

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

**CAMPO E FUNÇÃO DA AUTO-REVELAÇÃO DO  
TERAPEUTA NO RELACIONAMENTO  
TERAPÊUTICO – A VIVÊNCIA DO TERAPEUTA**

Maria de Fátima José de Almeida Vieira

Goiânia  
Fevereiro de 2007

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

**CAMPO E FUNÇÃO DA AUTO-REVELAÇÃO DO  
TERAPEUTA NO RELACIONAMENTO  
TERAPÊUTICO – A VIVÊNCIA DO TERAPEUTA**

Maria de Fátima José de Almeida Vieira

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Departamento de Psicologia da Universidade  
Católica de Goiás, como requisito para conclusão  
de mestrado em psicologia.

Supervisor: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar  
Vandenberghe.

Goiânia  
Fevereiro de 2007

V658c Vieira, Maria de Fátima José de Almeida.  
Campo e função da auto-revelação do terapeuta no  
relacionamento terapêutico – a vivência do terapeuta / Maria de  
Fátima José de Almeida Vieira. – 2007.  
96 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,  
Mestrado em Psicologia, 2007.

“Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe”.

1. Auto-revelação – psicoterapia. 2. Terapia comportamental -  
psicoterapia analítico-funcional. 3. Relacionamento terapêutico. I.  
Título.

CDU: 159.9.019.3

“Ser terapeuta é um desafio em si e para si próprio”

Michael Mahoney

*Aos meus filhos Rháisa Ravena e João  
Alexandre, por me permitir, na prática, o  
exercício de (re) pensar as verdades e  
possibilidades do “ser e estar” em  
processo de construção e (re)construção;*

*A João Américo, meu marido, pelo apoio e  
compreensão.*

## **Agradecimentos**

Gratidão:

À Rháisa e João Alexandre, partes de mim, que resignadamente compreenderam a minha dedicação e urgência de estudar, enforcando finais de semanas e feriados. Vocês me ensinam na prática o mais belo e pleno exercício da minha vida: o de ser mãe. Amo vocês!

Ao João Américo, meu marido, pelo apoio à minha dedicação acadêmica, compreendendo de forma virtuosa as minhas ausências. Ainda bem que você existe!

Ao professor Doutor Luc Marcel A. Vandenberghe, construtor, facilitador e co-construtor da minha visão acadêmica. Você é síntese do significado da palavra MESTRE! Levarei sempre comigo.

Aos colegas terapeutas participantes desse estudo, pela valiosa opção de compartilhar o comparecimento do “eu pessoal” na prática do “eu profissional”.

Aos professores e colegas que forneceram estímulos e dispensaram reforços no meu percurso acadêmico.

Aos colaboradores do meu Processo de Evolução Consciente, pela possibilidade de cambiar conceitos. Compreendo melhor, por exemplo, o valor das adversidades e da valentia.

Aos familiares e amigos, por acatar o significado de expressões do tipo: “hoje não posso”, “não vai ser possível...”.

Aos colaboradores técnicos: Rháisa, Eleusa, Dani e outras mulheres ocultas, representada pela Sandra, que facilitam o meu dia-a-dia de mãe e esposa.

## **Lista de Abreviaturas**

AR – Auto-Revelação

APA – Associação Americana de Psicologia

CCR – Comportamento Clinicamente Relevante

FAP – Psicoterapia Analítico-Funcional

(F+) – Feminino de Maior Experiência

(F-) – Feminino de Menor Experiência

(M+) – Masculino de Maior Experiência

(M-) – Masculino de Menor Experiência

## Lista de Figuras

Figura 1. Por que fazer AR?- Categoria e Experiência Profissional.....	52
Figura 2. Como fazer AR? Categoria e experiência profissional.....	59
Figura 3. Quando não fazer AR? Categoria e experiência profissional .....	63
Figura 4. Autenticidade de AR. Categorias e experiência profissional.....	66
Figura 5. Fazer/ Não fazer AR – Masculino.....	67
Figura 6. Fazer/ Não fazer AR – Feminino.....	67



## **Lista de Quadros**

Quadro 1. Identificação dos Participantes.....	33
Quadro 2. Quadro Geral de Temas e Categorias.....	37

## Resumo

No relacionamento terapêutico, aqui considerado como um encontro de subjetividades no contexto interpessoal, não é raro a Auto-Revelação (AR) pelo terapeuta frente ao seu cliente, doravante definida como o ato do terapeuta de revelar verbalmente algo de si durante a sessão. A literatura traz posições controversas sobre a utilização de AR como intervenção terapêutica. De um lado existem práticas que a promovem de forma entusiasta, e do outro, observa forte oposição. O objetivo do presente estudo é buscar amparo para utilização ou não da auto-revelação e investigar a intenção, assim como a visão do terapeuta do impacto da AR sobre si, sobre o cliente e sobre o processo. Trata-se de um estudo qualitativo e de caráter exploratório com 10 terapeutas de formação behaviorista e que atuam dentro de uma visão contextualista. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas para efeito de análise. A abordagem utilizada para análise dos dados, foi a “Grounded Theory” que consiste num processo indutivo de análise, organização, categorização e interpretação no intuito de elaborar uma teoria que explique o contexto. Os resultados indicam, que AR é freqüentemente usada, principalmente por terapeutas cuja formação inclui exposição às idéias da “terceira onda” da terapia comportamental. O uso de AR para intensificar o relacionamento terapêutico, para evidenciar compreensão, normalizar experiência do cliente e para oferecer modelos foi constatado ser bem geral. Um sub-grupo considera que AR não precisa ser genuína para ser válida. Sugere que a experiência e a formação podem ser variáveis que influenciam o uso de AR.

**Palavras-chave:** Auto-Revelação; relacionamento terapêutico; terapia comportamental.

## Abstract

In the therapist-client relationship, here conceptualized as an encounter of subjectivities in an interpersonal context, self-disclosure (SD) by the therapist to the client is not rare. Here SD is defined as the act of the therapist to disclose verbally something about him or her self during the session. The literature presents controversial positions concerning the use of SD as a therapeutic intervention. At the one hand there are practices that promote it enthusiastically. On the other, we observe strong opposition. The aim of the present study is to seek support for the use or not of SD and to investigate the therapist's goals, as well as his or her vision concerning the impact of SD on him or herself, on the client and on the process. A qualitative, exploratory method is used including 10 therapists with behavioral training, and who work from a contextualist point of view. The data collection occurred through semi-structured interviews, recorded and transcribed verbatim for analysis. A Grounded theory approach was used, which consists of an inductive process of analysis, organization, categorization and interpretation with the aim to elaborate a theory that explains contexts. The results suggest that SD is frequently used, mainly by therapists whose training includes contact with the ideas of the "third wave". The use of SD to intensify the therapist-client relationship, to demonstrate comprehension, and to offer models was observed to be quite general. A sub-group considered that SD does not have to be genuine to be valid. It is suggest that experience and training may be variables that influence the use of AR.

**Key-words:** Self-disclosure, therapist-client relationship, behavior therapy

## Sumário

Lista de Abreviaturas.....	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Quadros.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
1. Introdução.....	01
1.1. A Auto- Revelação do terapeuta.....	02
1.2. Auto-Revelação e Ressonância.....	15
1.3. Auto-Revelação como Resposta ao Inquérito do Cliente.....	17
1.4. Implicações Éticas da Auto-Revelação.....	19
1.5. A relação Terapêutica.....	20
1.5.1. Subjetividade do Terapeuta.....	24
1.5.2. O Terapeuta como Pessoa e Profissional na Relação.....	25
1.5.3. O Vínculo Terapêutico.....	27
1.5.4. Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP).....	28
1.6 Justificativa e Objetivo.....	31
2. Método.....	33
2.1. Participantes.....	33
2.2. Material.....	34
2.3. Procedimento.....	34
2.3.1. Coletas de Dados.....	34
2.3.2. Técnicas de Análise de Dados.....	35
3. Resultados e Discussão.....	37
3.1. Por que fazer AR?.....	38
3.1.1. Para Intensificar o Relacionamento Terapêutico.....	39
3.1.2. Para potencializar ou Aperfeiçoar outras Estratégias.....	42
3.1.3. Para Oferecer Modelos.....	43
3.1.4. Para Evocar Comportamento.....	47
3.1.5. Para Reforçar Comportamento Clinicamente Relevante.....	48
3.1.6. Para Evidenciar Compreensão do Comportamento do Cliente.....	48
3.1.7. Para Normalizar a Experiência do Cliente.....	49
3.1.8. Para Justificar o Comportamento do Terapeuta.....	50
3.2. Como Fazer AR?.....	53
3.2.1. Focalizar Cliente.....	54
3.2.2. Parcimônia.....	55
3.2.3. Limitar Conteúdos Íntimos.....	57
3.3. Quando não Fazer AR?.....	60
3.3.1. Quando Envolvem Valores Contrários aos Valores do Cliente.....	61
3.3.2. Quando o Perfil do Cliente não é Indicado.....	61
3.3.3. Quando Realidades do Terapeuta e Cliente são Distintas.....	62
3.3.4. Quando há Falta de Condição Emocional do Terapeuta.....	63
3.4. Autenticidade de AR.....	65
3.4.1. AR deve ser Genuína.....	65
3.4.1. AR não deve ser Genuína.....	66
4. Razões de AR de acordo com o Sexo.....	67
5. Reflexões Finais.....	69

6. Alcances e Limitações.....	76
7. Referências Bibliográficas.....	77
8. Anexos.....	89
8.1. Termo de Consentimento e Esclarecimento Informado para o Terapeuta.....	90
8.2. Modelo de termo de consentimento.....	92
8.3. Temas para as Entrevistas Semi-estruturadas.....	93

## Introdução

O relacionamento terapeuta-cliente tem se constituído objeto de importante investigação nas diversas abordagens psicológicas e a sua utilização defendida como mecanismo de mudança (Safran, 2002; Kohlenberg & Tsai, 2001/1991).

Muitas vezes, buscar ajuda na terapia, significa a existência de sofrimento na relação do cliente com as pessoas relevantes na sua vida, com o seu meio físico e social. As relações interpessoais são insatisfatórias, as fontes de reforçamento são insuficientes. As estratégias comportamentais outrora utilizadas com eficácia não mais funcionam efetivamente. Nesse contexto de desamparo impera na pessoa a necessidade de pedir ajuda, na tentativa de encontrar novos repertórios comportamentais, que a ajudem a enfrentar os desafios e amenize ao máximo os sofrimentos.

De posse do conhecimento das técnicas de intervenção, de uma fundamentação teórica que dê suporte na atuação, cabe ao terapeuta atentar ou criar possibilidades oportunas de formação e posterior fortalecimento de vínculo na relação cliente e terapeuta, pois a “relação terapêutica tem caráter preditor de bons resultados no tratamento” (Meyer & Vermes, 2001, p. 101). Nesse sentido, ser criativo é válido para o terapeuta, levando em consideração, “(...) que a psicoterapia ainda tem muito de arte” (Range 1998, p. 34). Considera-se que a arte pode estar na criatividade de articular as intervenções e o momento adequado de intervenção, considerando o relacionamento interpessoal entre terapeuta e cliente como mecanismo de mudança.

Quem busca (cliente) é uma pessoa, com a sua história, resultado e resultante do contexto. Quem acolhe (terapeuta) também é uma pessoa, com sua história de significado e sentido, com sua subjetividade. Nessa relação de trabalho entre dois iguais, poderá então o terapeuta compartilhar as suas vivências de forma autêntica e genuína?

Quando a transparência do terapeuta é considerada ética? Pode ser a auto-revelação do terapeuta considerada um recurso válido e útil? O comparecimento do terapeuta como pessoa, não apenas como função ou lugar, não implicará na transgressão de limites pessoais e profissionais? Qual a função da exposição do terapeuta?

Diante desses questionamentos e contando com o pragmatismo como critério de verdade do paradigma contextualista, surge então a necessidade de buscar fundamentação teórica dentro da literatura sobre a utilização das vivências dos terapeutas na prática terapêutica.

### **1.1. A Auto Revelação do Terapeuta**

Esta pesquisa explora diferentes aspectos da Auto-Revelação pelo terapeuta frente ao seu cliente, aqui definida como o ato do terapeuta de revelar verbalmente algo de si durante a sessão. Este ato do terapeuta será doravante chamado de AR.

Ao revisar a literatura, observa-se que não há consenso no uso apropriado de AR, por esta apresentar diferentes significados no relacionamento terapêutico. Tradicionalmente a Psicanálise e a terapia comportamental aboliam o uso de AR. A primeira sob o argumento que a AR impossibilitaria a neutralidade e a segunda, que prejudicaria a objetividade do terapeuta. Com a ascensão do movimento humanista nas décadas de 1950/60 despontou a possibilidade do uso de AR como parte de um processo terapêutico, considerando a congruência e transparência do terapeuta em relação ao cliente. Dentro dessa perspectiva a expressão dos sentimentos do terapeuta aos clientes é parte essencial do relacionamento terapêutico (Rogers, 2002/1951; Jourard, 1971). Diferentemente, o movimento de terapia feminista desde a década de 1980 defendeu o uso de AR com a finalidade de promover o princípio ético da autonomia, que preconiza

o direito da cliente escolher o modelo de terapeuta para acompanhá-la no processo, direito este que pressupõe que a cliente obtenha informação sobre a pessoa do terapeuta (Simi & Mahalik, 1997; Mahalik, VanOrmer & Simi, 2000).

Estudos objetivos sobre AR começaram na década de 1950 com Sidney Jourard, culminando com o lançamento de dois livros - *The Transparent Self*, em 1964, e *Self Disclosure: Experimental Analysis of the Transparent Self*, em 1971. Em seqüência a este assunto, constata-se a publicação de diversos artigos e um livro lançado em 1979 por Weiner com o título *Therapist Disclosure: The Use of Self in Psychotherapy* e reeditado em 1983. Os resultados dessas pesquisas que avaliavam o efeito da interação terapeuta e cliente fizeram com que orientações que outrora defendiam a neutralidade ou objetividade do terapeuta no relacionamento terapêutico, começassem a rever o papel da AR na prática terapêutica (Palombo, 1987; Lane & Hull, 1990; Linehan, 1993; Goldstein, 1994; Goldstein, 1997; Jacobs, 1999; Beck & Freeman, 1999; Kohlenberg & Tsai, 2001).

A revisão literária considera diferentes categorias de análise para definir a AR. Hill e O'Brien (1999) definiram quatro categorias para AR: revelação de fatos; de sentimentos; de *insights* e de estratégias de alcance de metas. A intenção do terapeuta vai definir o uso de cada categoria no processo terapêutico. A literatura revisada por Peterson (2002) destaca como categorias: as informações sobre o treinamento e prática do terapeuta; as revelações da vida pessoal do terapeuta; as revelações sobre reações do terapeuta e sentimentos sobre o comportamento do cliente e as admissões de erro na terapia.

Percebe-se que se trata de dois estudos de categorizar: revelações de fatos em Hill e O'Brien incluiria informação sobre terapeuta e sobre vida pessoal em Peterson;



revelações de sentimentos, *insights*, correspondem revelações sobre reações do terapeuta.

Outras distinções, recuperadas na revisão de literatura por Hill e Knox (2002), não separam de acordo com o conteúdo, mas de acordo com as funções de AR e incluem a AR restauradora e AR desafiadora. A primeira apóia, reforça e valida a perspectiva do cliente, enquanto a outra a desafia. AR recíproca corresponde a revelação feita pelo terapeuta, que é pelo seu conteúdo similar ao do cliente.

Schwartz (1993), no seu artigo sobre o manejo da proximidade na psicoterapia, define a proximidade como uma metáfora que nomeia o ato de compartilhar. O terapeuta pode compartilhar, por exemplo, informação pessoal, seu estado emocional, um ponto de vista e um objetivo. Para esse autor, qualquer ato de compartilhar uma experiência é chamado de *closeness* ou proximidade na psicoterapia.

A literatura considera também a AR como um presente, defendendo esse comportamento como algo que é dado a mais para o cliente (Smolar, 2003). Nessa visão, a AR se torna uma opção terapêutica viável para facilitar mudanças nos clientes. Porém não é considerada algo que o terapeuta seja obrigado a fazer e por esse motivo é considerado um presente, algo que vai além do que é exigido pelo terapeuta.

Pizer (1995) pressupõe três tipos diferentes de AR: inescapável, inadvertida e deliberada. O primeiro tipo considera aqueles eventos reais da vida do terapeuta que podem afetar o ambiente da terapia, como por exemplo, uma gravidez. O segundo, se refere a AR que ocorre no contexto da díade da transferência e contra-transferência, incluindo o tom de voz e expressões. O terceiro inclui a AR feita de forma intencional. Para o autor, somente a AR deliberada pode contribuir para a intersubjetividade no meio terapêutico, contribuindo para o crescimento do relacionamento terapêutico. Andersen e

Andersen (1989) incluem na AR deliberada as informações relacionadas à identidade pessoal e vivências do terapeuta, o compartilhar de respostas emocionais e as revelações da identidade e experiências profissionais.

Outro tipo específico de AR são as interações observadas no relacionamento terapêutico e que podem ser descritas como auto-envolvimento e auto-divulgação, que significam, respectivamente, a manifestação de reações e respostas ao cliente durante a sessão e informações pessoais oferecidas ao cliente e que, necessariamente, não precisam ser relacionadas à terapia ou ao paciente (Linehan, 1993).

Além dessas categorias relacionadas acima, diversos autores oferecem outros significados para AR (Jourard, 1971; McCarthy & Betz, 1978; Hill, Mahalik, & Thompson, 1989; Watkins, 1990). Apesar de variados significados na literatura, o que cada categoria compartilha é o reconhecimento que AR ocorre quando o terapeuta oferece informação pessoal para o cliente.

Jancin (1999) sugere que a prática de AR nas psicoterapias é mais comum do que os registros sobre a mesma. Essa suspeita pode ser explicada pelo tradicional histórico da proibição, do que não se pode e não se deve fazer nas práticas psicoterápicas. Apoiando nesta visão, a AR deve ser minimizada e os seus perigos devem ser monitorados de perto.

A literatura aponta que o grau do uso de AR, mais do que qualquer outra característica, vai diferenciar as várias escolas de terapia. A decisão de usar essa prática também depende do contexto e da qualidade do relacionamento terapêutico. As pesquisas indicam que os psicanalistas utilizam significativamente menos a AR, principalmente considerando as correntes tradicionais, enquanto que as profissionais de

orientação feminista utilizam mais AR do que os profissionais de outras orientações (Yalom, 1985; Anderson & Mandell, 1989; Simon, 1988; Edwards & Murdock, 1994).

A literatura traz posições controversas sobre a utilização de AR como intervenção terapêutica. De um lado existem teorias que a promovem de forma entusiasta, como as teorias humanistas e feministas, e do outro, se observa forte oposição, como as correntes mais tradicionais da psicanálise (Hill & Knox, 2002).

As teorias humanistas apóiam abertamente o uso da AR do terapeuta, defendendo que a autenticidade do terapeuta desmistifica o processo terapêutico, além de ajudar o cliente a se sentir menos sozinho com suas experiências e emoções dolorosas, bem como um meio para facilitar o relacionamento espontâneo e humano na terapia. Nessa orientação teórica a AR é considerada uma ferramenta terapêutica. Os autores dessa corrente teórica concederam a autenticidade genuína no relacionamento terapêutico, um pré-requisito necessário para possibilitar a confiança, o autoconhecimento, a intimidade e a mudança de personalidade do cliente (Jourard, 1971; Kaslow, Cooper & Linsenberg, 1979; Curtis, 1981; Dryden, 1990; Cornett, 1991; Weiner, 2002).

As teorias comportamentais e cognitivas contemporâneas vêm de forma positiva a utilização de AR do terapeuta, considerando que esta pode servir para modelar comportamento, propor soluções possíveis e criativas para o cliente, oferecendo modelos de estratégias e de habilidades sociais e técnicas de resolução de problemas. Na perspectiva de Kohlenberg e Tsai (2001), a relação terapêutica deve ser autêntica e genuína. O terapeuta tem liberdade de atuação no relacionamento terapêutico, desde que esta ação esteja associada ao manejo de comportamentos clinicamente relevantes (CCRs). Beck e Freeman (1999), referindo-se a clientes com transtorno de personalidade, postulam que muito do papel do terapeuta consiste em utilizar a própria

vivência e experiências de vida, no sentido de propor soluções possíveis na resolução de problemas, bem como para educar o paciente em relação à natureza dos relacionamentos íntimos. Esse ato se justifica, considerando os déficits de habilidades de autocontrole e de relações estáveis, comuns às pessoas com transtorno de personalidade. Para Linehan (1993) a AR deve ser incentivada na terapia dialética comportamental, mas sempre com o foco nos interesses do cliente. Estudos realizados por Simon (1988) mostram que a quantidade de AR utilizada na orientação comportamental é similar à quantidade em outras orientações, como por exemplo, em terapias ecléticas e humanistas.

A literatura de terapias feministas apóia o uso da AR do terapeuta por acreditarem que esta intervenção auxilia o alcance de várias metas no processo terapêutico. Ela pode servir para transmitir valores feministas, encorajar auto-revelação da cliente, aproximar cliente e terapeuta e ajuda na opção da cliente continuar ou não com a terapeuta. A tendência dessa teoria é ver a AR como agente crítico de mudança terapêutica (Enns, 1997; Mahalik et al, 2000). As terapeutas de abordagem feminista defendem a AR por acharem que esse comportamento da terapeuta pode estar aumentando a colaboração, diminuindo a hierarquia, compartilhando as diversas experiências de mulheres e tornando explícito os diferenciais de poder (Brown, 1994; Mahalik, Ormer & Simi, 2000).

Mais recentemente, estudos revelam a utilização de AR pelos clínicos que atuam na psicoterapia transcultural com a finalidade de revelar a sensibilidade do terapeuta às questões culturais e raciais, aumentando a confiança e a credibilidade do terapeuta e melhorando o relacionamento terapêutico com os clientes culturalmente diferentes (Helms & Cook, 1999; Sue & Sue, 2003).

A psicofarmacoterapia, apesar de não ser uma modalidade psicoterapêutica, também indica o uso de AR, sob o argumento de fortalecer a aliança terapêutica e realçar o *rapport*, facilitando o ajuste da medicação. Curtis e Hodge (1994) indicam que AR pode ser usada por profissionais de saúde mental para fornecer exemplos de métodos e técnicas seguras a serem usadas em situações complexas.

Com relação a AR na terapia familiar, é preciso distinguir a corrente experiencial da estrutural. O modelo simbólico experiencial que comumente utiliza a co-terapia propõe um alto grau de AR. Essa AR se estende ao terapeuta e ao co-terapeuta frente a família. A proposta de usar a comunicação pessoal é fornecer um modelo para a família, acentuar observação terapêutica adicionando afeto e também, por pensar a intimidade e subjetividade, o terapeuta induz os membros da família a expressar as próprias subjetividades, até mesmo de forma irracional, fornecendo assim, mais material para exame (Roberto, 1991).

Os proponentes dos mais tradicionais modelos de terapia familiar, o estrutural e estratégico, evitaram muitas das posturas da psicanálise (Minuchin, 1974; Haley, 1976). Entretanto se mantiveram próximo às idéias psicodinâmicas, quando se trata de manter claros limites entre terapeuta e clientes. O modelo estrutural de Minuchin (1934) desencoraja a AR das experiências pessoais do terapeuta, argumentando que essa prática atrai a atenção para o terapeuta, desviando do processo familiar. Relatos da própria vida do terapeuta, nesse modelo, só são justificados como instrumento de associação como citação do tipo “eu tenho dois filhos da mesma idade” (Colapinto, 1991). Temas de hierarquia, limites e controle do terapeuta sobre o que é dito e feito está no núcleo do trabalho estrutural e estratégico. Nesse modelo a revelação é usada como uma técnica limitada.

Os psicanalistas, considerando a linha mais tradicional, defendem uma posição de maior neutralidade e certo anonimato, o que não deixa lugar para a AR. Para Freud (1912/2000) “(...) o médico deve ser impenetrável ao paciente e como um espelho, refleti nada mais do que lhe é mostrado” (p. 18). Contudo, Goldstein (1994) aponta que mesmo Freud usou a AR de sonhos da própria infância. A contra indicação de AR, nesse contexto, emergiu com o conceito psicanalítico de anonimato e neutralidade no sentido de preservar a assepsia na relação. Para os teóricos que seguem essa orientação, AR de pensamentos, de sentimentos, ou de experiências pessoais podem contaminar o processo analítico. Embora reconheçam que o anonimato total seja impossível, defendem que a revelação deve limitar-se às informações implícitas no *setting* terapêutico, como aparência e informações sobre o consultório (Lane & Hull, 1990; Edwards & Murdock, 1994).

Outros psicanalistas já têm uma posição mais moderada sobre AR, quando defendem que o paciente pode tornar-se mais consciente da reação que seu comportamento provoca em outras pessoas quando o analista relata a sua própria reação. As pesquisas apresentam que essas correntes contemporâneas incentivam AR relativamente de forma mais liberal, realçando uma certa contradição entre as posições tradicionais freudianas e linhas contemporâneas (Palombo, 1987; Jackson, 1990; Wilkinson & Gabbard, 1993; Goldstein, 1997; Broucek & Ricci, 1998; Jacobs, 1999). Estes autores chegaram perto do ponto de vista da psicoterapia analítico-funcional (Kohlenberg & Tsai, 1987) que faz uso da revelação de sentimentos que o terapeuta tem em relação ao cliente com esta mesma intenção.

A revisão da literatura obriga a reconhecer que a ausência completa de AR é um mito. Mesmo a análise mais conservadora revela muito sobre o terapeuta. A escolha dos

comentários que são feitos, a interpretação, o tom de voz e a linguagem do corpo oferecem muitas informações do terapeuta para o cliente. Estudos levantados por Myers e Hays (2006), apontam que a noção analítica de anonimato não é possível nem construtiva para o processo terapêutico.

Quando se fala na prática de AR, as pesquisas demonstram que é importante considerar o público para qual a AR deve ser usada. Para Hill e Knox (2002) AR pode ser mais útil para alguns clientes do que para outros, por isso a decisão de fazer AR deve ser ponderada em relação ao cliente individual. É indispensável avaliar a idade do cliente, sexo, níveis cultural e educacional, *status* econômico e a personalidade.

Estudos realizados por Meyer e Hays (2006) indicam que as crianças, adolescentes e sujeitos com dificuldades mentais, tendem a fazer perguntas mais pessoais e se beneficiam com respostas mais diretas e reais. Os adolescentes avaliam como humilhação a recusa do terapeuta em responder às perguntas. Já os idosos avaliam como desrespeito. Segundo esses estudos, devem-se considerar também as experiências precedentes do cliente. Um paciente que tem uma história longa de análise tradicional pode se sentir confuso com AR.

Exemplos clínicos na literatura revisada revelam que a AR mostrou impactos positivos no processo terapêutico. Os clientes entrevistados sobre AR dos seus terapeutas, descreveram-na como comportamento capaz de despertar empatia, confiança e construção de relação simétrica. Observa-se também, que AR pode ser estímulo discriminativo para o cliente aprofundar mais sobre o relato, além de possibilitar a descrição das contingências atuantes na experiência favorecendo a re-significação desta.

Alguns estudos (Barrett & Berman, 2001) sugerem que as reações à AR dependem da qualidade do relacionamento e qualidade desse relacionamento está diretamente

ligada à percepção favorável de AR . Assim sendo, a divulgação do terapeuta pode ser problemática quando a aliança é fraca.

Na maioria das pesquisas usando sessões simuladas de terapia, a AR foi vista favoravelmente. Watkins (1990) concluiu que os terapeutas que fizeram AR de forma moderada foram avaliados de forma mais positiva e vistos como mais peritos do que os terapeutas que não se revelaram de forma alguma ou que revelaram assuntos muito íntimos e pessoais. Outros estudos sobre o uso de AR na prática clínica também confirmam esses resultados, e apóiam a noção do realce do processo quando o terapeuta é genuíno e visto como mais humano (Rogers, 1961; Jourard, 1971; Gelso & Hayes, 1998; Myers & Hays, 2006).

Nas pesquisas sobre os efeitos da AR no relacionamento terapêutico, incluindo a AR interpessoal (reações ao cliente), intrapessoal (experiência pessoal fora da terapia) e ausência de divulgação revisadas por Myers e Hays (2006), os resultados indicaram que nas duas condições, o terapeuta que fez AR foi avaliado como mais sensível, mais honesto e cordial. A AR intrapessoal foi avaliada como mais favorável. Segundo esses dados, na ausência de uma aliança bem estabelecida, é recomendado que os terapeutas sejam mais conservadores em suas divulgações. De forma similar, uma outra pesquisa realizada por Barrett e Berman (2001) demonstrou que os terapeutas que fizeram mais uso de AR foram avaliados como melhores e esta prática estava diretamente associada à redução de sintomas. Esses dados revelam que os clientes parecem beneficiados com a AR. Contudo, o mesmo não é verdade se o relacionamento terapeuta-cliente for fraco.

Referindo-se à frequência ideal de AR, não existe consenso na literatura. De um lado, a literatura mostra que AR não é uma intervenção de baixa frequência na terapia. Alguns estudos relatam que os terapeutas revelam com mais frequência sobre assuntos



profissionais e raramente sobre práticas sexuais e crenças (Robitschek & McCarthy, 1991; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997). De outro lado, as pesquisas também sugerem que a AR não é uma prática freqüente na psicoterapia, embora a orientação teórica influencie nessa freqüência. Mesmo não sendo uma prática freqüente para todas as orientações, a AR, quando usada, parece ter implicações favoráveis nos resultados terapêuticos (Burkard et al, 2006).

Nota-se que os terapeutas fazem AR não necessariamente por motivos terapêuticos, mas também para resolver suas próprias necessidades, como por exemplo, se sentirem aceitos, validados e aprovados pelo cliente (Hill et al, 1988; Well, 1994). De outro lado, os motivos terapêuticos são muito variados: como tentativa de aumentar a percepção de similaridade entre eles mesmos e seus clientes; para modelar comportamento apropriado do cliente; fortalecer aliança terapêutica; validar experiência do cliente; oferecer caminho alternativo para pensar e atuar; responder ao inquérito do cliente, visando conforto do cliente e também porque os clientes querem que o terapeuta se revele (Mahlik, 2000; Mathews, 1988; Edwards & Murdock, 1994; Hill e Knox, 2002; Dryden, 1990; Wachtel, 1993; Brown & Walker, 1990; Simi & Mahalik, 1997; Mahalik et al, 2000). De acordo com os clientes, os terapeutas se revelam para normalizar experiências, restaurar confiança e ajudar nas mudanças construtivas (Wells, 1994; Knox et al., 1997; Hill & Knox, 2002).

Um estudo realizado por Knox et al. (1997), no qual pediam aos clientes que relatassem uma prática de AR que fosse terapêuticamente útil, ficou evidente nos relatos que os clientes consideravam como útil aquela AR que envolvia informação pessoal não imediata, incluindo conteúdo familiar, atividade de lazer e solução de problemas. Todos os clientes narraram história de benefícios com a AR.

AR pode ser considerada uma forma de exploração quando realiza as necessidades do terapeuta, move o enfoque do cliente para o terapeuta, interfere no relato ou confunde o cliente, é intrusivo ou super estimulante para o cliente, ofusca limites entre terapeuta e cliente. Essa consideração sugere que os terapeutas são muito conscientes sobre possíveis conseqüências negativas da revelação no resultado da terapia (Peterson, 2002; Hill & Knox, 2002).

Os efeitos da AR do terapeuta são estudados em termos de resultados imediatos, avaliando o que acontece na sessão logo após a AR e a longo prazo, avaliando mudanças após o tratamento. Em curto prazo, os clientes avaliam a AR mais positivamente, mas os terapeutas, ao contrário, a avaliam de forma negativa. Para Hill et al. (2002) isso se deve ao sentimento de vulnerabilidade que o terapeuta experimenta logo após a AR. Em um estudo qualitativo sobre a utilidade de AR (Knox et al., 1997), os resultados indicaram impacto positivo nos clientes, por exemplo, vendo seus terapeutas mais reais e humanos e assim melhorar o relacionamento terapêutico. A longo prazo os efeitos de AR ainda não são bem definidos.

Apesar de não haver consenso sobre o uso apropriado de AR, por esta apresentar diferentes significados e considerações dentro das diferentes orientações teóricas, observa-se, nas diferentes pesquisas e estudos, uma preocupação evidente, no sentido de fornecer algumas dicas para o uso da AR de forma terapeuticamente útil, considerando a finalidade da AR, se existe controle emocional suficiente da experiência a fim de manter o enfoque na história trazida pelo cliente (Vamos, 1993; Bram, 1995; Goldstein, 1997; Roberts, 2005).

Embora os perigos de violação do limite sejam genuínos, a AR pode ser mal empregada porque faltam pesquisas que forneçam estruturas seguras validadas

empiricamente dessa prática de forma segura.

Peterson (2002) sugere que antes de qualquer AR ao cliente, é prudente que o terapeuta considere as seguintes perguntas:

- AR é mesmo necessária?
- A finalidade é beneficiar o cliente ou a mim mesmo?
- Vou revelar de forma útil?
- A AR vai interferir no progresso terapêutico?

No resgate do tema envolvendo AR, Weiner (1989), compartilhando com posições de diversos atores, considera que a utilidade dessa prática é determinada pela dosagem, sincronismo, índice e contexto. Na sua revisão literária, ele sugere quatro indicações absolutas para a AR:

- Quando envolve preservação de vida do terapeuta ou do cliente;
- Quando algum evento real na vida do terapeuta pode alterar significativamente o relacionamento terapêutico;
- Quando algum aspecto do terapeuta rompe severamente o relacionamento terapêutico;
- Quando o terapeuta representa a única via para o cliente aprender uma lição importante na vida.

As pesquisas realizadas sobre AR revisadas por Hill e Knox (2002), trazem as seguintes sugestões para práticas de AR do terapeuta no processo terapêutico:

- Os terapeutas devem revelar de forma não freqüente;
- A AR não deve envolver crenças e opções sexuais;
- A AR deve ser utilizada para validar, modelar, fortalecer a aliança ou oferecer caminhos alternativos para o pensamento ou ação;

- O foco deve ser o cliente e não o terapeuta;
- A AR é efetiva quando o tipo de conteúdo é similar ao que o cliente revela para o terapeuta;
- O terapeuta deve observar cuidadosamente a reação do cliente;
- A AR pode ser mais útil para alguns clientes do que para outros, por isso a decisão de fazer AR deve ser ponderada em relação ao cliente individual.

Para muitos estudos, mesmo considerando as circunstâncias que envolvem a AR e a utilidade do que será divulgado no processo, é difícil prever os efeitos procedentes. Contudo, seguindo essas orientações, é bem provável que os terapeutas não utilizem a AR de forma explorativa, e sim de forma ética e terapeuticamente útil.

## **1.2. Auto-Revelação e Ressonância**

Ao revisar a literatura sobre a AR, nota-se que algumas vezes o terapeuta se reconhece no relato do cliente, processo este tratado como ressonância.

A palavra ressonância tem sua origem no latim *resonantia*, e significa transferência de energia de um sistema oscilante para outro quando a frequência do primeiro coincide com uma das frequências do segundo (Aurélio, 1999).

Dentro de um contexto de mudança como no processo terapêutico, é possível verificar transformações bidirecionais envolvendo cliente e terapeuta. Nesse sentido de atuação mútua, compartilhar vivências pode se tornar um recurso válido de ajuda na construção de vínculo e na eficácia terapêutica, quando se considera a relação em si, um mecanismo de mudança.

Freqüentemente, o terapeuta depara-se com ressonância de emoções nos relatos do cliente e imediatamente reconhece algo de si. Diante dessa constatação, o terapeuta

poderá mais facilmente ajudar o cliente a entrar em contato com as relações funcionais causadoras de sofrimento (Auad, 2001). Várias abordagens dentro da psicologia têm-se utilizado dessas similaridades funcionais, como estratégias de intervenção dentro da relação.

Dentro da abordagem sistêmica, Andolfi (1996) refere-se à ressonância como elementos que “(...) vibram no cliente, adquirindo significado no terapeuta e, conseqüentemente, no próprio cliente” (p. 69). Elkaim (1992) refere-se à ressonância como constituída de elementos comuns a diversos sistemas que se interseccionam. Para este, “(...) diferentes sistemas humanos parecem entrar em ressonância sob efeito de um elemento comum, assim como corpos podem colocar-se a vibrar sob o efeito de uma frequência determinada” (p. 170).

Ainda de acordo com essa escola de pensamento terapêutico surge o conceito de auto-referência, que se funde com ressonância e significa levar parte da história do próprio terapeuta (o que leva de si) para o contexto da relação terapêutica. Pode-se falar que é uma percepção do outro à luz dos próprios sentimentos.

Na Psicoterapia Analítico-Funcional, as ressonâncias podem ser efetivamente usadas como meio de tornar a relação terapêutica mais intensa, genuinamente vivenciada e eficaz. Esta abordagem conduz o terapeuta a construir relações intensas e curativas. Segundo Kohlenberg e Tsai (2001), se os comportamentos alvos desejados fizerem parte do repertório do terapeuta, torna-se mais fácil a percepção e descrição dos comportamentos clinicamente relevantes.

Para Banaco (1993), as emoções do terapeuta são importantes dicas para o entendimento das contingências envolvidas na sessão e na vida do cliente. Compreende-se então, que as similaridades comportamentais podem ser utilizadas pelo terapeuta

como mecanismo facilitador de discriminação das contingências operantes na vida do cliente.

Diante do exposto, o terapeuta pode captar mais facilmente as “dicas” fornecidas pelo cliente na sessão e usá-las criativamente no processo, mesmo que envolva as próprias vivências e emoções. Brandão (2000) define a psicoterapia como um exercício diário de crescer e fazer crescer. Utilizando-se da relação terapêutica, fundamentando-se no referencial teórico da abordagem, essa movimentação dinâmica pode ser fortalecida pela ressonância (Almeida Vieira, 2003).

Considerando a possibilidade de construção do vínculo e este como requisito importante na intensificação do relacionamento e da aliança terapêutica, entende-se que a ressonância poderá facilitar esse processo, uma vez que ao partilhar vivências similares, a observação e intervenção do terapeuta, tornam-se mais acuradas.

### **1.3. Auto-Revelação como Resposta ao Inquérito do Cliente**

A literatura aponta também a prática de AR pelo terapeuta, quando esta responde as indagações ou curiosidade do cliente pela vida pessoal do terapeuta. Pesquisas sobre AR do terapeuta, revisadas por Hill e Knox (2002), citam que os terapeutas, perguntados por que se auto-revelam, em certos casos disseram que é para responder perguntas do cliente.

Observa-se que isto não implica em perda de valor terapêutico, já que essas respostas, na maioria das vezes, atendem a fins estratégicos. Considerando a perspectiva de Kohlenberg e Tsai (2001), pela qual defendem que a relação terapêutica deve ser autêntica e genuína, o terapeuta tem total liberdade para responder aos clientes, desde que esta resposta afete de maneira curativa os repertórios do cliente.

Vandenberghe, Coppede e Kohlenberg (2006) consideram que, em casos específicos, a AR pode ser usada como reforço natural de uma melhora clinicamente relevante que ocorre ao vivo, no seio do relacionamento terapeuta-cliente. Eles discutem o exemplo em que, para um dado cliente, fazer perguntas pessoais sobre a vida privada de uma pessoa num relacionamento seja uma melhora. Isso pode ser o caso para um cliente que vive relacionamentos superficiais; não se interessa nos outros, ou tem medo de pedir algo ao outro. A única forma de reforçar este novo comportamento era de responder honestamente e sem esquivas.

Observa-se que Brandão (2001), responde de forma autêntica a indagação do cliente:

“C -... Eu tenho desrealização, despersonalização e sentimentos de inferioridade. Outros terapeutas já fizeram o diagnóstico. Você que é normal os tem?

T – Tenho sentimentos de inferioridade quando estou em situação de desvantagem nela, quando vejo que não consigo fazer aquilo que me vai me fazer bem e por outro lado vejo que outros o conseguem (pág. 257) ”.

Esse exemplo ilustra que a terapeuta, ao usar a autenticidade, objetivava a mudança de avaliação que o cliente fazia dos seus próprios problemas, justificando as recaídas pelo diagnóstico de “doente mental” feito por psicoterapeutas anteriores.

Essa estratégia utilizada pela terapeuta é coerente com os pressupostos da FAP, quando defende que a relação deve ser autêntica e genuína.

Bechelli e Santos (2005), em referência à terapia de grupo, recomenda que o terapeuta deve evitar respostas de forma direta às perguntas que lhe são dirigidas. Na visão deles, é importante criar oportunidades para que os participantes do grupo examinem essas perguntas e compreendam melhor os motivos que levaram o cliente a

formulá-las, pois, o que pode ser sensato de uma perspectiva externa, pode não ser em relação ao universo do cliente.

#### **1.4. Implicações Éticas da Auto-Revelação**

As implicações éticas da AR diferem extensamente. A AR pode ser explorativa ou benéfica no processo terapêutico. Para saber se é ética ou não a AR, torna-se necessário avaliar a orientação teórica do terapeuta, a frequência, o conteúdo, a razão para usá-la, o perfil a quem ela é feita, bem como as circunstâncias que a envolve.

Koocher e Keith-Spiegel (1998) alertam que os Psicólogos que decidirem usar AR, devem estar atentos ao princípio de *nonmaleficence*, significando que devem evitar fazer algum dano aos clientes, e o de *beneficence*, significando que o objetivo do psicólogo é de ajudar a outros. Se, em determinada situação, a AR se constituir como uma ferramenta altamente útil, então essa pode ser considerada ética, obedecendo ao princípio de beneficência. De outro lado, se o seu uso representar algum impedimento para o processo terapêutico, pode considerar como violação do princípio de maleficência.

Ao considerar a ética como comportamento, é importante reconhecer que esta encontra sua razão fundamentada nas relações humanas, com significado definido mediante contexto. Essa postura contextualista implica aceitar que o significado dos eventos deriva das interações, observando que o que é válido em determinados contextos pode não o ser em outro. Para Vandenberghe (2005), as convenções e o comportamento ético são passíveis de análise, não representando, portanto, verdades absolutas e inquestionáveis. A ética apoiada na FAP refere-se à adoção de novos estilos de vida e de ação criativa.



Diante dessas reflexões poderia questionar sobre qual comportamento do terapeuta seria ético no contexto terapêutico. Ao expressar algo da própria vida do terapeuta está manifestando um comportamento ético? É ético responder indagações do cliente? Para responder essas questões faz-se necessário recorrer à visão de Skinner (1974), que considera o comportamento ético como qualquer comportamento, resultante de contingências, o que torna a ética um repertório comportamental e não como construto abstrato (Pereira da Silva, 2002).

Diante do exposto, o comportamento do terapeuta, para ser avaliado como ético ou não ético, deve-se considerar o contexto terapêutico construído por uma variedade de outros contextos, entre eles a cultura e repertório pessoal do terapeuta e do cliente.

Skinner (1974) defende “O que é bom para o indivíduo é aquilo que lhe promove o bem estar, e o que é bom para a cultura é aquilo que lhe permite solucionar seus problemas” (pág. 176). Nesse contexto, o comportamento ético do terapeuta é aquele que faz sentido tanto à luz das contingências no nível pessoal, quanto à luz das metas-contingências sócio-culturais.

### **1.5. A Relação Terapêutica**

A relação terapêutica, incluindo nesse processo, as características do terapeuta, a do cliente e a interação entre ambos, foi amplamente estudada e relevante pelas diferentes abordagens psicoterápicas, incluindo a psicanalista, humanista e existencialista. A consideração da relação “o eu e o outro” reporta a tempos remotos. O processo relação foi descrito por Buber (1923/1974) como reciprocidade: “(...) meu tu atua sobre mim assim como eu atuo sobre ele. Nossos alunos nos formam, nossas obras nos edificam” (p. 17). Para ele, o Eu se torna possível somente por virtude do Tu, na interação, no

encontro. Buber oferece uma perspectiva de vivência e de compreensão das possibilidades do encontro inter-humano com o cliente, as possibilidades de um encontro potente e potencializador.

Rogers (1951/2002) na abordagem centrada no cliente, fala que a essência da psicoterapia está na inserção da relação pessoal de ambos (terapeuta e cliente) no processo. Para ele, o crescimento do cliente é possível quando lhe é permitido vivenciar seus sentimentos e ao mesmo tempo em que o terapeuta consiga ser ele mesmo, com todos os seus sentimentos.

Já a abordagem comportamental, em seus primórdios, era uma proposta com ênfase na aplicação de técnicas específicas. Naquele momento, a relação terapêutica se constituía apenas como instância que tinha que possibilitar que essas técnicas fossem aplicadas (Conte & Brandão, 1999; Rangé, 1988).

Porém, percebeu-se na década de 80 um movimento contrário nutrido por uma releitura inovadora do processo terapêutico, que considera a interação da díade terapeuta e cliente o principal meio da cura (Kohlenberg & Tsai, 2001). Essa consideração deixou de ser privilégio das chamadas abordagens humanistas. Na tendência atual, na qual se prioriza a relação terapêutica, utiliza-se desta relação como um instrumento de modelagem de comportamento, tendo em vista a consideração desta como ambiente natural (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Atualmente, a relação terapêutica dentro da abordagem cognitiva tem se tornado assunto relevante. Rangé (1998) aponta que as pesquisas no campo da psicologia social vêm demonstrando que o comportamento pode ser modificado por fatores interpessoais, além das técnicas de aprendizagem.

Safran (2002) chama a atenção de se utilizar a relação terapêutica como opção

viável para obtenção de dados necessários à investigação e intervenção pelo terapeuta. Para isto é necessário que o profissional aprenda a observar e avaliar a interação que acontece entre ele próprio e o cliente. Para Sullivan (1954, *apud* Safran, 2002, p. 27) o terapeuta deve ser observador-participante, significando que este deve ser ativamente envolvido no campo interpessoal que ele está observando.

No contexto clínico, a importância da relação terapeuta e cliente pode ser considerada como suporte para aplicação das técnicas, ou mesmo como recurso terapêutico em si. É importante levar em conta essas duas possibilidades, no sentido de maximizar a eficácia da terapia. Na relação bem sucedida, embora existam interrogações importantes sobre a interferência da qualidade no processo terapêutico exigindo estudos criteriosos, bem como a sistematização dos fatores já utilizados, pode-se treinar o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis, ampliando muito mais as possibilidades do que se ater apenas no sucesso de aplicação de técnicas (Shinohara, 2000).

A abordagem cognitivo-construtivista preconiza que o sucesso de qualquer intervenção terapêutica deve ser ancorado em uma relação bem estabelecida. Esta é definida como uma relação de trabalho entre dois iguais, numa postura de exploração colaborativa, num sistema cooperativo e co-educativo propiciando construir a compreensão e conhecimento do problema, o que significa gerar pontos de vistas novos. Nesse sentido, o conhecimento é auto-organizado e conhecer não é o mesmo que corresponder a uma única verdade. Nessa abordagem a cura, entre outros fatores, é a elevação do autoconhecimento (Abreu, 1998; Cahbar, 2004, Fraiman, 2004).

De acordo com Delitti (1998), cabe ao terapeuta criar condições para que o cliente discrimine as contingências que estão atuando na sua vida, tornando um observador

acurado do seu próprio comportamento. A partir da observação acurada, o cliente pode modificar o seu comportamento, ficando sob controle de si mesmo. A ação do terapeuta de decifrar os códigos que o cliente traz e ajudá-lo a tornar-se um observador das contingências atuantes na sua vida, pode se tornar menos complexa quando, além do conhecimento técnico do profissional, envolve também um clima de empatia na relação considerada ideal.

Um ambiente de confiança é importante na sessão terapêutica, pois segundo Brandão (2000) no ambiente da terapia ocorre aproximações e esquivas comuns do cotidiano. As emoções vivenciadas podem ser dolorosas. Essa esquiva emocional, geralmente, é a queixa do cliente e cabe ao terapeuta bloquear a esquiva quando o comportamento aparecer, sendo empático, fazendo que o cliente se “sinta forte na condição de ser humano” (p. 225). A relação terapêutica intensa, calorosa e genuína vai permitir variadas vivências, que serão experienciadas de forma não punitiva, e facilmente generalizada para outros contextos nos quais o cliente esteja inserido (Kohlenberg & Tsai, 2001).

De acordo com a revisão literária percebe-se comunhão de idéias quando se refere a importância da relação terapêutica como instrumento de mudança em si, embora de acordo com Safran (2002), ainda permaneçam algumas tendências de considerar uma boa relação terapêutica mais como uma condição necessária para propiciar mudança do que mecanismo da mudança.

Sendo reconhecida a necessidade de estabelecer uma boa relação, justifica-se a necessidade do terapeuta de criar condições para que esta se estabeleça. Partilhar e compartilhar vivências entre terapeuta e cliente pode ser um instrumento facilitador na criação de uma relação intensa. Na Psicoterapia Analítico Funcional (FAP),

compartilhar emoções pode ser efetivamente usado como meio de tornar a relação terapêutica mais intensa, genuinamente vivenciada e eficaz.

### **1.5.1. Subjetividade do Terapeuta**

Escutar o cliente significa escutar a sua subjetividade. Ao se tratar de AR do terapeuta, não se pode desconhecer que nesse momento ele também está revelando a sua subjetividade. Desse encontro é preciso pensar que terapeuta e cliente trazem para a sessão toda a construção histórica, podendo ser ou não similares. Nesse contexto deve abrir para o imprevisível, na espontaneidade e criatividade (Almeida Vieira, 2003).

Apoiando-se na visão contextualista de Pepper (1970) que considera que qualquer evento só significa à luz do contexto, implica a partir daí enfatizar todas as formas de relações, o que implica mudança epistemológica e metodológica, orientando-se de forma sistêmica, dialética e dialógica, abandonando qualquer reducionismo e causalidade linear.

Nesse encontro quem são essas pessoas? Como se constituem?

As respostas a essas questões não são fechadas nem únicas, dependem da construção de visão de mundo, embora muitos teóricos concebiam a constituição do sujeito na relação com o outro, alguns defendendo como constituinte e constitutivo da própria história, superando a causalidade linear, simplificação e separação.

A subjetividade na epistemologia behaviorista radical é pautada no modelo de seleção por conseqüências. Andery (1997), enfatiza que a subjetividade é a característica mais social dos humanos, pois sem a comunidade verbal sequer poderia falar dela. Isso implica dizer que a subjetividade de alguém é, na verdade, a de um grupo social. Nessa

visão, implica dizer que a subjetividade só pode ser compreendida dentro de um contexto cultural na qual ela está relacionada.

### **1.5.2. O terapeuta como Pessoa e Profissional na Relação**

Skinner (1953/2000) fala da postura do terapeuta como audiência não punitiva, ou seja, ele não deve criticar nem levantar objeção alguma aos comportamentos do cliente, pois “(...) à medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como audiência não punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do cliente”. (p. 403).

Guilhardi (2002) sustenta que a qualidade da relação é proporcional à compreensão conceitual que o terapeuta possui do seu cliente, somando-se a habilidade instrumental e pessoal para lidar com as dificuldades trazidas por ele.

Para Zamignani (2000), dentro do processo terapêutico, com base na análise do comportamento, o terapeuta não é visto como agente neutro. Muitas vezes, os aspectos de sua história de reforçamento, ou seja, da própria vida, o levam a responder os comportamentos do cliente bem diferente da forma esperada para um profissional.

Observando por esse prisma, pode-se falar que o terapeuta deve trazer, enquanto profissional, o domínio conceitual e as técnicas necessárias ao procedimento de intervenção. Enquanto pessoa deve identificar os seus sentimentos em relação ao cliente e queixas, evitando punições desnecessárias, sem se mostrar ansioso nem omissivo.

Otero (2004) postula que, para a análise e compreensão do exercício profissional do terapeuta, faz-se necessário refletir sobre a sua formação e também sobre a sua pessoa, pois o papel profissional é exercido “através” da pessoa do terapeuta e desempenhado “pela” pessoa do terapeuta.

Diversos autores mencionados por Shinohara (2000) citam que o profissional deve desenvolver algumas capacidades, entre elas, pode-se citar:

- Fornecer base segura para exploração;
- Relativizar experiência;
- Tolerar ambigüidade e ajudar o cliente na integração de aspectos contraditórios, e,
- Considerar sua presença emocional um fator facilitador poderoso, o que pressupõe autocuidados.

Para que essas qualidades fluam na relação torna-se necessário olhar para o cliente como uma pessoa no seu todo, bem como para o terapeuta como pessoa em interação com o seu meio ambiente.

Na relação terapêutica, o terapeuta é também uma pessoa se comportando, então, torna-se necessário entender as variáveis que controlam o comportamento tanto do terapeuta quanto do cliente. Banaco (1993) ressalta a importância de considerar a pessoa do terapeuta. Segundo ele, muitas vezes é exigido que o profissional seja uma pessoa isenta de qualquer sentimento em relação ao cliente, contudo, deve-se lembrar que o terapeuta também é fruto de história de reforçamento. Então, entram no processo da relação variáveis profissionais e pessoais para ser um bom terapeuta.

Todavia é necessário que o terapeuta tenha consciência da ocorrência dos seus sentimentos e suas ações na sessão para que esses não atrapalhem o processo terapêutico. No momento da ocorrência desses sentimentos, o terapeuta deve investigar se seu cliente evoca tais sentimentos nas pessoas do círculo de interação (Auad, 2001). Como argumenta Andolfi (1996), toda vez que acontece encontro terapêutico e entra na área da conflitiva humana, inevitavelmente criará momentos de participação conjunta

emotiva. Nesse momento pode despontar a atitude empática do terapeuta, isto é, a compreensão sensível do comportamento do cliente.

Sabe-se que a atitude empática do terapeuta, isto é, a capacidade de se colocar no lugar do outro, sem se confundir com o outro, é enfática no estabelecimento do vínculo terapêutico.

### **1.5.3. O vínculo Terapêutico**

Desenvolver uma relação terapêutica intensa implica em considerar a importância do vínculo nessa relação. Dentro da visão comportamental, Guilhardi e Queiroz (2001) definem vínculo como comportamentos e sentimentos socialmente construídos, tanto do terapeuta como também do cliente. Nesse sentido, é possível verificar que não é um fenômeno que desponta espontaneamente, mas que é ativamente construído e conta com a habilidade do terapeuta na remoção das contingências aversivas na vida do cliente, devolvendo-lhe a confiança e minimizando os sofrimentos.

O vínculo construído na interação entre cliente e terapeuta, dentro da visão behaviorista, vem em oposição à visão mentalista que o considera como emergindo do eu interno, ou seja, de características psíquicas. Quando o terapeuta possui um embasamento teórico e uma boa compreensão conceitual, provavelmente ele será capaz de conhecer a problemática do cliente, de forma mais ampliada do que a expressão do próprio cliente. Essa compreensão ampliada pode aprofundar o vínculo (Guilhardi, 2002).

Além do conhecimento, as qualidades pessoais do terapeuta, também vão influenciar e harmonizar o processo do vínculo. Na relação onde o vínculo é bem estabelecido, é mais provável a harmonização do que fazer, como e quando fazer,



evitando punições desnecessárias, agrados exagerados ou omissão do indiferente.

#### **1.5.4. A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP)**

Uma tendência que influenciou esse estudo foi a FAP que considera os comportamentos como função de contingências, elegendo o consultório como ambiente de trabalho. É particularmente de interesse do analista clínico os eventos privados, que também são vistos como efeito das contingências que atuam sobre a vida do cliente. Nesta visão, avaliar e compreender o comportamento do cliente só se torna possível à luz do contexto. Por isso, a FAP não considera que o comportamento que ocorre fora do consultório possa ser tratado através do relato sobre ele. O analista clínico não manipula diretamente as contingências do cotidiano do cliente onde o comportamento problemático ocorre, então o relacionamento terapêutico se torna o único lugar, onde as oportunidades de aprendizagem para o cliente devem ser propiciadas ao vivo (Vandenberghe, 2001). Esta visão deriva do paradigma contextualista definido por Stephen Pepper (1942/1970), com a visão de mundo em que qualquer evento histórico só pode ser interpretado como produto de interação do contexto. Ao considerar o evento funcionando no contexto, implica o abandono da visão linear do paradigma mecanicista. Dentro da perspectiva contextualista, não existe uma realidade objetiva e sim aquela construída pelas interações.

Considerando que o terapeuta dispõe apenas do que acontece durante o atendimento, como forma de ajuda ao cliente, a FAP tem como alvo os comportamentos que estão acontecendo na sessão. Assim, é possível para o terapeuta, através de suas ações, exercer funções reforçadoras, discriminativas e eliciadoras de estímulos. Ao assumir essas três funções, fica claro que o efeito das intervenções do terapeuta será

eficaz somente se o comportamento a ser ajustado ocorrer durante a sessão. Os reforçadores passam a ser as ações e reações do profissional em relação aos comportamentos emitidos pelo cliente. Para Kohlenberg e Tsai (2001), os comportamentos que ocorrem durante o atendimento, os chamados comportamentos clinicamente relevantes (CCRs), incluindo os comportamentos problemas, bem como os comportamentos alvos são classificados em três categorias:

- CCR1: são os comportamentos problemas, portanto deverão ser reduzidos. Geralmente esses comportamentos são produtos da esquiva sob controle de contingências aversivas;
- CCR2: são os comportamentos que representam progresso do cliente durante a sessão e quando emitidos deverão ser reforçados. No início do processo terapêutico a sua ocorrência é de baixa frequência, contudo haverá tendência de aumento, em detrimento de reforços e diminuição de CCRs1;
- CCR3: são as interpretações do cliente sobre seu próprio comportamento. No início do processo as descrições não correspondem às variáveis das quais o comportamento é função. Com a evolução do processo, o cliente tenderá a se tornar consciente do próprio comportamento, isto é, ele será capaz de descrever as contingências.

Identificar e consequenciar a ocorrência de CCRs na sessão é fundamental, de acordo com os princípios da FAP, para eficácia do processo psicoterápico. Kohlenberg e Tsai (2001) oferecem cinco regras, como sugestão, para o comportamento do terapeuta.

- Regra 1 – Consiste em prestar atenção aos CCRs durante a sessão: estando atento o terapeuta será capaz de consequenciar de forma natural o comportamento do cliente;

- Regra 2 – Evocar os CCRs: a relação entre terapeuta e cliente, quando afetiva, calorosa e genuína, pode favorecer o aparecimento de CCRs, para isso tornará necessária a estruturação da sessão de acordo com esse objetivo;
- Regra 3 – Reforçar CCRs2: reforçar de forma natural e contingente o comportamento adequado do cliente;
- Regra 4 – Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CCRs do cliente: deriva-se diretamente de princípios analítico-comportamentais, uma vez que enfatiza os efeitos das conseqüências sobre a ocorrência do comportamento. Essa regra se refere à auto-observação que o terapeuta faz dos seus próprios comportamentos.
- Regra 5 – Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente: dessa forma o cliente vai se tornando consciente de seu comportamento.

Pelo que foi exposto sobre a FAP fica evidente a importância do relacionamento entre terapeuta e cliente, bem estabelecido e intenso, pois é através deste que o cliente vai se colocar diante do terapeuta e este vai consequenciar seus comportamentos de forma não aversiva, levando-o a se sentir forte na sua condição humana (Almeida Vieira, 2003).

### **1.6. Justificativa e Objetivos**

A terapia, embora paga, é um relacionamento íntimo, no qual transitam os limites pessoais e também profissionais dos envolvidos. Quando, onde, o que e como é apropriado a transparência do terapeuta em revelar seus próprios valores, experiências de vida, suas práticas e valores? Não existem respostas fechadas para essa questão. As pesquisas vêm focalizando a utilidade e frequência de AR na clínica, isto é, têm focalizado se AR é uma intervenção terapeuticamente útil (Derlega et al., 1987; Hill et al., 1989; Wells, 1994; Knox et al., 1997).

Atualmente os teóricos da terapia comportamental enfatizam o argumento que os terapeutas devem ser genuínos, espontâneos, se colocando no relacionamento terapêutico. Mas qual é a vivência do terapeuta, na prática, com essa atitude?

Tornar-se participante, como pessoa na história do outro, nos obriga a refletir sobre singularidade de cada um, como único e dono de uma história de significado único. Será que a AR contribuirá para o desenvolvimento de um relacionamento intenso, genuíno e promotor de cura? É uma prática utilizada com frequência? Como ficam os limites profissionais e pessoais? Quais critérios podem ser sugeridos para usar a AR, a partir da vivência?

Confrontando-se com uma literatura teórica e normativa sobre AR e diante das interrogações sobre o comparecimento do terapeuta como pessoa, com sua própria subjetividade, sentindo e se comportando, e não apenas como função ou lugar, o objetivo geral dessa pesquisa é compreender a vivência concreta do próprio terapeuta na prática clínica. Assim, pretende-se delimitar o campo de AR.

Os objetivos específicos são de investigar as intenções e os cuidados do profissional na utilização de AR no relacionamento terapêutico.

## Método

### 2.1. Participantes

Participaram deste estudo 10 (dez) terapeutas de formação behaviorista e que atuam dentro de uma visão contextualista, devidamente inscritos no Conselho Regional de Psicologia de Goiás, divididos em 02 (dois) grupos de 05 (cinco) participantes cada um, sendo 01 (um) do sexo masculino e 04 do sexo feminino, com experiência de atuação em clínica. O primeiro grupo de até 05 (cinco) anos e o segundo com mais de 06 (seis) anos de atuação. A divisão em grupos, utilizando como critério o tempo de experiência e sexo, foi no intuito de investigar uma possível relação existente entre experiência, sexo e AR.

#### Quadro 1. Identificação dos participantes

*PARTICIPANTE	FORMAÇÃO	SEXO	TEMPO DE ATUAÇÃO
AF-	Mestre	Feminino	03 anos
BF-	Mestranda	Feminino	04 anos
CF-	Mestranda	Feminino	03 anos
DF-	Graduada	Feminino	03 anos
EM-	Especialista	Masculino	02 anos
FF+	Especialista	Feminino	08 anos
GF+	Especialista	Feminino	14 anos
HF+	Especialista	Feminino	13 anos
IF+	Mestre	Feminino	11 anos
JM+	Doutorando	Masculino	14 anos

\* Participante: Participante / sexo / “-” menor tempo de atuação profissional / “+” -

maior tempo de atuação profissional.

## **2.2. Material**

Modelo de entrevista inicial semi-estruturada, segundo seqüência de perguntas padrões, deixando espaço para outras que surgiram durante o momento da entrevista.

Termo de consentimento esclarecido para participação da pessoa como sujeito. Por meio desses documentos, cada terapeuta teve o esclarecimento sobre o propósito e os critérios da pesquisa e autorização, concedida à pesquisadora, para participação na mesma.

Gravadores analógico e digital e fitas cassetes com finalidade de registrar as entrevistas com os terapeutas participantes.

## **2.3. Procedimento**

### **2.3.1. Coleta de Dados**

Para a realização da pesquisa decidiu-se adotar a metodologia da pesquisa qualitativa, pois se concebe a construção do conhecimento a partir de uma investigação em ação, que de acordo com Turato (2003) é “(...) um descobrimento que leva a atos, e esses atos proporcionam mudanças, que levam a novas ações, e assim por diante”. A presente pesquisa utiliza as noções da pesquisa colaborativa, sendo que o participante não só fornece dados brutos durante entrevista mas no mesmo ato tem um papel ativo na interpretação da própria experiência relatada.

Os participantes foram selecionados a partir de um levantamento de terapeutas comportamentais através de contato informal e individual. Participaram aqueles que, depois de uma explanação sintética sobre a pesquisa, confirmaram a utilização de Auto Revelação na clínica.

Esta estratégia de seleção obedece à noção de amostragem teórica privilegiada na *Grounded Theory* (Charmaz, 2003), quando postula que a seleção dos participantes e dados devem corresponder à necessidade do assunto estudado pelo pesquisador. Nesse modelo não se busca uma amostra representativa, pois não tem finalidade de generalização estatística, mas sim de aprofundamento.

As entrevistas foram individuais. No primeiro encontro foi assinado o termo de consentimento em duas vias, ficando uma via para o participante e outra para a pesquisadora. A escolha de entrevista semidirigida seguiu-se à orientação de Turato (2003), quando postula a possibilidade de pesquisador/pesquisado terem oportunidade para dar alguma direção, o que representa um ganho na reunião de dados de acordo com a proposição de objetivos.

### **2.3.2. Técnicas de Análise dos Dados**

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Na análise dos dados, a pesquisadora utilizou os pressupostos da pesquisa qualitativa e do método indutivo, considerando os princípios da “*Grounded Theory*” (Charmaz, 2003), além dos conceitos sensibilizadores provenientes do enfoque interpessoal de Kohlenberg e Tsai (2001).

A “*Grounded Theory*” ou teoria fundamentada nos dados é utilizada em áreas da psicologia que elegem os pressupostos contextualista. Na sua versão original (Glaser & Straus, 1967) era inspirada pelo interacionismo simbólico, enquanto a adaptação de Charmaz (2003) trouxe opções do construtivismo social.

Para uma melhor compreensão do método utilizado nesse estudo, torna-se necessário listar alguns conceitos peculiares da *Grounded Theory* (Charmaz, 2003):



- Conceitos Sensibilizadores – são conceitos trazidos pelo pesquisador, resultantes da sua formação, incluindo o conhecimento prévio sobre o assunto. Esses conceitos sensibilizarão o pesquisador na busca de dados relevantes para investigação e significação dos dados. Contextualismo, relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes, generalização, aliança terapêutica, ressonância e auto-revelação foram conceitos sensibilizadores na presente pesquisa.
- Amostragem teórica – na perspectiva da *Grounded Theory*, a coleta dos dados é proposital e deve corresponder à necessidade teórica do pesquisador. Foram selecionados participantes que puderam responder às questões propostas. Neste estudo foram selecionados os terapeutas de formação comportamental que atuam dentro de uma visão contextualista e que já utilizaram a AR na prática terapêutica.
- Codificação linha-a-linha – significa nomear cada linha dos dados escritos. Essa codificação é feita em aberto, isto significa sem taxonomia de categorias pré-estabelecidas.
- Codificação enfocada – significa uma re-leitura dos dados direcionada pelas categorias mais significativas que emergiram na codificação linha-a-linha.
- Memos ou memorandos – utilizados para armazenar dados relevantes, que serão utilizadas na construção da teoria.

Posteriormente uma contagem das categorias foi feita, com finalidade de comparar as tendências de respostas entre grupos (mais experientes *versus* menos experientes e homens *versus* mulheres). Este olhar quantitativo não faz parte do método *Grounded* e constitui uma exploração adicional dos resultados.

### 3. Resultados e Discussão

No decorrer da análise dos dados das entrevistas, 17 (dezesete) categorias emergiram sobre o uso de AR no relacionamento terapêutico, as quais foram organizadas em 04 (quatro) temas (fig 2). Como ilustração, foram privilegiados fragmentos de respostas que evidenciam cada categoria.

**Quadro 2. Quadro Geral de Temas e Categorias**

<b>Temas</b>	<b>Categorias</b>
<b>Por que fazer AR?</b>	Intensificar relacionamento terapêutico
	Potencializar ou aperfeiçoar outras estratégias
	Oferecer modelos de:
	- Estratégias interpessoais
	- Criatividade
	- Táticas concretas
	- Perspectivas mais produtivas e enfrentamento
	Evocar comportamento
	Reforçar comportamento clinicamente relevante
	Evidenciar compreensão do problema do cliente
	Normalizar a experiência do cliente
Justificar comportamento do terapeuta	
<b>Como fazer AR?</b>	Focalizar cliente
	Parcimônia
	Limitar conteúdos íntimos
<b>Quando não fazer AR?</b>	Quando envolvem valores contrários aos do cliente
	Quando o perfil do cliente não é indicado
	Quando realidades do cliente e terapeuta são distintas
	Quando há falta de condição emocional do terapeuta
<b>Autenticidade de AR</b>	AR precisa ser genuína
	AR não precisa ser genuína

### **3.1. Por que fazer AR?**

Os terapeutas relataram diferentes intenções na utilização de AR e esta intenção definiu o seu uso no processo terapêutico. Todos os terapeutas entrevistados relataram que a AR responde, na maioria das vezes, a uma função estratégica precisa.

Hendrick (1988) postula que a AR deve estar em sintonia com as necessidades do cliente e deve ser feita somente após análise do provável impacto que terá no relacionamento terapêutico. Para Koocher e Keith-Spiegel (1998), os psicólogos, ao decidirem sobre o uso de AR, devem considerar como princípio ético que a intervenção deve beneficiar e evitar danos aos clientes. Schwartz (1993), no estudo sobre o manejo de aproximação na terapia, considera benéfico o ato de compartilhar determinadas informações sobre o terapeuta quando tal comportamento possa melhorar o resultado terapêutico. Nesse estudo ele chama atenção para se considerar as necessidades do cliente para poder fazer escolhas claras sobre que será compartilhado.

Segundo Peterson (2002), a ética da AR vai depender, além de outros requisitos, da razão que o terapeuta tem para fazer AR, das circunstâncias específicas que a envolvem e das características do cliente. Essas considerações são de fundamental importância para avaliar como a AR do terapeuta afetará os clientes em particulares. O mais importante do ponto de vista ético é a percepção do cliente das razões que levam o terapeuta à AR. Na mesma via Gutheil e Gabbard (1995) argumentam que é o motivo do terapeuta para compartilhar a informação que vai determinar a utilidade e a ética da AR do terapeuta.

Weiner (1998), em revisão literária, sugere quatro indicações absolutas para a AR: quando envolve preservação de vida do terapeuta ou do cliente; quando algum evento real na vida do terapeuta pode alterar significativamente o relacionamento terapêutico;

quando algum aspecto do terapeuta rompe severamente o relacionamento terapêutico; quando o terapeuta representa a única via para o cliente aprender uma lição importante na vida.

A literatura traz muitas pesquisas, além das citadas, sobre a utilidade da AR como intervenção terapêutica (Derlega et. al., 1987; Hill et. al., 1989; Wells, 1994; Knox et. al., 1997). Todos relacionam a utilidade dessa intervenção pautando-a à intenção do terapeuta a fazer AR. Nesse contexto considera-se relevante que nas entrevistas os participantes relataram intenções diversas para fazer AR, aqui tratadas como categorias: *intensificar o relacionamento terapêutico* (este conteúdo foi trazido pelos participantes JM+, FF+, HF+, IF+, EM-, AF-, BF-, CF-, DF-); *Potencializar ou aperfeiçoar outras estratégias* (CF-, DF-); *Oferecer modelos de estratégias interpessoais* (JM+, FF+, GF+, EM- e CF-); *de criatividade* (HF+, EM-, CF-); *de táticas concretas* (JM+, GF+, DF-); *de perspectivas mais produtivas e de enfrentamento* (JM+, GF+, IF+, HF+, CF-, DF-); *evocar comportamento* (JM+, AF-, DF-); *reforçar comportamento clinicamente relevante* (FF+, BF-, CF- DF-); *evidenciar compreensão do problema do cliente* (JM+, IF+, GF+, EM-, AF-, BF-, CF-, DF-); *normalizar a experiência do cliente* (JM+, HF+, IF+, EM-, AF-, CF-) e *justificar comportamento do terapeuta* (GF+, HF+).

### **3.1.1. Para intensificar o relacionamento terapêutico**

Diferentes formas de intensificar o relacionamento terapêutico através de AR foram relatadas pelos participantes.

*“Teve muitos momentos de AR e nas várias vezes ele [o cliente] voltou e voltou com o vínculo mais forte”.* (CF-)

*“Quando falei de coisas pessoais minha, eu reparei que passou a existir um comprometimento maior da parte dela em por em pratica algumas dicas de consultório [...] ela falava: lembrei da sua experiência”.* (DF-)

Os efeitos da AR são estudados em termos de resultados imediatos, avaliando o que acontece na sessão logo após a AR e a longo prazo, avaliando mudanças após o tratamento. Em curto prazo, os clientes avaliam a AR mais positivamente, mas os terapeutas, ao contrário, a avaliam de forma negativa. Para Hill et al. (2002) isso se deve ao sentimento de vulnerabilidade que o terapeuta experimenta imediatamente após a AR. O mesmo sentimento também foi encontrado na presente pesquisa:

*“Em alguns momentos em que trouxe algo de mim eu me questionei se devia ter trazido aquele conteúdo [...] depois passava e eu achava válido”.* (AF-)

Em um estudo qualitativo sobre a utilidade de AR (Knox e al., 1997), os resultados indicaram impacto positivo nos clientes, por exemplo, vendo seus terapeutas mais reais e humanos e assim melhorar o relacionamento terapêutico. Em longo prazo, os efeitos de AR ainda não são bem definidos.

Overholser (1990) argumenta que os clínicos devem ter a habilidade de promover um relacionamento terapêutico produtivo para a avaliação e finalidade terapêutica. O terapeuta deve ter liberdade de usar diferentes recursos como estratégias de intervenção. Na psicoterapia, independente da orientação teórica dos profissionais, os níveis adequados de empatia, o calor da relação e a honestidade são requisitos necessários ao resultado terapêutico positivo. Essas qualidades promovem compreensão e confiança no processo clínico. Nessa perspectiva, a AR do terapeuta, quando não em excesso, beneficia as metas terapêuticas.

Edwards e Murdock (1994) descrevem que os terapeutas utilizam a AR para deixar o cliente mais confortável dentro da terapia e tornar a relação mais simétrica. Hill et al. (1988) descobriram que os terapeutas utilizam AR na tentativa de aumentar a percepção de similaridade entre eles mesmos e seus clientes. O estudo de Peterson (2002) evidencia que AR como prática terapêutica, realmente possibilitou aos clientes enxergarem os seus terapeutas mais humanos e imperfeitos, ajudando assim igualar o relacionamento terapêutico.

As pesquisas sobre AR revisadas por Mahalik et al. (2000), revelam muitos benefícios da AR para a relacionamento terapêutico. A AR pode servir para transmitir valores feministas, aproximar cliente e terapeuta e ajudar na opção do cliente de continuar ou não com o terapeuta. As terapeutas de abordagem feminista defendem a AR (Brown, 1994; Mahalik et al., 2000) por acharem que esse comportamento do terapeuta pode aumentar a colaboração, diminuindo a hierarquia, compartilhando as diversas experiências femininas e reconhecendo diferenciais de poder. Nessas pesquisas as terapeutas utilizam da AR na tentativa de aumentar a percepção de similaridade entre elas mesmas e suas clientes, fortalecer aliança terapêutica, validar a experiência da cliente, oferecer um caminho alternativo para pensar e atuar. De acordo com as clientes nestes estudos, as terapeutas se revelam para restaurar confiança e ajudar nas mudanças construtivas.

Na corrente analítica contemporânea, a revisão literária demonstra que AR da contratransferência beneficiou o relacionamento terapêutico, pois deslocou intencionalmente o poder e desequilíbrio na terapia, diminuindo a assimetria na relação, tornando-a mais autêntica, diminuiu no cliente o sentimento de isolamento, tornando o

processo analítico mais colaborativo (Gorkin, 1987; Brown, 2001; Hayes & Gelso, 2001).

*“A maioria das vezes o cliente acata bem [a AR], aproxima mais e a relação fica mais envolvente”. (FF+)*

*“Depois que eu falei algo pessoal para ela [a cliente] na sessão seguinte ela me trouxe um presente [...] eu senti que ela se aproximou mais de mim”. (EM-)*

Weiner (2002) argumenta a importância de um relacionamento real para que o cliente possa construir uma aliança terapêutica com o seu terapeuta.

### **3.1.2. Para potencializar ou aperfeiçoar outras estratégias**

AR é usada com o objetivo de aumentar a eficácia de outra intervenção utilizada pelo terapeuta. Os relatos dos terapeutas indicaram que AR foi um recurso válido quando utilizada com outras estratégias.

*“Naquele momento AR surgiu e teve efeito juntamente [...] com as outras estratégias que eu estava utilizando”. (DF-)*

*“Teve efeito para ele, mas é como eu te falei, não sei se sozinha ou se associada a outras técnicas que a gente utilizava no momento”. (CF-)*

Na revisão literária não apareceu nenhuma pesquisa que investigasse diretamente como AR pode potencializar outra estratégia, contudo o estudo de Smolar (2003) sugere que AR é *algo a mais* que o terapeuta oferece ao cliente para facilitar as mudanças e alcançar metas propostas.

### 3.1.3. Para oferecer modelos

AR é usada com o objetivo de encorajar o cliente a adotar certos comportamentos ou atitudes que o próprio terapeuta já usou na sua própria vida. Observa-se nos fragmentos tentativas de oferecer modelos de estratégias interpessoais, de criatividade e outros conteúdos.

Pesquisa empírica (Hill et al., 1988) identificou que AR pode ter função de modelar comportamento apropriado. Esta função é discutida na orientação teórica humanista (por exemplo, Edwards & Murdock, 1994), cognitivista (Beck & Freeman, 1999), comportamental (Linehan, 1993), feministas (Brown, 1994; Mahalik, Ormer & Simi, 2000), e algumas correntes da terapia familiar (Roberto, 1991).

As teóricas de orientação feminista que apóiam uso de AR na terapia argumentam que a terapeuta espera servir de modelo para a cliente. As terapeutas que são similares às clientes são as modelos mais apropriadas. Para essas teóricas, a AR genuína, autêntica e honesta da terapeuta, vai beneficiar a autonomia da cliente o que inclui o seu direito de continuar ou não no processo terapêutico (Brown & Walker, 1990).

Nesse estudo a AR surgiu para oferecer modelos de *estratégias interpessoais; de criatividade; de táticas concretas; de perspectivas mais produtivas e enfrentamento.*

#### **Modelo de estratégias interpessoais**

Os participantes relataram o uso de AR com finalidade de oferecer modelo de estratégias interpessoais aos seus clientes.

*“Eu disse pra ela [a cliente] que tive uma convivência atropelada com uma colega de trabalho e um dia fiz questão de ficar na mesma equipe dela, com algum esforço, flexibilidade, passamos ter uma convivência razoável”. (GF+)*



*“Ela dizia assim: você está sempre reforçando o seu marido? Nem sempre a gente reforça, mas quando a gente percebe que foi legal, importante, gostoso eu reforço, isso mantém vínculo”.* (FF+)

A abordagem familiar simbólico experiencial, por exemplo, propõe um alto grau de AR. Essa AR se estende ao terapeuta e ao co-terapeuta em frente à família. A proposta de usar a comunicação pessoal é fornecer um modelo de como se relacionar no contexto familiar (Roberto, 1991).

### **Modelo de criatividade**

*“Eu faço AR porque ele [o cliente] pode sair daquilo assim como você [referindo-se a si mesma relata uma experiência criativa] saiu, que existe alternativa, que é válida [alternativa]”.*  
(CF-)

*“A minha intenção é que ele buscasse alternativas assim como busquei para solucionar o problema [o problema relatado era similar ao problema do cliente]”.*  
(GF+)

Schuyler (2003) utiliza a AR como técnica de intervenção. O terapeuta, ao relatar como saiu de uma situação análoga à história do cliente, acredita que está ajudando o cliente a gerar formas alternativas de sair do problema. Neste caso, o cliente deve fazer a conexão da história do terapeuta com a própria situação e achar suas próprias alternativas.

Ressaltando a importância de ensinar o paciente a procurar alternativas que possam solucionar seus problemas, Overholser (1990) propõe contar histórias, analogias e auto-revelação.

### **Modelo de táticas concretas**

*“Eu falava como que eu treinava: diante do espelho, falando pra ninguém. Outras vezes treinava com familiares”.* (DF-)

*“Eu mostrei uma situação em que fui assertivo... E então eu contei uma experiência recente minha no meu trabalho [...] Eu mostrei um momento em que fui assertivo, utilizando tecnicamente o conhecimento que tenho sobre assertividade [...] eu acho que nós terapeutas temos que mostrar como fazer...”.* (JM+)

Beck e Freeman (1999), referindo-se ao cliente com transtorno de personalidade, postulam que muito do papel do terapeuta consiste em utilizar a própria vivência, no sentido de propor soluções possíveis na resolução de problemas.

Na terapia cognitivo-comportamental e treinos de habilidades sociais a AR pode ser usada para modelar estratégias e treinamento de técnicas de solução de problemas.

*“Eu dei meu próprio exemplo de acatar regras no ambiente de trabalho. Eu quis mostrar para o paciente a questão da hierarquia e assim mostrar que o bom ambiente de trabalho também dependia de mim”.* (GF+)

Uma função da AR na terapia racional-emotiva é o de ilustrar a prática na estrutura ABC. Trata-se de uma tática concreta que o cliente aprende a usar para analisar os seus problemas do cotidiano, no momento da ocorrência dos mesmos. O terapeuta, ao relatar as suas próprias experiências no qual utilizou o modelo, fornece uma ilustração memorável de como utilizar esse modelo (Dryden, 1990). De forma similar, Curtis e Hodge (1994) indicam que AR pode ser usada por profissionais de saúde mental para fornecer exemplos de métodos e técnicas seguras a serem usadas em situações complexas.

### **Modelo de perspectivas mais produtivas e enfrentamento**

*“Ela começou a valorizar esses comportamentos de dona-de-casa, esses repertórios dela a partir dessa identificação que isso não é vergonhoso, e eu sempre falava das coisas que ela me perguntava e que eu gostava de fazer com entusiasmo” (BF-).*

Na pesquisa de Knox et al., (1977) alguns clientes relataram que a AR lhes ajudou a verem seus problemas sob uma nova perspectiva. Hill et al., (1988) destacaram que AR pode oferecer ao cliente caminhos alternativos para repensar seus problemas.

*“Ela não me achava tímida e eu disse que eu fui tímida e superei. Ela usou as minhas estratégias e outras e passou a lidar de forma mais tranqüila com o problema. Vi que ela se sentiu muito mais potente diante daquela situação que era monstruosa para ela” (IF+).*

Estudos de Bechelli e Santos (2005) levantam relatos de clientes sobre os benefícios de AR em psicoterapia individual e apontam para a obtenção de *insight*, aprendizado e compreensão sobre algo novo a respeito de si próprios, possibilidade de ver as coisas por um novo ponto de vista e realizar mudanças intrapessoais e interpessoais.

*“Eu queria mostrar que pessoas que passaram por situação semelhante foram capazes de enfrentar a situação e sobreviveram” (CF-).*

*“Eu via que ela fugia muito, então a minha experiência [o relato] veio mostrar que era positivo enfrentar” (GF+).*

Schuyler (2003) usando a revelação da própria história nos pontos similares com a história do cliente, como estratégia no tratamento da depressão, tinha como objetivo despertar o cliente para novas alternativas, criando um “novo jogo” e aplicá-lo na situação problema.

### 3.1.4. Para evocar comportamento

*“Quando eu falei do que estava acontecendo comigo, das minhas fraquezas, elas [as pacientes] começaram a se abrir. Isso aproximou o grupo, e refletiu lá fora” (AF-)*

Os teóricos de orientação humanista acreditam que o terapeuta, quando genuíno e congruente e se revelando, facilita que o cliente se abra de maneira autêntica (Weiner, 1983; Peterson, 2003). Da mesma forma as teorias feministas apóiam o uso da AR da terapeuta para encorajar auto-revelação crescente da cliente (Mahalik et al., 2000). Também para Roberto (1991), tratando-se do modelo simbólico experiencial da terapia familiar, um propósito de usar a comunicação pessoal é induzir a revelação pelos membros da família, fornecendo assim, mais material para exame.

Bukard e outros (2006), no estudo sobre práticas no movimento transcultural, a AR das reações dos profissionais sobre o racismo ou opressão melhorou o relacionamento terapêutico e favoreceu o avanço dos clientes em outros aspectos importantes. Depois da AR, os clientes começaram a discutir questões mais íntimas sobre problemas culturais e revelações de interesses, que não ocorriam antes da divulgação dos terapeutas.

*“Falei para a cliente que ela estava me deixando irritada com a dificuldade de compreensão, e ela me disse que na sessão anterior ela foi pra casa e chorou muito sobre o que eu tinha falado pra ela e começou a chorar” (DF-).*

*“O Terapeuta vai fazer perguntas que serão respondidas pelo outro... se falo de mim... agora isso [a minha verbalização] pode ser mais um Sd para outro falar” (JM+).*

Santos (2000) sugere que a exposição do terapeuta sobre os seus pensamentos, emoções, atitudes, opiniões ou história pessoal, serve de exemplo de como ser mais aberto e honesto na terapia e realizar mudanças positivas.

### 3.1.5. Para reforçar comportamento clinicamente relevante

Quando AR ocorre para responder inquérito do cliente, pode reforçar o comportamento do cliente que levou do terapeuta de compartilhar seus conteúdos.

*“A cliente me perguntou se eu satisfazia as fantasias sexuais do meu marido, e eu respondi que na medida do possível sim. Eu senti que naquele momento ela precisava dessa resposta [para entrar nesses assuntos mais íntimos]” (FF+).*

*“A cliente me perguntou se eu gostava de cozinhar [a cliente desvalorizava os comportamentos de dona-de-casa] e eu disse que sim e então ela começou [depois da afirmativa da terapeuta] a trazer receitas e folhetos de promoção e passou a falar abertamente sobre esse assunto” (BF-).*

Na perspectiva Kohlenberg e Tsai (2001), pela qual defende que a relação terapêutica deve ser autêntica e genuína, o terapeuta tem liberdade para responder aos clientes, desde que esta resposta seja para evocar ou consequenciar CCRs. Vandenberghe, Coppede e Kohlenberg (2006) relatam o caso de um cliente que sempre desprezava as opiniões dos outros e rejeitava as tentativas de ajuda das pessoas que o cercavam. Quando ele, pela primeira vez tratava um outro (no caso, a terapeuta) como legítima fonte de ajuda, perguntando sobre vivência dela, a terapeuta reforçava esse novo comportamento com AR.

### 3.1.6. Para evidenciar compreensão do cliente

AR pode ser usada com a finalidade de indicar ao cliente que o terapeuta o compreende.

*“Outro objetivo [de AR] era mostrar para ele [o cliente] que eu compreendia muito bem, vivencialmente o que ele estava passando genuinamente” (CF-).*

Peterson (2002) considerou que, ao revelar as próprias reações emocionais enquanto estas acontecem dentro da sessão, o terapeuta pode demonstrar de fato que compreende a vivência do cliente. Mesmo Goldstein (1997), contrário à prática de AR no relacionamento terapêutico, admite o seu uso como um método de demonstrar empatia para o cliente.

*“Me lembro que ela falou: então você sabe o que estou sentindo e parece que economizou muitas explicações” (GF+).*

Entrevistas realizadas por Wells (1994), sobre como os clientes recebem a AR, apontaram que para alguns clientes, a revelação do terapeuta sugeriu a compreensão do seu problema. Para Wachtel (1993), quando os terapeutas divulgam reações ao cliente, estão demonstrando atenção à experiência e compreensão do ponto de vista do cliente. A revisão da literatura por Hill e Knox (2002) apóia esta função de AR.

Para Burkard (2006), na intervenção do movimento transcultural, a AR melhorou o relacionamento, pois o cliente sentiu compreendido nas suas colocações.

### **3.1.7. Para normalizar a experiência do cliente**

AR é também usada para que o cliente perceba que sua experiência não é anormal e que outras pessoas podem viver algo muito similar.

*“Ele [o cliente] relatou sofrimento com a obesidade, eu relatei que já fui obesa e vivi também esse sofrimento” (CF-).*

As teorias humanistas apóiam abertamente o uso da AR para ajudar o cliente a se sentir menos sozinho com suas experiências e emoções dolorosas (Kaslow, Cooper & Linsenberg, 1979; Cornett, 1991). Mathews (1988) relatou que na prática, os terapeutas participantes de sua pesquisa, praticaram AR para ajudar os clientes a se verem como os

outros. Outros estudos empíricos mostraram que a AR realmente pode ter efeito de normalizar as experiências do cliente além de tranquilizá-los (Knox et al., 1997; Hull et al., 1988). De forma similar, a intervenção da prática transcultural, a AR indicou a normalização da experiência do cliente, ajudando o cliente a se sentir acreditado (Burkard, 2006).

*“Quando eu expressei o problema que estava passando, eu senti que elas [as clientes do grupo] me tiraram do pedestal e passaram a me ver como alguém que tem problemas [como elas]” (AF-).*

Para Dryden (1990), quando o terapeuta enfatiza a sua própria fraqueza, ele demonstra também a falibilidade humana. Essa demonstração de fraqueza pelo terapeuta é de importância vital para a teoria racional emotiva e mostra que todos os seres humanos são iguais em sua humanidade e nenhum ser humano é mais valioso que outro.

Para Bechelli e Santos (2005), a AR promove uma visão realista do terapeuta como uma pessoa real e humana que também tem falhas como qualquer outro ser, bem como a sensação de universalidade por parte do cliente, deixando claro que ele não é o único em vivenciar dificuldade, contribuindo, conseqüentemente, para aceitar melhor sua condição.

### **3.1.6. Para justificar comportamento do terapeuta**

Em certos casos a AR é usada com a finalidade de justificar um comportamento do terapeuta.

*“É às vezes eu justifico sim [...] o meu comportamento. Já falei que tive enxaqueca no dia anterior e não tava tão bem na hora do atendimento. Também justifico atraso” (GF+).*

Hill et al. (1988) relatam que alguns terapeutas utilizam AR para fornecer informações e resolver as próprias necessidades, como por exemplo, se sentirem aceitos pelos clientes. Trata-se de informações que não atingem necessariamente alvos terapêuticos e a maioria dos terapeutas que participaram do estudo rejeitaram esse uso.

Gutheil e Gabbard (1995) ressaltam que os terapeutas que adotam AR nos consultórios devem estar certos que as razões para fazê-la não devem estar relacionadas às suas próprias necessidades. Para esses autores a AR torna-se abusiva, quando não se consideram as necessidades dos clientes.

Brown e Walker (1990) também apontam que alguns terapeutas, sob o pretexto de usar a AR para ajudar os clientes, utilizam a hora da terapia para discutir e tratar dos próprios problemas pessoais. Para as terapeutas de orientação feminista, pode acarretar a reversão de papéis e essa conduta não é ética. Nesses casos, os terapeutas devem procurar a ajuda de outro profissional. No mesmo sentido Peterson (2002) alerta que a divulgação de qualquer tema pessoal do terapeuta pode se tornar explorativa e não ética quando desloca o foco do cliente e serve à própria necessidade do terapeuta.

*“Sabe, às vezes quando desmarcava a sessão de alguma forma, parece que eu dava mais informação do que a necessária, isso bem no início da minha profissão” (HF+).*

Segundo Well (1994) os terapeutas também utilizam a AR para validação e aprovação do cliente.



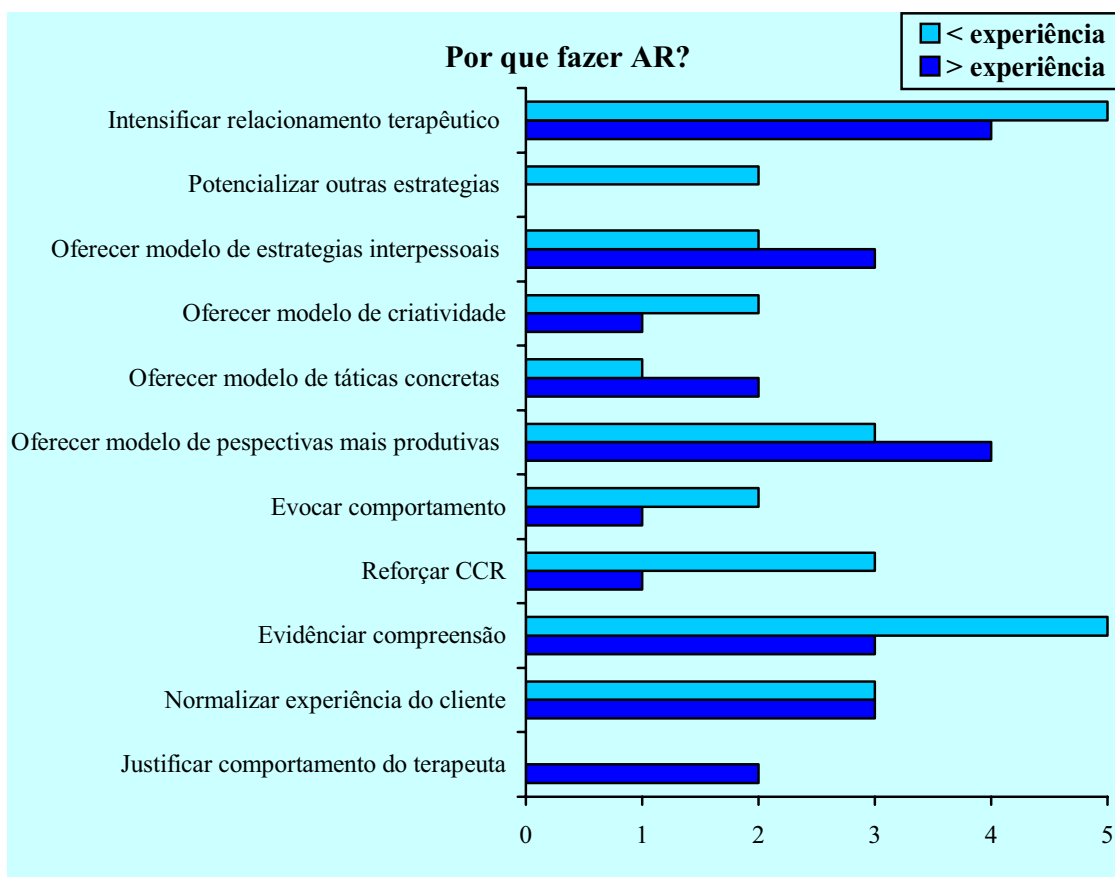


Figura 1 – Categoria e Experiência Profissional

A figura 1 apresenta o número de participantes dos grupos em cada categoria, que relataram a utilização de AR no relacionamento terapêutico no tema Por que fazer AR? Os resultados apontam que em 09 (nove) das 11 (onze) categorias apresentadas existem representantes dos grupos de maior e menor experiência profissional. Na amostra não houve relatos de terapeutas de maior experiência de utilização de AR para Potencializar estratégias, assim como não houve representante do grupo de menor experiência na categoria Justificar comportamento do terapeuta. Na categoria Normalizar experiência do cliente, observa-se a mesmo número de representantes para ambos os grupos. As diferenças mais evidentes em número de participantes entre os grupos estão nas categorias Reforçar CCR e Evidenciar compreensão.

### 3.2. Como fazer AR?

Os participantes do presente estudo relataram ter cuidados com o uso de AR. Observa-se que eles, ao trazerem algo pessoal para o relacionamento terapêutico respeitam certas condições sobre o uso benéfico da AR. A mesma preocupação está presente na literatura.

A literatura alerta para considerar a idade do cliente, o sexo, o nível educacional, o status sócio econômico, a influência cultural, características da personalidade, nas decisões sobre o uso de AR (Greenberg, 1990; Papouchis; 1990; Goldstein, 1997; Epstein; 1994; Brodsky, 1989; Schwartz, 1993).

Outro cuidado que deve ser ressaltado sobre a utilização da AR é a possibilidade de reversão de papéis entre cliente e terapeuta, uma vez que desloca o foco do tratamento (Widmer, 1995; Matthews, 1988).

Schwartz (1993) chama a atenção da responsabilidade de terapeuta na decisão do que será compartilhado. Para ele as escolhas são críticas e podem definir a natureza de uma terapia. Para Hill e Knox (2002) AR pode ser mais útil para alguns clientes do que para outros, por isso, a decisão de fazer AR deve ser ponderada em relação ao cliente individual

Peterson (2002) sugere que, antes de qualquer AR ao cliente, é prudente que o terapeuta considere as seguintes perguntas: A AR é mesmo necessária? A finalidade é para beneficiar o cliente ou a mim mesmo? Vou revelar de forma útil? A AR vai interferir no progresso terapêutico? Mesmo considerando as circunstâncias que envolvem a AR e a utilidade do que será divulgado no processo, é difícil prever os efeitos procedentes.

Weiner (1989), compartilhando com posições de diversos autores, considera que a

utilidade dessa prática é determinada pela dosagem, sincronismo, índice e contexto.

Alguns estudos sugerem que os terapeutas, antes da decisão de fazer AR, devem procurar ajuda para tratar possíveis problemas pessoais, antes de levá-los aos clientes. Considerando essas orientações, é bem provável que os terapeutas não utilizem a AR de forma abusiva e sim de forma ética e terapeuticamente útil (por exemplo, Vamos, 1993; Brown, 1995; Goldstein, 1997).

Três categorias emergiram em relação a este tema: *focalizar cliente* (JM+, FF+, HF+, IF+, EM-, AF-, BF-, CF-, DF-); *parcimônia* (JM+, FF+, EM-) e *limitar conteúdos íntimos* (JM+, FF+, GF+ e EM-).

### 3.2.1 – Focalizar cliente

Um cuidado fundamental relatado pelos participantes é que a AR deve focalizar estritamente as necessidades do cliente.

*“Já falei de mim sim. Eu sigo Range em falar aquilo que vai ajudar o cliente”* (IF+).

Roberts (2005) enfatiza que nas situações nas quais o terapeuta gostaria de compartilhar alguma experiência, ele deve considerar a finalidade de tal informação para o cliente.

*“Eu me lembro de uma situação em que tive de desmarcar os pacientes por causa de um acidente na família. Pra alguns eu falei a causa sem menor problema e pra uma paciente eu não falei, considerando um conjunto de fatores”* (DF-).

Para muitos autores a forma em que o cliente percebe AR depende de fatores como a personalidade, experiências passadas e condições individuais, então se torna necessário que o profissional considere o perfil do cliente e avalie como a AR vai afetar cada um em particular.

*“É como eu te falei, [para fazer AR] eu levo em conta a necessidade do paciente” (EM-)*

*“Em momento nenhum eu tiro o foco do processo terapêutico” (FF+).*

Hendrick (1988) e Peterson (2002) alertam que a AR só seja feita após a avaliação do impacto provável no cliente. Torna-se necessário avaliar com antecedência como a AR ajudará o cliente em particular. As decisões reais sobre o que será compartilhado emergem de uma interação complexa na relação terapeuta e paciente. Pela experiência clínica estas escolhas são originais a cada tratamento. É essencial que a AR cumpra a finalidade de ajudar o cliente (Schwartz, 1993).

Para Bechelli e Santos (2005) convém considerar que, na psicoterapia de grupo, os benefícios da AR são obtidos entre os participantes, tornando-se desnecessário, portanto, a adoção de tal procedimento pelo terapeuta. A tarefa de auto-revelação pertence, dessa forma, aos pacientes! A terapia não é local para o terapeuta expor sua experiência pessoal ou filosofia de vida. O foco deve estar fixado nos pacientes, abrindo um espaço para que possam realizar a sua análise.

### **3.2.2 – Parcimônia**

Do conceito que a AR deve focar o cliente, decorre logicamente que AR não deve ser usada mais do que realmente seja útil. Mesmo assim, a literatura mostra que AR não é uma intervenção de baixa frequência na terapia. Simi e Mahalik (1997) relataram que 60% dos clientes no estudo deles indicou que seus terapeutas tinham compartilhado informação pessoal durante as sessões de terapia.

*“Procuro não dar exemplos meus, mas eu dou [...] mas nesses exemplos o cliente não tem acesso a outros detalhes” (JM+).*

A literatura não elege de forma direta o tema parcimônia, contudo, algumas pesquisas revelaram que o uso parcimonioso de AR tem efeito benéfico no relacionamento terapêutico. Well (1994) entrevistou oito clientes adultos sobre suas experiências com AR dos seus terapeutas. Três participantes relataram ter mais confiança no terapeuta quando o nível de AR era baixo e quatro relataram incômodo sobre os limites do relacionamento.

*“Se não tiver cuidado você começa a falar demais, eu me cobro então quando vou dar exemplos pessoais, eu não coloco muito porque acaba invertendo os papéis.”* (EM-).

Para Overholser (1990) se AR é utilizada em excesso pode confundir clientes sobre o papel do profissional e amigo. Segundo Peterson (2002) o uso indiscriminado de AR pode resultar na reversão de papéis em que os clientes esperam poder tomar cuidado do terapeuta. De forma similar, o estudo de Schwartz (1993) adverte a necessidade do uso parcimonioso de AR. Compartilhar em excesso pode sobrecarregar o cliente com os problemas do terapeuta, além de criar dificuldades interpessoais no relacionamento terapêutico.

*“Isso [a AR] deve corresponder o que ele [o cliente] está buscando e desde que não seja nada demais e que venha comprometer o processo”* (FF+).

Gabbard e Nadelson (1995) advertiram que, embora a AR pudesse melhorar o *rappor*t, o uso excessivo pode ocasionar a reversão de papéis no relacionamento terapêutico e acarretar as violações mais sérias de limites, incluindo a participação sexual entre terapeuta e cliente.

### 3.2.3 – Limitar conteúdos íntimos

Os terapeutas limitam exposições detalhadas de assuntos íntimos e evitam que os clientes tenham acesso muito amplo a aspectos da vida pessoal.

*“Então eu achei mais fácil pegar exemplos meus para estar colocando, mas não muito pessoal, como exemplos íntimos não. [...] uso o eu profissional ou o eu social” (EM-).*

A literatura demonstra que não há consenso sobre o limite do conteúdo a ser revelado. Tradicionalmente, a AR deve ser minimizada no relacionamento terapêutico, limitando-se a informações profissionais.

*“A gente deve ter cuidado em todos os procedimentos e esse de trazer sua vida principalmente, porque você está não trazendo sua vida, você está trazendo a vida do seu marido, dos seus filhos que você não pediu licença para trazer” (FF+).*

Schwartz (1993), tratando do que pode se compartilhar no relacionamento terapêutico, como informação pessoal, estado emocional, ponto de vista, objetivos, entre outros assuntos, chama atenção da decisão sobre as categorias de informação a serem compartilhadas. Para ele é fácil decidir o que será divulgado quando se considera somente o extremo, por exemplo, sabe-se que certas emoções devem ser reveladas aos clientes e comportamentos sexuais não devem. A dificuldade é com conteúdos que transitam no meio desses extremos. O autor alerta sobre a exposição de intimidades pessoais e familiares do terapeuta.

*“E quando eu falo de mim, eu não falo tudo, tudo, tudo, de modo que a pessoa tenha acesso a minha vida íntima” (JM+).*

Epstein (1994) ofereceu fortes argumentos contrários a AR. Para ele, AR freqüente sobre os problemas da vida íntima podem ser precursora de envolvimento sexual do terapeuta e cliente. De forma similar, advertiu também, que AR demasiadamente íntima

pode prejudicar os clientes emocionalmente. Para ele, a AR pode ser um sinal de uma severa deteriorização da habilidade do terapeuta em compreender e manter o papel profissional. Brodsky (1989) também indica, em estudos, que a AR imprópria aos clientes pode conduzir ao envolvimento sexual. Embora a AR não seja a causa óbvia da participação sexual de terapeutas e clientes, esses autores argumentam que a AR pode sugerir a violação de limites terapêuticos.

Certos autores enfatizam que há, certamente, outros fatores importantes no abuso sexual dos pacientes, entre esses, a imposição de poder, o papel desempenhado pelo terapeuta e a transferência (Luepker & Schoener, 1989; Schwartz, 1989). Entretanto, Schwartz (1993) alerta os profissionais para estarem cientes que o ato de compartilhar tende naturalmente a progredir. Paradoxalmente, se não progride o relacionamento, se torna mais distante e começa a terminar.

Outros autores, particularmente as feministas, advogam que a terapeuta deve revelar sua orientação sexual com a finalidade do consentimento do cliente em permanecer ou não no processo terapêutico (Mahalik et al., 2000). Nessa mesma linha, Kooden (1991) e Perlman (1991) defendem que há razões éticas para divulgar orientações sexuais. Para eles, que são homossexuais, o manejo e a implicação de um detalhe da AR vai ser diferente para cada cliente. Eles defendem que a divulgação da orientação sexual para o cliente homossexual é eticamente sadio e terapeuticamente útil. Entretanto, os dois últimos autores não sugeriram que seria útil divulgar a orientação sexual para clientes heterossexuais.

Alguns estudos empíricos relatam que os terapeutas revelam com mais frequência assuntos profissionais e raramente práticas sexuais e crenças (Robitschek & McCarthy, 1991; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997). Watkins (1990) concluiu que

terapeutas que revelaram de forma moderada foram avaliados de forma mais positiva pelos seus clientes do que os terapeutas que não se revelaram de forma alguma ou revelaram assuntos mais íntimos e pessoais.

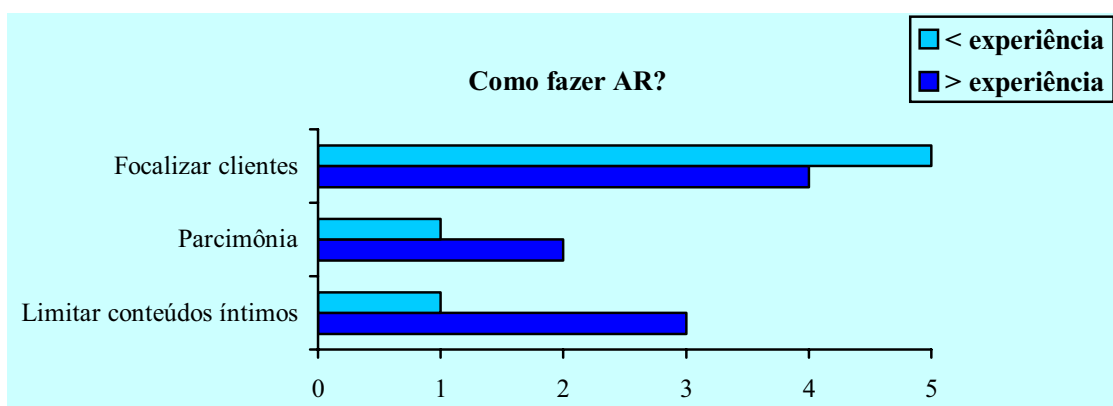


Figura 2 – Categoria e Experiência Profissional.

A figura 2 apresenta o número de participantes dos grupos em cada categoria, que relataram a utilização de AR no relacionamento terapêutico no tema Como fazer AR? Os resultados demonstram que os participantes de ambos os grupos mencionaram as três categorias apresentadas. Nos grupos a categoria Focalizar cliente foi enfatizada. A diferença mais evidente é que terapeutas mais experientes acharam importante limitar conteúdos íntimos.



### 3.3 – Quando não fazer AR?

Em situações específicas a AR é avaliada de forma negativa pelos terapeutas e deve ser evitada.

Peterson (2002) relata que os clientes, na sua pesquisa, tiveram dificuldades de apreciar os limites profissionais e sentiram desapontamento quando o terapeuta fez AR, porque isso não parecia ético. Nessa perspectiva, pesquisa realizada por Well (1994) sobre a avaliação pelos clientes sobre a AR, revelou algum grau de desilusão ou surpresa e incômodo sobre os limites do relacionamento.

Goldstein (1994) sugere perfis de clientes com quem AR pode não ser benéfica. Incluem nesse perfil clientes que vivem uma realidade (social, cultural, financeira) distante do terapeuta, aqueles que temem intimidades com o terapeuta e aqueles que estão tentando evitar emoções muito fortes. A diferença de idade entre cliente e terapeuta é outro fator que deve ser considerado. Papouchis (1990) notou que com crianças e adolescentes a AR do terapeuta é bem aceita. Greenberg (1990), porém, recomendou a não utilização de AR com clientes idosos no intuito de não se tornar um amigo íntimo pela carência social desse idoso, violando assim os limites profissionais.

Hill et al. (1988) indicam que os terapeutas geralmente evitam o uso de AR quando esta realiza a própria necessidade do terapeuta, move o enfoque do cliente para o terapeuta, interfere no relato ou confunde o cliente, é intrusiva ou superestimulante para o cliente ou ofusca limites entre terapeuta e cliente. Essa consideração sugere que os terapeutas são muito conscientes sobre possíveis conseqüências negativas da revelação no resultado da terapia.

Quatro categorias foram relevantes dentro desse tema: *quando envolvem valores contrários aos valores do cliente (JM+ e IF-); quando perfil do cliente não é indicado*

(FF+, HF+); *quando realidade do cliente e terapeuta são distintas (FF+ e IF+) e quando há falta de condição emocional do terapeuta (HF+, IF+ e DF-).*

### **3.3.1 - Quando envolvem valores contrários aos valores do cliente**

*“Eu me posiciono de acordo com o valor da pessoa, eu não me posiciono de maneira que vai confrontar com o valor dessa pessoa ou influenciá-la” (JM+).*

A literatura defende que os valores dos terapeutas influenciam o cliente, mesmo que de forma indireta. Hawkins (1992) sugere que os indivíduos que procuram a terapia têm o direito de saber se os valores do terapeuta opõem aos próprios valores.

*“Evito falar de religião, até porque a [religião] da cliente pode não ser minha religião [...] eu acho isso complicado” (IF+).*

Tilman (1998), ao contrário dos terapeutas de orientações humanistas e feministas que defendem a AR sobre valores do terapeuta, alega que a divulgação dessa natureza quando diferente do cliente pode violar um princípio ético que é o de respeitar o sistema de valores de cada cliente.

### **3.3.2 - Quando o perfil do cliente não é indicado**

Nessa categoria estão os relatos dos participantes FF+ e HF+.

*“Aquele cliente, se eu falasse sobre a minha vida, com certeza ela ia se considerar íntima demais, amiga e ia começar a trocar figurinhas comigo” (HF-).*

Para certos autores, alguns clientes apresentam características inadequadas para o uso de AR. Incluem nesta categoria aqueles clientes que tendem focalizar as necessidades dos outros mais do que as próprias, uma vez que podem querer tornar-se cuidadores do terapeuta, também os clientes que não possuem uma noção bem definida

de limites pessoais e profissionais, uma vez que podem usar a AR como desculpa para agir de forma agressiva e sexual com os seus terapeutas e aqueles que não estão em condições de experimentar emoções fortes, quando a AR pode eliciar essas emoções (Epstein ,1994; Goldstein ,1997)

*“Eu tenho visto na criança uma maior facilidade de seguir exemplos, o modelo [...]”*  
(FF+)

Estudos realizados por Meyers e Hays (2006) indicam que as crianças, adolescentes e sujeitos com dificuldades mentais, tendem a fazer perguntas mais pessoais e se beneficiam com respostas mais diretas e reais. Os adolescentes avaliam como humilhação a recusa do terapeuta em responder as perguntas formuladas a ele, enquanto os idosos avaliam como desrespeito esse comportamento.

### **3.3.3 - Quando realidades social e econômica entre cliente e terapeuta são distintas**

*“Tinha situações em que meu padrão de vida era diferente do dela, a minha vida pessoal era diferente da dela então as limitações das diferenças [do modelo] iam começar a prejudicar”* (FF+).

Peterson (2002) chama atenção para que o terapeuta observe a diferença de realidade vivida entre este e o cliente, a fim de evitar a adoção das características vividas pelo terapeuta.

*“Um dia eu falei sobre comportamento social e contei uma experiência minha e ela disse que ela não vivia naquele mundo. Lá tinha que ser preto no branco”* (IF+).

Schwartz (1993) argumenta que compartilhar determinada informação com um paciente pode realçar as diferenças existentes entre os dois e o cliente pode entender essa diferença como uma impossibilidade de ser compreendido pelo terapeuta.

### 3.3.4 - Quando há falta de condição emocional do terapeuta

*“É mais confortável trazer assuntos que já superei” (DF-).*

Para Myers e Hays (2006), a AR se torna prejudicial quando a divulgação for muito pessoal ou revela situações não resolvidas dos terapeutas.

O padrão ético da APA (Associação Americana de Psicologia) recomenda que os psicólogos devem reconhecer que seus problemas e conflitos pessoais podem interferir na eficácia da intervenção terapêutica. Peterson (2002), em seu estudo sobre ética de AR, relata alguns exemplos que evidenciam a falta de controle emocional do terapeuta diante de variadas situações. Nessa conjuntura é prudente que o terapeuta evite AR para o cliente.

*“Tem assunto que eu não tenho condição de falar sobre ele, então eu evito” (HF+).*

Diversos autores chamam a atenção sobre a responsabilidade do terapeuta em procurar ajuda e tratar de alguns problemas pessoais mal resolvidos na própria vida. Resguardado desses cuidados, é mais provável a utilidade terapêutica uso de AR terapeuticamente útil (por exemplo, Vamos 1993; Brown, 1995; Goldstein, 1997).

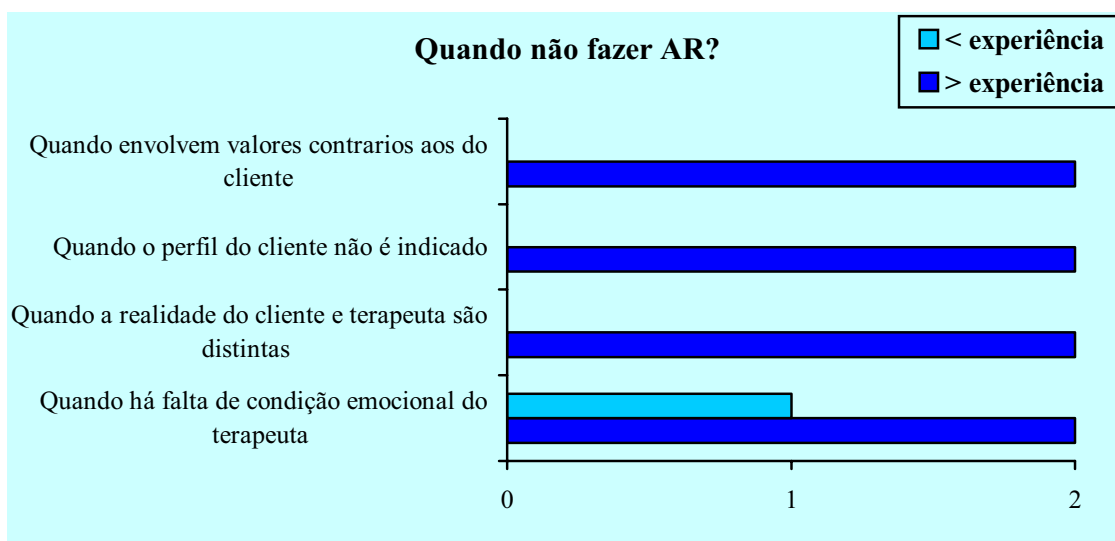


Figura 3 – Categoria e Experiência Profissional

A figura 3 apresenta o número de participantes dos grupos em cada categoria, que relataram a utilização de AR no tema Quando não fazer AR? Os resultados indicam que em 03 (três) das 04 (quatro) categorias apresentas nesse tema, não existem representantes do grupo de menor experiência profissional. Esses resultados sugerem que os participantes do grupo de maior experiência apresentam mais variadas razões para não fazer AR em comparação ao grupo de menor experiência profissional.

### 3.4. Autenticidade de AR

A literatura traz posições controversas sobre a utilização de AR como intervenção terapêutica. A revisão da literatura revela que, de um lado, existem teorias que a promove de forma entusiasta sob argumentos da sua utilidade no relacionamento terapêutico. De outro lado, também com importantes argumentos, as teorias que se opõem ao uso de AR, como se esta não tivesse lugar na relação. Diante dessas oposições, torna-se pertinente considerar os aspectos polêmicos e manejo de AR.

Duas categorias foram consideradas nesse tema: *AR precisa ser genuína* e *AR não precisa ser genuína*.

#### 3.4.1. AR deve ser genuína

AR precisa ser genuína segundo relatos dos participantes JM+, AF-, BF-, CF- e DF-.

*“Mentir eu acho que não deveria ser uma estratégia, porque é uma condição imprescindível para o processo é que o paciente seja verdadeiro com o terapeuta. O terapeuta quer isso dele. Como um terapeuta pode dar um exemplo de mentira para o paciente?”* (JM+).

*“[...] Então AR deve ser genuína. Ai está o X da questão”* (BF-).

Teóricos de diferentes orientações consideram a autenticidade genuína, como um pré-requisito para promoção da sinceridade, confiança, autoconhecimento, intimidade e mudanças significativas no relacionamento terapêutico. Para esses autores, a verdade se constitui como um princípio ético, como os humanistas (Jourard, 1971; Kaslow, Cooper & Linsenberg, 1979; Curtis, 1981; Dryden, 1990; Cornett, 1991, Weiner, 2003 ), as terapeutas feministas (Brown, 1994; Enns, 1997; Mahalik, VanOrmer & Simi, 2000) e os analistas clínicos do comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1987).

### 3.4.2. AR não precisa ser genuína

AR não precisa ser genuína para os participantes FF+, GF+ e HF+.

A literatura revisada não apóia em momento algum a possibilidade de AR não ser genuína, contudo, emergiu nos relatos dos terapeutas entrevistados.

*“Eu vou ser sincera, em algumas situações eu criei personagem que não era meu, por exemplo, fazia um comentário que na realidade não tinha acontecido”* (FF+).

*“Agora não gosto de festa, mas ela precisava interagir socialmente e achei que se eu respondesse que não, ela ia continuar meio isolada do meio social”* (GF+).

**Figura 4. Autenticidade de AR. Categorias e Experiência Profissional**

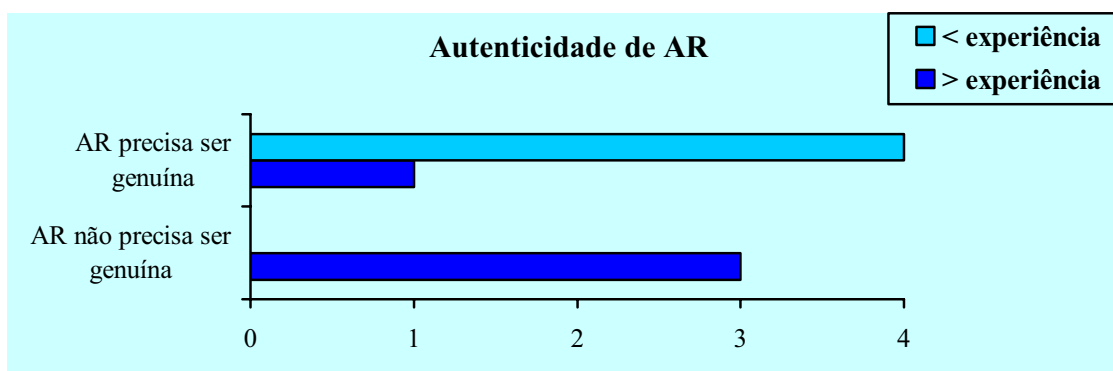


Figura 4 - Números de participantes para cada categoria

A figura 4 apresenta o número de participantes dos grupos em cada categoria, que relataram a utilização de AR no tema Autenticidade de AR. De acordo com os resultados 04 (quatro) dos 05 (cinco) participantes do grupo de menor experiência mencionaram a necessidade de AR ser genuína, enquanto 01 (um) dos 05 (cinco) participantes do grupo de maior experiência considerou essa necessidade. Nenhum participante do grupo de menor experiência considerou que a AR não precisa ser genuína, enquanto 03 (três) participantes do grupo de maior experiência consideraram esse critério.

#### 4. Razões de AR de acordo com o sexo

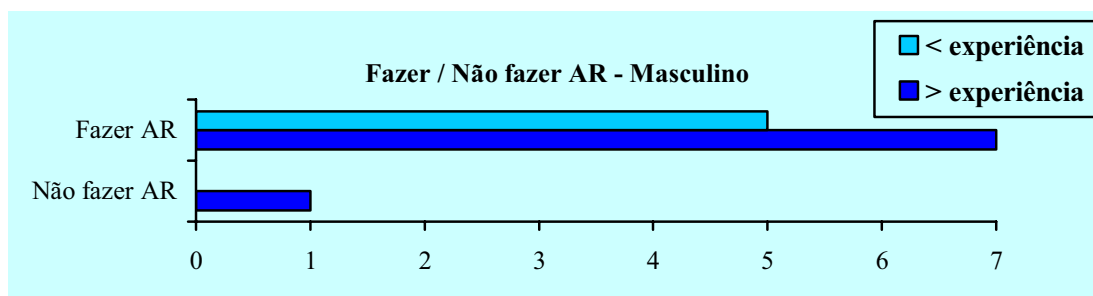


Figura 5 – Razões para Fazer / Não Fazer AR em frequência de respostas

A figura 5 apresenta o número de respostas, aqui considerada apenas uma resposta por participante em cada categoria, nos temas Fazer AR e Não fazer AR. Observa-se que o participante com maior experiência apresentou 07 (sete) das 11 (onze) razões possíveis para fazer AR e o grupo de menor experiência 05 (cinco) razões. No tema Não fazer AR, o participante de maior experiência apresentou 01 (uma) razão das quatro que emergiram nessa pesquisa, enquanto o participante de menor experiência não mencionou nenhuma razão.

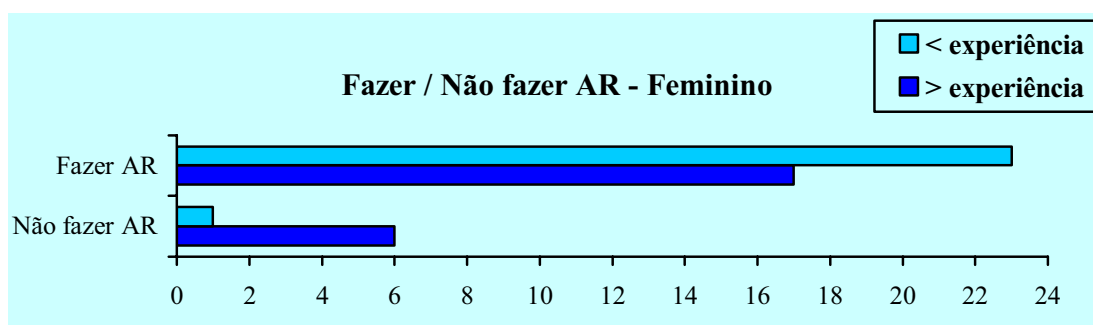


Figura 6 - Razões para Fazer / Não Fazer AR em frequência de respostas

A figura 6 também compara as respostas das participantes do sexo feminino de ambos os grupos nos temas Fazer / Não fazer experiência. Observa-se que os participantes do grupo de menor experiência apresentam 23 (vinte e três) das 44 (quarenta e quatro) razões para fazer AR, enquanto as participantes do grupo de maior experiência apresentaram 17 (dezessete) razões. No tema não fazer AR, o grupo de



menor experiência apresentou 01 (uma) razão das 16 (dezesesseis) possíveis, enquanto o grupo de maior experiência apresentou 06 (seis) razões.

### Reflexões finais

À luz dos conceitos sensibilizadores derivados do enfoque interpessoal de Kohlenberg e Tsai (2001), o presente trabalho evidenciou possibilidades positivas no uso criativo de vivências pessoais do terapeuta, contemplando a utilização da conexão e relacionamento entre aquele que busca e aquele que oferece ajuda, como elementos efetivos e facilitadores do processo de mudança, como ilustrados nos exemplos a seguir: *“eu senti que ela se aproximou mais de mim”*; *“a relação fica mais envolvente”*.

A FAP considera a sessão terapêutica um ambiente natural, portanto, os comportamentos que ali acontecem são funcionalmente similares aos comportamentos que acontecem fora da sessão. Dentro dessa perspectiva, as oportunidades de aprendizagem maiores do cliente se ancoram numa relação autêntica, na qual o terapeuta, além de profissional, é uma pessoa, resultante de toda uma construção ontogenética e cultural. O comparecimento do terapeuta como pessoa se comportando, nesse estudo foi utilizado, na maioria das vezes, como um ambiente favorável para a emergência de comportamentos clinicamente relevantes *“pude conhecê-la mais e intervir mais”*.

Na revisão da literatura sobre a AR no relacionamento terapêutico, verificou-se que profissionais de diferentes orientações teóricas a utilizam, não se constituindo, portanto, um privilégio de determinada abordagem, embora algumas vertentes a apóiam de forma mais entusiasta.

Na busca de algo que aproximasse cliente e terapeuta, segundo os relatos dos profissionais, é que surgia a possibilidade de se utilizar a AR na construção do vínculo, objetivando uma aliança terapêutica curativa. Aliados a esse pensamento, os terapeutas

utilizariam a própria vivência para responder, na maioria das vezes, a uma função estratégica precisa.

Os resultados desse estudo apontam que a AR é uma prática frequente na amostra, uma vez que os participantes relataram o uso com diferentes clientes e em diferentes contextos “*não tenho menor problema em usar*”.

Os relatos dos terapeutas sobre a prática de AR sinalizaram possíveis respostas para os questionamentos iniciais desse trabalho. A falta de conhecimento teórico sobre o assunto, parece ser uma variável que restringe o relato sobre a prática, pois na condução da entrevista ficava claro que o uso era mais freqüente do que o relato sobre o uso. Essa postura foi observada em alguns profissionais “*procuro levar só o eu profissional*”; “*não tenho nenhuma teoria sobre o assunto*”.

Embora sem amparo teórico na literatura sobre AR em si, os profissionais apropriavam, muitas vezes, do conhecimento de outras técnicas “*eu dei exemplo de assertividade com base em pesquisa sobre assertividade*”.

Muitas pesquisas sobre AR (Cooper & Linsenberg, 1979; Weiner, 1983; Derlega et. al., 1987; Gorkin, 1987; Hendrick, 1988; Hull et al., 1988; Mathews, 1988; Hill et. al., 1989; Brown & Walker, 1990; Dryden, 1990; Overholser, 1990; Kaslow, Cornett, 1991; Roberto, 1991; Linehan, 1993; Wachtel, 1993; Brown, 1994; Edwards & Murdock, 1994; Wells, 1994; Gutheil e Gabbard, 1995; Goldstein, 1997; Knox et al., 1997; Weiner, 1998; Beck & Freeman, 1999; Mahalik et al., 2000; Santos, 2000; Brown, 2001; Hayes & Gelso, 2001; Kohlenberg & Tsai, 2001; Hill et al., 2002; Peterson, 2002; Peterson, 2003; Smolar, 2003; Schuyler, 2003; Bechelli e Santos, 2005; Bukard et. al., 2006; Vandenberghe, Coppede & Kohlenberg, 2006) apontam que esta atende a uma estratégia e confirmam que a intenção vai definir o uso no relacionamento terapêutico.

Nesse estudo, os terapeutas argumentaram que a meta final era a melhoria do cliente. Para a maioria dos entrevistados a AR foi um instrumento útil quando serviu ao interesse dos clientes, e não aos próprios interesses. Foi possível verificar a intenção do uso de AR quando se avaliou o tema **Por que fazer AR?**

Torna-se relevante apontar algumas categorias que foram enfáticas nos dois grupos pesquisados:

- intensificar o relacionamento terapêutico - *“ele [o cliente] voltou e voltou com o vínculo mais forte”*;
- oferecer modelo de comportamento - *“A minha intenção é que ele buscasse alternativas assim como busquei para solucionar o problema;*
- evocar comportamento - *“quando eu falei do que estava acontecendo comigo, das minhas fraquezas, elas [as pacientes] começaram a se abrir”*, e,
- normalizar experiência do cliente - *“eu relatei que [...] vivi também esse sofrimento”*.

Não existem na literatura revisada sobre os perigos da AR (Hill et al., 1988; Greenberg, 1990; Papouchis, 1990; Hawkins, 1992; Schwartz, 1993; Vamos, 1993; Epstein, 1994; Goldstein, 1994; Well, 1994; Goldstein, 1997; Brown, 1995; Tilman, 1998; Peterson, 2002; Meyers & Hays, 2006) critérios seguros e validados empiricamente sobre o uso apropriado de AR como recurso terapêutico. Os perigos de violação dos limites são genuínos e foram ressaltados quando explorou o tema **Quando não fazer AR**.

No grupo de maior experiência foi possível observar mais razões limitadoras do uso de AR:

- quando envolvem valores contrários aos valores do cliente - *“evito falar de religião”*;
- quando o perfil do cliente não é indicado - *“com certeza ela ia se considerar íntima demais”*;
- quando realidades sociais e econômicas entre cliente e terapeuta são distintas - *“ela disse que ela não vivia naquele mundo.. lá tinha que ser preto no branco”*, e,
- quando há falta de condição emocional do terapeuta - *“é mais confortável trazer assuntos que já superei”*.

É interessante ressaltar que apenas nessa última categoria houve manifestação de participante do grupo de menor experiência. Esse dado é relevante, pois a literatura alega que os terapeutas iniciantes são mais inseguros para fazer AR. O fato que na presente pesquisa eram exatamente os terapeutas iniciantes que apresentaram mais razões para fazer AR, pode mostrar a influência que a FAP como modelo de terapia teve sobre a formação desses terapeutas, enquanto os terapeutas mais experientes concluíram a formação antes da introdução da FAP na comunidade terapêutica em Goiânia.

Houve também, como cuidados do uso de AR, relatos na categoria **Como fazer AR**:

- Focalizar cliente *“Eu levo em conta a necessidade do paciente”*;
- Parcimônia *“nesses exemplos o cliente não tem acesso a outros detalhes”*;
- Limitar conteúdos íntimos *“não falo tudo, tudo, tudo, de modo que a pessoa tenha acesso a minha vida íntima”*.

Essa última categoria foi enfatizada pelo grupo de maior experiência.

Pelos relatos dos terapeutas entrevistados pode-se dizer que o impacto de AR sobre o processo foi positivo *“tem sido uma historia de reforçamento. Isso faz com que eu continuo usando, porque é mantido por isso mesmo”*. Todavia, às vezes, logo após AR, o terapeuta experimentava algum desconforto *“em alguns momentos eu me questiono se vale à pena a gente se expor”*.

Na contagem das categorias, como uma exploração adicional dos resultados considerando-se que a quantificação não faz parte método *Grounded*, os resultados desse estudo sugerem algumas diferenças na utilização de AR na visão dos experientes *versus* inexperientes. O grupo de menor experiência usou mais AR para potencializar outras estratégias *“Naquele momento AR surgiu e teve efeito juntamente [...] com as outras estratégias que eu estava utilizando”*; reforçar CCR *“A cliente me perguntou se eu satisfazia as fantasias sexuais do meu marido, e eu respondi que na medida do possível sim. Eu senti que naquele momento ela precisava dessa resposta [para entrar nesses assuntos mais íntimos]”*; evidenciar compreensão *“Me lembro que ela falou: então você sabe o que estou sentindo e parece que economizou muitas explicações”*. Eles não usaram AR para justificar comportamento do terapeuta; não consideraram que deveriam limitar conteúdo íntimo e ofereceram menos razões para não fazer AR no relacionamento terapêutico.

Os dois grupos atribuíram importâncias similares nas categorias: intensificar o relacionamento terapêutico (05 participantes de menor experiência *versus* 04 participantes de maior experiência); oferecer modelos de comportamento (05 *versus* 05); evocar comportamento (02 *versus* 01); normalizar experiência (03 *versus* 03), e focalizar cliente (05 *versus* 04).

Durante a condução desse estudo, observou-se que a comparação entre os sexos e

utilização de AR, como pretendido no início, foi além do que as amostras (02 *versus* 08) poderiam demonstrar. Contudo, é possível levantar a comparação entre os participantes do mesmo sexo nos dois grupos.

Considerando os participantes do sexo masculino, o participante de maior experiência apresentou mais respostas favoráveis para fazer AR do que o de menor experiência. O de menor experiência não apresentou nenhuma razão para não usar. Os resultados apontam que as participantes do sexo feminino de menor experiência usaram mais AR e apresentaram menos razões para não usar.

Utilizar-se das próprias vivências no processo, implicou numa postura de não neutralidade e não imparcialidade por parte dos terapeutas, posição contrária à visão tradicional à qual principalmente os participantes de menor experiência foram expostos durante a formação. Nesse rompimento de paradigma, surgiram mais questionamentos, além daqueles propostos no início desse estudo, que não foram respondidos e merecem estudos futuros. Como fica a questão da neutralidade e do distanciamento entre paciente e terapeuta? Por que alguns clientes têm direito de saber mais sobre o terapeuta? Como fica a questão da igualdade dos clientes e direito de privacidade do terapeuta? A AR invalida a queixa do cliente? É possível total autenticidade?

Quanto à questão da autenticidade do terapeuta, os menos experientes relataram como sendo uma questão enfática no processo terapêutico “*então AR deve ser genuína. Ai está o X da questão*”. E quando o terapeuta não tem no seu repertório comportamental o comportamento desejado para o cliente? “*Agora não gosto de festa, mas ela precisava interagir socialmente e achei que se eu respondesse que não, ela ia continuar meio isolada do meio social*”. Questões como esta merecem maiores investigações.

Na conclusão desse estudo e considerando a revisão da literatura sobre esse assunto, torna-

se possível abstrair algumas sugestões para o uso das vivências na terapia:

- A AR deve ajudar o cliente e não o terapeuta. O alvo deve ser estabelecido de acordo com os problemas do cliente, considerando os comportamentos a serem modificados.
- A AR deve ser estratégica. Isso significa dizer que é necessário focalizar um alvo na sessão, à luz da seleção dos comportamentos clinicamente relevantes e não como lição de vida generalizada.
- No momento da AR, o terapeuta deve ter como objetivo a aceitação e validação dos relatos de experiências privadas do cliente, adotando uma posição empática, contrapondo a banalização das emoções trazidas pela cliente.
- Faz-se necessário trabalhar o efeito da AR. Torna-se imprescindível verificar e elaborar o efeito da intervenção sobre o cliente, investigando-o sobre possíveis significados e conexões com seu cotidiano. Esta postura norteará as futuras intervenções.

A realização desse estudo veio mostrar que não se pode avaliar a prática de AR de forma simplista, linear e em termo de dicotomia, como algo certo ou errado, útil ou não útil, ética ou não ética. Torna-se mais coerente adotar uma postura contextualista, considerando que só é possível avaliar e compreender qualquer evento à luz do contexto.



### **Alcances e Limitações**

Tendo em vista a opção metodológica utilizada no estudo, é relevante informar que o método é adequado para reivindicação do conhecimento sobre a experiência profissional e a relevância da mesma. Porém, não se pretende reivindicar conhecimento objetivo sobre a representatividade dessa experiência.

### Referências Bibliográficas

- Almeida Vieira, M. F. J. (2003). *Campo e Função da Ressonância na Construção da Relação Terapêutica*: Fragmentos FAP. Monografia do estágio supervisionado II, não publicada. UCG – Universidade Católica de Goiás.
- Anderson, S. C., & Mandel, D. L. (1989). The use of self-disclosure by professional social workers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Casework*, 70, 259–267.
- Andersen, B., & Anderson. W. (1989) Counselors' reports of their use of self-disclosure with clients: *Journal of Clinical Psychology*, 45,302–308.
- Andolfi, M. (1996). *A Linguagem do Encontro Terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Auad, P. (2001). *O papel das vivências do terapeuta*. Monografia do estágio supervisionado II, não publicada. UCG – Universidade Católica de Goiás.
- Aurélio, B. H. F. (1999). *Aurélio século XXI – O dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira
- Banaco, R. A. (1993). O Impacto do Atendimento Sobre a Pessoa do Terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Beck, A. & Freeman, A. (1999). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), Ribeirão Preto.
- Barret, M. S, & Bernan, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consuling and Clinical*

- Psychology*, 69, 597-306.
- Brandão, M. Z. S (2000). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para análise clínica. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.222-228, vol. V). Santo André: SET.
- Brandão, M. Z. (2001). Psicoterapia Analítico Funcional (FAP): caracterização e estudo de caso. Em H. Guilhard, M. B. B. Mad, P. P. Queiroz, M. C. Scoz. *Sobre Comportamento e Cognição*, (pp 255-261, vol. VIII). Santo André: SET.
- Bram, A. D. (1995). The physically ill or dying psychotherapist: A review of ethical and clinical considerations. *Psychotherapy*, 32, 568–580.
- Broucek, F., & Ricci, W. (1998). Self-disclosure or self presence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 427–438.
- Brown, L. S., & Walker, L. E. (1990). Feminist therapy perspectives on self-disclosure. In G. Stricker & M. Fisher (Org.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp.135–156). New York: Plenum.
- Brown, L.S. (1994). *Subversive dialogues. Theory in feminist therapy*. New York: Basic Books.
- Brown, L. S. (2001). Feelings in context: Countertransference and the real world in feminist therapy. *In Session/Journal of Clinical Psychology*, 57, 1005–1012.
- Brodsky, A. M. (1989). Sex between patient and therapist: Psychology's data and response. In G. O. Gabbard (Org.), *Sexual exploitation in professional relationships* (pp.15–25). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Buber, M. (1923/1979). *Eu e Tu*. São Paulo: Editora Centauro.
- Burkard, A. W; Knox, S; Groen, M; Perez, M., & Hess, S. A (2006). European American Therapist Self-Disclosure in Cross-Cultural Counseling. *Journal of*

- Counseling Psychology*, 53, 15-25.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (2001). O que é Contextualismo? Em R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (pp. 17-26, vol. VI). Santo André: Editora SET.
- Charmaz, C. (2003). Grounded Theory. In Smith, J. A. (org.). *Qualitative Psychology: A Practical guide to research methods*. London. Sage Publications, 81-110.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A. A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*, vol. H (pp. 417-443) New York.
- Conte, F. C. S & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia Analítico-Funcional: a relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 134-148. v. 4). Santo André: ESETec.
- Cornett, C. (1991). The “risky” intervention: Twinship self-object impasses and therapist self-disclosure in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 19, 49-61
- Curtis, J. M. (1981). Indications and contraindications in the use of therapist self-disclosure. *Psychological Reports*, 49, 499–507.
- Curtis, L. C., & Hodge, M. (1994). Old standards, new dilemmas: Ethics and boundaries in community support services. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 13–33.
- 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.
- Derlega, V. J., Margulis, S. T., & Winstead, B. A. (1987). A social-psychological analysis of self-disclosure in psychotherapy. *Journal of Social and Clinical*

- Psychology*, 5,205–215.
- Dryden, W. (1990). Self-disclosure in rational-emotive therapy. In G. Stricker & M. Fisher (Orgs.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 61–74). New York: Plenum.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*, 72, 384–389.
- Ellis, A. (2001). Rational and irrational aspects of countertransference. In *Session/Journal of Clinical Psychology*, 57, 999–1004.
- Elkaïm, M. (1990/2000). *Se você me ama, não me ame: Abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal*. São Paulo: Papirus.
- Enns, C. Z. (1997). *Feminist theories and feminist psychotherapies*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freud, S. (1912/2000). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. In *The standard edition of the psychological works of Sigmund Freud*, 12,1–120. London: Hogarth Press.
- Gabbard, G., & Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Jama* 273, 1445–1449.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. I. The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research. New York: Aldine, 1967.
- Geller, J. D., & Farber, B. A. (1997). Why therapists do and don't disclose. *Paper presented annual meeting of the American Psychological Association*, Chicago, IL.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research,*

- and practice*. New York: Wiley.
- Goldstein, E.G. (1994). Self-disclosure in treatment: what therapists do and don't talk about. *Clinical Social Work Journal*, 22, 417-433.
- Goldstein, E. G. (1997). To tell or not to tell: The disclosure of events in the therapist's life to the patient. *Clinical Social Work Journal*, 25, 41–58.
- Gorkin, M. (1987). *The uses of countertransference*. Northvale NJ: Aronson.
- Greenberg, L. R. (1990). Self-disclosure in psychotherapy: Working with older adults. In G. Stricker & M. Fisher (Orgs.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*, (pp. 175–190). New York: Plenum.
- Guilhardi, H, J. & Queiroz, P. P. (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.
- Guilhardi, H, J. (2002). A resistência do cliente a mudanças. Em H. Guilhardi, M. Madi, P. Queiroz & M. Socz (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 133-156, vol. IX). Santo André: ESETec.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1995). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and riskmanagement dimensions. In D. N. Bersoff (Org.), *Ethical conflicts in psychology* (pp.218–223). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hanson, J. (2003). *Coming Out: Therapist Self-disclosure as a Therapeutic Technique, with Specific Application to Sexual Minority Populations*. Available on line:

<http://www.oise.utoronto.ca/depts/aecp/CMPCConf/papers/Hanson.htm>

- Hendrick, S. S. (1987). Counseling and self-disclosure. In V. J. Derlega & J. H. Berg (Org.). *Self-disclosure: Theory, research, and therap* (pp. 303-317). New York: Plenum.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 57, 1041–1052.
- Helms, J. E., & Cook, D. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O' Grady, D., & Perry, E. S. (1988). The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 290–295.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. (1999). Helping skill: Facilitating exploration, insight, and action. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp.255–265). New York: Oxford.
- Holanda, A. F. (1998). *Diálogo e Psicoterapia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Hycneer, H., & Jacob, L. (1997). *Relação e Cura em Gestalt-Terapia*. São Paulo: Editora SUMUS.
- Jancin, B. (1999): Movie shines spotlight on therapist self-disclosure. *Clinical Psychiatry New*, 6, 26-29.
- Jacobs, T. (1999). On the question of self-disclosure by the analyst: Error or advance in

- technique? *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 159 — 183.
- Jackson, J. M. (1990). The role of implicit communication in therapist self-disclosure. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 93–102). New York: Plenum Press.
- Jourard, S.M. (1971). *Self-disclosure: An Experimental Analysis of the Transparent Self*. New York: Wiley-Interscience.
- Kaslow, F., Cooper, B., & Linsenber, M. (1979). Family therapist authenticity as a key factor in outcome. *International Journal of family therapy*, 1, 194-199.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETEC.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. A. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274–283.
- Kooden, H. (1991). Self-disclosure: The gay male therapist as agent of social change. In C. Silverstein (Ed.), *Gays, lesbians, and their therapists* (pp. 143–154). New York: Norton.
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (1998). *Ethics in psychology: Professional standards and cases* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lane, R. C., & Hull, J. W. (1990). Self-disclosure and classical psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 31–46). New York: Plenum
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford.
- Mahalik, J. R., VanOrner, E. A., & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-



- disclosure and feminist therapy. In M. M. Brabeck (Orgs), *Practicing feminist ethics in psychology* (pp.189-201). Washington, DC: American Psychological Association.
- McCarthy, P. R., & Betz, N. E. (1978). Differential effects of selfdisclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251–256.
- Mathews, B. (1988). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A survey of therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 521–531.
- Meyer, S. & Vermes J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Range (org.), *Psicoterapias Cognitivas- Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Myers, D. & Hays, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *American Psychological Association*, 43, 173-185.
- Oveholser, J. C. (1990). Defining the Boundaries of Professional Competence Managing Subtle Cases of Clinical Incompetence. *American Psychological Association*, 21, 462-469.
- Otero, V. R. L. (2004). Ser cliente nos ensina a ser terapeuta? Em Brandão M. Z. S; Conte. F. C. S; Brandão F. S; Ingherman Y. K, Silva V. L. M; Oliani S. M. (Org.): Sobre comportamento e cognição – contingências e metacontingências: contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta. 227-231, Vol. 11. Santo André: ESETec.
- Palombo, J. (1987). Spontaneous Self-disclosures in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 15, 107-120.

- Papouchis, N. (1990). Self-disclosure and psychotherapy with children and adolescents. In G. Stricker & M. Fisher (Orgs.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 157–174). New York: Plenum.
- Pepper, S. C. (1942/1970). *World Hypotheses: a study in evidence*. Berkeley, C A: Cambridge University Press.
- Pereira da Silva, W. C. M. (2003). O controle aversivo no contexto terapêutico: Implicações éticas. Em Brandão, M. S. S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., de Moura, C. B., da Silva, V. M. & Oliane, S. M. (Orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 227-231, Vol. 11). Santo André: ESETec.
- Perlman, G. (1991). The question of therapist self-disclosure in the treatment of a married gay man. Em C. Silverstein (Ed.), *Gays, lesbians, and their therapists* (pp. 201–209). New York: Norton.
- Peterson, Z. D. (2002). More than a mirror: the ethics of therapist self-disclosure. *Educational Publishing Foundation*, 39, 21-31
- Pizer, B. (1995). When the analyst is ill: dimensions of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly* 64:466–495.
- Rangé, B. (1998). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp. 43-64). São Paulo: Editorial Psy.
- Rangé, B. (1998). Formulação de casos. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp.33-42). São Paulo: Editorial Psy.
- Roberto, L.G. (1991). Symbolic-experiential family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kinistern (Eds.), *Handbook of family therapy, H*, 444-476. New York.

- Roberts, J. (2005). Transparency and Self-Disclosure<sup>1</sup> in Family Therapy: Dangers and Possibilities. *Family Process* 44, 45-63
- Robistchek, C. G., & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of Counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling and development*, 69, 218-221.
- Rogers, C. A. (1984). *Tornar-se Pessoa*. (Obra original: 1961). São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia Centrada no Paciente*. (Obra original: 1951) São Paulo: Martins Fontes.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando dos limites da terapia cognitiva. O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, M. A., & Coimbra E.R.( 2000) Psicoterapia: Características pessoais necessárias para a atuação, na perspectiva de profissionais da área. In: Luis, M. A, Santos, M. A. (Orgs). *Saúde mental: Prevenção e tratamento* (pp. 125-136).
- Schuyler, D. (2003). Does brief cognitive therapy work for depression? *Primary Psychiatry*, 10, 33-36
- 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? R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 229-233 vol. VII). Santo André: ESETec.
- Simi, N. L., & Mahalik, J. R. (1997). Comparison of feminist versus psychoanalytic/dynamic and other therapists on selfdisclosure. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 465-483.
- Simon, J. C. (1988). Criteria for therapist self-disclosure. *American Journal of*

- Psychotherapy*, 62, 404 - 415.
- Skinner, B. F. (1998). *Ciência e comportamento humano*. (Obra original: 1953). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1993). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).
- Smolar, A. (2003). When we give more: Reflections on intangible Gifts from therapist to patient. *American Journal of Psychotherapy*, 57, nº 3.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4th ed.). New York: Wiley.
- Tillman, J. G. (1998). Psychodynamic psychotherapy, religious beliefs, and self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 273–286.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Vamos, M. (1993). The bereaved therapist and her patients. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 296–305.
- 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. M. A. (2002). Religiosidade e relação terapêutica. *Anais 56ª encontro da SBPC*. Trabalho completo publicado em cd-rom.
- Vandenberghe, L. M. A. (2005). Uma ética behaviorista radical para a terapia comportamental. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva*, 7, 55-66.
- Vandenberghe, L., Coppede, A. M. & Kohlenberg, R. J. (2006). Client curiosity about

- the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid? *University of Washington*, 29, 41-46.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York: Guilford Press.
- Watkins, C. E. Jr. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The counseling Psychologist*, 18, 477-500.
- Weiner, I. (1989). On competence and ethicality in psychodiagnostic assessment. *Journal personality*
- Weiner, M. F. (1983). *Therapist disclosure: The use of self in psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore: University Park.
- Weiner, M.F (2002). Reexamining therapist self-disclosure. *PsychiatrServ*; 53: 769
- Wells, T. L. (1994). Therapist self-disclosure: Its effects on clients and the treatment relationship. *Smith College Studies in Social Work*, 65, 23-41.
- Widmer, M. A. (1995). Case histories in therapeutic recreation: The emergence of ethical issues. *Therapeutic Recreational Journal*, 29, 265-269.
- Wilkinson, S. M., & Gabbard, G. O. (1993). Therapeutic self-disclosure with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 282-295.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zamigani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. Em R. R. Kerbauy (org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 234-243 Vol. V). Santo André: ESETec.

**ANEXOS**

**Anexo 1**

**Modelo de Termo de consentimento e Esclarecimento Informado para o Terapeuta.**

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO INFORMADO PARA  
TERAPEUTA**

**PESQUISA:** Campo e Função da AR do Terapeuta no Relacionamento Terapêutico – A Vivência do Terapeuta.

**PESQUISADORA:** Maria de Fátima José de Almeida Vieira (062 – 9971.7005/3281.6676).

**OBJETIVOS**

Investigar e explorar o impacto do comparecimento do terapeuta como pessoa na relação terapêutica.

**BENEFÍCIOS**

Espera-se com essa pesquisa, a contribuição efetiva no sentido de ampliar a compreensão do papel do terapeuta como pessoa no processo.

**PARTICIPAÇÕES**

Caberá ao participante dessa pesquisa:

- Assinatura do termo de consentimento e esclarecimento em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora;
- Autorização de gravação e transcrição da entrevista para análise dos dados pela pesquisadora e orientador;
- Autorização para divulgação dos resultados da pesquisa em apresentações científicas e publicações, ficando resguardado o anonimato dos pesquisados;
- Direito de interromper a qualquer momento a participação nessa

pesquisa sem qualquer penalidade;

- Acesso a análises e resultados da pesquisa;
- Procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, caso tenha qualquer dúvida.

Goiânia, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Terapeuta Voluntário

Pesquisadora



**Anexo 2****Modelo de Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito****PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu,....., RG n° .....  
 CPF n°..... - CRP..... - abaixo assinado, concordo em  
 participar da pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela  
 pesquisadora Maria de Fátima José de Almeida Vieira sobre a pesquisa. Foi-me  
 garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a  
 qualquer penalidade.

Goiânia (GO),..... de ..... de 2006.

Sujeito ou responsável.

Assinatura

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

Testemunhas

Nome.....

Assinatura.....

Nome.....

Assinatura.....

Observações complementares:

### Anexo 3

#### Inventário Geral das Perguntas usadas nas Entrevistas

- Você me disse que não vê problemas em levar algo de sua vida para o (a) cliente. Gostaria de ouvir uma experiência recente sobre AR.
- Ao trazer algo da sua relação você teve um objetivo? Você poderia dizer qual a sua intenção?
- Você não teve medo que ele (a) avaliasse a situação como subestimação do problema que ela estava vivendo?
- Nesse caso você falou de alguém conhecido. Você falaria de você mesmo?
- Nesse momento qual o seu objetivo?
- Eu queria saber de uma situação de auto-relato, isto é, utilizando seu próprio “eu”.
- Você se recorda da reação dele (a)?
- Até agora você trouxe fragmentos que revelam que a iniciativa da AR foi sua. E como você lida com perguntas do (a) cliente?
- Você sempre utiliza AR?
- Então qual o critério que você estabelece para AR, envolvendo sua própria iniciativa ou respondendo ao inquérito do cliente?
- Como age quando o cliente insiste em uma pergunta que você não quer responder?
- Você já se puniu por alguma AR?
- Então é a AR não precisa ser genuína?
- Existe para você alguma reserva de conteúdo, isto é, que você não traz para a relação terapêutica?
- Por que você escolheu não fazer AR?
- Você teve receio de mostrar a sua fragilidade?
- Para esse (a) cliente você não mostrou o modelo que falha. E para outros?
- Qual a sua intenção em apresentar esses modelos avaliados por você como bem sucedidos?

- Você já foi punido (a) quando fez AR
- Qual o efeito de AR sobre o cliente?
- Qual foi o efeito sobre o processo terapêutico? (alvos terapêuticos)
- Qual o critério que você estabelece para o uso da AR?
- Fazer AR, na sua experiência clínica é uma história de reforço ou punição?
- Você passou a ser modelo para ela?
- Você falava para ela das suas “falhas” “deficiências”?
- Como você avalia o efeito do seu comparecimento?
- E para você, o que você sentiu quando levou algo seu para a relação?
- Quando que você acha que não é válida ou que é válida a AR?
- Quando você fala do modelo você acha mais enfático quando o terapeuta é o próprio modelo, do que mesmo a teoria? É mais enfático falar eu faço assim ou eu fiz assim?
- Posso dizer que AR foi estratégica?
- Nesse contexto o cliente passa a vê-lo como pessoa?
- E nas situações em que o terapeuta não o modelo?
- Você lida com questões do tipo eu estou me expondo?
- Então você estabelece alguns limites. Por exemplo, de conteúdo.
- E uma AR com base no alvo que você estabelece?
- Existe algum assunto pessoal que você não traz para o consultório, mesmo sendo funcional?
- E se ele (a) te perguntasse?
- Como você se comporta?
- Existem situações que a AR parte de você e em outras respondem indagações do cliente e aí como você se comporta? Qual o critério para falar ou não falar?
- Você mentiria? Se ele (a) te perguntasse se já bebeu bebida alcoólica?
- Se você soubesse que a sua resposta real o descredenciaria, você responderia, devolveria a pergunta, qual seria a sua estratégia, o seu comportamento?
- Se for para responder tem que ser genuíno?
- Eu trago essa questão pq. existem muitas orientações que utilizam a técnica da re pergunta, desconversa, argumentando que o momento é do paciente e não do terapeuta. É por isso que trago essa questão. Como você lida com isso?

- Então quando não tem no repertório a resposta que seria funcional para aquela situação, então seria mais funcional desviar o foco?
- Importante você trazer isso, porque não deixa de ser um critério para você, isto é, quando não existe no seu repertório aquele comportamento que o cliente busca é preferível não fazer a AR?
- Às vezes nem é a questão de não querer dar. O problema é quando o outro pergunta. (risos)
- Na sua experiência clínica a AR tem sido uma história de reforçamento ou punição?
- De forma geral eu gostaria que você desse sua opinião sobre AR, dessa entrada do terapeuta como pessoa no consultório, o que trazer, como trazer, quando trazer. Se fosse para fazer uma síntese o que você queria deixar para outros colegas que terão acesso a essa pesquisa?
- Enquanto você está falando de você, você acha que isso pode ser um Sd para que o outro fale dele?
- Você acha que a AR foi um choque do conceito que ela tinha de si? Do eu conceitual?
- O terapeuta pode optar por levar algo de si ou não. Você optou abrir-se para ela. Qual o efeito disso sobre você.
- Ao contar essa história, se você não utilizasse “eu passei por isso” e falasse “um amigo ou outra pessoa passou por isso” você acha que o efeito seria diferente?
- Você acha que teve peso ter dito “eu vivenciei isto”?
- Você acha que você foi modelo para o grupo?
- O efeito sobre a cliente foi à significação desse repertório que ela possuía. Você sentiu que ela te diminuiu ou se elevou para estarem numa posição de troca?
- No processo terapêutico o efeito foi...
- Você sempre faz a separação na AR do eu profissional do eu pessoal?
- Você se recorda de algum de caso no qual usou AR e avaliou essa intervenção como erro terapêutico?
- Você se sente seguro ou inseguro para fazer AR?
- Você faz conexão da sua história com a história da cliente?
- O que acontece quando a cliente não se reconhece na sua AR/
- Objetivamente, qual a sua intenção ao fazer a AR?

- Você já perdeu algum cliente por ter feito AR?
- Você acha que utilizando o verbo na primeira pessoa: “eu passei por isso”, tem efeito diferente do que quando se fala de exemplos de forma mais geral?