me contendo, para que ela achasse o caminho dela.”(T8)

Extra sessão:

A. Recusa proximidade: fazem parte dessa subcategoria os comportamentos de esquivar-se da interação com o cliente em outros contextos (sejam situações públicas ou eventos sociais). Os terapeutas que preferem e consideram mais seguro para a relação, restringir essa interação ao contexto de consultório.(T1, T3, T7)

Trechos ilustrativos:

“Sistematicamente eu digo “não”. Então é assim: “eu não irei, não quero misturar vida pessoal com a vida profissional por enquanto. Depois que a gente acabar o processo terapêutico, avaliamos se devemos ter uma aproximação pessoal ou não”. Duas coisas controlam meu comportamento nesses casos: uma é o fato de eu ser pouco sociável. Eu não gosto de atividades sociais (casamentos, aniversários, viagens de final de semana em

casa de praia), isso pra mim é uma tortura [...] Outra coisa que controla meu comportamento, eu acho que a gente perde o controle sobre o cliente nessas situações”.(T1)

“Evito participar do convívio social do paciente, por isso, não vou à festas quando sou convidada, eu acho que não cabe, eu não me sentiria bem, acho que atrapalha dar continuidade na relação terapêutica. Ir à festas acho que é uma situação de maior exposição, para ela e para mim. Envolve proximidade com pessoas do círculo familiar, de amizade etc. Acho que isso pode depois trazer uma influência negativa para a relação.” (T3)

“Eu não acho que seja ruim um cliente ligar, porque tem momentos que eles precisam, momentos de dificuldade, e eu me sinto bem fazendo isso. Já o telefone de casa eu não dou. Não acho que seja necessário, não tem nenhuma situação que seja indicada, principalmente porque meu celular está sempre ligado. Eu me sentiria exposta se eles tivessem o telefone da minha casa. Eu não gostaria de estar vendo TV com meu filho e o telefone tocar e ser uma cliente. Acho que não cabe.”(T7)

B. Não inicia aproximação fora do setting: entraram nessa categoria os comportamentos de esperar a reação do cliente em encontros casuais, antes de tomar qualquer iniciativa, considerados pelos terapeutas como atitudes de respeito e cuidado para com o cliente (T2,T3,T4)

Trechos ilustrativos:

“Se eu encontro por acaso um cliente, pensando que ele possa se sentir constrangido, eu evito a aproximação. Aceno de longe e vou. Não faço de conta que não vi, isso não. Se

eu for a uma reunião social e lá encontrar um cliente, procuro não ficar no grupo em que ele está conversando”. (T2)

“Já aconteceu de eu encontrar paciente no supermercado e ele passar e fazer de conta que não me conhece, então eu respeito. Já aconteceu também de eu encontrar uma paciente dentro de uma loja e ela fazer questão de me cumprimentar e eu então correspondo. Se estou com meu marido eu o apresento, porque partiu dela a iniciativa. Outra vez eu estava na fila de cinema e na minha frente estava uma paciente. Ela virou e viu meu marido, eles se conheciam de um curso que estavam fazendo. Eu fiz de conta que não sabia. Eles se cumprimentaram e ele foi me apresentar a ela, aí ela disse: “Essa aqui foi minha psicóloga”. Ela que falou, eu não falei nada. Então eu procuro esperar a reação do paciente para então agir de acordo com ela”.(T3)

“Um dia desses, eu encontrei no supermercado uma paciente minha. Na hora que ela me viu, veio toda feliz e me cumprimentou. Eu fui cordial com o cumprimento dela, mas se eu a tivesse visto e ela não, eu não iria até ela mostrar que eu estava lá. Precaução mesmo.” (T4)

C. Submete-se a discussões de caso; procura ou oferece supervisão; fez ou faz terapia; faz reflexões individualmente: fazem parte dessa subcategoria todos os cuidados que os terapeutas têm com eles mesmos no que se refere a manter a qualidade dos serviço prestado(T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8)

Trechos ilustrativos:

“Eu acho desejável que o terapeuta esteja em processo terapêutico o tempo todo. Eu vejo a minha relação com meu terapeuta assim: se eu estiver em crise, a minha relação com

ele é mais parecida com terapia mesmo, eu preciso de correções. Quando não estou em crise é mais um processo de desenvolvimento pessoal (trocar idéias, ver ângulos de uma mesma questão etc). Há momentos que ela é mais um estudo, vou lá discutir um tema, descobrir alguma coisa etc. A terapia é uma atividade necessária”.(T1)

“Fiz muita terapia para me conhecer melhor e não misturar os meus problemas com os do cliente e para não colocar idéia minha pro cliente, deixar ele optar”. (T2)

“Outra atividade necessária é a supervisão. No início alguém mais sábio, mais experiente te orienta, depois você vai ficando também experiente, por isso utilizamos mais o termo discussão de caso. Até quando eu dou supervisão eu aprendo. Quando eu falo alguma coisa que meu supervisionando discorda, questiona, isso faz a gente pensar no assunto, mantém a gente “calibrado”. O terapeuta não deve trabalhar sozinho de maneira isolada, ele deve ter um grupo com quem ele interaja, converse, troque experiência etc. Se não fazemos isso, corremos o risco de nos tornar prepotentes: “eu acerto todas, tudo o que eu falo meu cliente concorda”. A gente cria uma relação de poder e não de conhecimento. A discussão de caso em grupo, tanto dos nossos casos quanto dos casos dos colegas (em ambas situações nos expomos) é muito construtiva, ajuda a gente ir “calibrando”, facilita a consciência terapêutica.” (T1)

2 – Manejo: foram agrupados nessa categoria os comportamentos do terapeuta, seja intra ou extra sessão, que aumentam o grau de intimidade com o cliente, visando o desenvolvimento produtivo do vínculo. Dessa categoria emergiram as seguintes subcategorias:

Intra sessão:

A. Promove intimidade: entraram nessa subcategoria comportamentos como depoimentos e informações pessoais, identificar-se com o cliente, compartilhar experiências, expor fragilidade, abraçar etc, que intencionalmente tornam a relação íntima. (T3,T5,T6,T7,T8)

Trechos ilustrativos:

“Eu procuro ser espontânea, estabelecer um relacionamento de intimidade, proximidade, deixar o cliente á vontade. Eu priorizo isso. Procuro ser simpática, me aproximo, normalmente eu gosto de ter um contato físico com o cliente: pego na mão, pego no ombro, abraço, isso varia. Eu fico sensível ao cliente e me coloco aberta porque considero o primeiro contato muito importante para eu sinalizar que estou atenta, disposta, próxima. Com os cliente que na primeira sessão me deram só um aperto de mão, eu repito o comportamento inicial e observo. O meu propósito é me tornar íntima.”(T7)

“Já tive casos em que o paciente fala coisas difíceis que ele viveu e que eu já vivi, então fica mais fácil para eu validar os sentimentos dele. Algumas vezes faço isso, divido com o paciente a minha experiência: “Eu vou te contar uma coisa minha, pra você ver que isso é normal, que acontece até comigo. A pessoa precisa saber que mesmo na posição de terapeuta, eu não sou perfeita”. (T6)

“Uma vez, uma cliente relatando situações bem traumáticas da infância, olhou pra mim com aquele olhar de validação e disse: “T, você já passou por alguma situação parecida com essa?” Aí eu me emocionei e disse que sim, que sabia exatamente o que ela estava falando e que eu já tinha passado por situações semelhantes. Ela chorou muito e eu enchi

os meus olhos de lágrimas. Segurei e não chorei porque julguei que não seria produtivo chorar capciosamente com ela, mas ficou evidente que tínhamos isso em comum. Achei naquela hora que tinha que falar isso. Me coloquei vulnerável.”(T7)

B. Pondera e responde seletivamente perguntas dos clientes sobre sua privada: essa subcategoria diz respeito especificamente a respostas do terapeuta a perguntas do cliente sobre sua vida, que são dadas após ser considerada a sua relevância para a relação e após ser analisado o impacto que ela tem sobre ambos, de modo que possam estreitar a relação e não prejudicar ou gerar desconforto para algum deles. (T5, T7)

Trechos ilustrativos:

“Se for uma pergunta que gera em mim desconforto eu não vou responder, jamais.”(T5)

“Com pacientes invasivos, como essa que perguntou se eu já havia tido crises conjugais, que parecia mais estar me testando, eu geralmente não respondo. Questiono a razão e importância da pergunta, o que mudaria ela saber sobre meu casamento, o que ela pensa sobre casamento, enfim procuro enfraquecer esse tipo de comportamento.”(T7)

Extra sessão:

A. Aceita proximidade com o cliente para favorecer o vínculo: fazem parte dessa subcategoria comportamentos do terapeuta como aceitar convites para participar de momentos importantes da vida do cliente, como festas, formaturas e casamentos, que têm como objetivo único, oferecer apoio, prestigiar e se envolver com aquilo que é importante para o cliente, a fim de fortalecer o vínculo (T3,T7)

Trechos ilustrativos:

“ Já fui convidada para o casamento de uma paciente minha, aí eu fui ao casamento, à igreja, mas à festa eu não fui. Tínhamos uma relação de muita proximidade, acompanhei todo o processo de namoro, noivado e casamento, era importante para ela que eu comparecesse, então fui. Já fui também à missa de sétimo dia de falecimento da uma filha de uma paciente minha, achei importante dar apoio. (T3)

“[...] Agora tem uma cliente que vai se casar em julho e essa eu vou fazer questão de ir, já estou acompanhando-a há algum tempo e é um casamento que significa superação. Ela enfrenta muitas coisas, uma cliente que tem TOC e todos os preparativos para o casamento [...] já significam superação. É muito enfrentamento e nesse eu faço questão de estar lá, de estar no meio, de apoiá-la, de cumprimentá-la.”(T7)

3- Aproveitamento: foram reunidas nessa categoria as reações do terapeuta ao comportamento do cliente dentro da sessão que tiveram efeito terapêutico, e os eventos fora da sessão que se converteram em táticas ou oportunidades terapêuticas, sendo eles apresentados nas seguintes subcategorias:

Intra sessão:

- A. Identifica e analisa com o cliente a função da pergunta invasiva: essa subcategoria compreende as reações do terapeuta frente a perguntas dos clientes sobre sua vida privada, que demonstram que sua resposta está sob controle da função da pergunta naquele contexto e ao mesmo tempo, da sua habilidade e perspicácia em utilizá-la para fins terapêuticos.

Trechos ilustrativos:

“Quando eu percebo que há entre mim e o cliente identificação de valores e objetivos positivos, eu me abro, por exemplo, um cliente que é muito afetivo com os filhos e ele pergunta como é a minha relação com meus filhos. Como eu me considero também afetivo com meus filhos e, nossa relação muito boa, posso dar alguns exemplos, falar de coisas que são dificuldades do cliente e também minhas, portanto, há uma identificação que eu chamaria de positiva. Nesse caso, estou tentando fortalecer o comportamento do cliente numa direção desejável, além de ser uma oportunidade para se criar um vínculo”. (T1)

“Uma vez teve uma senhora relatando questões relacionadas a fé etc, e ela falou assim: “A senhora crê em deus! Eu lembro que na época eu perguntei para ela o que seria crer em Deus. Ela estava relatando um monte de histórias, mas não tinha aquela entrega ou fé. Dizia que fazia isso e fazia aquilo, mas não acreditava no que fazia. Aí eu perguntei a ela: o que seria crer em Deus, seria ter fé, acreditar nas coisas! Porque se fosse, eu acreditava em Deus. Ela parou e refletiu e isso foi importante para o nosso trabalho, ele tomou o rumo que precisava, foi positivo.”(T4)

“Já tive um cliente que disse uma vez: “ É tão estranho interagir com você e não saber nada da sua vida”, daí eu pontuo: “Você quer saber da vida das pessoas para saber como agradá-las, para falar o que elas querem ouvir, e isso aqui não é relevante [...] Você precisa falar das suas coisas, não tem que me agradar”. Saber a função do comportamento é importante. No caso desse cliente a pergunta tinha a ver com as dificuldades dele. Em outras situações eu falo: “Que interessante sua pergunta. Agora

não estou entendendo por que você está fazendo ela agora”. Então eu analiso o contexto, o comportamento do cliente, qual é a função daquela pergunta, qual é o déficit dele que está envolvido.” (T5)

“Tem pacientes que na primeira sessão falam: “Você parece novinha, quantos anos você tem? Aí eu aproveito e falo: “É de fato, quantos anos você acha que eu tenho? Eu aproveito essa situação, não fico na defensiva. Eles dizem: “Ah, você tem tantos...” e eu: “não, eu tenho é tanto. Aí eu aproveito e digo: “o que você acha de ter uma terapeuta dessa idade, isso é problemático para você? Então eu aproveito para estreitar, descontrair e falar do assunto.” (T7)

B. Fala de si com objetivo terapêutico: foram considerados os comportamentos do terapeuta de dar depoimentos pessoais que demonstraram estar sob controle de um alvo terapêutico, seja para fortalecer comportamento ou para dar modelo para o cliente. (T1, T3, T4, T6, T7, T8)

Trechos ilustrativos:

“Eu tenho um cliente que tem um pai muito rico e não quer viver do dinheiro do pai. Em contra-partida ele não se engaja em uma atividade de estudo (não acabou a faculdade), não tem uma profissão. Muito desadaptado na perseguição dos seus objetivos [...]. Então ele diz: “Eu não vou usar o dinheiro do meu pai”, aí eu digo assim: “Gostaria muito de ter um pai rico para eu poder fazer melhor a minha profissão, gostaria de atender mais gente carente e ter uma verba que me garantisse, para eu fazer melhor uma coisa que ambiciono, escrever mais, ter tempo para produzir capítulos de livros, ensinar, gostaria de ter muitos alunos, fazer muitas supervisões”. Estou dando meu depoimento pessoal, a

partir de questões que ele levanta. Na sequência ele faz uma série de questionamentos: “Você gosta de atender? Está aqui me atendendo por que eu pago ou por que sou importante pra você? “Você atenderia um cliente de graça com a mesma motivação que atende um que paga como eu?” “Veja aí, ele paga porque pode, porque o pai tem dinheiro, mas o pai poderia não ter e como seria? Mostro a realidade para ele. Depois de algum tempo de terapia, com 28 anos, ele resolveu que vai fazer o curso de Psicologia. “Quero fazer esse curso porque acho que posso ajudar as pessoas, posso dar uma contribuição, posso usar mais meu conhecimento”. Fica claro que os meus depoimentos que respondiam seus questionamento a cerca de como eu vejo a profissão e de como eu vejo o fato dele poder usar o dinheiro do pai, ajudaram a construir terapêuticamente uma saída para ele.”(T1)

“Estava atendendo uma cliente essa semana que é muito ansiosa, que não está dando conta de pensar para decidir. Fiz com ela um exercício de relaxamento. Conduzi o exercício e contei para ela que eu faço porque é muito bom para a saúde, ajuda na concentração, é bom para a memória, que a ansiedade vai prejudicando essas capacidades, que gasta pouco tempo etc, estou oferecendo um modelo. Enfrento dificuldades também, mas vejo que eles me olham como modelo e nesse caso é até bom porque eles podem pensar: “Ah, ela tem dificuldades também mas as supera, procura se aperfeiçoar etc”.(T8)

Extra sessão:

- A. Explora a relevância clínica da proximidade com o cliente: fazem parte dessa subcategoria os comportamentos do terapeuta de aproveitar oportunidades como convites para festas ou encontros casuais para benefício do processo. (T6,T5)

Trechos ilustrativos:

“ Se vai ser bom para eu ter uma noção do comportamento do paciente, então eu irei. Por exemplo, umas duas vezes uma paciente me convidou para o aniversário da filha dela, eu queria mesmo ir para observar várias coisas na família inteira, então eu fui. Uma vez um paciente me convidou para assistir à uma peça de teatro na qual ele se apresentaria e eu fui. Ele tinha uma dificuldade de pedir e o convite foi um pedido, então eu fui para reforçar esse comportamento, embora eu pudesse ir também se não fosse o caso, eu não tenho dificuldades com isso.” (T6).

“Uma vez, encontrei um cliente com comportamento anti-social no shopping, então seria fundamental nessa situação valorizar ele conseguir estar no shopping, principalmente valorizar a maneira que ele conseguiu lidar comigo nessa situação. Ir falar com ele foi importante”. (T5)

B. Cria oportunidade para o desenvolvimento de repertório: foram considerados para essa subcategoria iniciativas dos terapeutas de propor ou utilizar interações fora do consultório com o objetivo de oferecer oportunidade de aprendizagem, instalar repertório (T1)

Trecho ilustrativo:

“Conceitualmente eu vou ao cinema com um cliente que tem fobia. Já levei um jovem de 12 anos a um campo de futebol para que se instalasse nele um repertório, mas eu não virei “um amiguinho” que vai ao campo torcer com ele.”(T1)

Parte II

A partir dos relatos sobre as práticas clínicas adotadas (comportamentos emitidos pelos terapeutas em diversas situações clínicas) e da observação da pesquisadora nas interações que teve com cada um dos terapeutas (antes, durante e após a entrevista) fez-se necessário traçar um perfil, que facilitasse a análise e compreensão dos resultados. Assim como no primeiro grupo de categorias, o perfil dos terapeutas, chamado aqui de “estilo clínico”, emergiu da interpretação e análise dos relatos feitos por eles, constituindo o segundo grupo de categorias. Como se vê no Quadro 3 a cada estilo clínico foi dado o nome que melhor o descreve e apresentadas as características definidoras.

Como verificou-se que a maneira de cada terapeuta reagir aos comportamentos do cliente estava relacionada ao seu estilo clínico, procurou-se apresentar no Quadro 4, a coincidência do estilo com as categorias, que mostram como o terapeuta previne, maneja e aproveita situações íntimas.

Definiu-se “estilo clínico” o repertório comportamental pessoal, profissional e científico do terapeuta, produto da sua história de contingências pessoal e profissional, que caracteriza sua maneira de interagir com o cliente bem como suas intervenções. O Quadro 5 demonstra o número de características definidoras do estilo, que cada terapeuta apresentou nos relatos.

1- Estilo defensivo: é caracterizado principalmente por comportamentos de seguir regras de conduta profissional, bem como por comportamentos de fuga-esquiva de intimidade.

Trechos Ilustrativos:

“[...] às vezes eu abraço, como que acolhendo, quando é um cliente antigo. Eu nunca vou fazer isso com um cliente novo”. (T2)

“Eu acho que eu não tenho que abrir minha vida para o cliente, tem que haver uma separação entre nós [...] consultório não é lugar de fazer amigos, é lugar de gostar de gente. Você gosta do cliente mas não vai virar amigo dele”. (T2)

“Eu sou afetiva com meus clientes, mas há alguns limites. Não é uma regra, mas é ficar sob controle das contingências, estar sensível às necessidades do cliente e aos limites da relação.”(T5)

2- Estilo Afetivo: caracteriza-se por comportamentos naturais e espontâneos que refletem maneira calorosa e aconchegante de ser do terapeuta. Por exemplo, não é exigido do terapeuta que ele se esforce para dar um abraço, fazer uma brincadeira para descontrair, dar uma boa risada quando a situação for engraçada etc.

Trechos ilustrativos:

“Eu procuro ser espontânea, estabelecer um relacionamento de intimidade, estar próxima do meu cliente, deixá-lo à vontade. Eu priorizo isso”.(T7)

“O meu natural é estar próxima afetivamente, essa é minha forma de ser. Eu tenho fama de abraço bom, então quando eu vejo que um paciente precisa ser abraçado, isso não é problema para mim. “(T8).

3- Estilo Criativo: caracterizado principalmente pela variabilidade comportamental do terapeuta, sua habilidade para tornar situações de risco ou inusitadas, em intervenções valiosas, por exemplo. Sua capacidade de criar condições de trabalho que não seguem regras de conduta ou protocolos clínicos.

Trechos ilustrativos:

“[...] Há um momento que eu percebo com mais segurança como o cliente reage a alguns comentários, brincadeiras, então em sinto mais a vontade e faço um fading in do meu estilo.” (T1)

“[...] Consequenciar comportamento no contexto real: gosto e lanço mão desse recurso sempre que necessito.” (T1)

QUADRO 3 - Estilos clínicos dos terapeutas com suas respectivas características definidoras

Estilo Clínico	Características	Inserção dos Participantes	Categoria de origem
D E F E N S I V O	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Suas ações são planejadas ♣ Age sobre controle das contingências e do que é bom pra o processo ♣ Não expõe sua vida ♣ Comporta-se formalmente com o cliente ♣ Segue regras sobre limites da relação ♣ Define com clareza os papéis ♣ Usa a neutralidade ♣ Desliga da vida pessoal 	<p>T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8 T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8</p> <p>T2,T4 T2,T3,T4 T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8 T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8 T2,T4,T8 T2,T8</p>	P R E V E N Ç Ã O
A F E T I V O	<ul style="list-style-type: none"> ○ É autêntico ○ É espontâneo ○ Dispõe para o cliente informações pessoais ○ Sensível ao cliente ○ Investe e prioriza o relacionamento terapêutico ○ Tranqüiliza o cliente ○ Evita punição ○ É caloroso ○ Desmistifica a figura do terapeuta 	<p>T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8 T5,T6,T7,T8 T1,T3,T5,T6,T7,T8</p> <p>T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8 T5,T6,T7,T8</p> <p>T1, T5,T4T6,T7,T8 T1,T5,T6,T7,T8 T5,T6,T7,T8 T1,T3,T4,T5,T6,T7,T8</p>	M A N E J O
C R I A T I V O	<ul style="list-style-type: none"> • Não fica preso ou segue com rigor protocolos • Faz brincadeiras e usa de ironia para descontrair o cliente • Utiliza outros ambientes que não o consultório para colher dados ou instalar repertórios • Contorna facilmente situações imprevistas • Cria condições para se sentir e deixar o cliente a vontade • Age natural e espontaneamente 	<p>T1,T5,T6,T7,T8</p> <p>T1,T5,T7,T8</p> <p>T1,T5,T6</p> <p>T1,T6,T7</p> <p>T1,T5,T6,T7</p> <p>T5,T6,T7,T8</p>	A P R O V E I T A M E N O

QUADRO 4 - Coincidência entre categorias e estilos

Categorias	Participantes							
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
Prevenção	X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo	X		X		X	X	X	
Aproveitamento	X			X	X	X	X	X
Estilos								
Defensivo	X	X	X	X	X	X	X	X
Afetivo	X	X	X	X	X	X	X	X
Criativo	X				X	X	X	X

QUADRO 5 - Demonstrativo do número de características definidoras apresentadas por cada terapeuta

PARTICIPANTES	ESTILOS		
	DEFENSIVO	AFETIVO	CRIATIVO
T1	(4 de 8)	(6 de 9)	(5 de 6)
T2	(8 de 8)	(2 de 9)	(0 de 6)
T3	(5 de 8)	(4 de 9)	(0 de 6)
T4	(7 de 8)	(3 de 9)	(0 de 6)
T5	(4 de 8)	(9 de 9)	(5 de 6)
T6	(4 de 8)	(9 de 9)	(5 de 6)
T7	(4 de 8)	(9 de 9)	(5 de 6)
T8	(5 de 8)	(9 de 9)	(3 de 6)

Discussão

Os resultados encontrados refletem a vivência direta de terapeutas comportamentais, que por meio de seus relatos possibilitaram uma reflexão inicial sobre alguns aspectos inespecíficos do relacionamento terapêutico, como a curiosidade do cliente sobre a vida privada do terapeuta, tema que reflete diretamente o nível de intimidade entre terapeuta e cliente. A divisão em categorias funcionais permitiu uma leitura analítico-funcional do fenômeno intimidade no relacionamento terapêutico. A forma como os terapeutas recebem e respondem a perguntas sobre sua vida pessoal, tema que motivou essa pesquisa, mostrou a partir da análise dos dados o nível de intimidade no relacionamento terapêutico e as características de cada terapeuta, daí a razão para os resultados terem sido apresentados em dois grupos de categorias: o primeiro grupo reflete a forma dos terapeutas lidarem com eventos íntimos na relação terapêutica e o segundo descreve os estilos clínicos. Para efeito de apresentação, essa discussão também será dividida em duas partes, sendo a primeira destinada à discussão sobre o primeiro grupo de categorias, e a segunda parte destinada à discussão sobre os estilos clínicos. No final, serão cruzadas as conclusões e sugeridas reflexões sobre os resultados como um todo.

Parte I

Quando perguntados sobre como reagem a perguntas sobre sua vida privada, os terapeutas foram unânimes em responder que analisam o contexto antes de respondê-las, que respondem se tiver função terapêutica (se puderem usar as perguntas e/ou respostas com fim terapêutico). Todas as respostas que apresentaram semelhança

funcional, ou seja, estavam relacionadas com uma dessas funções, foram reunidas nas categorias **manejo e aproveitamento intra e extra-sessão**.

Observou-se, e não foi surpresa, que as perguntas invasivas ocorrem com mais frequência no início da carreira, para os terapeutas com menos tempo de atuação clínica e com menos idade. Talvez, por isso, os terapeutas com menos tempo de atuação tenham apresentado durante a entrevista e nos relatos mais espontaneidade e desenvoltura ao falar e ao lidar com perguntas sobre sua vida privada.

De um modo geral, os terapeutas não demonstraram incômodo ou preocupação com perguntas sobre sua vida privada, mas apontaram algumas situações nas quais essas perguntas não deveriam ser respondidas, ou se respondidas que fossem “teórica ou conceitualmente”. Para os dois casos, entendeu-se esse tipo de comportamento do terapeuta como fuga/esquiva de intimidade, e as razões apresentadas por eles indicaram a preocupação com a relação e com o processo, por isso respostas dessa mesma classe funcional foram reunidas na categoria chamada **prevenção**. A forma como os terapeutas lidam com perguntas invasivas mostrou-se diretamente relacionada ao seu grau de envolvimento e intimidade com o cliente, à sua vulnerabilidade para envolver-se num relacionamento íntimo.

Dentro da categoria prevenção, encontra-se uma subcategoria que representa a opção dos terapeutas de não responder perguntas que lhes constriam ou sejam “muito íntimas” bem como a sua forma de lidar com a invasão do cliente sobre sua vida privada - “**filtra comportamentos e informações pessoais**”. Os terapeutas foram unânimes em dizer que não revelam aspectos da sua vida que lhe causem constrangimentos, por exemplo, falar de eventos traumáticos ou déficits comportamentais. Podem responder a perguntas gerais, dispor informações pessoais e profissionais, mas em geral não respondem a perguntas íntimas.

As diferentes razões por eles apresentadas para não dispor informações que consideram íntimas, não respondendo ou indagando e explorando o motivo da pergunta, estão diretamente relacionadas à preocupação com o impacto que essas informações ou a ausência de resposta podem ter sobre o relacionamento terapêutico, ou seja, os terapeutas demonstram estar preocupados com possíveis danos na relação. Para evitar problemas, eles relataram que sua opção -responder ou não responder, assim como o “escolher o que responder”- fica sob controle da função da pergunta, o que demonstra que os entrevistados buscam respaldo na literatura analítico-funcional para determinarem suas reações ao comportamento do cliente.

Essa preocupação em responder perguntas e reagir ao cliente funcionalmente é coerente com o que é proposto pela análise clínica do comportamento e traz duas condições diferentes. Na primeira condição, os relatos dos terapeutas sobre sua decisão de responder- considerando o contexto em que as perguntas ocorrem analisando a função que elas têm no repertório do cliente e na relação- caracterizam a categoria **manejo e aproveitamento intra-sessão**. Na segunda condição, os relatos sobre a decisão de não responder ou escolher as perguntas que devem responder -respostas que visam a preservação da relação- são reunidos na categoria **prevenção intra-sessão**.

Embora *escolher entre responder dependendo do conteúdo ou não responder, e responder de acordo com a função e o contexto* sejam respostas topograficamente semelhantes, funcionalmente não são. Há diferenças significativas entre o terapeuta que não responde a uma pergunta consciente das variáveis envolvidas, e o terapeuta que não está sensível a elas e reage muitas vezes de forma contraprodutiva ou defensiva, apenas sob controle da aversividade da pergunta ou da vaidade de dispor informação pessoal.

Se a reação do terapeuta de não responder a perguntas que lhe causem constrangimento estiver sob controle simplesmente da aversividade da pergunta, ele pode perder a oportunidade de intervir diretamente sobre um comportamento clinicamente relevante, caracterizando um comportamento que não visa à preservação da relação terapêutica (e por isso, não integra a categoria prevenção), mas a autopreservação do terapeuta através de um padrão de fuga/esquiva. Ao contrário, se ele estiver sob controle do sentimento gerado pela pergunta (identificando a similaridade da situação com o ambiente natural), bem como sob controle da função que essa pergunta tem naquele contexto, ele poderá não só levar à descoberta de comportamentos clinicamente relevantes, como também intervir diretamente sobre eles, caracterizando comportamentos que foram reunidos nas categorias **manejo e aproveitamento**.

Essa afirmação nos remete ao que Guilhardi (2005a) e Kohlenberg e Tsai (2001/1991), apontam como importante e determinante para o trabalho terapêutico: a consciência do terapeuta acerca das variáveis controladoras do comportamento (do terapeuta e do cliente) dentro e fora da sessão. Segundo Guilhardi (2005a) o terapeuta deve estar apto a observar, descrever e analisar as contingências em operação e dispor condições para que o cliente também seja capaz de fazê-lo. O objetivo último da terapia, de acordo com este autor, é levar o cliente à auto-observação e ao autoconhecimento, de modo que ele seja capaz de descrever as contingências às quais responde e influir nelas.

Nesse caso, o terapeuta deve ser capaz de descrever o que está controlando o seu comportamento de responder ou não a perguntas invasivas e, ainda, o que levou o cliente a fazer tais perguntas (fazer relações com o repertório apresentado pelo cliente).

Segundo a FAP, a ausência de consciência, ou seja, o terapeuta não estar ciente dos comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem durante a sessão, pode levá-lo a reações inconscientes ou antiterapêuticas, comprometendo o progresso da terapia.

Oportunidades de reforçar os progressos no momento em que eles ocorrem, ou enfraquecer (extinguir e punir) os comportamentos desfavoráveis ficam diminuídas se não houver, por parte do terapeuta, uma proficiência em identificar comportamentos clinicamente relevantes. Quanto mais apto a observar e descrever o que está acontecendo na sessão ele estiver, maior será a probabilidade de suas reações serem apropriadas e de surgirem reações emocionais mais fortes entre terapeuta e cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Nesse caso, a consciência do terapeuta sobre o que acontece na interação terapeuta- cliente e sobre as contingências em operação na vida do cliente diminui a probabilidade de que “situações de risco” aconteçam como, por exemplo, o terapeuta engajar em comportamentos de dispor informações pessoais sem objetivo aparente, apenas com o intuito (talvez não consciente) de “seduzir” ou “ganhar” o cliente, mostrando o que de melhor existe na vida dele (que é bem sucedido, tem uma família linda, tem condições de morar bem, de pagar boa escola para seus filhos etc). Informações dessa natureza, sem objetivo aparente, podem sim seduzir, mas podem também afastar, conforme for a percepção e avaliação do cliente sobre a situação. Para esses casos, embora a intenção do terapeuta seja se aproximar do cliente, esse tipo de comportamento não entraria na categoria **aproveitamento**. Há diversas situações que poderiam ser facilmente interpretadas como **aproveitamento** e não são, como quando o terapeuta faz revelações falsas sob controle do que é reforçador ou aversivo para o cliente, com o objetivo de influenciá-lo. Mesmo que a informação seja útil esse tipo de comportamento é contra-indicado.

Vale lembrar que essas situações diferem daquelas nas quais os terapeutas emitem comportamentos íntimos conscientes do por quê, como e quando o fazem; elas se referem aos terapeutas que engajam em comportamentos cuja função não é voltada

para o desenvolvimento da relação nem do processo. Por exemplo, o terapeuta que sob controle das próprias emoções usa a intimidade com o cliente em benefício próprio, como uma forma de desabafo. Embora não tenha sido encontrado nos relatos dos participantes nenhum exemplo clínico dessa natureza, não se pode afirmar que comportamentos desse tipo não aconteçam.

As duas condições anteriormente citadas, consideradas aqui “situações de risco”, condizem com o que Guilhardi (2007) afirma sobre situações que devem ser explicitadas e censuradas em nome da ética psicoterapêutica, nas quais o terapeuta revela sua intimidade de forma falsa (ele, na verdade, não se comporta assim). O autor cita o seguinte exemplo: o terapeuta que não é fiel nos seus relacionamentos afetivos e defende a fidelidade como um ideal possível, revelando ou insinuando sua vida como exemplo. Para Guilhardi (2007), mesmo que a informação possa de alguma forma ajudar o cliente ela não é legítima e não deve ser usada, ou seja, os fins não justificam os meios.

Uma posição em parte semelhante é a da T2. Segundo ela, o terapeuta não deve “oferecer repertório” e sim ter repertório suficiente e eficaz para estimular o cliente a fazer isso (cabe ao cliente trazer repertório). [...] “Se o terapeuta estiver encontrando muita dificuldade de manter preservados aspectos da sua vida é porque ele está trabalhando mal com as contingências ou falta-lhe repertório técnico-conceitual para isso”.

Embora esta terapeuta seja enfaticamente contra o uso de depoimentos pessoais, de revelações do terapeuta - ambas expressões de intimidade - , sua preocupação com o processo de desenvolvimento do cliente parece fazer sentido. Há que se considerar no que foi dito pela T2, que de fato pode haver uma interferência (aceleração ou

antecipação) por parte do terapeuta naquilo que o cliente pode fazer, desrespeitando seu ritmo e muitas vezes acelerando o processo.

Kohlenberg & Tsai (1991/2001) também fazem uma ressalva quanto ao uso de depoimentos pessoais com objetivo terapêutico. Afirmam que quando a pessoa depende de estímulos externos (por exemplo, quando um cliente depende da opinião do terapeuta para fazer alguma escolha, seja ela fácil ou complexa) pode se sentir instável e insegura. Pessoas sob controle de estímulos públicos (experiência e valores do terapeuta, visão de mundo etc) não sabem o que querem, o que podem fazer e o que sentem, a menos que outras lhe digam o que é permitido fazer e sentir.

Nesse caso, mesmo os terapeutas que relatam “falar de si com função terapêutica” correm o risco de estar dispondo regras de conduta para seus clientes, oferecendo um repertório que muitas vezes o cliente não está apto a receber.

Comportamentos como compartilhar experiência, identificar-se com o cliente, identificar-se com o que é humano, presentes nas categorias **manejo e aproveitamento**, conforme o que foi dito anteriormente, podem promover o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, mas na mesma proporção podem pôr em risco ou atropelar o processo de desenvolvimento do cliente. Então vale um alerta: os terapeutas devem ter cuidado ao fazer uso de depoimentos pessoais, devem se lembrar de que exercem influência sobre o comportamento do cliente. Porém, não precisam emitir fuga/esquiva de intimidade, apenas precisam estar bem conscientes e seguros no momento em que forem expressar sentimentos, pensamentos e emoções que caracterizam comportamentos íntimos.

Dentre os comportamentos dos terapeutas reunidos nas categorias **prevenção, manejo e aproveitamento**, que falam de como eles lidam com a curiosidade do cliente sobre sua vida privada (através de perguntas invasivas), serão discutidos agora aqueles

que retratam diretamente a forma dos terapeutas reagirem ao cliente e o nível de intimidade entre eles. Observou-se que as respostas dos terapeutas de fuga/esquiva de situações que envolvem intimidade, reunidas na categoria **prevenção**, priorizam a manutenção da relação, mas não o investimento na mesma.

Evitando intimidade o terapeuta parece estar cuidando da relação e do processo, mas na verdade está deixando de emitir comportamentos que poderiam tornar a relação mais intensa. A expressão de comportamentos íntimos do terapeuta, ocorrendo de forma consciente e controlada, não prejudicaria a relação, ao contrário a deixaria mais propícia para o desenvolvimento do trabalho terapêutico.

Retomando o que foi apresentado anteriormente sobre a categoria prevenção, que as perguntas invasivas ocorrem mais para os terapeutas com menos tempo de atuação clínica e com baixa frequência para os que têm mais tempo de atuação, os exemplos dados pelos terapeutas conduziram às categorias **manejo e aproveitamento**, e as subcategorias encontradas dizem respeito à resposta do terapeuta de falar sobre aspectos de sua vida que não necessariamente foi eliciada por alguma pergunta do cliente. As respostas seguiram mais uma vez um certo padrão. Apenas uma terapeuta (T2) não fala em nenhum momento sobre a sua vida, não dá exemplos pessoais, não compartilha experiência. Os demais fazem isso com intenções terapêuticas, o que foi chamado de “fala de si com função terapêutica”.

Apesar de falarem de si, limitam-se a falar de aspectos positivos do seu repertório. Sete dos oito entrevistados relataram não compartilhar experiências sofridas, dificuldades não superadas etc. Embora se saiba que esse comportamento está sob controle - conforme os relatos dos terapeutas - do efeito que tais depoimentos teriam sobre a relação, pode-se considerar esse tipo de comportamento simplesmente como fuga-esquiva de intimidade que visa à preservação da relação? Sendo esses

comportamentos (falar de si, dar depoimentos e compartilhar experiências etc) susceptíveis à punição, há uma probabilidade de que os terapeutas estejam agindo mais sob controle da aversividade para eles de tal situação, do que do efeito que teriam tais comportamentos sobre a relação ou o processo terapêutico.

Segundo Cordova & Scott (2001) o processo de intimidade pode ser observado como uma seqüência de eventos que ocorrem, na qual um comportamento vulnerável à punição (pela outra pessoa) é reforçado pelo comportamento de outra pessoa, o que significa emitir determinados comportamentos que correm o risco de serem punidos por essa pessoa, significa estar aberto à crítica ou punição.

No caso da relação terapêutica não é diferente. Ambos, terapeuta e cliente - ao construir uma relação de intimidade em que são encorajados a falar de seus pensamentos e sentimentos, a emitir outros comportamentos dessa classe - estão sujeitos à punição. Apesar disso, Cordova & Scott (2001) afirmam que para que continue existindo intimidade, a probabilidade de reforçamento deve exceder a probabilidade de punição.

Quando ambos, terapeuta e cliente, reforçam comportamentos vulneráveis à punição interpessoal, uma relação íntima bidirecional pode ser construída. Por meio da proximidade, da atenção, do carinho, terapeuta e cliente podem se tornar íntimos (Cordova; Scott, 2001; Kohlenberg e Tsai, 2001/1991). Nessa perspectiva, uma relação íntima envolve sensibilidade ao comportamento do outro, elemento essencial da empatia e componente necessário para o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico bidirecionalmente íntimo.

A expressão ou compartilhamento de pensamentos e sentimentos é um exemplo típico de intimidade, sendo considerados comportamentos íntimos tanto o revelar pensamentos, sentimentos e sensações “negativos” como dor, ansiedade, tristeza, raiva,

mágoa, vergonha, insegurança etc, como o expressar sentimentos “positivos” como proximidade, atenção, cuidado, carinho, amor, alegria, esperança etc. Além desses entram nessa classe outros comportamentos que também referem-se à intimidade, como abraçar, segurar a mão, chorar no ombro de alguém etc.

tipos de problemas apresentados pelos clientes. Ostrado to como de amizade ou de amor por exemplo (pais, amigos, professores □□□□□□□□ Segundo Kohlenberg e Tsai (2001/1991), em termos genéricos muitos clientes precisam aprender a desenvolver relações de intimidade e o relacionamento terapêutico deve evocar os comportamentos que o impedem de conseguir isso. Para esses casos, a interação com um terapeuta passivo e distante pouco poderia contribuir para a construção de um repertório de envolvimento e intimidade, enquanto que a interação com um terapeuta ativo e caloroso poderia evocar os problemas do cliente e abrir espaço para os progressos. Seria o caso do cliente que busca estabelecer relacionamentos de proximidade e teme o envolvimento; ele poderia se beneficiar tendo um terapeuta que expresse afetividade.

Kohlenberg e Tsai (2001/1991) afirmam ainda que na terapia o cliente aprende a se envolver num relacionamento real, e que um terapeuta que ama e se envolve plenamente com um cliente cria um ambiente terapêutico que evoca comportamentos clinicamente relevantes correspondentes.

Observa-se na literatura que as definições e as descrições sobre o fenômeno intimidade concentram-se no comportamento do terapeuta enquanto ouvinte - aquele que recebe e reforça as manifestações de intimidade do cliente. Pouco foco é dado na literatura estudada, no comportamento do terapeuta enquanto falante - aquele que emite comportamentos íntimos.

A idéia de intimidade bidirecional no relacionamento terapêutico (cliente-terapeuta e terapeuta-cliente) é contrária à da T2. Para ela, só o cliente deve apresentar

comportamentos íntimos como compartilhar sentimentos e pensamentos desprazerosos (medo, ansiedade, tristeza etc) ou positivos (alegria, prazer etc). Mas poderia a intimidade unidirecional (do cliente para o terapeuta) ser considerada satisfatória na construção de um relacionamento terapêutico afetivo, efetivo e intenso?

Há que se pesquisar. No entanto, o que se observa é que os terapeutas preocupam-se em favorecer a ocorrência de comportamentos íntimos dos seus clientes, mas não se voltaram para a importância da reciprocidade da intimidade entre terapeuta e cliente, tampouco para busca de um grau de intimidade suficiente ou satisfatório para a construção, desenvolvimento e manutenção do relacionamento terapêutico. O fato de o terapeuta receber e considerar as perguntas do cliente sobre sua vida privada, invasivas, pode ser um sinal de que não está ocorrendo intimidade entre terapeuta e cliente, ou se está, ela está sendo unidirecional (do cliente para o terapeuta). O cliente fala para o terapeuta sobre os sentimentos mais íntimos, mas seu terapeuta sente-se invadido diante de perguntas sobre sua vida pessoal. Esse fato é no mínimo intrigante e merece ser melhor explorado.

Ainda sobre manifestações de intimidade do terapeuta, observou-se que os clínicos entrevistados apresentaram certo padrão comportamental caracterizado pela influência do seu repertório profissional e pessoal, frente às diferentes situações eliciadoras de intimidade, e que há diferenças comportamentais entre os terapeutas de mais tempo de experiência clínica e os terapeutas de menos tempo de clínica.

Os terapeutas com mais tempo de experiência (T1,T2,T3,T4), ao relatarem algumas situações clínicas, demonstraram emitir mais comportamentos de fuga/esquiva de intimidade do que os terapeutas com menos tempo de atuação clínica. Isso pode ser justificado pela adoção de um modelo tradicional (ou conservador) de terapia, que considera a distância e certa imparcialidade necessárias para o sucesso de um trabalho

terapêutico, e prioriza o favorecimento da intimidade unidirecional (do cliente para o terapeuta) por meio de uma audiência não punitiva. Exemplo disso é visto nos relatos dos participantes T1 e T2 – eles recusam sistematicamente convites de clientes por achar inadequado, para não misturar vida pessoal com vida profissional e para não perderem o controle sobre o cliente - respostas que fazem parte da **categoria prevenção e subcategoria “evita proximidade”**. Vale lembrar que proximidade, conforme a literatura apresentada, é um tipo de manifestação de intimidade; tocar, abraçar também expressam intimidade.

Foi interessante notar que dentre os terapeutas com mais tempo de experiência que aceitam convites, T 3 afirma que aceita convites se tiver uma função terapêutica e T4 já aceitou sem achar que teria essa função. Os demais terapeutas com menos tempo de experiência (T5,T6,T7,T8) aceitam convites para eventos sociais como cerimônias religiosas, formaturas, missas e batizados (comportamentos de proximidade extra-sessão) após atribuírem à sua presença importância clínica (dar apoio, estar presente nos momentos importantes, prestigiar etc), o que demonstra preocupação com o vínculo. Os mesmos terapeutas mostraram-se seletivos quanto à natureza do evento, não participando de eventos como festas de casamento, aniversário, bailes de formatura etc (esquiva de proximidade extra-sessão), por acharem que tais comportamentos iriam além dos limites da relação terapêutica.

Um ponto interessante de se observar é que ao contrário do que se imagina, o tempo de prática clínica não demonstrou influenciar diretamente a forma do terapeuta lidar com a intimidade no relacionamento terapêutico, ou seja, os terapeutas com mais tempo de clínica não demonstram ter mais facilidade para emitir comportamentos íntimos, tampouco para reagir melhor a comportamentos dessa natureza emitidos pelo cliente. Ao contrário, demonstraram até uma certa rigidez.

Dentre os participantes com menos tempo de experiência nota-se ainda a ocorrência de comportamentos inovadores. A terapeuta T6, por exemplo, relatou ter aceitado convites para festas com o intuito de ampliar o campo de observação, obter mais dados sobre a cliente na sua interação com a família, comportamento que compõe a categoria **aproveitamento**. Outra terapeuta, T5, transforma encontros informais (por exemplo, encontrar um cliente no shopping) em oportunidades terapêuticas. Os dois exemplos compõem a subcategoria nomeada de “**explora a relevância clínica da proximidade**”.

O que se vê é que os terapeutas de um modo geral apresentam fuga/esquiva de intimidade pautados no que a literatura apresenta sobre os limites do relacionamento terapêutico, para preservação do vínculo; e quando não emitem fuga/esquiva demonstram que suas ações são sempre planejadas e determinadas pela função ou relevância terapêutica. Pouco se fala em características pessoais como um dos determinantes do comportamento do terapeuta. Apesar disso, um dado interessante foi encontrado nos relatos de dois terapeutas, um com mais tempo de clínica (T1) e outro com menos tempo (T8). Ambos justificam seu comportamento de não aceitar convites para festas ou eventos sociais (subcategoria “**evita proximidade**”) por não gostarem desse tipo de interação social: “Sou uma pessoa pouco sociável, naturalmente não gosto de festas [...]”. Foi o único dado encontrado nos relatos que apontou características pessoais como determinantes na forma do terapeuta lidar diretamente com a intimidade no relacionamento terapêutico.

Isso não significa que os demais terapeutas (T2,T3,T4,T5,T6,T7) não estejam preocupados ou tenham alguma dificuldade em expor suas vidas neste tipo de situação (festas etc), mas nos dá pistas de que embora eles saibam o que fazer e como fazer, agindo sob controle da função terapêutica, podem não conhecer o que de fato está

controlando as suas reações no momento em que as perguntas invasivas surgem ou no momento em que o cliente, num ato de amor e envolvimento terapêutico, o convida a participar de algum evento importante de sua vida fora da sessão e ele recusa essa proximidade.

Parte II

Sabe-se que o comportamento do terapeuta sofre influência direta da sua história de contingências bem como da sua formação profissional, sendo as suas reações multideterminadas. Segundo Guilhardi (2004 a), o terapeuta, quando ouvinte, responde à narrativa do cliente em função de: a) seu referencial teórico-conceitual e o conjunto de procedimentos de manejo de comportamentos; b) seu sistema de valores, crenças, emoções etc.(repertório comportamental desenvolvido pelo conjunto de contingências às quais respondeu durante a vida); c) suas motivações presentes (contingências atuais em operação, quer aquelas em operação no seu cotidiano fora da sessão, quer aquelas em operação na sessão).

Dentre estes determinantes do comportamento do terapeuta, a maneira de ser (características pessoais) influencia diretamente sua maneira de interagir com o cliente, resultando num estilo clínico personalizado, embora os argumentos apresentados para os comportamentos de fuga/esquiva de intimidade tenham sido teórico-conceituais. Isso pôde ser observado tanto por meio dos relatos de cada um deles, como pela observação da terapeuta-pesquisadora dos comportamentos emitidos antes (maneira de receber), durante (a postura formal) e após a entrevista (como se despediu etc). Houve maior predominância de comportamentos de fuga/esquiva de intimidade entre os terapeutas mais experientes (T1,T2,T3,T4), em comparação com os menos experientes (T5,T6,T7,T8). Embora alguns com menos tempo de atuação também tenham

demonstrado e relatado alguns comportamentos de fuga/esquiva, observou-se que estes acontecem em algumas situações, onde o terapeuta está sob controle das contingências e sensível ao comportamento do cliente e não a regras gerais; portanto não se constitui postura profissional adotada.

Faz-se necessário agora relacionar as categorias até agora mencionadas (prevenção/manejo/aproveitamento) aos estilos clínicos que foram definidos a partir de uma classe de comportamentos reunidos pela semelhança funcional. No que se refere à postura profissional adotada, há uma distinção visível e significativa entre a “postura clínica tradicional” (dos terapeutas com mais tempo de atuação clínica) e a “postura clínica moderna” (dos terapeutas com menos tempo de atuação).

A primeira sugere um tipo de comportamento sob controle de regras de conduta gerais, cujas ações e reações do terapeuta estariam voltadas para a prevenção de danos no processo, mas pouco sensível às contingências do relacionamento, caracterizando o **estilo clínico defensivo**. A segunda, “postura clínica moderna”, sugere comportamentos voltados para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, com ações e reações mais intensas, encontradas nos padrões comportamentais dos **estilos clínicos afetivo e criativo**.

Vale ressaltar, que o que está sendo dito aqui, não qualifica muito menos desqualifica nenhum dos estilos descritos. Na verdade o que se pretende é relacionar os comportamentos de fuga/esquiva de intimidade com padrões comportamentais individuais dos terapeutas. Nesse caso, nem os terapeutas de “postura clínica tradicional” nem os de “postura clínica moderna” estariam em melhor ou pior posição ou aptos a oferecer uma “receita” para que se chegar a um nível satisfatório de intimidade no relacionamento terapêutico.

Embora os terapeutas demonstrem estar preocupados com o desenvolvimento do processo (resultados) e do relacionamento terapêutico ou vínculo, estando um diretamente ligado ao outro (ou seja, o sucesso terapêutico depende de um bom vínculo), essas duas preocupações caracterizam estilos clínicos diferentes.

Há no primeiro caso (preocupação com o relacionamento) um cuidado de reagir de forma terapêutica, de modo a resguardar o vínculo, resultando em comportamentos reunidos nas categorias **prevenção e manejo**. A categoria **prevenção** reúne os comportamentos dos terapeutas que foram interpretados como cuidados com o vínculo e o processo, por exemplo, a subcategoria “**evita intimidade**”. A categoria **manejo** expressa diretamente a preocupação do terapeuta em estreitar o vínculo, exemplo disso é a subcategoria “**promove intimidade**”.

Percebe-se que na categoria **prevenção** os terapeutas emitem alguns comportamentos que visam determinar os limites da intimidade no relacionamento terapêutico, para que suas ações não comprometam o processo, predominando a preocupação com o excesso e não com a falta de intimidade. Em contrapartida, na categoria **manejo** há um investimento no relacionamento que pode pecar mais pelo excesso de intimidade do que pela falta. Essas duas categorias foram relacionadas com os estilos **defensivo e afetivo**. O primeiro, estilo **defensivo**, é composto por um conjunto de ações conservadoras e padrões de fuga/esquiva dos terapeutas; o segundo, estilo **afetivo**, é composto por comportamentos íntimos que tornam a relação mais intensa.

Se observado o cruzamento entre as categorias e os estilos clínicos (Quadro 4 da sessão resultados) verifica-se que os terapeutas com menos tempo de atuação clínica apresentam comportamentos diretamente relacionados aos estilos clínicos **afetivo e criativo** (T5,T6,T7,T8) e poucos comportamentos que caracterizam o estilo clínico

defensivo. Ao contrário, os terapeutas com mais tempo de atuação (T2,T3,T4) apresentam mais comportamentos característicos do estilo **defensivo** e menos comportamentos presentes nos estilos **afetivo e criativo**. Um dado que chamou bastante atenção aqui diz respeito à prevalência de comportamentos típicos dos estilos clínicos **afetivo e criativo** no repertório clínico apresentado pelo terapeuta com mais tempo de atuação clínica (T1). Apesar de esse terapeuta na sua formação ter sido influenciado pela postura clínica tradicional ou conservadora, o seu estilo clínico reflete a fusão entre o modelo de terapia adotado por ele (TCR) e suas características pessoais.

Outro dado relevante que também pode ser observado é que os terapeutas com menos tempo de atuação (T5,T6,T7,T8) emitem comportamentos característicos dos três estilos clínicos (**defensivo, afetivo e criativo**), ou seja, embora influenciados na sua formação por um modelo de terapia inovador que determina a prevalência de comportamentos típicos dos estilos clínicos **afetivo e criativo**, eles também emitem comportamentos típicos do estilo **defensivo**, com ênfase naqueles que demonstram cuidado com os limites da relação terapêutica. Em contrapartida, os terapeutas com mais tempo de atuação (T2,T3 e T4) não apresentam comportamentos presentes no estilo clínico criativo, chegando a zerar, ou seja, não houve relato de nenhum comportamento característico do estilo **clínico criativo**. Apresentam, embora em menor proporção, comportamentos presentes no estilo **afetivo**, como, por exemplo, *estar sensível ao cliente e ser autêntico*.

Do que foi discutido até aqui, nas partes I e II, conclui-se que os terapeutas entrevistados, diante de situações que evocam comportamentos íntimos (eliciados pelos clientes), ficam sob controle da função terapêutica ou emitem comportamentos de fuga/esquiva de intimidade geralmente por receio de comprometer o processo

terapêutico e o vínculo. Cada terapeuta apresenta uma forma de interagir com o cliente, de acordo com seu estilo clínico (produto das contingências de vida e profissionais).

Outro ponto importante levantado é que mesmo reconhecendo a importância de se estabelecer um vínculo forte, fundamentado principalmente numa relação de intimidade, os terapeutas demonstraram que encorajam as manifestações de intimidade do cliente, mas não sabem eles mesmos emitir comportamentos íntimos “puros”, desprovidos de intenção terapêutica. Esse dado aponta para um questionamento: será que nunca os terapeutas estão “desarmados” do seu papel? Não há nenhuma situação em que eles de fato se exponham, sem medir os limites e alcances da intimidade entre terapeuta e cliente?

Esses questionamentos não pretendem pôr em dúvida os relatos, mas chamar a atenção para eventos que possam eventualmente acontecer e passar despercebidos, não sendo explorados posteriormente sob julgamento de ser certo ou errado.

Considerações Finais

Um ponto da discussão que merece ser ressaltado diz respeito à previsibilidade funcional das reações ou respostas do terapeuta. Emitindo comportamentos (reagindo ao cliente) o tempo todo, voltados para a função terapêutica, os terapeutas estão envolvidos e comprometidos com o cliente no seu processo de mudança, mas será que estão sendo genuínos, autênticos e espontâneos? Essa maneira de reagir funcionalmente ao cliente não pode afetar o grau de envolvimento e intimidade do terapeuta com o mesmo, comprometendo assim o relacionamento terapêutico, considerado um mecanismo de mudança? Será que os comportamentos de fuga-esquiva de intimidade do terapeuta expresso nas variadas formas, considerando a vulnerabilidade de tais situações, não estão relacionados a algum déficit no seu repertório ao invés de ser um comportamento preventivo ou uma intervenção terapêutica? Se a resposta para esses questionamentos for sim, precisa-se rever o status do relacionamento terapêutico como capaz de evocar sentimentos e reações semelhantes às que acontecem no ambiente natural (fora da sessão).

Partindo da premissa de que o terapeuta só poderá exercer sua função de ajudar o cliente por meio de funções reforçadoras, discriminativas e eliciadoras, se as mesmas tiverem semelhança funcional com as ações de outras pessoas significativas nos diferentes contextos de interação, há que se investigar a fundo a real semelhança desse relacionamento com outros presentes no ambiente natural. Está sendo proposto aqui que para se falar em ações e reações naturalmente reforçadoras do terapeuta em relação ao cliente é preciso que no ambiente terapêutico aconteçam interações terapeuta –cliente (ações e reações) pelo menos parecidas com as que acontecem lá fora. Para isso, as respostas do terapeuta não poderiam ser absolutamente controladas e analisadas, ou

seja, nem tudo que ele pensa ou sente e a forma como decide reagir deveriam passar pelo crivo da função terapêutica.

O uso da ferramenta “consciência terapêutica”, seguindo o fluxo desses questionamentos, pode ser paradoxal. A proficiência do terapeuta em identificar CCRs passa a ser vista em determinados contextos terapêuticos como um bloqueador natural da espontaneidade da relação. Nesse caso, quanto melhor observador e identificador de CCRs o terapeuta for, mais planejadas serão suas ações e reações ao cliente e menos natural e semelhante às outras relações a relação terapêutica será.

A consciência do terapeuta dos comportamentos clinicamente relevantes do cliente que ocorrem durante a sessão, potencializada por seu interesse em aproveitar a oportunidade para agir (intervir) sobre os progressos no momento em que eles ocorrem, pode ser contraterapêutica na medida em que tira dessa relação a espontaneidade necessária para garantir seu status de semelhante ao ambiente natural.

Seguindo esse raciocínio as reações inconscientes poderiam ser consideradas terapêuticas se o que estiver sendo priorizado for uma relação que se aproxime ao máximo das outras relações pela similaridade funcional, pois o ambiente natural não pode ser programado, tampouco as ações e reações das pessoas são sempre planejadas. Então, como ser terapeuta e pessoa na relação ao mesmo tempo? Como e quando o terapeuta deve agir e reagir espontaneamente? Pode-se mesmo falar em espontaneidade e naturalidade no relacionamento terapêutico?

O respaldo para essa afirmativa, de que não existe espontaneidade na relação terapêutica, fato que a distancia do seu status de “quase natural”, é encontrado no que Guilhardi (2007) chama de “intimidade funcional” ou “intimidade vigiada”. Para este autor, se for de outra forma, ou seja, se o terapeuta não estiver vigilante e emitir comportamentos íntimos que não tenham relevância ou função terapêutica, essa relação

pode ser quebrada dando lugar a outro tipo de relacionamento que não terapêutico, como de amizade ou de amor.

De acordo com o que é proposto pela FAP, principalmente o que é sugerido pela Regra 1 (considerada o coração da FAP), deve-se prestar atenção ou estar atento aos comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) do cliente que ocorrem durante a sessão. Quanto maior for a proficiência do terapeuta em identificá-los, melhores serão os resultados e ainda mais fortes e intensas as reações emocionais entre terapeuta e cliente durante a sessão (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001).

Como visto, os analistas clínicos do comportamento (ou terapeutas comportamentais) são unânimes em reconhecer a importância da consciência terapêutica e atribuir a ela grande parte da responsabilidade sobre o sucesso da terapia. Não se pretende aqui negar o óbvio, mas provocar o interesse investigativo sobre como tornar a relação terapêutica de fato mais próxima ou semelhante de um outro relacionamento qualquer e, assim, capaz de refletir a real problemática do cliente. Trata-se de uma tentativa de propor uma nova forma de relacionamento terapêutico, baseada na espontaneidade que pode ser expressa através da intimidade.

Embora pareça irrealista esperar espontaneidade dessa relação que começa e acontece de forma planejada (começa com alguém que procura ajuda - o cliente - e acontece por meio do empenho de ambos - terapeuta e cliente - no processo de mudança), percebe-se que pode haver momentos em que terapeuta e cliente esquecem dos papéis que exercem naquele ambiente e se permitem sentir, pensar e falar daquilo que estão sentindo. É importante lembrar que isso que está sendo falado difere, na forma e na função, de qualquer manifestação íntima que tenha intenção terapêutica. Trata-se de manifestações íntimas, sim, mas simplesmente sob controle dos sentimentos produzidos num dado momento. Elas podem até funcionar como uma intervenção,

provocando mudanças no cliente e na relação, mas terapeuta e cliente não tiveram essa intenção. São manifestações espontâneas próprias de relações íntimas e produto de contingências reforçadoras.

Coerentes com a proposta analítica comportamental, os resultados demonstraram que podem ocorrer episódios íntimos, mas estes ocorrem geralmente sob controle da função terapêutica, não sendo necessariamente espontâneos; e que os mesmos ocorrem com mais facilidade e maior frequência entre os terapeutas com menos tempo de atuação e entre os que apresentam comportamentos característicos dos estilos clínicos “**afetivo e criativo**”.

Em favor do que está sendo proposto nesta parte da discussão, há uma feliz constatação: a espontaneidade na forma de expressar sentimentos intensos foi encontrada num único relato de um episódio íntimo, feito por uma terapeuta com menos tempo de atuação clínica (T7). Ao ouvir a cliente falar de uma situação difícil vivida e expressar seu sofrimento, a terapeuta sentiu vontade de falar que já havia passado por situação semelhante e que sabia do que ela estava falando. Houve comoção das duas partes (as duas se emocionaram), mas a terapeuta conteve suas lágrimas e as duas se abraçaram num gesto de aceitação e carinho mútuo. A terapeuta expôs para a cliente algo que já havia vivenciado que também lhe trouxe dor, caracterizando um episódio de intimidade bidirecional.

O que distingue esse episódio dos outros episódios íntimos relatados é a espontaneidade da reação da terapeuta. Ela relata que naquele momento não pensou se deveria falar ou não, sentiu vontade de fazer e fez. Apesar disso, observou que esse momento foi importante para o relacionamento terapêutico, pois tornou a relação mais intensa e facilitou a aceitação por parte da cliente de um evento traumático vivido. A terapeuta naquele momento, sem “consciência”, ou seja, sem avaliar como e o que

deveria fazer e qual o impacto que seu depoimento teria sobre a relação terapêutica, promoveu a aceitação por parte da cliente das contingências passadas e dos sentimentos a elas associados, e fez com que ela se sentisse compreendida, intensificando e tornando mais íntima a relação.

Essa atitude em nada se assemelha a um “desabafo”. Embora não tenha havido intenção terapêutica, a terapeuta estava segura de que isso não poderia trazer conseqüências danosas para o relacionamento. Não foi um ato insano e egoísta, foi um ato de amor terapêutico. Os demais relatos referentes a episódios íntimos também demonstram contribuir para o processo, na medida em que estreitaram o vínculo entre terapeuta e cliente, mas nenhum deles teve a riqueza nem passou tão perto da semelhança com o ambiente natural quanto esse episódio relatado pela T7.

Nos demais relatos sobre intimidade, dos terapeutas que emitiram algum comportamento íntimo (seja de falar de si, identificar-se com o cliente, expressar sentimentos etc), esteve associado a esse comportamento um objetivo terapêutico. Verifica-se que nas duas situações (reações íntimas espontâneas ou planejadas) as reações do terapeuta se converteram em intervenções puras e tiveram impacto positivo sobre a relação, mas elas são topograficamente diferentes e diferente pode ser a efetividade de cada uma delas.

Talvez possa ser feita aqui uma analogia com o “amor descrito” e o “amor vivido”: há uma diferença entre aquele que escreveu sobre amor e aquele que viveu um grande amor. Pode-se dizer que possível diferença exista também entre comportamentos íntimos emitidos sob controle dos seus efeitos (operantes) e comportamentos íntimos expressos espontaneamente (respondentes). As duas condições podem ser consideradas válidas quando o que se observa são as conseqüências para o processo, embora a

segunda, a intimidade espontânea, seja mais arriscada, caso não haja segurança e domínio da situação por parte do terapeuta.

Essa afirmação, em parte, vai de encontro ao que Banaco (1993) sugere que seja feito. Segundo este autor, só depois de discriminar o que o cliente provoca nele e qual a intensidade dessa emoção, o terapeuta estará apto a fazer alguma revelação ao cliente. Essa posição restringe a expressão de sentimentos e emoções do terapeuta (comportamentos íntimos) à adequabilidade do desempenho terapêutico, sendo a intensidade de suas emoções e a revelação das mesmas controladas ou reguladas pela função terapêutica, o que limita a expressão espontânea de sentimentos do terapeuta. É nesse ponto que há congruência com o que está sendo proposto nessa discussão (Banaco, 1993).

Fala-se em dar vazão à espontaneidade na relação entre terapeuta e cliente, mas se houver segurança e domínio da situação por parte do terapeuta. Não se pretende promover uma inversão de papéis, tampouco distanciar terapeuta e cliente dos seus objetivos, as mudanças terapêuticas. Ao contrário, espera-se que através da intimidade expressa de forma espontânea, terapeuta e cliente se reconheçam em seus papéis e construam um relacionamento o mais próximo possível de ser natural.

Do que foi dito aqui sobre a espontaneidade do relacionamento terapêutico verifica-se a necessidade de rever o que é proposto e o que é praticado pelos terapeutas que usam a FAP. O que Kohlenberg & Tsai (1991/2001) propõem, baseados na similaridade funcional que a relação terapêutica tem com o ambiente natural, parece impossibilitar a intimidade espontânea, considerando que todos os procedimentos adotados estão sob controle da função terapêutica, não havendo lugar para manifestações espontâneas ou naturais.

Há que se considerar, num primeiro nível de análise, que o terapeuta é instruído a ser espontâneo e genuíno. Porém, num segundo nível, essa construção de um relacionamento de espontaneidade e genuinidade está inteiramente sob controle de intenções terapêuticas e, portanto, passa a ser um relacionamento premeditado, no qual terapeuta estaria atuando (criando, montando, interpretando, analisando, construindo, reforçando, punindo etc). Um “terapeuta ator”...

Vale ressaltar que não se trata de invalidar ou pôr em dúvida um modelo que como outros tem se mostrado útil na forma de abordar os diferentes tipos de problemas apresentados pelos clientes, mas de desmistificar a relação terapêutica assim como é proposta pela FAP e sugerir que seja dada alguma atenção ao que os resultados dessa pesquisa demonstraram: 1) Há pouca expressão de intimidade que não esteja vestida de intenção terapêutica; 2) São reconhecidos os limites mas não o alcance da intimidade no relacionamento terapêutico.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. N. ; Roso, M. (2003) . Introdução as Psicoterapias Cognitiva e Construtivista.
In: Miréia Roso. (Org.). *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, v. , p. 33-50.
- Banaco, R. A. (1993). O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R.A. (1997). O impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta 2:
Experiência de vida. In: M. Delitti (org). *Sobre comportamento e Cognição*. Vol 2 (pp.174-176). Santo André: Arbytes.
- Banaco, R. A. (2004). Prefácio. In C.N. Abreu & H. J.Guilhardi (Org.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas*. Roca: São Paulo.
- Braga, G. L. B. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23, 307-314.
- Brandão, M.Z.S. (2000). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para a análise clínica. In: R.R. Kerbauy (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 5 (pp.222-228). Santo André: ESE Tec.
- Beck, A. & Alford, B. (2000). *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: ARTMED.
- Chambless, D. L. (1996). In Defense of Dissemination of Empirically Supported Psychological Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230-235.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In: J. A. Smith (Org). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. (pp. 81-110). London: Sage.

- Cordova, J. V. & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A Behavioral Interpretation. *The Behavioral Analyst*, 24, 75-86.
- Corrigan, P. W. (2001) Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24,189-193.
- Delitti, M. (1998).O uso de encobertos na terapia comportamental. Em B. Range (org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp.269-274). São Paulo: Editorial Psy.
- Eysenck, H. J. (1959/1979). Teoria da Aprendizagem e Terapia do Comportamento. Em T. Millon (Org.). *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (pp. 227-235). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Claghan, G. M. (1996). A Radical Behavioral Understanding of the Therapeutic Relationship in Effecting Change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Guilhardi, H. J., Betini, M. E. S., e Camargo, M. C. dos S. (1977). Aumento de frequência de respostas acadêmicas para alterar a lentidão e eliminar comportamentos inadequados em um aluno de 1 grau. *Modificação de Comportamento: Pesquisa e Aplicação*, 1 (2), 1-30.
- Guilhardi, H. J. (1997). Com que Contingências o Terapeuta trabalha em sua Atuação Clínica? Em: Banaco, R. A. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (Cap.33 Vol. I). Santo André, SP; Ed. Arbytes.
- Guilhardi, H. J. (2002a). A resistência do cliente a mudanças. Em: H. Guilhardi. M. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. Socz (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 133-156, vol. IX). Santo André. ESETec.

- Guilhardi, H. J. (2002 b). *Problemas e perspectivas na análise do comportamento: o caso da clínica*. Disponível em <http://www.terapiaporcontingencias.com.br> (não publicado).
- Guilhardi, H. J. (2004 a). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em: C. N. Abreu E H. J. Guilhardi (Orgs.) *Terapia Comportamental e Cognitiva Comportamental – Práticas Clínicas* (pp. 3-54). São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2004 b). Considerações sobre o Papel do Terapeuta ao Lidar com os Sentimentos do Cliente, cap. 23. In: Brandão, M. Z. et al. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contextos Sócio-Verbais e o Comportamento do Terapeuta*, Vol. XIII. Santo André, SP: Ed. Esetec.
- Guilhardi, H. J. (2005 a). Algumas Diretrizes para Melhor Ação Terapêutica. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br> (não publicado).
- Guilhardi, H. J. (2005 b). Interação entre História de Contingências e Contingências Presentes na determinação de Comportamentos e Sentimentos Atuais, cap. 22. In: Guilhardi, H. J., E Aguirre, N. C. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição*, Vol. XV. Santo André, SP: Esetec Ed. Assoc.
- Guilhardi, H. J. (2007). Comunicação pessoal. Goiânia, junho.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In: N. Jacobson (Org.). *Psychoterapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hill, C. E., Knox, S. (2002). Self-Disclosure. In: J. Norcross (Org.) *Psychotherapy Relations that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 255-265). Oxford University Press, Ins.

- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987 a). Functional Analytic Psychotherapy. In: N. S. Jacobson (Org.). *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987 b). Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1-17. University of Washington.
- Kohlenberg, B. S. (1994). The Experiential Acquisition of Acceptance: Clinical Supervision as a Laboratory. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette and M. J. Dougher (Org.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (pp. 87-90). Nevada: Context Press.
- Kohlenberg & Tsai (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy integration*, 4, 175-201.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach to Intensive Treatment. In: O'Donohue and L. Krasner (Orgs.). *Theories of Behavior Therapy*. (pp. 637-657). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução Organizada por R. R. Kerbauy. Santo André: Esetec (Trabalho Original Publicado em 1991).
- Meyer, B., Pilkonis, P.A. (2002). Attachment Style. In: Norcross (org.). *Psychotherapy Relations that work: Therapist Contributions and Responsiveness to patients* (pp. 367-382). Oxford University Press. Inc.
- Morris, E.K.(1988) Contextualism: The world view of behavior analysis. *Journal of Experimental Child Psychology*, 46,289-323.

- Oliveira, J. A. Intimidade no processo terapêutico. *Monografia de Conclusão de curso não publicada* - Universidade Católica de Goiás. Goiânia- 2002.
- Pepper, S. C. (1942/1970) *World Hypotheses: A study in evidences*. Berkeley: University of California Press.
- Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (1997) Análise Funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco de análise. Em M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.45-97 Vol. II). Santo André, SP: Ed. ARBytes.
- Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2001). Integração de Contingências em ambiente clínico e natural para desenvolvimento de repertório de comportamentos e discriminação de sentimentos. Em H. J. Guilhardi, M. B. P Madi, P.P. Queiroz & M. Socz (Orgs.). *Sobre comportamento e Cognição* (pp. 453-475,vol VII). Santo André: ESETec.
- Rangé, B. (1998). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp.43-64). São Paulo. Editorial Psy.
- Rogers, C. A. (2002). *Tornar-se Pessoa*. (Obra original: 1961). São Paulo: Martins Fontes.
- Richelle, N. N. (1993). *B. F. Skinner: A Reappraisal*. Londres: Lea
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In: Norcross (Org.). *Psychotherapy Relations that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 235-254). Oxford University Press, Inc.
- Schwartz, R. (1993). Managing Closeness in Psychotherapy. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 30, 601-607.

- Shinohara, H. (2000). Relação Terapêutica. O que sabemos sobre ela? Em R. R. Kerbaury (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 229-233 vol. VII). Santo André: ESETec.
- Skinner, B. F. (1957). *O Comportamento Verbal*. São Paulo: Cultrix, 1978.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e Comportamento Humano*. (Obra original: 1953). São Paulo: Martins Fontes.
- Smolar, A. (2003). When give more: Reflections on intangible Gifts from therapist to patient. *American Journal of Psychotherapy*, 57, n 3.
- Vandenberghe, L. M. A. (2001). As principais correntes dentro da terapia comportamental: uma taxonomia. Em H. J. Guilhardi, M. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M.C. Socz (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.179-188, Vol.VII). Santo André: ESETec.
- Vandenberghe, L. (2002). A Prática e as Implicações da Análise Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, 35-45.
- Vandenberghe, L., Marden, A. C. & Kohlenberg, R.J. (2006). Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid. In: *The Behavior Therapist* (vol 29 no 3, pp 41-46).
- Vandenberghe, L. & Gauy, F. (2007). Terapias cognitivas e comportamentais (não publicado).
- Zamigani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. Em R. R. Kerbaury (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.234-243 Vol. V) Santo André: ESETec
- Zimmerman, D. E. (1999). Transferência. Em: *Fundamentos Psicanalíticos* (pp. 331-357) Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA CONVITE

Durante nossa trajetória acadêmica, nos comprometemos com o desenvolvimento da Psicologia enquanto ciência. Esse compromisso envolve um conjunto de comportamentos que vão desde a aquisição do conhecimento, crítica e produção, até sua disseminação. Venho por meio desta convidá-lo(a) a participar da pesquisa que será desenvolvida por mim Angélica Silva Marden Coppede, mestranda da Universidade Católica de Goiás, sob orientação do Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, sob o tema: Intimidade no relacionamento terapêutico.

O objetivo central da pesquisa é investigar como os terapeutas comportamentais lidam com o fenômeno intimidade na relação com seu cliente e de que forma a intimidade afeta esse relacionamento. Será necessário para isso que cada participante se disponha a falar da sua prática clínica, dando informações e exemplos de situações clínicas vividas relevantes ao tema, que reunidas poderão oferecer subsídios para a construção dentro da abordagem, de uma teoria sobre intimidade que aborde além dos determinantes dos comportamentos íntimos do cliente, também os determinantes dos comportamentos íntimos do terapeuta.

Esperando contar com sua ajuda, desde já agradecemos.

Pesquisadora: _____

Angélica Silva Marden Coppede

Orientador: _____

Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Anexo 2

PRÓ- REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIEMNTO INFORMADO PARA
TERAPEUTA

Pesquisa: “Perguntas sobre a vida privada: Como os terapeutas comportamentais lidam com elas e qual o impacto sobre a relação terapêutica.”

Pesquisadora: Angélica Silva Marden Coppede

Objetivo

Investigar como os terapeutas lidam com o fenômeno intimidade no relacionamento terapêutico e propor formas de manejo e aproveitamento de situações que requerem do terapeuta a emissão de comportamentos íntimos.

Relevância

Espera-se com essa pesquisa, oferecer subsídios para a construção dentro da abordagem comportamental, de uma teoria sobre intimidade no relacionamento terapêutico que abarque os determinantes dos comportamentos íntimos do terapeuta.

Participação

Caberá ao participante dessa pesquisa:

- Assinar o termo de consentimento e esclarecimento em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador;
- Estabelecer um horário, conforme sua disponibilidade, para a realização da entrevista;
- Autorizar a gravação e transcrição da entrevista, que serão usadas pela pesquisadora e pelo orientador na análise dos dados;
- Autorizar a divulgação dos resultados da pesquisa em apresentações e publicações científicas, sendo garantido resguardado o seu anonimato;
- O direito de interromper a qualquer momento a participação nessa pesquisa sem qualquer penalidade;
- O acesso aos resultados da pesquisa;
- O acesso ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, caso haja qualquer dúvida.

Goiânia, ___/___/___

Terapeuta voluntário(a):

Pesquisadora:

Anexo 3

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG
nº. _____, CPF nº. _____, CRP _____ abaixo
assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e
esclarecido pela pesquisadora Angélica Silva Marden Coppede sobre a pesquisa. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
qualquer penalidade.

Goiânia (GO), _____ de _____ 2007.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares:

Anexo 4

Roteiro para entrevista

Tema: *Como terapeutas comportamentais lidam com perguntas de seus clientes sobre sua vida pessoal?*

As primeiras perguntas objetivam descobrir o (perfil ou estilo) do terapeuta, de modo a facilitar a compreensão das respostas pertinentes ao tema. Isso porque consideramos, que “estilo”, seja uma variável influente na maneira do terapeuta lidar com perguntas invasivas de seus clientes.

Idade:

Ano de conclusão do curso:

Início da atividade clínica:

Formação ou titulação:

- 1) Na relação terapeuta –cliente qual é a sua “posição”? Você procura em geral estabelecer uma hierarquia? Você considera importante o terapeuta assumir uma posição superior em relação ao cliente?
- 2) Quando o inverso acontece, do cliente sentir-se superior, como você se sente e reage.

- 3) O que você pensa a respeito do terapeuta ser modelo idealizado para o cliente. Em geral o que você “ensina” no consultório é coerente com o que você pratica na sua vida.
- 4) Como você acha que deve ser o comportamento do terapeuta em relação a seu cliente, dentro e fora da sessão. (ser caloroso ou frio, usar a neutralidade, ser formal ou impessoal)
- 5) Como você recebe seu cliente para a sessão.(na primeira sessão e nas seguintes)
- 6) Quais comportamentos do terapeuta podem ser Sd para o cliente sentir-se a vontade e acolhido durante a sessão.
- 7) Quando um cliente é afetuoso (abraça, leva alguma coisa para agradecer, fica feliz e agradecido etc) como você em geral reage.
- 8) Quando você está fora do setting terapêutico (supermercado, shopping, restaurante, festa, clube, igreja etc) e encontra algum cliente, como você reage, como se sente.
- 9) Alguma vez já recebeu de cliente convite para formatura, aniversário, casamento, batizado, show etc. Qual foi sua reação. O que pensa em relação a isso. Caso tenha aceito, como se sentiu na situação.

10) Se souber que seu cliente mora perto da sua casa lhe ofereceria carona ao saber que ele voltaria de táxi para casa. Ou, se ele pedisse a carona, vc daria. Caso tenha passado por alguma dessas situações, favor relatar como foi a experiência.

11) Você costuma dar para o cliente todos os seus telefones para contato. Se sim, utiliza algum critério para isso ou o faz deliberadamente. Se não, por que não o faz.

12) No decorrer da sua experiência clínica, houve alguma situação na qual o cliente lhe fizesse perguntas ou demonstrasse curiosidade sobre sua vida pessoal. (Por exemplo: Você é casada, tem filhos. Quem ganha mais, você ou seu marido. Vocês viajam muito. Onde mora. Onde seu filho estuda. Você “malha”, em qual academia etc.)

Para resposta sim:

- Qual foi sua reação (o que fez e como se sentiu)

- Qual foi a reação do cliente à sua resposta (o que ele fez e como se sentiu).

Para resposta não:

- Como você acha que deveria reagir e por que.

Explorar os sentimentos do terapeuta.

13) Nessas situações, diante de perguntas invasivas, o que geralmente controla o comportamento do terapeuta. Falar a verdade sempre ou não. No caso de optar por não falar a verdade ou fantasiar a resposta, o que vc faria e quais as possíveis implicações.

- 14) Você costuma comentar voluntariamente coisas ou fatos importantes sobre sua vida (falar alguma coisa do filho, do marido, compartilhar alguma experiência etc)
Se faz isso, faz com alguma finalidade ou de forma espontânea. Já observou se ao fazer isso, teve algum efeito positivo ou negativo para a relação e o vínculo.
- 15) O cliente saber de particularidades sua vida a(o) incomoda (ex. situação familiar, condição financeira, dificuldades pessoais etc) Por que?
- 16) Você costuma submeter seu comportamento a análise. Analisar as interações entre terapeuta e cliente após as sessões. Com que frequência faz isso. De que maneira planeja as sessões e suas intervenções. Faz ou fez terapia. Participa de discussões de caso. Com que frequência.