



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



WESLEM MARTINS SANTOS

**DIÁLOGO INTEGRATIVO ENTRE AS TERAPIAS ANALÍTICO-  
COMPORTAMENTAL, COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E NARRATIVA DE  
RE-AUTORIA**

Uberlândia

2015

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pqpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pqpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pqpsi.ufu.br>



WESLEM MARTINS SANTOS

**DIÁLOGO INTEGRATIVO ENTRE AS TERAPIAS ANALÍTICO-  
COMPORTAMENTAL, COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E NARRATIVA DE  
RE-AUTORIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia  
como requisito parcial à obtenção do título de Mestre  
em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes  
Co-orientador: Dr. Roberto Alves Banaco

Uberlândia

2015

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pqpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pqpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pqpsi.ufu.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

S237d

Santos, Weslem Martins.

2015

Diálogo integrativo entre as terapias analítico-comportamental,  
cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria / Weslem Martins  
Santos. - 2015.

258 f. : il.

Orientador: Renata Ferrarez Fernandes

Coorientador: Roberto Alves Lopes Banaco.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicoterapia – Teses. 3. Terapia narrativa -  
Teses. 4. Terapia do comportamento - Teses. 4. Terapia cognitiva -  
Teses. I. Lopes, Renata Ferrarez Fernandes. II. Banaco, Roberto Alves.  
III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia. III. Título.

---

CDU: 159.9



Nome: Santos, Weslem Martins.

Título: **DIÁLOGO INTEGRATIVO ENTRE AS TERAPIAS ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL, COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E NARRATIVA DE RE-AUTORIA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes  
Orientador (UFU)

---

Prof. Dr. Dr. Ederaldo José Lopes  
Examinador (UFU)

---

Prof. Dra. Sonia Beatriz Meyer  
Examinador (USP)

## **Dedicatória**

*À minha mãe Nilza Martins de Jesus e à minha tia Marilda dos Santos, que cumpriram com êxito a função de pai e mãe em minha educação.*

*A Júnior Tomaz de Souza, um amigo mais chegado que irmão, sem o qual minha existência nesse mundo não faria sentido.*

## **Agradecimentos**

*Eu não poderia começar meus agradecimentos com outra pessoa que não fosse você, professora **Renata Ferrarez Fernandes Lopes**, que gentilmente me aceitou para as reuniões do seu grupo de pesquisa e posteriormente abraçou não apenas minhas ideias e curiosidades no campo da psicoterapia, pois literalmente eu me senti abraçado e acalentado com suas orientações. Feliz é aquele que tem/terá você com orientadora querida. Muito obrigado por tudo, pelas palavras amigas e o carinho!*

*Agradeço ao professor **Roberto Alves Banaco**, que desde de o início da minha inserção no campo da psicoterapia, seja na pesquisa ou na prática profissional, sempre foi uma importante fonte de inspiração. Lembra o que eu te disse quando o encontrei pessoalmente pela primeira vez na ABPMC de Campinas, em 2009 Beto? Eu insisto: “quando eu crescer quero ser igual a você”! Obrigado por tudo!*

*Agradeço a todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, com os quais pude trabalhar ao longo das disciplinas que cursei. Quero registrar meu carinho especial pelo professor **Ederaldo**, pessoa que muito admiro, pela tranquilidade e sensatez com a qual ensina. Esse carinho se estende ao professor **Sinésio**, um professor incrível e com o qual pude dar boas risadas para enfrentar os momentos tensos em virtude de tantos números na disciplina de métodos inferenciais! Agradeço também ao professor **Emerson**, com quem pude ampliar meus posicionamentos críticos como pesquisador e terapeuta.*

*Agradeço ao professor **Alexandre Montagnero**, pelas importantes contribuições na ocasião da qualificação do projeto que hoje se tornou esta dissertação. Agradeço também à professora **Sonia Meyer**, pesquisadora que eu sempre admirei, por, além de gentilmente contribuir com este estudo, aceitar prontamente participar de minha banca de defesa.*

*Agradeço à **Marineide**, profissional muito eficiente que sempre me socorreu quando precisei. Agradeço aos colegas do Mestrado, com um mimo especial para a **Vanessa**, a **Jéssica**, a **Renata**, com as quais pude viver momentos muito agradáveis nessa etapa da minha vida. Agradeço ao **Filipe**, por*

*estar sempre tão presente quando dele precisei. Não poderia me esquecer da **Mara**, da **Natália**, da **Résia**, da **Carol** e da **Isabel**, com as quais tive o prazer de compartilhar momentos de aprendizagem quando comecei a frequentar as reuniões do laboratório.*

*Agradeço aos meus amigos, **Fernando**, **Renato**, **Danilo**, **Leandro**, **Giseli**, **Rodrigo Lacerda**, **Rodrigo Medeiros** e **Rodolfo**, **Ruth**, **Malu** e **Marlon**, pessoas especiais, que tornam minha vida mais divertida. Com vocês me sinto mais forte para superar certos problemas que surgem do nada! Obrigado por estarem sempre presentes, alguns mais, outros menos. Um agradecimento especial ao **Gilson Legroski**, pessoa maravilhosa que me amparou em difíceis momentos pelos quais passei, alguém que quero sempre ter por perto.*

*Agradeço imensamente ao **Júnior Tomaz de Souza**, por existir em minha vida, ser mais que amigo, mais que irmão, como bem discutimos inúmeras vezes, ainda não há um conceito que aglutine todos os elementos que compõem nossa relação de amizade. Espero que um dia exista... Por enquanto, tomemos emprestada uma expressão do Pequeno Príncipe: “**serás para mim o único no mundo, e eu serei para ti único no mundo**”.*

*Por fim, agradeço a minha mãe **Nilza Martins de Jesus** e a minha tia **Marilda dos Santos**, que certamente são a razão de hoje eu existir e estar completando esta etapa da minha vida. Foi difícil ouvir, repetidas vezes, quando tive que deixar um trabalho fixo para viver inicialmente de “bicos”, para não abandonar o curso de Psicologia, o discurso de alguns de nossa família bradando “pobre não estuda”. Vocês, em seu íntimo, acreditaram em mim. Hoje posso dizer com orgulho: “**desculpem-me, mas pobre estuda sim!**”. E não pararei por aqui, que venha agora o Doutorado....*

*Agradeço também à Fundação Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, pela bolsa concedida para a concretização do trabalho.*

*“Diferentes orientações terapêuticas são, em essência, diferentes culturas, e um dos principais obstáculos para se aprender o que existe para ser aprendido das diferentes orientações terapêuticas é um certo etnocentrismo terapêutico”*

(Safran, 2002, p. 238).

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a viabilidade de um diálogo integrativo a partir da conceituação da relação terapêutica construída por expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, também podendo ser considerada um estudo de integração da psicoterapia, que buscou: 1) conceituar relação terapêutica a partir de uma entrevista com expoentes de cada uma das terapias supracitadas; 2) identificar fundamentos das teorias que sustentam essas terapias que justifiquem a pertinência do diálogo integrativo delas com outras psicoterapias; e 3) explorar a possibilidade de um diálogo integrativo a partir da conceituação de relação terapêutica construída pelos expoentes das terapias sob análise. Foram convidados três expoentes de cada uma daquelas abordagens terapêuticas e cada um deles respondeu, com base em sua perspectiva psicoterápica, a uma entrevista com nove questões (09), que versavam sobre a relação terapêutica. As entrevistas foram analisadas individualmente e os dados textuais foram submetidos ao IRAMUTEQ, um programa que permitiu a análise de vocábulos e, por conseguinte, a identificação de um conjunto de dados com base na frequência das formas reduzidas, através do qual as análises de similitude e a nuvem de palavras foram construídas. A partir das análises feitas pelo IRAMUTEQ foram identificados “nós” semânticos que permitiram a construção de mapas mentais dos entrevistados sobre a relação terapêutica, de acordo com suas respectivas abordagens. As associações entre os “nós” semânticos foram analisadas a partir da técnica hermenêutica, que possibilitou transcender o sentido objetivo das palavras e o aprofundamento da análise da relação terapêutica em cada uma das entrevistas, reconstruindo também as “intenções” dos participantes que as responderam. Com base nas análises das entrevistas, notou-se que, enquanto no modelo analítico-comportamental há espaço para o entendimento da relação terapêutica não apenas como facilitadora do processo terapêutico, mas também como o próprio mecanismo de mudança clínica, no modelo cognitivo-comportamental ela é considerada tão importante quanto as técnicas, e até mais importante em casos complexos. No modelo narrativo de re-autoria tal relação é considerada um mecanismo de mudança em si mesmo, dado que a técnica central nela utilizada é relacional. Conclui-se que o diálogo integrativo entre as terapias analisadas neste estudo é justificável e são evidências disso: o pragmatismo, na terapia analítico-comportamental; a definição do conhecimento como uma construção moldada pelo poder da linguagem e pela concepção de significado como uma construção relacional e dependente de um contexto histórico-cultural, na terapia narrativa de re-autoria; e a natureza tecnicamente eclética da terapia cognitivo-comportamental. Sugere-se como pontos centrais para o diálogo integrativo entre essas terapias: 1) a relação terapêutica como mecanismo de mudança clínica; 2) a diretividade do terapeuta no processo terapêutico; 3) o ecletismo técnico; e 4) o cliente e seu processo terapêutico. Esses temas centrais apareceram nas conceituações de relação terapêutica construídas pelos participantes e, acredita-se, um diálogo integrativo pautado neles talvez contribua para transformações expressivas em cada um dos modelos terapêuticos analisados neste estudo.

**Palavras-chave:** integração da psicoterapia, terapia analítico-comportamental, terapia cognitivo-comportamental, terapia narrativa de re-autoria, relação terapêutica.

## ABSTRACT

The current research aims to analyze the feasibility of a integrative dialogue from the therapeutic relationship conceptualization constructed by exponents of the behavior-analytic, cognitive behavioral and narrative therapies. It is a qualitative research and also can be considered a study of psychotherapy integration, that searched for: 1) conceptualize therapeutic relationship from an interview with exponents of each therapy identified; 2) identify theoretical fundamentals that sustain these therapies to justify the relevance of the integrative dialogue with them in other psychotherapies; and 3) to explore the possibilities of a integrative dialogue from the conceptualization of therapeutic relationship constructed by therapy's exponents under study. Three exponents were invited of each of those therapeutic approaches and each one of them answered, based on his psychotherapeutic perspective, to an interview with nine questions (09) that concern about a therapeutic relationship. The interviews were individually analyzed and the text data was submitted to IRAMUTEQ, a software that allowed the analysis of words and, as a consequence, the identification of a conjunct of data based on the frequency of the reduced forms, whereby the analyses de similarity and the cloud of words were constructed. From the analyses made by IRAMUTEQ were identified semantic "knots" that allowed the construction of mind maps of respondents about the therapeutic relationship, according to their respective approaches. The associations between the semantic "knots" were analyzed from the hermeneutic technique, which made possible to transcend the objective meaning of the words and a deep analyses of the therapeutic relationship in each one of the interviews, reconstructing also as "intentions" of participants that answered to them. Based on the analyses of the interviews, it was possible to notice that, while in the behavior-analytic model there is place to the understanding of the therapeutic relationship not only as a helper of the therapeutic process, but also as the clinic changing mechanism itself, in the cognitive behavioral model it is considered as important as the techniques, and even more important in complex cases. In the narrative model such relation is considered a mechanism of changing in itself, considering that the central technique used on it is a relational one. It concludes that the integrative dialogue among the therapies analyzed in this paper is justifiable and are evidences of that: the pragmatism, in the behavior-analytic therapy; the definition of the knowledge as a construction forged by the language power and by the conception of the meaning as a relational construction and dependent of a cultural-historical context, in the narrative therapy; and the nature technically eclectic of the cognitive behavioral therapy. It suggests as main points to the integrative dialogue among these therapies: 1) the therapeutic relationship as a mechanism of clinic changing; 2) The directivity of therapist in the therapeutic process; 3) the technical eclecticism; e 4) The client and his therapeutic process. These central themes appear in the concepts of therapeutic relationship constructed by the participants and, it is believed, a integrative dialogue based on them maybe contribute to expressive transformations in each one of the these therapeutic models analyzed in this paper.

**Key words:** integration of psychotherapy, behavior-analytic therapy, cognitive behavioral therapy, narrative therapy, therapeutic relationship.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Fatores comuns compartilhados por distintas psicoterapias.....	34
<b>Tabela 2.</b> Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental.....	92
<b>Tabela 3.</b> Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental.....	139
<b>Tabela 4.</b> Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria.....	167

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental.....	134
<b>Figura 2.</b> Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental.....	136
<b>Figura 03.</b> Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental.....	164
<b>Figura 04.</b> Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental.....	165
<b>Figura 05.</b> Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria. ....	200
<b>Figura 06.</b> Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria.....	201

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 O processo de mudança em psicoterapia: fatores comuns e fatores específicos.....	15
1.2 Terapia baseada em evidências: identificando tratamentos empiricamente suportados.....	20
1.3 Integração da psicoterapia: caminhos da integração e seus objetivos.....	28
1.3.1 Ecletismo Técnico.....	29
1.3.2 Integração Teórica.....	30
1.3.3 Integração Assimilativa.....	31
1.3.4 Abordagem dos Fatores Comuns.....	32
1.3.5 Fatores comuns da mudança terapêutica: para além da relação terapêutica.....	36
1.3.6 Questões sobre a integração da psicoterapia e sua possível relação com as práticas baseadas em evidências.....	38
1.4 Da possibilidade do diálogo integrativo entre diferentes psicoterapias: contextualizando o universo de interesse dessa pesquisa.....	40
1.5 Terapia analítico-comportamental: dos aspectos teóricos à importância da Relação Terapêutica.....	42
1.6 Terapia cognitivo-comportamental: dos aspectos teóricos à importância da Relação Terapêutica.....	55
1.7 Terapia narrativa de re-autoria: dos aspectos teóricos à importância da Relação Terapêutica.....	67
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>80</b>

<b>3. MÉTODO.....</b>	81
3.1 Participantes .....	81
3.2 Material.....	81
3.3 Procedimentos Éticos.....	83
3.4 Coleta dos Dados.....	84
3.5 Análise dos dados.....	84
3.5.1 IRAMUTEQ.....	84
3.5.2 Técnica Hermenêutica.....	87
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	90
4.1 Entrevista com a expoente da terapia analítico-comportamental.....	92
4. 2 Entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental.....	139
4.3 Entrevista com expoente da terapia narrativa de re-autoria.....	167
4. 4. Há aberturas nas terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria para um diálogo integrativo? .....	203
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	227
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	235
<b>ANEXOS.....</b>	253
<b>ANEXO A.....</b>	253
<b>ANEXO B.....</b>	256

## INTRODUÇÃO

A história demonstra que o interesse em curar pessoas com diferentes doenças esteve presente na cultura humana por centenas de anos e, repetidas vezes, o processo de cura era realizado através da natureza da relação estabelecida entre “curador” e “doente” (Ellenberger, 1970). Certamente cada cultura desenvolvia seus próprios rituais de cura, com suas especificidades. Todavia, certos elementos eram vistos como essenciais para o sucesso do processo de cura, tais como: os poderes legitimados e socialmente investidos no curador; as experiências emocionais e relacionais compartilhadas entre o curador e o doente; e as medidas acordadas para a mudança (Gilbert & Leahy, 2007).

Com base nas informações supracitadas, talvez seja possível afirmar que historicamente a psicoterapia permeou as relações humanas de diferentes formas. Nessa direção, Stone (2007, p. 23), destacou que “se pensarmos no termo em seus aspectos fundamentais, existiu muito antes que houvesse qualquer disciplina chamada “psiquiatria” e qualquer noção de uma abordagem sistemática ao tratamento de transtornos emocionais por formas especiais de conversação, ou seja, muito antes de qualquer terapia formalizada”. Para ele a psicoterapia envolve, em seu sentido mais amplo, uma forma especial de interação, a qual é única à espécie humana.

A psicoterapia percorreu um longo e complexo caminho com o objetivo de construir uma definição que aglutinasse sua natureza e essência, que envolvesse os elementos básicos de sua constituição, tais como a relação terapeuta-cliente-mundo (Ribeiro, 2013). Nesse trajeto várias propostas de compreensão dos fenômenos de natureza psicológica foram desenvolvidas e vinculadas a distintos sistemas de psicologia. Essas propostas apresentavam compromissos ontológicos e epistemológicos bem demarcados, que repercutiram no desenvolvimento de diferentes formas de estudar, explicar e intervir sobre os fenômenos típicos do contexto terapêutico.

A pluralidade de teorias e métodos da psicologia contribuiu para o desenvolvimento de diferentes definições de psicoterapia. A expansão da psicologia foi acompanhada pelo surgimento de intervenções psicoterápicas com compromissos filosóficos e conceituais distintos, alinhadas à definição de psicoterapia a qual estivessem vinculadas. A despeito da pluralidade no campo teórico e prático da psicologia, que oportunizou o aparecimento de inúmeras perspectivas em psicoterapia, um forte movimento neste campo teve como ponto central a busca de sua legitimidade enquanto uma prática profissional cientificamente orientada.

Dois grandes movimentos marcaram a história da pesquisa em psicoterapia. O primeiro movimento foi definido pelo interesse dos pesquisadores em demonstrar os efeitos de intervenções psicológicas (certas psicoterapias e/ou técnicas) sobre problemas de natureza clínica e ficou conhecido como pesquisa de resultado. Nesse tipo de pesquisa o objetivo é determinar se certa psicoterapia e/ou técnica produz, de fato, mudanças terapêuticas no campo psicológico. Os estudos de resultado ou de eficácia buscam avaliar a existência de uma relação causal entre o tratamento empregado pelo terapeuta e as respostas subsequentes apresentadas pelo cliente (Peuker, Habigzang, Koller & Araújo, 2009).

Um segundo movimento que surgiu no campo da psicoterapia ficou conhecido como pesquisa de processo, que pretendia avançar no entendimento de como intervenções psicoterapêuticas promoviam a mudança clínica do cliente. Enquanto nas pesquisas de resultado o grande interesse era verificar “se” as psicoterapias eram eficazes nos tratamentos psicológicos, as pesquisas de processo buscaram identificar “como” tais psicoterapias produziam as mudanças terapêuticas observadas. A esse respeito, Peuker et al (2009, p.441) argumentaram que “através de estudos sobre o processo terapêutico é possível compreender como se dá a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica”.

Essas pesquisas se desenvolveram com o objetivo de corroborar os benefícios da psicoterapia enquanto uma prática profissional cientificamente orientada. Especialmente as pesquisas de eficácia ou de resultado surgiram com o intuito de demonstrar empiricamente os efeitos da psicoterapia na mudança clínica do cliente, os quais foram questionados por Eysenck em 1952, em seu clássico artigo “The Effects of Psychotherapy: An Evaluation”. Por outro lado, as pesquisas de processo surgiram com foco na análise do que ocorre dentro do processo terapêutico, com uma ênfase na interação (verbal e não verbal) entre terapeuta e cliente. Com essa estratégia metodológica, tornou-se possível identificar os processos de mudança que emergiam ao longo da interação terapeuta-cliente (Russel & Trull, 1986).

As pesquisas de resultado e de processo, nos diversos modelos psicoterápicos em que são realizadas, caracterizam-se por um grande interesse em demonstrar claramente os efeitos da psicoterapia sobre problemas de natureza psicológica. Todavia, avaliar processos terapêuticos e identificar o efeito de intervenções psicoterápicas sobre problemas clínicos tem sido uma atividade desafiadora tanto para pesquisadores quanto para psicoterapeutas (Peuker et al, 2009), profissionais que têm tentado constantemente responder por que as terapias funcionam (Meyer & Vermes, 2001). Há um caminho em aberto, com muitas perguntas a respeito da promoção da mudança clínica gerada pela psicoterapia que ainda precisam de respostas.

Meyer (2006), ao discutir metodologias de pesquisa da psicoterapia em clínicas-escolas, apresentou um conjunto de questões a respeito das variáveis envolvidas na mudança clínica do cliente. Esse conjunto era composto de perguntas sobre resultados, processos de mudança, variáveis do cliente, variáveis do terapeuta e variáveis da relação terapêutica. Frente ao interesse de se situar as diferentes questões comuns às pesquisas de resultado e de processo, será priorizada a descrição das perguntas sobre resultado e processos de mudança, conforme elas foram apresentadas pela autora supramencionada.

Segundo Meyer (2006), o maior volume de estudos disponível sobre psicoterapia é o que responde a perguntas sobre resultados, que tem como pergunta típica: A psicoterapia funciona? De acordo com ela há consenso de que a intervenção psicoterápica é melhor que nenhuma forma de intervenção, embora o movimento de validação de psicoterapia continue a exigir a demonstração da eficiência e eficácia de diferentes psicoterapias e programas de tratamento. Nesse contexto, para garantir o embasamento científico de intervenções psicoterápicas, sempre que uma nova forma de psicoterapia emerge pesquisas devem avaliar seus resultados, especialmente quando uma proposta terapêutica é bastante nova e não foi pesquisada suficientemente.

Outra pergunta típica é: Existe uma forma de psicoterapia que seja superior às outras? Ou ainda: Como tratamentos farmacológicos se comparam à psicoterapia? É pertinente ressaltar que “as pesquisas já realizadas comparando diferentes tratamentos não têm sido capazes, em sua maioria, de demonstrar diferenças nos resultados apesar dos diversos procedimentos usados” (Meyer, 2006, p. 24/25). Frente a esse cenário, Meyer (2006) sugere o seguinte questionamento: A inexistência de diferenças nos resultados é um fato ou os métodos de pesquisa empregados não foram adequados o suficiente para lidar com a complexidade de variáveis envolvidas nas pesquisas sobre psicoterapia?

Embora tenha se observado que a psicoterapia de modo geral é efetiva, existem incertezas com relação às causas desse resultado e, por essa razão, perguntas sobre os processos responsáveis pelas mudanças produzidas têm sido formuladas (Meyer, 2006). Algumas dessas perguntas são: Como funciona um determinado tipo de psicoterapia? Que elementos do tratamento fazem com que ele funcione? Que tipo de experiência o cliente deveria ter durante a terapia para superar seus problemas e se sentir melhor? Mudanças em terapia ocorrem por formulação e seguimento de novas regras, ou por aprendizagem direta de

novas formas de comportamento? Ocorrem progressos quando o cliente tem expressões emocionais em terapia?

Meyer (2006) também descreveu algumas indagações gerais relativas ao processo de mudança clínica apresentadas por Mahrer (1998), por exemplo: Se o terapeuta se comportar de determinada forma quando o cliente apresentar um determinado comportamento, quais os resultados? Já tendo obtido um resultado, quais foram os comportamentos do terapeuta apresentados diante de comportamentos do cliente que produziram esse resultado? Dado um determinado problema ou comportamento do cliente, que comportamento do terapeuta pode produzir um determinado resultado?

Embora essas questões sejam relevantes, questões mais elementares precisam ser respondidas pelos pesquisadores, tais como: Existem fatores terapêuticos que estão presentes em distintos tipos de tratamento? Se existem, o quanto significativo eles são para a melhora do cliente? Por fim, uma pergunta que aglutina essas preocupações e que ainda não foi completamente respondida por pesquisas é: O que é mais importante para que a mudança ocorra: uma boa relação terapêutica ou o uso de técnicas poderosas? (Meyer, 2006).

Observa-se com essa explanação que a pesquisa em psicoterapia envolve pelo menos duas dimensões: resultado e processo. De acordo com Peuker et al., (2009, p. 440), “os avanços mais significativos no âmbito da pesquisa em psicoterapia estão direcionados à compreensão do contexto das interações terapêuticas através de métodos que creditem cientificidade ao conhecimento produzido no campo”. Por essa razão, eles acentuaram que é necessário conhecer em profundidade os fatores que podem estar relacionados ao processo-resultado da psicoterapia. As respostas às perguntas sobre esses fatores têm permitido a identificação de dois conjuntos de variáveis responsáveis pela mudança em psicoterapia, a saber: os fatores específicos e os fatores comuns (Garfield, 1995).

### **1.1 O processo de mudança em psicoterapia: fatores comuns e fatores específicos**

Há um consenso geral de que a terapia produz benefícios para um grande número de clientes, entretanto é necessário compreender como esses benefícios são produzidos. Um caminho para essa compreensão é identificar os aspectos da terapia que favorecem os resultados positivos (Gavino, 1996). Em um levantamento realizado com o objetivo de mensurar os fatores que favorecem a produção de resultados positivos em terapia, Garfield (1995) verificou que existem procedimentos que são empregados por todos os terapeutas (fatores comuns), a despeito de sua abordagem teórica e outros que são próprios à perspectiva teórica a qual o terapeuta está vinculado (os fatores específicos).

Os fatores específicos que contribuem para a mudança clínica são aqueles relacionados às técnicas singulares empregadas por diferentes terapias (interpretação, obtenção de insight, associação livre, análise de transferência, interpretação de sonhos, confrontação, exposição in vivo, correção de pensamentos disfuncionais, dentre outras); enquanto os fatores comuns compreendem os elementos presentes em diferentes formas de psicoterapia e que compõem a relação terapêutica, bem como qualquer relação humana de boa qualidade, a saber: empatia, aceitação, calor humano, compreensão, autenticidade, respeito, apoio, cuidado (Meyer & Vermes, 2001).

O estudo dos “fatores específicos” diz respeito à escolha intencional e seletiva pelo terapeuta de técnicas que ele considera mais eficazes para que o melhor resultado terapêutico seja produzido para um cliente em particular e, na medida em que estudos dessa natureza são realizados, um conjunto de técnicas psicoterapêuticas empiricamente validadas pode ser desenvolvido (Chambless & Ollendick, 2001). Por outro lado, o campo de estudo dos “fatores comuns” busca evidenciar elementos compartilhados por todas as formas de psicoterapia que contribuem para a mudança clínica (Greencavage & Norcross, 1990).

A pesquisa sobre fatores específicos permite a identificação de elementos peculiares a diferentes abordagens psicoterápicas que são responsáveis pelas mudanças em psicoterapia. Por outro lado, a pesquisa sobre fatores comuns tem como meta a mensuração de elementos compartilhados por diferentes tradições terapêuticas, que compõem uma relação interpessoal de qualidade e estão associados ao sucesso do tratamento.

Alguns fatores comuns foram apresentados por Cordioli (1998), que os descreveu como não-específicos e destacou a relevância deles para o sucesso das terapias: 1) uma relação de confiança intensa e emocionalmente fortalecida com a pessoa que ajuda; 2) uma racional explicativa das causas dos problemas do cliente e na qual se fundamente a técnica; 3) acesso a novas informações sobre a natureza dos problemas e alternativas de como manejá-los; 4) aumento da esperança de auxílio em virtude das qualidades e capacidades do terapeuta; 5) possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida, produzindo um aumento da autoconfiança; e 6) oportunidade para expressar emoções.

Os fatores comuns compreendem os ingredientes que compõem a relação que se estabelece entre o cliente e o terapeuta e, a esse respeito, a literatura sobre psicoterapia tem indicado que a qualidade da relação terapêutica é uma condição necessária para que o processo terapêutico produza bons resultados (Horvath, 2005; Meyer & Vermes, 2001). Uma vez reconhecida essa associação, tornou-se unânime entre clínicos e pesquisadores que o sucesso das intervenções psicoterápicas depende diretamente da qualidade do relacionamento que se estabelece entre terapeuta e cliente (Delliti, 2005; Gomes, Ceitlin, Hauck & Terra, 2008; Kohlenberg & Tsai, 2001; Meyer, 2001; Meyer & Vermes, 2001; Peres, 2009; Rogers, 1961; Shinohara, 2000; Wielenska, 2000; Zamignani, 2007).

No debate sobre mecanismos de mudança da psicoterapia alguns autores, como Rosenzweig (1936) e Luborsky et al., (2002), argumentaram que os resultados do tratamento se devem mais aos fatores comuns, como a aliança terapêutica estabelecida entre cliente e

terapeuta, do que propriamente às diferenças no tipo de intervenção psicoterápica empregada por esse profissional. Essa perspectiva sugere que a aliança terapêutica, enquanto um fator comum, merece ser consistentemente compreendida por clínicos e pesquisadores, pois tem grande impacto sobre a melhora do cliente, a despeito do tipo de psicoterapia empregada.

Diferentes terminologias são empregadas por distintas escolas de psicoterapia para se referir à relação estabelecida entre terapeuta e cliente, sendo algumas delas: Aliança de Trabalho (Bordin, 1979); Relação Terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 2001); Aliança Terapêutica (Freud, 1913/1996); Relação de Ajuda (Miranda & Miranda, 1999; Rogers, 1961); Interação Terapeuta-Cliente (Silveira & Kerbauy, 2000; Brandão, 2000). Essas diferentes nomenclaturas estão comprometidas com abordagens terapêuticas que se sustentam em perspectivas ontológicas e epistemológicas, amiúde, divergentes. Entretanto, a despeito das especificidades dos referenciais teórico-metodológicos que as subsidiam, todas elas parecem se referir, peculiarmente, a um mesmo fenômeno: o relacionamento interpessoal estabelecido entre o terapeuta e cliente no contexto terapêutico. Defende-se, unanimemente, a importância da relação terapêutica para o sucesso do tratamento.

Alguns estudos que buscaram identificar a associação entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados positivos em terapia foram descritos por Meyer e Vermes (2001), as quais observaram que: a percepção do cliente sobre a relação terapêutica está correlacionada à efetividade do tratamento, conforme apontaram Ford (1978), Luborsky e colaboradores (1985) e Silove, Parker e Manicavasagar (1990); que os clientes que avaliam de forma positiva seus terapeutas no início do processo terapêutico foram justamente os que atingiram mais efetivamente seus objetivos, como indicaram Frank e Frank (1993); e que, de acordo com Marziali (1984), a concordância entre terapeuta e cliente sobre a qualidade da relação terapêutica foi um fator preditivo para a efetividade do tratamento.

Pesquisas como essas, que demonstram a associação entre a qualidade da relação terapêutica e o desenvolvimento promissor da psicoterapia, fortalecem o consenso observado na literatura de que o relacionamento estabelecido entre o terapeuta e o cliente é um dos determinantes das mudanças terapêuticas. Esse pressuposto, construído mediante muitas pesquisas e debates teóricos, sugere que a relação terapêutica pode ser identificada como uma variável integrativa relevante do processo terapêutico. Por essa razão, ela deve ser objeto de estudos teóricos e empíricos que permitam a compreensão das especificidades que a compõem e que impactam o processo terapêutico.

Todos os fatores que impactam o sucesso da psicoterapia, sejam específicos ou comuns, devem ser cuidadosamente compreendidos através de estudos consistentes. Identificar o efeito de técnicas específicas sobre a mudança terapêutica é, sem sombra de dúvidas, relevante. Contudo, isso não deve implicar em negligência dos fatores comuns, dentre eles a aliança terapêutica, que funcionam como moduladores do sucesso do tratamento. Nesse contexto, Meyer e Vermes (2001) salientaram que se têm apontado que o sucesso de técnicas terapêuticas específicas está diretamente ligado à qualidade da relação terapêutica.

Diferentes tentativas de quantificar, em termos de efeitos terapêuticos, vários dos componentes que impactam a psicoterapia podem ser observadas na literatura. Norcross (1986) descreveu uma relação de importância desses vários componentes, atribuindo 30% ao terapeuta, 60% ao cliente e menos de 10% às especificidades da técnica. Em um empreendimento análogo, Lambert (1992) desenvolveu uma revisão qualitativa de vários estudos para identificar o grau de importância dos componentes no resultado final da psicoterapia e concluiu que 40% se deve ao cliente/fatores extra terapêuticos, 30% a fatores relacionais, 15% a fatores relacionados com efeito placebo, esperança e expectativa de mudança e 15% a fatores específicos, ou seja, a técnica terapêutica empregada no tratamento.

Wampold (2001) conduziu um estudo que lhe permitiu mensurar a importância de diferentes componentes para o resultado final da psicoterapia. Ele estimou que os fatores específicos seriam responsáveis por 8% da variância no resultado das psicoterapias e os fatores comuns responsáveis por 70%, e, ainda, que outros fatores não explicados corresponderiam a 22%. Estes achados, juntamente com aqueles encontrados por Norcross (1986) e Lambert (1992), parecem indicar um fato que tem sido difícil de contestar na pesquisa em psicoterapia, a saber: os fatores comuns, especialmente a relação terapêutica, têm um grande impacto sobre o resultado final do tratamento.

De todos os componentes que podem ser definidos como comuns a todas às psicoterapias, a aliança terapêutica tem sido descrita como o mais promissor deles para a investigação futura (Bordin, 1976 citado em Krupnick et al., 2006). Diante dessa constatação, a aliança terapêutica tem sido considerada como a “quintessência”, enquanto variável integrativa (Wolfe & Goldfried, 1988), que conforme se acredita, pode influenciar os resultados de uma gama de psicoterapias, a despeito de suas diferenças terapêuticas e técnicas.

É importante destacar, nesse contexto em que a aliança terapêutica ganha relevo como um dos componentes mais importantes para o sucesso do tratamento, que a associação demonstrada entre a aliança terapêutica e os êxitos da psicoterapia nada diz acerca de que fatores específicos contribuirão para uma boa relação terapêutica, ou se essa boa aliança se mantém estável ao longo do tempo da terapia (Ramos, 2008). Na tentativa de mensurar mais claramente esses fatores específicos, Bordin (1979) elaborou uma definição do constructo aliança terapêutica, descrevendo que ela é composta por três grandes dimensões, a saber: vínculo, objetivos e tarefas. O vínculo inclui a confiança mútua, aceitação e confidênci. Os objetivos compreendem as metas esperadas com o tratamento, mutuamente definidas pela diáde. As tarefas envolvem ações e pensamentos a serem desempenhados no processo terapêutico, que devem ser considerados relevantes pela diáde.

A proposta de Bordin (1979) sobre as três dimensões que compõem a aliança terapêutica tem sido amplamente empregada na literatura sobre psicoterapia e oportunizou o desenvolvimento de diferentes instrumentos para a investigação de como tais dimensões afetam a interação com o cliente. Dentre esses instrumentos podem ser mencionados o WAI – Working Alliance Inventory, desenvolvido por Horvath e Greenberg (1989) e o CALPAS – California Psychotherapy Alliance Scale, construído por Gaston e Marmar (1994).

De acordo com Kanamota (2013), embora os três componentes mencionados anteriormente sejam utilizados por muitos estudos e sejam a base para o desenvolvimento de instrumentos avaliativos, pouco descrevem que comportamentos do terapeuta devem ser esperados quando ele confia, aceita, comprehende ou mesmo quando propõe uma tarefa o define um objetivo. Assim, pesquisas que tentem operacionalizar as variáveis envolvidas nas dimensões da aliança terapêutica apresentadas por Bordin (1979) são relevantes, pois permitirão o avanço no manejo delas para o sucesso do tratamento.

## **1.2 Terapia Baseada em Evidências: identificando tratamentos empiricamente suportados**

Diferentes empreendimentos científicos têm sido conduzidos ao longo da história da pesquisa em psicoterapia e dois objetivos estão no centro de suas investigações, que são: 1) justificar a eficácia da psicoterapia, enquanto tratamento psicológico sustentado por evidências empíricas; e 2) descrever os elementos da psicoterapia que a torna eficaz, incluindo fatores específicos e fatores comuns. Dentre esses empreendimentos, dois se destacaram. O primeiro foi a criação da Divisão 12 da Força Tarefa para a Divulgação e Promoção de Procedimentos Psicológicos da APA (American Psychological Association), visando discutir critérios indispensáveis para a validação empírica de modelos terapêuticos,

bem como a elaboração de uma lista de métodos e modelos aprovados segundo os critérios definidos como imprescindíveis (Chambless & Ollendick, 2001).

Com esse projeto científico, 18 tratamentos que dispunham de bases empíricas consistentes foram identificados. Todos tinham em comum o emprego de testes controlados com população específica e foram implementados de forma padronizada, sendo o manual de tratamento rigorosamente seguido. Com essa Força Tarefa um importante passo na pesquisa em psicoterapia foi dado, pois se concluiu que algumas psicoterapias eram empiricamente validadas, enquanto outras não eram cientificamente embasadas (Força Tarefa, 1995). Com essa conclusão o interesse por tratamentos empiricamente suportados, ou seja, efetivos, aumentou e assim muitas pesquisas comprovaram a eficácia da psicoterapia (APA, 2006; Seligman, 1995).

A atenção dada aos tratamentos breves e padronizados, no entanto, gerou algumas preocupações entre os psicólogos, por exemplo: 1) a ênfase dada aos efeitos dos tratamentos específicos em oposição a outros componentes que poderiam alterar os resultados e, 2) a aplicabilidade desses tratamentos para diversos tipos de clientes, com diferentes comorbidades, personalidades, raça, etnia e cultura (Oshiro, 2011). Constatou-se que a comprovação da eficácia da psicoterapia representou um avanço científico relevante, todavia, dada a complexidade do processo terapêutico, tornou-se fundamental mensurar os mecanismos responsáveis pela mudança clínica, um caminho que poderia explicar por que a terapia funciona e como isso ocorre (Greenberg, 1999; Kazdin, 1999; 2001; 2003).

Não há dúvidas de que a compreensão dos mecanismos da terapia contribuirá para que os terapeutas otimizem os efeitos do tratamento e fortaleçam a generalização para a prática clínica (Kazdin, 2003; Kazdin & Nock, 2003). Foi nessa direção que emergiu um segundo importante empreendimento científico, que buscou responder às preocupações e demandas referentes aos mecanismos de mudança clínica e oferecer um enquadramento adicional para

integrar evidências das pesquisas disponíveis. Ele foi iniciado por grupos de psicólogos e incluiu outras divisões da APA. Tratou-se do estabelecimento, pela divisão 29 da APA (Psicoterapia), de uma Força Tarefa para identificar, operacionalizar e divulgar dados de estudos empiricamente embasados sobre a relação terapêutica, em virtude da forte associação entre os resultados da psicoterapia e os aspectos dessa relação.

Foi nesse cenário que, em 2005, a Força Tarefa sobre a Prática Baseada em Evidência surgiu, sendo composta por cientistas e profissionais de diferentes tradições e perspectivas psicológicas. O principal objetivo desse projeto foi definir e explicitar os princípios dessa prática, bem como definir “Práticas Psicológicas baseadas em evidências” como a “integração do que há de melhor da pesquisa disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do paciente” (Levant, 2005, p. 5). Com o interesse de alcançar esse objetivo, Castonguay e Beutler (2006) conduziram uma sistematização que identificou 61 princípios (comuns e únicos) envolvidos na mudança terapêutica. Esses princípios foram discutidos na Força Tarefa sobre Princípios da Mudança Terapêutica Empiricamente Baseados, um projeto conjunto da Divisão 12 da APA com a Sociedade Americana de Pesquisas em Psicoterapia.

Com as explorações realizadas por Castonguay e Beutler (2006) foi possível concluir que as características do terapeuta e do cliente, incluindo princípios comuns e únicos, poderiam ser observadas e inferidas. No que diz respeito às características observadas, alguns princípios comuns de mudança terapêutica podem ser mencionados: 1) clientes com elevado nível de comprometimento antes do tratamento são menos propensos a se beneficiarem da terapia do que aqueles com um nível mais alto de funcionamento e; 2) clientes com transtorno de personalidade são menos propensos a serem ajudados pela terapia do que aqueles que não têm este diagnóstico.

No que se refere aos princípios únicos dos participantes (terapeuta e cliente), Castonguay e Beutler (2006) identificaram, no que diz respeito às características observadas:

- 1) clientes de grupos raciais ou étnicos menos favorecidos se beneficiam menos da psicoterapia individual do que grupos anglo-americanos;
- 2) as taxas de abandono são reduzidas se terapeutas e clientes são provenientes de contextos raciais/étnicos iguais ou semelhantes;
- 3) ao cliente resistente: o uso de intervenções mais diretivas deve ser inversamente proporcional a níveis altos de resistência do cliente;
- 4) clientes com elevados níveis de dificuldade inicial respondem melhor ao tratamento intensivo, a longo prazo;
- 5) clientes impulsivos, que atribuem a responsabilidade de seus atos a fatores externos, apresentam mais progressos com intervenções que visam diretamente a mudança de comportamento e a redução dos sintomas.

No que se refere às características inferidas, em termos de princípios únicos do terapeuta e do cliente, Castonguay e Beutler (2006) identificaram que:

- 1) tratamentos com melhores efeitos tendem a ocorrer se psicoterapeutas são abertos, conhecedores e tolerantes a falhas de diferentes pontos de vistas dogmáticos;
- 2) o terapeuta pode aumentar a sua eficácia se ele tem atitudes de flexibilidade;
- 3) tratamentos podem obter efeitos positivos se o terapeuta ficar confortável com o relacionamento a longo prazo e emocionalmente intensos;
- 4) os benefícios dos tratamentos podem ser aumentados se o terapeuta é capaz de tolerar sentimentos de negativos em relação ao cliente

Os princípios da mudança terapêutica envolvidos na relação terapêutica podem ser resumidos em três áreas, a saber: 1) qualidade do relacionamento terapêutico – a terapia tem maior probabilidade de ser mais produtiva se uma forte aliança é formada e mantida durante o tratamento; 2) habilidades interpessoais do terapeuta - terapeutas empáticos e autênticos podem produzir melhores resultados e; 3) habilidades clínicas – o uso de interpretações, quando claras e precisas, tendem a promover mudanças terapêuticas (Castonguay & Beutler, 2006). Uma vez identificados esses princípios, revisões orientadas nos pressupostos da terapia baseada em evidências mostraram a importância da relação terapêutica no contexto terapêutico. Dados relevantes encontrados nessas revisões foram sumarizados por Norcross e Wampold (2011), evidenciando a importância da relação terapêutica:

- 1) a relação terapêutica proporciona contribuições substanciais e consistentes para o resultado da psicoterapia, independentemente do tipo específico de tratamento.
- 2) é uma das razões pelas quais os clientes melhoram ou falham em melhorar, assim como os métodos de tratamento tradicionais.
- 3) as práticas ou os guias terapêuticos deveriam especificar os comportamentos e qualidades do terapeuta que promoveriam o estabelecimento da relação terapêutica.
- 4) esforços para promover melhores práticas ou práticas baseadas em evidências que não incluem a relação terapêutica são seriamente incompletas e potencialmente equivocadas.
- 5) adaptação da relação terapêutica às características particulares dos clientes, além de um diagnóstico, podem melhorar a eficácia do tratamento.

6) a relação terapêutica, junto com métodos de tratamento, características do cliente e as qualidades do terapeuta podem ser uma medida que determinam a eficácia ou ineficácia da psicoterapia.

As técnicas e intervenções também foram contempladas na análise desenvolvida por Castonguay e Beutler (2006), os quais salientaram que se o terapeuta fornecer um tratamento estruturado e permanecer focado na aplicação das intervenções, mudanças terapêuticas têm mais chances de ocorrer. Destacaram, ainda, que as intervenções não diretivas devem ser empregadas habilmente pelos terapeutas.

Castonguay e Beutler (2006) também fizeram algumas recomendações sobre a condução do processo terapêutico com clientes com transtorno de personalidade, em virtude da maior complexidade dos casos dessa natureza: 1) os terapeutas precisam ser claros e honestos ao esclarecer os limites para clientes com esse diagnóstico; 2) a motivação do cliente pode aumentar se o terapeuta: a) conseguir lidar com os impasses terapêuticos utilizando estratégias não confrontativas; b) for responsável e verdadeiro, c) se engajar estrategicamente em autorrevelações, e d) conseguir comunicar ao cliente o seu entendimento de como a mudança é difícil para ele (cliente).

Durante algum tempo a pesquisa em psicoterapia dividiu o contexto clínico em dois blocos quanto aos fatores que impactavam os resultados terapêuticos: os “fatores específicos”, entendidos como ações intencionais do terapeuta (Gavino, 1996) e os “inespecíficos”, que diziam respeito a elementos ligados a uma relação humana satisfatória, tais como empatia e aceitação incondicional. Wilson e Evans (1977) argumentaram que a expressão “fatores não específicos” era inapropriada e sugeriram sua substituição por “variáveis não especificadas”, evitando, segundo eles, o caráter definitivo sugerido pela primeira. No entendimento deles dizer que algumas variáveis não são especificadas é diferente de considerá-las “não especificáveis”.

Os dois grandes empreendimentos apresentados, tanto o referente à identificação das terapias empiricamente suportadas, quanto o que buscou mensurar os elementos comuns e únicos relacionados à mudança terapêutica, permitiram uma ampliação do entendimento de como funciona a psicoterapia. As duas forças-tarefa anteriormente apresentadas, especialmente a relacionada à exploração dos fatores comuns, confirmaram o que Wilson e Evans (1977) haviam salientado, ou seja, que na pesquisa em psicoterapia não existem variáveis “não especificáveis”, mas sim variáveis complexas que para serem mensuradas demandam pesquisas com estratégias metodológicas sensíveis a elas.

Os esforços de pesquisadores e terapeutas para especificar os mecanismos de mudança clínica, que se referem a processos ou eventos que favorecem e/ou produzem a mudança terapêutica (Kazdin, 2003), foram renovados com o surgimento das pesquisas de processo. Estudos dessa natureza, como já mencionado anteriormente, buscam investigar o que ocorre dentro da sessão de terapia entre terapeuta e cliente, configurando-se num caminho metodológico para compreender a interação terapêutica, enquanto um instrumento capaz de produzir mudanças clínicas relevantes (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986)

Pesquisas de processo podem favorecer a identificação dos elementos que colaboram para o desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica, que é construída entre o cliente e o terapeuta, pois têm como foco: 1) especificar ações ou operações que estão sendo estudadas; 2) descrever em nível molecular e molar as relações sequenciais entre essas ações ou operações e; 3) indicar os objetivos ou metas em direção para os quais o processo se dirige (Russel & Trull, 1986). Empreendimentos de pesquisa clínica orientados nesses interesses possibilitariam a análise do processo terapêutico momento a momento, facilitando a compreensão pormenorizada das singulares interações terapeuta-cliente que se estabelecem ao longo do tratamento.

Acredita-se, também, que pesquisas que visem o diálogo integrativo entre diferentes psicoterapias, com foco na aliança terapêutica, ou seja, em sua conceituação e estratégias de manejo ao longo do processo terapêutico, podem ser um caminho para a identificação de elementos comuns que impactam a qualidade do relacionamento estabelecido entre cliente e terapeuta. Estudos orientados nessa perspectiva podem favorecer a mensuração de componentes que afetam a qualidade da aliança terapêutica em certa psicoterapia que poderiam, quando analisados sistematicamente, enriquecer outras abordagens psicoterápicas. O diálogo entre psicoterapias sobre o conceito de aliança terapêutica poderia facilitar a identificação dos ingredientes que a compõem, em distintos sistemas psicoterápicos, que promovem e/ou facilitam a mudança terapêutica. Esses ingredientes, uma vez submetidos à investigação empírica, poderão abrir caminho para a mensuração de variáveis universais da mudança terapêutica, enriquecendo diferentes abordagens psicoterapêuticas.

Empreendimentos nessa direção foram realizados por Dollard e Miller (1950), que tentaram colocar os insights da teoria psicanalítica sobre um embasamento mais firme, traduzindo conceitos psicanalíticos para a teoria da aprendizagem. Trabalho semelhante foi realizado por Safran e Segal (1990), os quais utilizaram conceitos da psicologia cognitiva para aprimorar a teoria psicanalítica, tentando explicar, por exemplo, o fenômeno da transferência segundo a teoria do esquema. Além disso, terapeutas cognitivos têm atentado para características da relação terapêutica descritas no modelo psicanalítico sob o rótulo de relação transferencial, o que lhes permitiu uma melhor compreensão da resistência à mudança apresentada por alguns clientes (Leahy, 2001).

O campo de pesquisa de integração da psicoterapia é vasto, com diferentes formas de integrar duas ou mais psicoterapias (Hawkins & Nestoros, 1997). Por essa razão, a seguir serão apresentadas diferentes possibilidades de integração da psicoterapia, situando as pesquisas dessa natureza como mais uma alternativa para se ampliar as possibilidades de

estudo e compreensão da relação terapêutica e, por conseguinte, dos fatores que promovem a mudança do cliente em psicoterapia.

### **1.3 Integração em psicoterapia: caminhos da integração e seus objetivos**

O movimento de integração da psicoterapia se iniciou a partir da década de 80 (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005) e foi marcado pelo reconhecimento do valor de certos princípios e técnicas de modelos psicoterápicos distintos, que poderiam compor ou conviver harmonicamente em um mesmo roteiro terapêutico (Moreira, Gonçalves & Butler, 2005). Havia neste movimento um esforço para se olhar para além das divergências entre as abordagens psicoterápicas, objetivando-se identificar o que poderia ser apreendido de outras perspectivas a partir da comunicação entre as psicoterapias, por muito tempo adiada em razão de preconceitos e pressupostos (Dias, 2008).

Empreendimentos de integração têm sido comuns na pesquisa em psicoterapia e por meio deles se têm demonstrado possibilidades de diálogo entre modelos psicoterápicos a princípio divergentes no campo ontológico e epistemológico (Leahy, 2001; Safran, 2002; Safran & Segal, 1990). Busca-se, em análises integrativas, verificar características entre processos interventivos que, a despeito de serem explicados de maneiras diferentes – teórica e conceitualmente - apresentam similaridades e/ou complementaridade. Nesta perspectiva, Safran (2002, p. 231) afirma que, “nos últimos anos, tem havido um forte movimento para transcender os limites tradicionais entre as diferentes escolas da psicoterapia e o desenvolvimento de perspectivas mais integrativas”. A ênfase desse movimento, na perspectiva de Cravo (2008), não diz respeito às diferenças entre as várias teorias, mas sim aos aspectos comuns e nas convergências possíveis entre os princípios de duas ou mais abordagens terapêuticas.

Existem diferentes formas de integração da psicoterapia, a saber: o ecletismo técnico, a integração teórica; abordagem dos fatores comuns (Hawkins & Nestoros, 1997; Norcross & Newman, 1992) e a integração assimilativa (Messer, 1992). Cada uma dessas formas apresenta certas peculiaridades no que diz respeito ao objetivo de integrar duas ou mais modalidades de psicoterapia e, logo, os termos como ecletismo, integração teórica, abordagem de fatores comuns e integração assimilativa não podem ser tomados como sinônimos. Cada um apresenta objetivos claramente definidos e orientam caminhos que, apesar de poderem se complementar, têm fins diferentes.

### *1.3.1 Ecletismo Técnico*

O ecletismo técnico é orientado empiricamente e os intitulados ecléticos técnicos combinam diferentes formas de intervenções de base empírica em qualquer tratamento, sem a necessidade de uma análise do modelo teórico a elas subjacente (Trijsburg, Colijn & Homes, 2007). Essa forma de integração foi proposta por Arnold Lazarus em 1967, autor que sustentava a possibilidade de o terapeuta se utilizar de técnicas oriundas de sistemas psicoterápicos diferentes, sem análises mais aprofundadas a respeito das teorias e perspectivas filosóficas que as sustentavam. Embora Lazarus tenha tentado divulgar essa forma de integração em psicoterapia durante a década de 70, recebeu críticas em relação a sua proposta, nas quais se argumentava que a psicoterapia perderia em profundidade ao desvincular a técnica da orientação teórica e epistêmica que a tinha produzido (Hawkins & Nestoros, 1997).

A psicoterapia eclética sistemática de Beutler e a terapia multimodal de Lazarus são exemplos de modelos que se utilizam do ecletismo técnico. Trijsburg, Colijn e Homes (2007) salientaram que a proposta de Beutler “parte da necessidade de formas pragmáticas de tratamentos ecléticos e se baseia na crença de que diferentes intervenções apresentam efetividade para diferentes tipos de pacientes em diferentes fases do tratamento” (p. 139).

Quanto ao modelo multimodal, Lazarus (1977) destacou que ele não pressupõe identificação com qualquer escola específica do pensamento psicológico e também não é uma escola separada em si mesma. Os praticantes desse modelo são pragmáticos e aceitam o empirismo científico, além disso conceitualmente assumem a posição positivista em combinação com a postura de quem busca uma síntese criativa (Lazarus, 1977).

### *1.3.2 Integração Teórica*

Na integração teórica “teorias diferentes são combinadas em uma tentativa de produzir uma estrutura conceitual superior e abrangente” (Safran, 2002, p. 246). Para além da otimização dos efeitos terapêuticos, a integração teórica pode se basear em teorias existentes e aparentemente antagônicas e, a partir de uma síntese delas, produzir uma nova estrutura com sua própria base teórica (Trijsburg, Colijn & Homes, 2007). O modelo da psicodinâmica cíclica (Wachtel, 1997) é um exemplo de integração teórica. Ele originalmente foi conceituado como uma maneira de aglutinar perspectivas cognitivo-comportamentais e psicanalíticas e acabou mais tarde incorporando também dimensões sistêmicas e até sociais e culturais.

Ryle (1990), a partir de uma integração teórica, uniu o melhor das práticas cognitivo-comportamental e psicanalítica em uma terapia bem estruturada e de tempo limitado. Outro exemplo possível foi a união realizada por Safran e Segal (1990) das abordagens cognitiva, experimental e interpessoal em uma teoria da terapia única. De acordo com Safran (2002) essas teorias integrativas superiores conduzem a novas formas de terapia que se capitalizam através das forças de cada um dos seus elementos. Entretanto, ele ressalta que, “apesar da integração de teorias puras em uma teoria superior trazer certas vantagens, a teoria integrativa pode perder um pouco da sabedoria prática, que evolui com o passar do tempo em seus sistemas terapêuticos componentes” (p. 246).

Vieira e Vandenberghe (2011) sinalizaram que, enquanto a integração se origina a partir de um amadurecimento teórico de diálogos reflexivos de uma abordagem com outras, o ecletismo surge como uma forma de intercâmbio entre psicoterapias, sem a elaboração de uma reflexão crítica sobre a própria teoria. Sundfeld (2000) argumentou que “esta atitude essencialmente pragmática é também uma atitude empobrecedora da compreensão do psicoterapeuta, que corre o risco de tornar-se um mero manipulador de técnicas” (p. 256). Outra crítica ao ecletismo técnico foi descrita por Hawkins e Nestoros (1997). Segundo eles a psicoterapia perderia em profundidade ao desvincular a técnica da orientação teórica e epistêmica que a tenha produzido.

Há diferentes críticas ao ecletismo técnico, como notou-se no posicionamento dos autores no parágrafo anterior. Sobre essas críticas é pertinente acentuar que o ecletismo técnico pressupõe o empréstimo de algumas técnicas de diferentes psicoterapias que são incorporadas à estrutura teórica com a qual o terapeuta trabalha, modificando-as um pouco em relação à maneira como foram concebidas e aplicadas dentro de seus paradigmas originais (Lazarus & Messer, 1991). Assim, identifica-se que adaptações são necessárias quando uma intervenção ecleticamente orientada é realizada, contrariando aquelas críticas direcionada a Lazarus, defensor de que se pode usar técnicas de diferentes escolas de psicoterapia e permanecer teoricamente coerente (Dryden, 1987 citado Lazarus, 1998).

### *1.3.3 Integração Assimilativa*

Conforme Safran (2002) a integração assimilativa, uma outra forma de integração da psicoterapia, é um caminho possível para “a incorporação de atitudes, perspectivas ou técnicas de uma terapia à outra, consciente de como o contexto molda o significado de elementos estranhos” (p. 250). Para ele, esse modo de integração propicia um embasamento firme em qualquer sistema de psicoterapia, sem deixar de manter ativa a disposição para

incorporar ou assimilar perspectivas ou práticas de outros sistemas terapêuticos. Um exemplo dessa forma de integração foi o estudo de Raskin (2007), que demonstrou a possibilidade de se importar técnicas de outras psicoterapias sem se distanciar de sua perspectiva construtivista. Na ocasião a relação de contratransferência, as crenças irracionais e o automonitoramento foram assimilados numa perspectiva construtivista.

Entende-se que o ecletismo técnico, conforme o apresentaram Lazarus e Messer (1991), e a integração assimilativa requerem um olhar atento do terapeuta ao integrar perspectivas e/ou técnicas de outras psicoterapias ao modelo teórico com o qual ele está comprometido. Reconhece-se nessas formas de integração que ajustes são necessários, para que o terapeuta respeite os contornos da tradição terapêutica a qual esteja primariamente vinculado. Na perspectiva de Safran (2002), a integração assimilativa é fruto de “um processo evolutivo, no qual o contato com a diferença leva a uma integração verdadeira, mesmo que não reconhecida” (p. 250). Todavia ele admoesta, “para conduzir esse diálogo com o outro de forma significativa, deve-se ser conchedor e bastante enraizado em pelo menos uma tradição e conhecer sua própria posição” (p. 250).

#### *1.3.4 Abordagem dos Fatores Comuns*

Outra forma de integração da psicoterapia é a abordagem dos fatores comuns, que consiste em se identificar processos comuns que estão presentes em todas as psicoterapias eficazes, a despeito da racional explicativa que cada perspectiva propõe (Norcross, 2010). Há nessa forma de integração uma tentativa de utilizar e combinar aspectos que são comuns a todas as psicoterapias (Trijsburg, Colijn & Homes, 2007). No que se refere à importância de estudos dessa natureza, Rosenzweig (1936) sustentou que a eficácia de muitos métodos terapêuticos está mais relacionada com os elementos comuns compartilhados pelas diferentes formas de psicoterapia do que com as explicações teóricas nas quais elas se sustentam.

Luborsky, Singer e Luborsky (1975), em análise às duas primeiras décadas de investigações controladas em psicoterapia, identificaram que: 1) grande porcentagem de clientes se beneficiava com a psicoterapia e; 2) a maior parte dos estudos comparativos realizados entre diferentes formas de psicoterapia não apontaram diferenças significativas entre os modelos no que diz respeito aos benefícios promovidos aos clientes no final do tratamento. Esse estudo desenvolveu-se a partir da máxima de Rosenzweig (1936), conhecida como “Veredito do pássaro Dodô – todos ganham e todos merecem prêmios”, uma referência ao livro da Alice no País das Maravilhas que narra a história de uma competição em que todos os participantes são ganhadores no final. Assim, sustentou-se que as diferentes psicoterapias apresentavam vários fatores comuns que eram responsáveis pela inexistência de diferenças de resultados entre elas.

Luborsky et al., (2002), em um artigo intitulado “The Dodo Bird verdict is alive and well – mostly” descreveram um estudo que envolveu 17 meta-análises sobre comparação entre psicoterapias. Essas meta-análises incluíram apenas a comparação de tratamentos ativos e focaram na extensão de seus efeitos. Os autores concluíram que os efeitos das psicoterapias analisadas apresentavam diferenças pequenas ou não significativas e que essa assimetria era ainda menor quando se corrigia a afiliação do investigador. É pertinente esclarecer que esse último parâmetro diz respeito à tendência apresentada por investigadores vinculados a determinadas orientações psicoterapêuticas para identificarem resultados mais favoráveis no seu campo de trabalho quando fazem estudos de comparação.

Os fatores comuns têm sido associados a qualidades inerentes à relação terapêutica e existentes em qualquer relação humana de boa qualidade (Meyer & Vermes, 2001; Saramago, 2008). Por essa razão, a maior preocupação em se identificar a natureza desses fatores tem sido nomeada, no âmbito da comunidade científica voltada para questões empíricas referentes à eficácia da psicoterapia, como a “virada relacional” (Norcross, 2002). Esse termo foi

utilizado com o propósito de evidenciar que a aplicação adequada de técnicas não era o único fator relevante da mudança terapêutica (Assunção & Vandenberghe, 2010). Portanto, embora o estudo e a aplicação de técnicas com sustentação empírica não tenham perdido sua relevância, fatores da relação terapêutica começaram a ser estudados mais sistematicamente, pois, conforme as pesquisas supracitadas indicaram, eles afetam diretamente os resultados do tratamento (Chambless & Ollendick, 2001).

Nesse cenário, o desafio é tornar esses fatores comuns mais compreensíveis, dada sua importância no processo de mudança clínica do cliente. Esse empreendimento é necessário, pois “é importante o questionamento e a discussão em torno das definições de fatores comuns para que não se caia na tentação de gerar sínteses redutoras que anulem as diferenças em nome de uma homogeneização” (Sundfeld, 2000, p. 256). Frente a essa necessidade, diferentes estudos permitiram a identificação de alguns dos fatores comuns entre as psicoterapias, conforme pode ser observado no Tabela 1:

Tabela1: Fatores comuns compartilhados por distintas psicoterapias

Rosenzweig (1936)	1) A personalidade do terapeuta; 2) a interpretação; e 3) os efeitos sinérgicos de diferentes abordagens terapêuticas.
Garfield (1973)	1) Esperança; 2) expectativa com da mudança; 3) confiança; 4) relação emocional; 5) facilitação da emoção; 6) catarse; 7) recepção de informação; 8) impacto social do terapeuta.
Frank (1972/1974)	1) Estabelecimento de uma relação emocionalmente significativa; 2) um contexto adequado, que ofereça segurança ao cliente, de modo que ele perceba que suas informações serão mantidas em confidencialidade, garantindo a credibilidade e prestígio do terapeuta; 3) estabelecimento de uma teoria que forneça uma racional explicativa para os problemas do cliente; e 4) um ritual ou procedimento terapêutico no qual participem terapeuta e cliente, que deverá ser o meio para produzir a melhora clínica esperada.
Grencavage & Norcross (1990)	1) Características do cliente – expectativas positivas e esperança ou fé; 2) características do terapeuta – afetividade, entendimento empático e aceitação; 3) processos ou princípios de mudança; 4) estrutura da intervenção terapêutica – setting e comunicação; e 5) elementos de relacionamento – aliança terapêutica e envolvimento no tratamento.
Garfield (1997)	1) Explicação; 2) interpretação; 3) compreensão; 4) relação

	terapêutica; 5) libertação emocional ou catarse; 6) reforço; 7) confrontação com o problema; 8) transmissão de informação; 9) restauração da confiança e fornecimento de apoio; 9) envolvimento emocional do cliente; 10) promoção do coping; 11) aprendizagem terapêutica; e 12) passagem do tempo e seu papel sobre as experiências humanas.
--	--

Karver, Handelsman, Fields e Bickman (2005) fizeram uma revisão sobre a aplicação dos fatores comuns na terapia com crianças, adolescentes e famílias, enfatizando os aspectos da relação terapêutica e concluíram que ela afeta a melhora clínica por meio de vários processos, dentre os quais se destacaram:

- Características pré-tratamento dos clientes: pais, filhos, membros da família; e Características pré-tratamento do terapeuta: orientação técnica, sofrimento pessoal, habilidades interpessoais, sentimentos conflituosos e complexidade cognitiva.
- Sentimentos, reações e percepções do terapeuta e suas habilidades interpessoais - estabelecer relação empática, calorosa, orientadora, que transmita confiança e valorização do cliente
- Autorrevelação do terapeuta: pensamentos e sentimentos pessoais e habilidades de influência direta: por exemplo, explicações claras sobre o tratamento ou planejamento da sessão, fornecimento de conselhos, experiências corretivas comportamentais ou emocionais
- Credibilidade e persuasão do terapeuta para influenciar diretamente a esperança de mudança por parte do cliente
- Autonomia do cliente: evitar a dependência do cliente, que pode diminuir sua motivação para o tratamento.
- Afeto dirigido ao terapeuta: identificado como um precursor para dar condições ao cliente jovem poder trabalhar conjuntamente com o terapeuta, pois influencia sua esperança para a mudança.
- Motivação para a terapia e mudança por parte do cliente e Motivação da família para participar do tratamento.
- Participação dos pais e do cliente no tratamento.
- Aliança terapêutica com clientes crianças e adolescentes, pais e família.

Em um levantamento realizado por Trijsburg et al., (2004), 1.142 psicoterapeutas de diferentes abordagens terapêuticas avaliaram 72 intervenções com Escala de Avaliação Abrangente de Intervenções Psicoterapêuticas. A análise permitiu a identificação não apenas de fatores comuns, mas também de fatores específicos. Os fatores específicos identificados foram: intervenções comportamentais, cognitivas, experienciais, psicanalíticas, psicodinâmicas, estratégicas e “chairwork” (gestalt-humanista). Os fatores comuns foram: facilitação, apoio autorizado, treinamento, processo diretivo e intervenções estruturantes.

### *1.3.5 Fatores comuns da mudança terapêutica: para além da relação terapêutica*

Trijsburg, Colijn e Homes (2007, p. 145), em análise ao estudo de Trijsburg et al., (2004), destacaram que “além do fator facilitador, já estabelecido na literatura, o apoio autorizado, o treinamento, o processo diretivo e as intervenções estruturadas foram achados inesperados”. Eles salientaram que esse estudo evidenciou que as próprias intervenções específicas, que tradicionalmente são vinculadas a perspectivas terapêuticas específicas, são comuns a várias escolas. Dessa maneira, enfatizaram que a combinação dos fatores específicos e comuns é imprescindível na promoção da mudança terapêutica. Nota-se que não é tarefa fácil estimar o quanto da mudança clínica se deve a influência dos fatores comuns, visto que muitas variáveis interagem na promoção do sucesso da terapia e, dessa maneira, os fatores comuns não devem ser caracterizados como os únicos que contribuem para a mudança em psicoterapia (Garfield, 1973).

Retoma-se nesse momento os dados encontrados por Trijsburg et al., (2004), ou seja, intervenções tradicionalmente consideradas específicas se mostraram comuns a diferentes sistemas terapêuticos. Análise semelhante foi desenvolvida por Vandenberghe (2001) a partir de uma sistematização das convergências e divergências mais relevantes entre as principais correntes psicoterápicas dentro da Terapia Comportamental. Nessa análise ele incluiu a

Terapia de Aceitação e Compromisso, a Psicoterapia Analítica Funcional, a Terapia Comportamental Racional Emotiva e a Terapia Cognitiva. A conclusão de Vandenberghe (2001) foi que essas terapias representam tradições claramente articuladas na literatura e que cada uma delas “identifica um conjunto de ideias e estratégias clínicas bem identificadas na literatura, mas em muitos casos parece que o que é feito durante a sessão nas diferentes linhas, se assemelha muito mais do que os conceitos teóricos que sustentam as práticas” (p. 180).

Quando Vandenberghe (2001) salienta que “*se assemelham muito mais*” ele se refere ao campo daquilo que o terapeuta *faz* na interação com o cliente, ao longo do processo terapêutico. Em contrapartida, quando destaca “*do que os conceitos teóricos empregados para sustentar suas práticas*”, ele faz menção ao campo explicativo daquilo que o terapeuta faz. Nesse último caso trata-se da racional explicativa utilizada pelo terapeuta para sustentar sua ação numa e não em outra direção na interação terapêutica, de acordo com o referencial teórico-conceitual ao qual está vinculado.

Kohlenberg e Tsai (2001), ao se referirem à Psicoterapia Analítica Funcional, desenvolvida por eles e fundamentada no Behaviorismo radical, argumentaram que “como acontece com várias terapias, frequentemente o por que nós fazemos o que fazemos nos distancia de outros sistemas mais do que aquilo que nós realmente fazemos” (p. 93). Sugere-se, com esse pressuposto, que terapias com diferentes fundamentos ontológicos e epistemológicos poderiam apresentar similaridades quanto às estratégias terapêuticas adotadas, entretanto essa semelhança rui quando se questiona o porquê da adoção de tais estratégias. Observa-se, dessa maneira, a diferenciação entre topografia e função (Skinner, 1953/2003). Enquanto a primeira se preocupa com perguntas do tipo “o que é feito ao longo do processo terapêutico? ”, a segunda está interessada em responder perguntas do tipo “por que se fez A ou B em certo momento da terapia? ”.

Vandenbergh (2001) e Kohlenberg e Tsai (2001) parecem sugerir que terapeutas podem agir de modo semelhante na interação com o cliente, embora “rotulem” seus comportamentos de acordo com a abordagem terapêutica na qual estão sustentados. Essa perspectiva abre caminhos para a integração entre psicoterapias via abordagem dos fatores comuns, na qual se defende a existência de ingredientes comuns a diferentes abordagens terapêuticas que contribuem para o sucesso do tratamento, que são inerentes à relação terapêutica. Entretanto, para além da relação terapêutica, como evidenciaram Trijsburg, Colijn e Homes (2007), as próprias intervenções específicas, como o processo diretivo e as intervenções estruturadas, que tradicionalmente diferenciam as psicoterapias, parecem ser comuns a distintas abordagens psicoterápicas.

### *1.3.6 Questões sobre a integração da psicoterapia e sua possível relação com as práticas baseadas em evidências*

A apresentação dessas formas de integração da psicoterapia talvez gere diferentes questionamentos, tais como: integrações teóricas e assimilativas entre psicoterapias podem ser um caminho inicial para que uma abordagem de fatores comuns mais abrangente seja elaborada? O ecletismo técnico seria um caminho para a identificação de diferentes técnicas empiricamente validadas que contribuem para as mudanças clínicas do cliente? Em síntese, o seguinte questionamento é possível: quando se identifica possibilidades de contextualização de perspectivas, conceitos e técnicas de uma forma de psicoterapia a partir do referencial teórico e conceitual de outra, mediante a integração assimilativa: não se estaria caminhando na direção da descoberta de fatores universais da mudança terapêutica?

Especulações dessa natureza devem sair do plano meramente reflexivo e se transformar em objetos de estudo não apenas de psicoterapeutas e pesquisadores interessados na pesquisa de integração da psicoterapia, mas de todos aqueles que se interessam na

identificação dos elementos ativos da mudança terapêutica. Estudos conceituais e empíricos poderão permitir analisar, com mais consistência, se a integração da psicoterapia é um caminho desejável para que se otimize o potencial terapêutico de diferentes psicoterapias. Assim, com dados consistentes a respeito dos questionamentos supramencionados, certamente se avançará na identificação dos processos que compõem as psicoterapias e na análise de como eles podem ser integrados para maximizar a mudança terapêutica.

Uma última indagação que talvez ocorra é a seguinte: se já existe um movimento encabeçado por psicólogos e pesquisadores na busca de práticas psicológicas baseadas em evidência e, para além disso, da descrição dos elementos que promovem relações terapêuticas eficazes, há sentido ainda em construir reflexões e desenvolver pesquisas sobre integração da psicoterapia? Acredita-se que ambos os movimentos, de integração e de busca por práticas psicológicas baseadas em evidências, podem caminhar paralelamente, pois compartilham uma mesma preocupação: a construção de conhecimento a respeito da psicoterapia, que otimize seus efeitos sobre a mudança terapêutica do cliente (Castonguay & Beutler, 2006; Kazdin, 2003; Kazdin & Nock, 2003; Norcross, 2010; Ryle, 1990; Safran, 2002; Trijsburg, Colijn & Homes, 2007).

Nesse cenário, é possível que pesquisas provenientes do movimento de integração da psicoterapia, sejam elas focadas no ecletismo técnico, na integração teórica, na integração de assimilação ou na abordagem dos fatores comuns, permitam a identificação de variáveis relevantes do processo terapêutico. Uma vez identificadas, essas variáveis poderão ser submetidas à análise a partir das metodologias desenvolvidas pelo movimento voltado para a identificação de Práticas Psicológicas Baseadas em Evidências (EBPP). Percorrer esse trajeto implica em respeitar o consenso ao qual chegou um grupo composto por pesquisadores e clínicos, de múltiplas perspectivas, ao deliberar sobre EBPP, a saber: a identificação destas requer a apreciação de evidências científicas provenientes de múltiplas fontes (APA, 2006).

Portanto, o alinhamento dos dois movimentos supramencionados poderá favorecer o cumprimento do objetivo das EBPP, que é promover uma prática psicológica eficaz a partir da aplicação de princípios empiricamente suportados na avaliação psicológica, na formulação de caso, na relação terapêutica e na intervenção (APA, 2006).

#### **1.4 Da possibilidade do diálogo integrativo entre diferentes psicoterapias: contextualizando o universo de interesse dessa pesquisa**

O percurso reflexivo realizado até o momento foi escolhido com o propósito de contextualizar o universo de análise que este estudo pretende abarcar, a saber: a possibilidade de um diálogo integrativo entre diferentes psicoterapias a partir da conceituação da relação terapêutica. Entende-se que as psicoterapias, em suas mais diferentes formas, apresentam peculiaridades reconhecíveis no que diz respeito às estratégias para estabelecer e manter a relação terapêutica. Além disso, é reconhecido que essas estratégias se sustentam em proposições teóricas que, amiúde, se distanciam no que diz respeito a seus fundamentos filosóficos e conceituais. A questão que se faz nesse cenário é: a despeito dos distanciamentos evidentes, existem caminhos possíveis de aproximação que legitimem a pertinência do diálogo integrativo entre diferentes formas de psicoterapia, com foco na relação terapêutica?

Três formas de psicoterapia serão brevemente apresentadas, a saber: a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), sustentada na ciência intitulada Análise do Comportamento e orientada filosoficamente no Behaviorismo Radical; a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), modelo desenvolvido por Aaron Beck e amparado no Cognitivismo; e a Terapia Narrativa de Re-Autoria (TNR), desenvolvida por Michael White e David Epston, autores que se apoiaram em perspectivas provenientes do Construtivismo e do Construcionismo Social. O foco dessa apresentação estará nos aspectos teóricos centrais de

cada um desses sistemas terapêuticos e na importância que eles atribuem à relação terapêutica, permitindo, assim, a contextualização do objetivo deste estudo.

A ênfase dada pela terapia analítico-comportamental à explicação do comportamento em si mesmo, ou seja, sem recorrer a variáveis mediacionais, evidencia sua fundamentação no Behaviorismo Radical desenvolvido por Burrhus Frederic Skinner (1953/2007; 1974/2006). Por outro lado, as contribuições de Edward Tolman, desde 1932, e Clark Hull, desde 1943, a partir do Behaviorismo Mediacional que eles iniciaram, forneceram os contornos necessários para o desenvolvimento de trabalhos que fundamentariam, de modo mediacionista e embasado em processos mentais, a explicação do comportamento, que é adotada pela terapia cognitivo-comportamental (Costa, 2001; Falcone, 2006). No que se refere ao construtivismo, ele parte da concepção de que a mente em funcionamento não só reflete o mundo exterior, aspecto central que caracterizou a primeira revolução cognitiva, mas também o transpõe, atribuindo significados que, repetidas vezes, não são originários do estímulo em si (Abreu & Shinohara, 2003) e sim das narrativas que são elaboradas sobre ele, pressuposto evidente no modelo narrativo de re-autoria (Gonçalves & Henriques, 2002; 2008).

Essas três abordagens psicoterápicas foram escolhidas porque, conforme se acredita, elas representam três momentos de grandes mudanças na história da psicoterapia, especialmente no que diz respeito aos modelos comportamentais. Quando se olha para a história da psicoterapia nota-se que, assim como a revolução cognitiva impactou e transformou as terapias comportamentais na época de seu surgimento, os paradigmas construtivistas produziram uma segunda grande revolução na história das abordagens comportamentais (Abreu & Shinohara, 1998; Mahoney, 1998). Assim, uma análise dos aspectos teóricos e da conceituação e importância da relação terapêutica, em cada uma daquelas psicoterapias, permitirá a construção de um panorama sobre como essas mudanças paradigmáticas impactaram a forma de conceituá-la e utilizá-la no contexto psicoterápico.

## **1.5 Terapia analítico-comportamental (TAC): dos aspectos teóricos à importância da relação terapêutica**

O Behaviorismo Radical é uma corrente filosófica que sustenta a Análise do Comportamento, ciência que fornece os conceitos e princípios fundamentais da terapia analítico-comportamental, uma modalidade de tratamento psicoterápico. A Análise do Comportamento compreende um campo de saber marcado por produções filosóficas, reflexivas, interpretativas, empíricas (experimentais e não experimentais) e aplicadas (Meyer et al., 2010). A terapia analítico-comportamental se insere na área aplicada e é desenvolvida no contexto clínico, no qual fenômenos complexos são observados, compreendidos e modificados com base em um amplo sistema de interpretação do comportamento (Tourinho & Neno Cavalcante, 2001).

Os conceitos de comportamento e ambiente são fundamentais para terapia analítico-comportamental, na qual a conceituação de sentimentos, pensamentos e sensações é feita a partir de uma visão monista de homem e de uma perspectiva materialista e interacionista dos fenômenos psicológicos (Meyer et al., 2010). O comportamento é definido como a relação entre o organismo e o ambiente (Skinner, 1953/2007), ou mais precisamente entre aquilo que o organismo faz e o ambiente (físico, biológico, social e histórico) (Carrara, 2004). Nesta perspectiva, é preciso destacar que a explicação do comportamento não está nem no organismo, nem no ambiente, mas na interação entre eles (Lopes, 2008).

Na terapia analítico-comportamental sentimentos, pensamentos e emoções são comportamentos, devendo ser explicados a partir da interação do organismo com o ambiente, logo, não são causas de comportamento como tradicionalmente se tem sugerido, mas apenas comportamentos que também precisam ser explicados (Skinner, 1953/2007). Esse enfoque sinaliza um rompimento com a visão tradicional que utiliza a relação mente-corpo para explicar o comportamento, sendo a mente necessária para que o comportamento seja

explicado. O terapeuta analítico-comportamental é monista, pois considera que a compreensão dos fenômenos psicológicos deve ser construída contemplando o homem como um organismo indivisível, ou seja, um organismo que como um todo age sobre ambiente e com ele interage, altera o contexto e é por ele alterado, em sua totalidade, pelas consequências que produz (Chiesa, 1994/1997).

O conceito de contingência é elementar na compreensão do comportamento, pois auxilia a descrição da interação entre eventos ambientais e eventos comportamentais, sendo esta interação também denominada de relação funcional (Skinner, 1953/2007). Nesse sentido, “sempre que observamos que um evento comportamental produziu, repetidamente no passado, alguma consequência específica no ambiente, estamos diante de uma contingência comportamental” (Milenson, 1967, p. 127). Tecnicamente falando, uma contingência comportamental pode ser definida como uma especificação da relação funcional existente entre uma resposta e seus antecedentes e consequentes.

No Behaviorismo Radical a noção de causalidade, vista como a conexão causa e efeito, é transformada em relações funcionais, onde “uma ‘causa’ vem a ser uma mudança numa variável independente e um ‘efeito’ em uma variável dependente” (Micheletto, 2000, p.119). Skinner (1953/2007) sustentou que as variáveis externas, das quais o comportamento é função, dão margem ao que pode ser chamado de análise causal ou funcional e completa,

Tentamos prever e controlar o comportamento de um organismo individual. Esta é nossa “variável dependente” – o efeito para o qual procuramos a causa. Nossas “variáveis independentes” – as causas do comportamento – são as condições externas das quais o comportamento é função. Relações entre as duas – as “relações de causa e efeito” no comportamento – são as leis de uma ciência. Uma síntese dessas leis expressa em termos quantitativos desenha um esboço inteligente do organismo como um sistema que se comporta. (Skinner, 1953/2007, p. 38).

A explicação do comportamento somente será completa se forem considerados três tipos de seleção comportamental, os quais são mutuamente associados: filogênese, ontogênese e cultura (Skinner, 1953/2007). A filogênese compreende contingências de sobrevivência, ou seja, respostas que tiveram valor de sobrevivência para o organismo e que fazem parte de seu repertório preliminar, determinado ao longo da evolução da espécie. Por outro lado, a ontogênese diz respeito às contingências de reforço que são compostas por respostas aprendidas a partir da história ambiental do organismo. Por fim, o terceiro nível cultural seleciona práticas que são relevantes para a sobrevivência da cultura.

Os comportamentos reflexos podem ser considerados como produtos da seleção natural e, dessa maneira, pertencem ao nível filogenético que ao longo da evolução da espécie selecionou comportamentos envolvidos na manutenção e na promoção da sobrevivência e da reprodução (Skinner, 1953/2007; Baum, 2006). O comportamento reflexo é caracterizado como uma relação de determinação do tipo estímulo-resposta (S-R), ou seja, “é uma relação fidedigna na qual um determinado estímulo produz uma resposta específica em um organismo fisicamente sadio” (Leonardi & Nico, 2012, p. 19).

Por meio do processo de condicionamento respondente estímulos que seriam neutros na elicição de certas respostas, quando emparelhados com estímulos incondicionados, que as eliciam, passariam a eliciá-las também (Skinner, 1953/2007). Considera-se, assim, que os reflexos podem ser incondicionados – herdados filogeneticamente – ou condicionados, via emparelhamento com reflexos incondicionados. As emoções e os sentimentos, compreendidos como sensações corpóreas experimentados pelo organismo, puderam ser largamente estudados por meio das descobertas realizadas no campo do comportamento reflexo. No que se refere à psicoterapia, por exemplo, o conhecimento sobre o comportamento respondente teve papel crucial na compreensão dos processos envolvidos nas origens de diversos fenômenos clínicos e contribui, inclusive, para que o terapeuta planeje linhas de ação

a serem desenvolvidas no tratamento (Kehoe & Macrae, 1998 citado em Leonardi & Nico, 2012).

Skinner (1953/2007, p. 54) destacou que “se reunirmos todos os comportamentos que caem na categoria de simples reflexo, teremos ainda uma pequena fração do comportamento total do organismo”, evidenciando, assim, que uma explicação completa do comportamento humano seria impossível se não fosse considerado um outro tipo de comportamento, a saber: o comportamento operante. O ambiente de geração para geração sofre mudanças – mais o ambiente externo que o interno – e, dessa maneira, as respostas reflexas nem sempre podem ser desenvolvidas por mecanismos herdados (Skinner, 1953/2007). Em face dessas condições, o condicionamento operante surge como processo que é efetivo quando o comportamento herdado (respondente) é insuficiente.

O comportamento operante diz respeito ao nível ontogenético e é definido como uma relação entre a resposta e o estímulo – mudança ambiental – que se segue a ela e, assim, se refere a comportamentos que são aprendidos por meio da história ambiental do organismo (Skinner, 1953/2007). Dessa maneira, “na ontogênese, a noção de comportamento operante desempenha função-chave para a compreensão da atuação dos processos de variação e seleção na construção de relações comportamentais” (Benvenutti & Netto, 2010, p.15). As respostas do organismo que se comporta são selecionadas e fortalecidas pelas consequências que produz, gerando um repertório comportamental mantido por contingências de reforço e tal sensibilidade às consequências deu condições ao organismo de sobreviver em ambientes novos e/ou que mudam regularmente – processo de variação e seleção comportamental (Skinner, 1953/2007).

Baum (2006, p. 87) argumentou que “a lei do efeito é o princípio subjacente à aprendizagem operante”, segundo a qual, quanto mais um comportamento é reforçado, mais ele tenderia a ocorrer e, em contrapartida, quanto mais um comportamento é punido, menos

ele tenderia a ocorrer. Esses efeitos foram descritos por Skinner (1953/2007) e podem ser observados pelo processo comportamental denominado de modelagem. A modelagem do comportamento no nível ontogenético teria a mesma função que a evolução das espécies no nível filogenético, na medida em que “assim como as diferenças no sucesso reprodutivo (aptidão) modelam a composição de uma população de genótipos, reforço e punição modelam a composição do comportamento de um indivíduo” (Baum, 2006, p.87).

Os processos de reforçamento e punição, conforme observou Skinner (1953/2007), se dividem em: reforço positivo, reforço negativo, punição positiva e punição negativa. O reforço positivo envolve a apresentação de um estímulo apetitivo após a emissão da resposta, que aumenta a probabilidade de ela voltar a ocorrer. O reforçador negativo descreve uma situação em que se remove um estímulo aversivo após a emissão da resposta, que também aumenta a probabilidade de ela voltar a ocorrer. Por outro lado, punição positiva ocorre quando, após a emissão de uma resposta, apresenta-se um estímulo aversivo e, diferentemente, a punição negativa diz respeito à remoção de um estímulo apetitivo após a emissão da resposta. Em ambos os casos de punição nota-se uma diminuição na probabilidade da resposta punida. Esses processos são elementares para se identificar relações de contingência, ou seja, de interação entre eventos comportamentais e eventos ambientais, tão caras na explicação do comportamento, seja ele reflexo ou operante.

Como pôde ser observado a partir dessa breve exposição, o modelo teórico analítico-comportamental descreve o comportamento em termos de um processo de seleção pelas consequências e, de acordo com Meyer et al., (2010), nesse processo pelo menos quatro elementos básicos são relevantes para a compreensão de um determinado comportamento: as operações estabelecedoras (OE), que estabelecem determinados estímulos como momentaneamente reforçadores e que evocam o comportamento que no passado foi seguido de tais reforçadores; os estímulos discriminativos (Sd), que estabelecem a ocasião na qual,

uma vez que a resposta seja emitida, o estímulo reforçador será produzido; a emissão da resposta (R) pelo indivíduo; e a apresentação de estímulos como efeito da (contingentes à) resposta emitida (S reforçador).

Um cliente que procura por ajuda poderá apresentar problemas em cada um dos elementos anteriormente descritos (Meyer et al., 2010), por exemplo, o cliente talvez não esteja suficientemente motivado para a emissão de respostas em determinadas condições ou ainda pode não dispor de controle de estímulos apropriado que estabeleça a ocasião para o responder quando o reforçador estiver disponível. Pode acontecer, também, de o cliente não apresentar o repertório comportamental necessário para que sua ação produza os estímulos reforçadores. É possível, igualmente, que o ambiente (social ou físico) libere consequências de maneira inconsistente ou dispensa reforçadores para respostas que, a médio ou longo prazo, produzam estimulação aversiva. Conforme Meyer et al., (2010), diante dessas condições, o modelo de análise de contingências, que implica em analisar os quatro elementos descritos no parágrafo anterior, será a base das intervenções do terapeuta e

A partir dessa organização o terapeuta pode ter um panorama geral do caso clínico, envolvendo a análise tanto da função exercida pelas respostas-problema do cliente quanto de respostas do cliente que sejam desejáveis (pois produziriam reforçadores se emitidas em um contexto apropriado) e que precisam ser fortalecidas. (Meyer et al., 2010, p. 131).

A análise funcional, ou análise de contingências no caso da clínica, como sugeriram Meyer et al., (2010), é um requisito para que uma terapia seja considerada analítico-comportamental. De acordo com Hayes (1978), o behaviorismo radical compreende um paradigma composto por quatro níveis de análise: o tecnológico, o metodológico, o conceitual e o filosófico. Os dois últimos níveis já foram brevemente explorados quando se apresentou os aspectos teórico-conceituais e filosóficos que devem ser respeitados na definição de

comportamento. Assim, serão abordados a seguir os aspectos tecnológico e metodológico, especialmente este último é essencial, pois define a análise funcional como procedimento básico para que um trabalho seja considerado comportamental, segundo os pressupostos do behaviorismo radical.

No nível tecnológico defende-se que o uso de técnicas pelo terapeuta analítico-comportamental esteja baseado numa análise funcional, devendo o responder do terapeuta estar sob controle do comportamento do cliente e não de demonstrações de sua eficácia (Hayes, 1978). Nesse sentido, uma intervenção bem-sucedida carece não apenas do uso de uma técnica, mas sobretudo de acertadas decisões a respeito do contexto apropriado para empregá-la, com refinada interpretação de seus efeitos. Seguir esse caminho é essencial pois, de acordo com Fulton (1982), separar as técnicas da análise que tangenciou seu desenvolvimento tem certas implicações, tais como: usos diferentes da técnica; interpretações diferentes sobre os efeitos dela; e conclusões falsas sobre o valor do enfoque comportamental.

Como já previamente assinalado, no nível metodológico a análise funcional se apresenta como uma ferramenta indispensável para que a prática do terapeuta seja considerada comportamental e orientada no behaviorismo radical (Hayes, 1978). Há nesse nível um conjunto de técnicas derivadas de pesquisas cuidadosamente realizadas, que em geral são manipulações diretas de eventos antecedentes e consequentes. A escolha entre os diferentes recursos metodológicos disponíveis ao terapeuta analítico-comportamental deverá se pautar no quanto eles são necessários ou não nas intervenções clínicas, resposta que somente poderá ser construída a partir da realização de uma análise funcional das respostas-problema.

Cabe ressaltar que a análise de contingências será o instrumento básico empregado pelo terapeuta nas diferentes etapas do processo terapêutico, desde as sessões iniciais em que será importante o uso do reforçamento social para o estabelecimento da relação terapêutica,

na coleta de dados para a avaliação comportamental, até a transposição dela para a intervenção (Meyer, et al., 2010). Quanto à avaliação comportamental, ela compreende diferentes etapas, as quais foram descritas por Meyer et al., (2010), autores que fizeram uma adaptação da proposta de Follette, Naugle e Linnerooth (2000). São seis as etapas da avaliação comportamental: 1) identificação de características do cliente via avaliação; 2) organização das características do cliente, em termos dos princípios do comportamentais descritos na análise do comportamento; 3) delineamento da intervenção; 4) implementação da intervenção; 5) avaliação dos resultados; e 6) verificação dos resultados, se foram satisfatórios ou não, caso não tenham sido satisfatórios deverá ser elaborada uma reformulação da conceitualização funcional, repetindo novamente todas as etapas anteriores.

Uma vez completada a análise de contingências do caso, o terapeuta deverá delinear suas estratégias de intervenção terapêutica. Meyer (2004) propôs uma classificação dos procedimentos de intervenção básicos empregados por terapeutas analítico-comportamentais para promover a mudança de comportamento do cliente, os quais são: fornecimento de regras; favorecimento de autorregras, fornecimento de estimulação suplementar; e modelagem de repertórios. Ressalta-se que a escolha de uma ou mais dessas estratégias deverá ser baseada na análise de contingências cuidadosamente elaborada das respostas-problema do cliente e dos objetivos terapêuticos estabelecidos pela diáde.

Fornecer regras implica em o terapeuta dar conselhos ou fazer recomendações de algumas formas de ação que deverão ser seguidos pelo cliente, que podem ser específicos, quando é descrito claramente o contexto no qual uma ação específica deve ser executada para produzir certo resultado, ou podem ser genéricos, quando, por exemplo, não se especifica a topografia da ação a ser executada, mas o resultado a ser obtido (Meyer, 2004). O comportamento controlado por regras tem como vantagem a rapidez de resultados e a terapia comportamental, nesse sentido, tem tido reconhecimento e aceitação em casos difíceis de

transtornos psiquiátricos. Embora seja eficiente essa estratégia terapêutica, o terapeuta precisará tomar certos cuidados ao utilizá-la.

Nesse sentido, Meyer (2004) fez algumas recomendações a respeito da utilização de regras como estratégia de intervenção terapêutica: 1) o terapeuta deve estar sensível quando o cliente continua respondendo à regra, embora as contingências tenham sofrido mudanças; 2) é importante estar atento ao seguimento da regra pelo cliente mantido pelo reforçamento social fornecido pelo terapeuta, pois se isso ocorrer ele não estará sensível as consequências naturais do comportamento especificadas na regra. Uma vez que essas condições são observadas na terapia, o terapeuta precisará rever sua estratégia de intervenção com base no fornecimento de regras e buscar outras estratégias terapêuticas.

Em face desses riscos, o terapeuta deveria se comportar de modo a criar condições para o cliente encontrar novas formas de ação sem ajuda direta, e é nesse contexto que o favorecimento de autorregras pelo terapeuta se torna uma alternativa terapêutica desejável. Favorecer autorregras implica em modelar diretamente o comportamento verbal do cliente em vez de instruí-lo diretamente, de modo que ele mesmo tenha condições de descrever quais comportamentos, em certos contextos, terão resultados específicos. Não se deve perder de vista, todavia, o fato de que mesmo que o processo seja o de modelagem de autorregras (modelagem direta na sessão terapêutica), “ainda assim a mudança produzida pela psicoterapia na vida diária do cliente seria obtida primordialmente pela introdução ou alteração de regras, quer formuladas pelo terapeuta, quer pelo cliente” (Meyer, 2004, p. 154).

Na tentativa de favorecer autorregras, o terapeuta criará um contexto reflexivo no qual o cliente emitirá respostas abertas (verbalizações) ou encobertas (pensamentos), que o auxiliarão a elaborar suas próprias regras a respeito das contingências que têm controlado seu comportamento (Meyer, 2004). O seguimento da regra poderá ser mantido por dois níveis de controle: aquiescência, no qual o seguir a regra fica sob controle de um reforçamento que é

arbitrário, como no caso o reforço liberado pelo terapeuta; e o rastreamento, quando a execução do comportamento descrito na regra é geralmente um desempenho motor modelado por contingências naturais (Matos, 2001). É desejável que a regra elaborada pelo cliente seja seguida por rastreamento, pois assim ela poderá compor parte do ambiente dele para novas interações no futuro.

O cliente relata ao terapeuta situações complexas vividas em seu dia a dia e, amiúde, o estímulo antecedente de uma resposta que está em análise em terapia não é um único estímulo, mas uma situação composta por diversos estímulos. O cliente pode responder a diferentes aspectos da situação relatada e sua queixa clínica pode envolver um responder sob controle discriminativo de apenas uma parte destes aspectos, gerando um comportamento ineficaz para a produção de reforçadores (Meyer, 2004). A sensibilidade do cliente à situação dependerá dos próprios estímulos que a compõem e da sua história de reforçamento. Em face desse possível controle de estímulos fraco, com a estimulação suplementar

O terapeuta então identifica uma propriedade do estímulo discriminativo que controla uma resposta e torna mais salientes outras propriedades do mesmo estímulo físico, que já controla outras respostas. Essas instruções do terapeuta para que o cliente preste atenção a outros aspectos da mesma situação pode aumentar a probabilidade de que novos aspectos passem a controlar o comportamento (Meyer, 2004, p. 154-155).

O quarto procedimento descrito por Meyer (2004), como possibilidade para o terapeuta produzir as mudanças comportamentais do cliente, é a modelagem de repertório diretamente na interação terapêutica. Essa estratégia terapêutica possibilita o manejo, diretamente na interação terapeuta-cliente, de comportamentos deste último que ocorrem na sessão e que são amostras dos padrões de comportamento apresentados por ele em outros contextos sociais. A este respeito, Meyer et al., (2010, p.170) destacaram que “a modelagem direta de comportamentos envolve desde a audiência não punitiva do terapeuta, que seleciona

e fortalece respostas de aproximação e autoexposição do cliente, até a seleção de outras respostas sociais do cliente, por meio do reforço diferencial”.

Feitas as considerações sobre alguns dos aspectos filosóficos e conceituais centrais da terapia analítico-comportamental cabe, seguindo a proposta inicial, evidenciar o espaço da relação terapêutica dentro desta forma de psicoterapia. Nessa direção, afirma-se que “desde os primórdios da análise aplicada do comportamento a relação terapêutica tem sido indicada como um dos fatores que contribuem para a mudança comportamental do cliente” (Wielenska, p. 9, 2000). Delliti (2005), ao discorrer sobre a importância dessa relação, acentuou que ela se constitui num dos aspectos relevantes dentro de uma terapia com enfoque comportamental, destacando que o vínculo sólido que se constrói entre terapeuta e cliente se torna um estímulo reforçador para que este avance em suas mudanças clínicas e permaneça firme nas tarefas comportamentais propostas pelo terapeuta.

Em conformidade com as autoras supracitadas, Pergher e Negrão (2012) assinalaram que a relação terapêutica é uma característica fundamental na produção de bons resultados terapêuticos e, em virtude de sua importância, vem sendo estudada amplamente por terapeutas analítico-comportamentais. Frente a essa constatação, Moskorz (2001, p. 6) pontuou que “os analistas do comportamento começam a perceber que para fazer intervenções eficazes, além de aprimorar técnicas para intervenções comportamentais, precisariam também aperfeiçoar a capacitação dos psicólogos aplicadores dessas técnicas”. Ela ainda argumentou, dentro dessa perspectiva, que as características do relacionamento entre terapeuta e cliente começaram a ser entendidas como variáveis importantes do processo de mudança clínica de um indivíduo submetido a tratamento psicológico.

A maior relevância dada aos aspectos verbais na terapia analítico-comportamental aparece paralelamente aos estudos sobre as variáveis relacionais ainda não especificadas, que interferem no resultado da terapia. Dessa maneira, consolida-se o pressuposto de que a

aplicação de técnicas não poderia ser o único aspecto enfatizado na atuação dos terapeutas analistas do comportamento (Moskorz, 2011). Assim, a “interação entre terapeuta e cliente aparece definitivamente como objeto de estudo da Análise do Comportamento, com o intuito de possibilitar um aperfeiçoamento da intervenção dos analistas do comportamento em contextos clínicos” (Moskorz, 2011, p. 6).

Sob enfoque analítico-comportamental pode-se definir a relação terapêutica como um tipo especial de interação, marcada por certas peculiaridades, tais como: (1) um dos indivíduos procura ajuda com o interesse de melhorar as contingências de sua vida e (2) o outro apresenta, em seu repertório, um conjunto de estratégias de análise e intervenção que podem promover a ajuda solicitada, e essa ajuda ocorre num contexto em que (3) o terapeuta e cliente são falantes e ouvintes em uma série de episódios verbais, a partir dos quais (4) ocorre um constante processo de modelagem no repertório de ambos os participantes (Meyer & Vermes, 2001).

Analizar o espaço da relação terapêutica na terapia analítico-comportamental implica em reconhecer o debate no campo da psicoterapia sobre os mecanismos responsáveis por mudanças promovidas por esse tipo de tratamento. Esse debate tem gerado diferentes questionamentos, como por exemplo: São as técnicas ou as variáveis da relação terapêutica que propiciam os efeitos da terapia? Ou ainda, mudanças comportamentais produzidas pela terapia são modeladas por contingências da relação terapêutica ou são governadas por novas regras construídas na terapia? (Meyer, 2001; Meyer & Vermes, 2001). Sobre este aspecto, cabe salientar que

Processos psicoterápicos aparentemente podem promover mudanças, quer por meio da alteração no controle por regras, quer por meio da modelagem na relação terapêutica. O mais provável é que os dois tipos de procedimentos estejam envolvidos nos

processos de mudança, em proporções diferentes, conforme o terapeuta e o cliente (Meyer, 2005, p. 217).

Com o advento da terceira onda das terapias comportamentais, observou-se o resgate do “processo psicoterápico vivencial no intuito de superar as limitações impostas pela noção, cultivada pela Terapia Comportamental Clássica e pela Terapia Cognitivo-Comportamental, de que o tratamento se restringe à aplicação de técnicas” (Vandenbergh, 2007a, p. 91). Esse posicionamento a respeito do processo terapêutico implicou numa ênfase no relacionamento interpessoal estabelecido entre o terapeuta e o cliente, encarado como mais uma possibilidade, além das técnicas, de se promover mudanças clínicas.

O movimento que culminou no desenvolvimento das terapias comportamentais de terceira onda ou geração ocorreu durante os anos 80 e surgiu a partir de uma releitura crítica do que acontecia em sessões de terapia cognitivo-comportamental, a partir da análise funcional das interações entre cliente e terapeuta (Vandenbergh & Pereira, 2005). Nesse contexto, Vandenbergh (2007a) acentuou que a Análise Clínica do Comportamento envolve a articulação entre quatro abordagens pertencentes a terceira onda, as quais são: psicoterapia analítica funcional (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001); a terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Hayes, 1987); a terapia integrativa de casal (TCCI) (Jacobson & Christensen, 1996) e a terapia comportamental dialética (DBT) (Linehan, 1993).

Dentre essas psicoterapias, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) merece uma apresentação mais pormenorizada, pois é focada na relação terapêutica. Kohlenberg e Tsai (1991/2001), criadores da FAP, afirmaram que uma interpretação behaviorista radical da psicoterapia inesperadamente coloca a relação terapêutica no centro do processo terapêutico. Esse pressuposto incentivou o desenvolvimento de uma sistematização da interação terapeuta-cliente, tornando mais claros aspectos dessa interação que favorecem às melhorias clínicas do cliente. Nota-se que Kohlenberg e Tsai (2001/1991), de maneira mais incisiva, afirmaram ser

a relação terapêutica o mecanismo pelo qual as mudanças comportamentais do cliente podem ocorrer, ou seja, eles a definem como um mecanismo de mudança em si mesmo.

Conclui-se que depois do desenvolvimento da FAP tornou-se difícil falar de relação terapêutica, sob o prisma do modelo analítico-comportamental, sem mencioná-la, uma vez que seu foco está nas múltiplas interações terapeuta-cliente que ocorrem ao longo do processo terapêutico. Diante desse fato, pode-se afirmar que a FAP se tornou “uma inequívoca fonte de influência sobre a comunidade de clínicos analítico-comportamentais, pelas suas contribuições acerca da análise da relação terapeuta-cliente como instrumento para a mudança de comportamentos clinicamente relevantes” (Wielenska, 2012, p. 164).

Tornou-se possível, desde o surgimento da FAP, operacionalizar classes de respostas do cliente e do terapeuta que ocorrem no contexto de terapia – que serão abordadas com maiores detalhes posteriormente nesse estudo. Essa operacionalização permitiu não apenas a sistematização da interação terapêutica, mas também a identificação de como ela funciona como o mecanismo que produz as mudanças clínicas do cliente.

## **1.6 Terapia cognitivo-comportamental (TCC): dos aspectos teóricos à importância da relação terapêutica**

Aaron Beck desenvolveu, no início da década de 60, uma forma de psicoterapia breve, estruturada e com orientação para o presente. Sua inicial ênfase era sobre a depressão, com o objetivo de resolver os problemas com foco no presente e, a partir disto, modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). Originalmente Aaron Beck fez treinamento em psicanálise, todavia, insatisfeito com explicações deste referencial psicoterápico começou a questioná-lo, pois verificou que na abordagem psicanalítica embora se considerasse aspectos afetivo-emocionais da depressão, ignoravam-se fatores cognitivos.

Em uma pesquisa sobre o conteúdo temático das cognições de pacientes psiquiátricos Beck identificou que a cognição era importante na compreensão das neuroses (Beck, 1963).

As observações de Beck (1963) foram relevantes para que ele identificasse que tanto na depressão, como em outros transtornos psicológicos, as distorções sistematicamente estavam presentes nos padrões de pensamentos disfuncionais. Essa descoberta foi o contexto ideal para o desenvolvimento de uma tipologia das distorções cognitivas, por meio da qual seria possível cuidadosamente identificar e descrever os erros presentes em tais distorções que estavam na base de diferentes transtornos psicológicos.

Dobson e Scherrer (2004) argumentaram que Aaron Beck aperfeiçoou seu modelo em diversos textos por ele escritos, no entanto, a despeito de seus desenvolvimentos nos textos que se seguiram, as características essenciais da terapia cognitiva foram mantidas. Em linhas gerais, nota-se que o “modelo cognitivo enfatiza especialmente a influência negativa do pensamento distorcido e das avaliações cognitivas irrealistas dos fatos sobre nossos sentimentos e comportamentos; assim, pressupõe-se que o modo como um determinado indivíduo estrutura a realidade determina a condição afetiva desse indivíduo” (Dobson & Scherrer, 2004).

Judith Beck, filha de Aaron Beck e terapeuta cognitivo-comportamental, expoente no desenvolvimento da proposta do pai, destacou que o modelo cognitivo assume que o pensamento distorcido ou disfuncional, que influenciará o humor e o comportamento do cliente, é comum a todos os transtornos psicológicos (J. Beck, 1997). Diante deste pressuposto, ela assinala que a avaliação realista e a modificação do pensamento produzirá a melhora no humor e no comportamento do cliente, sendo a melhora duradoura fruto da modificação de crenças disfuncionais básicas. Na terapia cognitivo-comportamental os conceitos de pensamentos automáticos, crenças subjacentes (pressupostos e regras) e crenças

nucleares (esquemas) são essenciais, uma vez que dizem respeito aos três níveis da cognição que estruturam a organização do pensamento (Knapp, 2004).

Pensamentos automáticos fazem parte dos milhares de pensamentos que passam pela cabeça de uma pessoa diariamente, podendo repetidas vezes não ser percebido conscientemente, por acontecer de forma rápida, involuntária e automática, como a própria definição indica (Knapp, 2004). Os pensamentos automáticos podem ser ativados por eventos externos ou internos, são cognições mais fáceis de acessar e modificar, podendo aparecer também na forma de imagens. No que se refere à validade e utilidade dos pensamentos automáticos, J. Beck (1997) acentuou que eles podem ser de três tipos: 1) distorcidos e ocorrem a despeito das evidências em contrário; 2) acurados, mas com a conclusão distorcida; e 3) acurados, mas totalmente disfuncionais.

Knapp (2004) apresentou as características dos pensamentos automáticos, favorecendo a identificação de algumas de suas especificidades: 1) coexistem com o fluxo de pensamentos manifestos; 2) aparecem espontaneamente, e não como resultado de reflexão ou vontade; 3) são usualmente aceitos como verdadeiros, sem avaliação crítica; 4) se não monitorados, passam completamente despercebidos; 5) a emoção associada é mais frequentemente reconhecida; 6) estão associados a emoções específicas, consoante seu conteúdo e significado; 7) são, usualmente, breves, rápidos e fugazes, de forma telegráfica; 8) podem ocorrer de forma verbal, ou por imagens; 9) pode-se aprender a identificar pensamentos automáticos; e 10) pode-se avaliá-los quando a sua validade e/ou utilidade.

Os pressupostos subjacentes, também chamados de pressupostos condicionais, crenças subjacentes ou crenças intermediárias (J. Beck, 1997), podem ser definidos como construções cognitivas, as quais são subjacentes aos pensamentos automáticos. Apresentam-se na forma de regras, padrões, normas, premissas e atitudes que os indivíduos em geral adotam, guiando seus comportamentos (Knapp, 2004). Destaca-se que as crenças intermediárias não são

facilmente modificáveis como os pensamentos automáticos, todavia, são mais maleáveis de serem alteradas que as crenças centrais (J. Beck, 1997).

Segundo J. Beck (1997), as crenças intermediárias podem ser identificadas seguindo-se algumas direções. Inicialmente se reconhece quando uma crença é expressa como pensamento automático e organiza-se a primeira parte de uma suposição, obtendo diretamente uma regra ou atitude. Igualmente pode-se usar a técnica da flecha descendente para explorar o pensamento automático na direção da identificação da crença a ele subjacente, sendo ainda possível examinar os pensamentos automáticos do cliente com foco em temas comuns. Revisar um questionário de crença preenchido pelo cliente também é uma alternativa para identificar crenças intermediárias.

Os pressupostos são crenças que geralmente sinalizam uma relação condicional, do tipo “Se... Então”, por exemplo: “se eu atender a todos os pedidos das pessoas, então elas gostarão de mim”. Por outro lado, as regras são expressas em afirmações do tipo “tenho que”, “devo”, por exemplo: “tenho que ser o melhor aluno para ser amado pelos meus pais” (Knapp, 2004). É pertinente ressaltar que “embora o indivíduo construa e mantenha os pressupostos subjacentes como tentativa de lidar com suas crenças nucleares disfuncionais, ele as acaba confirmando e reforçando” (Knapp, 2004, 25).

J. Beck (1997) esclareceu que, na tentativa de lidar com suas crenças, os indivíduos se utilizam de diferentes estratégias de enfrentamento ou estratégias compensatórias, as quais se traduzem em comportamentos que têm correlação direta com as regras e os pressupostos disfuncionais e, logo, acabam também fortalecendo ainda mais suas crenças. Ela também enfatizou que os pressupostos condicionais acabam por modelar a relação entre as estratégias comportamentais de enfrentamento/compensatórias, alimentando as crenças nucleares. Knapp (2004) deu um exemplo deste processo:

Podemos imaginar que um indivíduo fóbico social com a crença nuclear “Sou incapaz de ser amado” tem o pressuposto “É muito perigoso interagir com as pessoas, pois elas não irão gostar de mim” e a regra “Para não ter problemas, eu não devo interagir com as pessoas”. Sua provável estratégia de enfrentamento será não se expor a alguma situação em que a interação social seja necessária. Falando com a terminologia cognitiva, o paciente diria algo: “Se eu me engajar em minha estratégia compensatória, estarei bem; se não, minha crença nuclear ficará evidente ou se mostrará verdadeira. Portanto, se eu me afastar dos outros, eles ficarão longe e não tentarão me fazer mal, caso contrário, eles irão me machucar” (Knapp, 2004, p. 41).

Observados os níveis mais acessíveis da cognição, passa-se agora para a apresentação das crenças nucleares, cujo acesso é mais complexo. No entendimento de Knapp (2004) crenças nucleares (*core beliefs*) dizem respeito a ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais apresentados pelas pessoas a cerca delas mesmas. São incondicionais, ou seja, independem da situação que se apresenta à pessoa, uma vez que esta está limitada a apresentar o pensamento que esteja de acordo com suas crenças. Elas se desenvolvem mediante as experiências iniciais do indivíduo, fortalecem-se ao longo de sua vida e moldam aquilo que é percebido e interpretado por ele, caracterizando seu jeito psicológico de ser (Knapp, 2004). O não desenvolvimento de comportamentos que corrijam as crenças nucleares disfuncionais pelo indivíduo acarretará numa cristalização delas como verdades absolutas e imutáveis dele sobre si mesmo. Portanto, as crenças nucleares disfuncionais devem ser o alvo da terapia cognitivo-comportamental para que as mudanças clínicas na psicopatologia apresentada pelo cliente sejam duradouras.

J. Beck (1997) sugeriu que as crenças nucleares poderiam ser alocadas em dois grandes agrupamentos e Knapp (2004) argumentou que essa divisão poderia se expandir para três grandes agrupamentos, a saber: 1) crenças nucleares de desamparo (helplessness): sobre

ser impotente, frágil, vulnerável, carente, desamparado, necessitado; 2) crenças nucleares de desamor (unlovability): sobre ser indesejável e incapaz de ser gostado, incapaz de ser amado, sem atrativos, imperfeito, rejeitado, abandonado, sozinho; e 3) crenças nucleares de desvalor (unworthiness): sobre ser incapaz, incompetente, inadequado, inefficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado, sem valor. Para além dessas crenças nucleares, é importante destacar que as pessoas também têm crenças nucleares disfuncionais acerca dos outros, por exemplo, as pessoas são más, desleais, traiçoeiras, só querem se aproveitar e tirar vantagens, dentre outras; e a respeito do mundo, por exemplo, o mundo é injusto, ameaçador, perigoso, etc. (J. Beck, 1997).

As crenças nucleares disfuncionais têm como características serem abstratas e gerais, absolutistas, generalizadas e cristalizadas, podendo permanecer latentes ao longo da vida do indivíduo, por constituírem um nível mais aprofundado da cognição, apenas sendo ativadas nos transtornos emocionais (Knapp, 2004). Dessa maneira, com a ativação da crença, o processamento de informação se tornará enviesado, extraindo da realidade apenas as informações que corroborem a crença disfuncional, tornando o indivíduo insensível às informações que possam sinalizar evidências contrárias à crença nuclear disfuncional. As crenças podem retornar ao estado de latência, desde que passe o desequilíbrio emocional ou pela supressão dos fatores precipitantes, podendo somente ressurgir quando e se ocorrem situações similares no futuro. Destaca-se, todavia, que clientes que apresentam traços e transtorno de personalidade têm suas crenças disfuncionais ativadas mais recorrentemente (Beck, Freeman & Davis, 2005).

A terapia cognitivo-comportamental é fortemente conhecida por trabalhar com esquemas cognitivos, neste contexto é importante assinalar que embora os conceitos de crenças nucleares e esquemas frequentemente sejam tomados como sinônimos é possível diferenciá-los, em virtude de propósitos clínicos (Knapp, 2004). Assim, é preciso que se

compreenda que os esquemas são estruturas e as crenças são o conteúdo dos esquemas e, de acordo com Leahy (1997 citado em Knapp, 2004), a ideia de esquema foi introduzida por Bartlett há cerca de 80 anos e expandida por Piaget nos anos de 1930, passando a ser usada com afinco pela psicologia cognitiva e social nos anos 1970.

Beck (1964, 1967) usou o termo esquema e desenvolveu uma conceituação para defini-lo, destacando que esquemas são estruturas internas que apresentam certa durabilidade, nas quais são armazenados aspectos genéricos ou protótipos de estímulos, ideias ou experiências. O esquema organiza as informações novas para que possam ter significado e, por conseguinte, determina como os fenômenos são percebidos e conceitualizados. Sobre os esquemas, Clark, Beck e Alford (1999) enfatizaram que seu conteúdo é composto por representações internas, ou seja, as crenças - produtos das informações recebidas pelo sistema de processamento de informações - que é base para interpretações das experiências de vida do indivíduo. Dessa maneira, é através do esquema que se atribui à experiência forma e significado, bem como cria-se condições para prover a estabilidade do sistema cognitivo, afetivo e comportamental no transcorrer do tempo e das diferentes experiências.

Feitas essas considerações teóricas e conceituais necessárias para uma preliminar compreensão do universo da terapia cognitivo-comportamental, serão descritos os princípios que norteiam essa forma de psicoterapia, com ênfase num deles em especial, por dizer respeito à relação terapêutica. J. Beck (1997) salientou que, embora a terapia cognitivo-comportamental deva ser desenhada para cada indivíduo, respeitando sua peculiaridade, há determinados princípios que estão por trás dessa forma de tratamento psicológico e que devem ser respeitados com todos os clientes, são eles:

- Baseia-se em uma formulação em contínuo desenvolvimento do cliente e de seus problemas em termos cognitivos.
- Requer uma aliança terapêutica segura.

- Enfatiza a participação e a colaboração ativa.
- É orientada em meta e focalizada em problemas.
- Inicialmente enfatiza o presente.
- É educativa, visa ensinar o cliente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída.
- Visa ter tempo limitado.
- É estruturada.
- Ensina os clientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.
- Utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento.

Esses princípios sinalizam os caminhos percorridos pela terapia cognitivo-comportamental para promover a mudança clínica do cliente. Como é possível observar, essa forma de psicoterapia requer uma aliança terapêutica segura. A este respeito, Beck e Alford (2000, p. 76) assinalaram que “a teoria cognitiva considera a “relação cooperativa de trabalho” importante para permitir que o terapeuta e paciente trabalhem juntos para examinar pensamentos e crenças disfuncionais”. Dessa maneira, pode-se assumir que a efetividade clínica do terapeuta cognitivo-comportamental depende de sua relação com o cliente, e não apenas de uma adequada formulação de caso. Como destacaram Rangé e Silvares (2001, p. 83) “por melhor que tenha sido sua formulação, é necessário que o clínico desenvolva uma relação na qual o cliente sinta-se aceito, compreendido e confortável para fornecer as informações e mostrar a cooperação necessária”.

No entendimento de Rangé e Erthal (1988) a terapia se desenvolve através de uma transação interpessoal, de modo que é essencial um foco na relação que se estrutura entre terapeuta e cliente. Essa relação é indicada por eles como a primeira condição de efetividade

de um processo terapêutico e, por conseguinte, de que seus procedimentos possam ser aplicados: “a relação terapêutica é o espaço, momento e processo que satisfaz esta condição” (p. 45). Entretanto, assinalaram eles, se a aliança terapêutica é uma condição básica para a mudança, ela não é seu motor, de modo que se a relação se reduzir a ela o comportamento e a situação existencial do cliente jamais se alterarão.

J. Beck (2007) enfatizou que a terapia cognitiva eficaz carece de um bom vínculo, podendo o terapeuta seguir algumas estratégias para sua construção, a saber: colaborarativamente com o cliente; demonstrar empatia, atenção e entendimento; adaptar o estilo terapêutico ao cliente; aliviar a angústia e solicitar feedback no final das sessões. Ela ainda sugeriu a possibilidade de se identificar e solucionar problemas na aliança terapêutica, destacando que “para solucionar dificuldades na relação terapêutica, os terapeutas precisam identificar a existência de um problema, conceituar por que ele ocorreu e baseando-se no entendimento e na conceituação geral do paciente, planejar uma estratégia para corrigi-lo” (p. 81).

Muitos clientes com transtornos psicológicos, tais como depressão e transtornos simples de ansiedade não enfrentam grandes dificuldades para confiar e trabalhar com seu terapeuta, desde que este apresente certas habilidades elementares à situação de aconselhamento, a saber: cordialidade, empatia, atenção, respeito genuíno e competência (J. Beck, 1997). Todavia, o tratamento de outros clientes, particularmente aqueles que apresentam transtornos de personalidade, requer um relacionamento terapêutico mais atento, no qual o terapeuta muda sutilmente. Essa mudança é necessária, pois o terapeuta precisa se esforçar para que sua influência seja aceita e compreender as barreiras nos esforços do cliente (Beck, Freeman & Davis, 2004).

Com clientes que apresentam transtornos do Eixo I, sem complicações, geralmente o terapeuta assume o papel de uma autoridade que dispõe de procedimentos necessários para

ajudar o cliente a aliviar os dolorosos sintomas que o levou à terapia. Diante dessa configuração, o cliente aceita e recebe tranquilamente a influência e direção do terapeuta, sem indevidos conflitos de autoridade (Beck, Freeman & Davis, 2004). Uma vez recebidas a influência e a direção,

A confiança é prontamente estabelecida, e relativamente livre de grandes dúvidas ou preocupações com a aceitabilidade ou rejeição, por parte do terapeuta. O paciente comprehende sua porção de responsabilidade e, com a orientação do terapeuta, faz os esforços adequados para melhorar. Em resposta à orientação do terapeuta, o paciente geralmente tem afeição e gratidão pelo especialista que o está ajudando. Primeiro, ao antecipar o alívio e, depois, ao reconhecer a rápida melhora no estado clínico. Esse intercâmbio interpessoal reflete expectativas e habilidades funcionais de ambas as partes. É necessário, relativamente, pouco planejamento ou discussão para estabelecer e manter esse relacionamento de trabalho (Beck, Freeman & Davis, 2004, p.91).

É esperado que o terapeuta gaste uma porção maior de tempo para se familiarizar com toda a vida do cliente, incluindo filhos, cônjuge, trabalho, história pessoa e interesses. Ao se envolver com o cliente dessa maneira, sem desrespeitar os limites próprios à situação terapêutica, o terapeuta poderá conduzir, por exemplo, uma confrontação empática que permitirá argumentar de forma direta com o cliente, mas considerando honestamente o quadro de referência dele. Com clientes que apresentam graves transtornos de personalidade, de fato, “grande parte do papel do terapeuta consiste em se valer de sua experiência de vida e de observação de outras pessoas para propor possíveis soluções para os problemas, assim como educar o paciente com relação à natureza dos relacionamentos interpessoais” (Beck, Freeman, & Davis, 2004, p. 92).

Por exemplo, o processo de educação e desenvolvimento de habilidades é particularmente relevante ao tratar clientes com transtorno de personalidade *borderline*. É

comum na população que apresenta esse transtorno a presença de déficits de personalidade, uma vez que experiências negativas podem tê-los impedido de adquirir e consolidar habilidades básicas e crenças funcionais de autocontrole, tolerância ao estresse e relacionamentos estáveis com as outras pessoas.

Ao analisar a relação terapêutica sob o prisma do modelo cognitivo-comportamental, Falcone (2004) descreveu algumas variáveis relevantes que, segundo ela, interferem no processo terapêutico e, por conseguinte, na relação terapeuta-cliente. Ela construiu algumas reflexões sobre os esquemas pessoais do cliente que podem contribuir para o fenômeno da resistência na terapia e assinalou que esquemas pessoais do terapeuta podem interferir no manejo de suas intervenções, fenômenos conhecidos sob o rótulo de contranferência. Conclui-se, da análise realizada por Falcone (2004), que na terapia cognitivo-comportamental o olhar do terapeuta não deverá estar atento apenas para os esquemas pessoais do cliente, mas para seus próprios esquemas e na interação terapeuta-cliente construída da fusão dos esquemas de ambos.

No que se refere aos esquemas pessoais dos clientes, cabe destacar que eles frequentemente expressam concepções disfuncionais (distorcidas) a respeito do comportamento do terapeuta e, dessa maneira, distorções cognitivas de natureza (ou conteúdo) interpessoal podem se tornar o foco do tratamento (Beck & Alford, 2000). Focar nas distorções cognitivas de natureza interpessoal é relevante, pois o terapeuta precisa tomar o cuidado de não atuar de modo consistente com o esquema interpessoal disfuncional apresentado pelo cliente, pois isto o perpetuaria. Por exemplo, se o terapeuta responde à hostilidade do cliente com hostilidade, poderá alimentar a crença de que o mundo é hostil e deve ser encarado com hostilidade. Na contramão dessa postura, se o terapeuta não participar do ciclo cognitivo-interpessoal do cliente, ele criará um contexto em que as crenças disfuncionais deste podem ser desafiadas (Safran, 2002).

Quanto ao terapeuta e as questões transferenciais, ele não pode perder de perspectiva que certos comportamentos apresentados pelos clientes ativarão alguns de seus esquemas pessoais. Alguns dos comportamentos apresentados pelos clientes podem ser uma amostra de comportamento que eles apresentam na interação com outras pessoas significativas de sua vida. Dessa forma, quando o cliente desvaloriza o terapeuta na terapia isso talvez signifique que ele também desvalorize outras pessoas em seu contexto interacional (Falcone, 2004). Por essa razão, o autoconhecimento do terapeuta é essencial para o manejo das interações com diferentes clientes, uma vez que muitas dificuldades desse profissional em lidar com a resistência do cliente são provenientes de seus próprios esquemas religiosos, culturais, familiares e pessoais (Freeman, 2001).

Os fatores que influenciam as interações terapêuticas são muito sutis e, de acordo com Falcone (2004), o terapeuta que apresenta habilidades para identificar as próprias emoções e vulnerabilidade desencadeadas pelo comportamento do cliente na sessão terá maior facilidade em compreender como esse mesmo comportamento atinge os outros e como se desenvolveu esse padrão de interação. Ela assinala, ainda, que essas habilidades possibilitam que o terapeuta seja mais efetivo na relação com o cliente e lhe ofereça um modelo de interação, sem desvalorizá-lo, criando condições para que ele desenvolva modos mais apropriados de comunicação. Cabe destacar que o terapeuta que ignora os próprios esquemas e vulnerabilidades, ativados na interação terapêutica, pode se esconder atrás de técnicas, rotular clientes e, dessa maneira, sabotar a terapia (Leahy, 2001).

Em face da importância da relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental, uma formulação cognitiva dela foi proposta por Beck e Alford (2000), que a definiram, enquanto conceito, de maneira bastante específica para incluir os seguintes elementos: 1) uma visão compartilhada sobre as expectativas de terapia; 2) acordo sobre a agenda sessão-por-sessão; 3) concordância sobre a conceitualização de problemas e dos objetivos da terapia; e 4)

o desenvolvimento de uma visão comum entre terapeuta e cliente sobre a natureza do transtorno ou problema que levou à necessidade de tratamento. A presença desses elementos no contexto da terapia sinalizará que uma relação terapêutica positiva entre terapeuta e cliente foi estabelecida.

Essas reflexões sugerem ter a relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental um papel importante, em especial porque muitos clientes que são um desafio do ponto de vista clínico podem responder à psicoterapia positivamente quando os terapeutas utilizam ou modificam a aplicação dos princípios padronizados para que uma aliança terapêutica sólida possa ser construída (J. Beck, 2007). As dificuldades apresentadas pelo cliente na relação terapêutica, oferecem ao terapeuta oportunidade de conceituar melhor as crenças centrais disfuncionais dele, ajudando-o a compreender o efeito dos seus comportamentos sobre os outros. Nota-se que, para além de funcionar como um facilitador das técnicas terapêuticas, a relação terapêutica também é um poderoso agente de mudança, pois o terapeuta pode utilizá-la para ajudar seus clientes a modificarem suas visões negativas a respeito deles mesmos e do terapeuta, aprendizagem que será útil na modificação de pensamentos negativos deles sobre outras pessoas (J. Beck, 2007).

## **1.7 Terapia narrativa de re-autoria (TNR): dos aspectos teóricos à importância da relação terapêutica**

A terapia narrativa de re-autoria é uma forma de psicoterapia que, de acordo com Gonçalves (2013), está embasada em pressupostos do construcionismo social e do construtivismo. Quanto ao construtivismo social, Gonçalves e Gonçalves (2001) explicaram que se trata de uma corrente de pensamento que define a psicoterapia como conversação e destaca que a mudança ocorre mediante as modificações nas narrativas dos clientes. Segundo eles, o construcionismo social contribui com três pressupostos centrais que orientam a prática

clínica do modelo narrativo de re-autoria. No que diz respeito ao poder constitutivo da linguagem, pressupõe-se que o acesso neutro à realidade não existe e qualquer versão da realidade cria um conjunto de potencialidades, mas também de constrangimentos, tornando versões alternativas menos plausíveis.

O pressuposto da construção relacional do significado parte do princípio de que conhecimento não é fruto de um acesso privilegiado ao real, mas é construído a partir de certos arranjos sociais que especificam algumas formas de significado como viáveis (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Sobre o posicionamento histórico-cultural, presente em qualquer descrição ou teorização, os autores supracitados asseveraram que ele se traduz na ênfase dada à importância da atenção aos contextos culturais, uma vez que as teorias de que dispomos são, antes de mais nada, construções históricas com potencialidades e limitações específicas.

No que se refere ao construtivismo, ele representa um paradigma que produziu uma segunda grande revolução na história das abordagens comportamentais (Abreu & Shinohara, 1998). O paradigma construtivista rompe com a busca pelo acesso a um conhecimento que corresponda à realidade objetiva e pressupõe que a mente em funcionamento transpõe o mundo exterior, e não apenas o reflete, atribuindo-lhe significados que, repetidas vezes, não se originam do estímulo em si (Abreu & Roso, 2003). Conforme argumentaram estes autores, no Construtivismo a realidade interna é vista como um produto de cada indivíduo, com sua forma peculiar de sentir emocionalmente o mundo, não sendo este apenas contemplado de maneira racional.

Nesse contexto, respeitando esses princípios construtivistas, a terapia narrativa de re-autoria apresenta certas especificidades e dentre elas podem ser mencionadas a compreensão da realidade como uma construção plural e a afirmação de que não existem posições neutras e privilegiadas de acesso ao real (Matos, 2006). Nessa direção, entende-se que os processos

proativos ganham relevo no modelo narrativo de re-autoria, abrindo espaço para a construção de múltiplos significados a respeito da experiência pessoal. Evidencia-se, assim, o caráter pragmatista do conhecimento que é característico desse modelo, que busca viabilizar construções sobre a existência que sejam mais úteis aos clientes. Nessa linha de análise, Gonçalves e Henriques (2002) salientaram que as terapias narrativas, em relação aos modelos tradicionais de psicoterapia, podem potencializar o processo terapêutico, oferecendo uma nova maneira de se conceituar problemas, de se trabalhar a relação terapeuta-cliente e de se empregar ferramentas e propostas interventivas.

Nesse cenário, todavia, Matos (2006) ressaltou que existem diferentes propostas de terapia narrativa disponíveis na literatura, as quais, amiúde, defendem formas distintas de se pensar a conceituação de caso, a relação terapeuta-cliente e as ferramentas e estratégias empregadas no processo terapêutico. Por essa razão, “qualquer definição de terapia narrativa será sempre simplificadora, até porque não encontramos na literatura um conceito suficientemente integrador ou até mesmo consensual, dada a pluralidade de modelos que atualmente integram as terapias narrativas” (Matos, 2006, p. 201).

Apesar da pluralidade de terapias narrativas existentes na literatura, algumas preocupações são comuns e permeiam a perspectiva narrativa de modo geral. Nessa direção, Matos (2006) descreveu, fundamentada em autores da área, os pressupostos centrais e transversais às psicoterapias narrativas, a saber:

- Énfase na significação, no poder e nas funções do discurso, o que implica em integrar agir e significar, transformando os discursos em ação de forma útil; neste processo o objetivo é que as novas formas de agir conduzam a novos significados e, logo, estes levem a novas formas de agir, como destacaram Gonçalves & Gonçalves (2001).

- Busca-se conduzir um processo que produza novas visões do(s) problema(s) e maneiras possíveis de superá-los, construindo alternativas no contexto terapêutico que possam ser transportadas pelo cliente para seu quotidiano; sustenta-se uma perspectiva relacional da terapia (Gergen, 1996, citado por Hoyt, 1996), visto que o significado é sempre uma construção social e relacional e, por essa razão, evidencia-se a importância de se explorar as redes relacionais das quais o indivíduo participa (Gergen, 1999);
- Atenção sobre os contextos pessoal, social e cultural mais vasto, uma vez que eles interferem significativamente na narrativa pessoal; promoção de arranjos novos dos significados relacionais que favoreçam a mudança; criar condições para que as decisões tomadas pelo cliente sejam provenientes de processos relacionais (terapeutas, família, audiências) (Gergen, 1996 citado por Hoyt, 1996) e da terapia, espaço marcado pela coconstrução (Gergen, 1999; Gonçalves, 2006).

A apresentação desses pontos centrais das terapias narrativas foi essencial para que fosse possível iniciar uma descrição a respeito dos aspectos teóricos, e sobre a relação terapêutica, na perspectiva da terapia narrativa de re-autoria. Como já se salientou, embora as terapias narrativas apresentem pontos de identificação, há nelas especificidades que precisam ser situadas. Por essa razão, uma vez demarcado que este estudo envolverá uma análise que também contempla a terapia narrativa de re-autoria, segue-se uma descrição dos aspectos peculiares a essa forma de psicoterapia, especialmente no que diz respeito aos seus fundamentos teórico-conceituais e à importância da relação terapêutica.

A abordagem narrativa aqui apresentada situa-se no modelo de re-autoria de White e Epston (1990), segundo o qual a terapia é um contexto oportuno para que o cliente possa construir uma re-autoria narrativa de sua vida. Esse processo é desenvolvido a partir da

identificação de acontecimentos, sentimentos, intenções e pensamentos que diferem da narrativa dominante ou problemática, o que caracteriza, segundo White e Epston (1990), os resultados únicos. Alguns conceitos-chave dessa forma de psicoterapia merecem ser melhor esclarecidos, a saber: narrativa, narrativa dominante, narrativa alternativa e resultados únicos (RUs) - movimentos de inovação (MIs).

Segundo Matos (2006) não é possível construir uma definição de narrativa que seja linear, considerando a complexidade das dimensões a ela associadas. Nesse contexto, Gonçalves (2000), a partir de uma revisão, identificou algumas definições mais usuais e algumas características tipicamente definidoras do conceito de narrativa. Por exemplo, Polkinghorne (1988 citado em Gonçalves, 2000) argumentou que a narrativa pode ser definida como uma estrutura de significação, que tem por função organizar conhecimentos e ações humanas em uma totalidade e, a partir desta, atribuir significado a ações e conhecimentos individuais. Partindo dessa definição, pode-se concluir que a narrativa é uma forma de significação e inteligibilidade (White, 1995) e, em termos quotidianos, a narrativa permitiria que o indivíduo se afastasse e refletisse sobre a experiência imediata, abrindo brechas para novas significações. Possibilitaria, também, uma organização analógica da experiência, permitindo a atribuição de múltiplos significados à experiência, logo, novas narrativas (Gonçalves, 2000).

Sarbin (1986 citado em Gonçalves, 2000), por sua vez, ao falar sobre as características da narrativa, destacou que esta é um relato simbólico das ações dos seres humanos e possui uma dimensão temporal, uma vez que a história apresenta início, meio e fim. Essa dimensão temporal permite que as histórias liguem aspectos da experiência e crie condições para que o indivíduo atribua sentido aos acontecimentos recentes de sua vida, de modo que ele perceba que o futuro pode ser diferente do presente. Assim, pode se afirmar que estão subjacentes a

narrativa as concepções de sequencialidade, comunicação da subjetividade, originalidade e ambiguidade (Bruner, 1990 citado em Gonçalves, 2000).

Observa-se, frente a essas breves exposições sobre o conceito de narrativa, que ela apresenta uma natureza criativa, uma vez que a partir dela se cria a experiência e a realidade de maneira multipotencial, além de assegurar, em razão de sua ambiguidade e indeterminação, uma abertura que torne possível ao indivíduo construir múltiplos significados sobre sua experiência (Gonçalves, 2000). Essas formas de compreender a narrativa certamente levam a uma ênfase da psicoterapia na intersubjetividade, em detrimento da objetividade (Smith, 1997), evidenciando nessa valorização da subjetividade o alinhamento da terapia narrativa de re-autoria às perspectivas construtivistas.

A narrativa, na perspectiva de Gergen e Gergen (1988), representa a capacidade que o indivíduo tem para estruturar acontecimentos de tal forma que demonstre, primeiramente, a sua conexão ou coerência, e, em segundo, o sentido de movimento e direção no tempo. Do ponto de vista prático, isto implica em a narrativa permitir a construção individual e social de um sentido que seja coerente para as inúmeras experiências que indivíduo tem por intermédio da linguagem (O. Gonçalves, 2000). Cabe considerar, no entanto, que é através das histórias, respeitando sua progressão no tempo, que a mudança se processa; a partir das histórias são selecionados os elementos da experiência que expressem e moldem as manifestações relativas a essa experiência (Epston, White & Murray, 2001; White, 1992).

Com base nesses pressupostos da narrativa pode-se afirmar que ela capacita o indivíduo para que transforme sua própria realidade (Gonçalves, 2000). Este autor, com o objetivo de complementar as conceituações de narrativa por ele descritas na revisão anteriormente apresentada, evidenciou outra característica que também a qualifica, a saber: a narrativa permite organizar a experiência a partir da sua dimensão contextual. Nesse sentido, enfatiza-se que falar sobre narrativa é ir além da dimensão temporal e da produção de

natureza interpessoal que lhe são características, é entender que a narrativa está intrinsecamente ligada ao contexto cultural em que é produzida (Gonçalves, 2000).

Uma vez descrita a importância da narrativa para que o indivíduo organize sua vida, é pertinente destacar que narrativas dominantes ou problemáticas dizem respeito a uma construção de significado que produz sofrimento psicológico. Morgan (2007) define narrativa como uma linha que entrelaça eventos e forma uma história, que se constrói a partir experiências diárias, as quais atribuímos significados. Essas experiências, por sua vez, se entrelaçam de forma particular ao longo do tempo, culminando na produção de enredos. Por essa razão, Morgan (2007) destacou que as histórias são centrais para a compreensão das formas de trabalho narrativo.

Neste processo descrito por Morgan (2007) certos eventos são escolhidos e privilegiados em detrimento de outros e, uma vez privilegiados eles se ligam a outros eventos, e a mais eventos ao longo do tempo para, assim, formar a história dominante. Disto implica que o indivíduo, apoiado em sua história ou narrativa dominante, torna-se insensível a alguns eventos de sua experiência. Frente a essa configuração, alguns pontos precisam ser evidenciados: 1) a história dominante tem efeitos sobre a construção de significado pelo indivíduo, sendo as histórias constitutivas da vida, lhe dando forma; 2) vive-se muitas histórias (individual, familiar, comunitária, contexto social mais amplo) ao mesmo tempo, as quais se compõem de múltiplos eventos, que envolvem as interpretações de outras pessoas e interpretações próprias; 3) há ambiguidade e contradição, uma vez que uma história dominante só prevalece em função de uma variedade de fatores.

As histórias, como se tem observado, são essenciais para que se pense num trabalho psicoterápico de acordo com o modelo narrativo de re-autoria. Segundo Morgan (2007) o indivíduo procura por ajuda quando está enfrentando alguma dificuldade ou apresenta um problema em sua vida. Na situação de ajuda ele fala a respeito de diversos eventos

relacionados ao seu problema, que o motivou a buscar ajuda, e explica os significados que ele atribui a tais eventos. Nesse processo, a relação entre descrições estreitas, conclusões estreitas e histórias alternativas precisa ser esclarecida.

O cliente, como já se frisou, busca pela psicoterapia num contexto de adversidades, no qual ele constrói seus significados a respeito de suas experiências, abrindo pouco espaço para as complexidades e contradições da vida, o que se nomeia de descrições estreitas (Morgan, 2007). Esse pouco espaço não permite ao indivíduo estar sensível aos movimentos da vida, não abrindo brecha para uma análise mais ampla que o ajude a identificar todas as condições que estejam contribuindo para o seu problema. As descrições estreitas são elaboradas pelo cliente sobre as ações e atitudes das pessoas, tendo essas, amiúde, certo poder sobre ele em circunstâncias peculiares, tais como os pais, na situação familiar, profissionais da saúde, educação, dentre outros. Tais descrições estreitas podem ser feitas pelo próprio indivíduo, sobre ele mesmo e, em qualquer contexto, elas têm consequências significativas.

As descrições estreitas, repetidas vezes, produzem conclusões estreitas a respeito da identidade das pessoas, podendo gerar efeitos negativos (Morgan, 2007). Tais conclusões são tomadas como verdade a respeito da pessoa, que luta contra o problema e com sua identidade. Conclusões do tipo “é porque sou má” ou “somos uma família disfuncional” facilitam a identificação de evidências que sustentem as histórias dominantes de problema e, em contrapartida, o indivíduo se torna insensível às evidências que vão contra o problema. Descrições estreitas favorecem conclusões estreitas, que por sua vez produz mais descrições estreitas, que cria novas conclusões estreitas e, neste processo sem fim, as habilidades, competências e potencialidades do indivíduo permanecem escondidas pela história do problema que apresenta (Morgan, 2007).

O poder terapêutico da terapia narrativa de re-autoria, bem como de outras formas de trabalho narrativo, está na possibilidade de se construir novas histórias, que sejam alternativas

às histórias problemáticas ou narrativas dominantes apresentadas pelo cliente. Assim, é importante evidenciar que, assim como várias descrições e conclusões estreitas podem apoiar e sustentar os problemas apresentados pelo indivíduo, histórias alternativas, quando desenvolvidas, tem o poder de reduzir a influência dos problemas e criar novas possibilidades de vida (Morgan, 2007). Portanto, conversas terapêuticas alternativas, no contexto da terapia, favorecem o rompimento com as conclusões superficiais estabelecidas, abrindo espaço para sensibilizar o cliente na identificação de suas habilidades, competências e potencialidades.

A mudança clínica na terapia narrativa de re-autoria se processa via elaboração de histórias alternativas e, por conseguinte, narrativas novas que sejam contrárias às narrativas problemáticas ou saturadas (White & Epston, 1990). Argumenta-se, nessa direção, que a construção de novas narrativas de vida, que sejam alternativas à narrativa saturada, é realizada mediante a identificação e elaboração de Resultados Únicos (RUs), os quais emergem na situação terapêutica na forma de um detalhe narrativo (episódio) que contradiz a narrativa saturada pelo problema (depressão, ansiedade). Dessa maneira, White e Epston (1990) afirmaram que a terapia se constitui num espaço em que é possível ao cliente reescrever a narrativa de sua vida pela identificação de acontecimentos, sentimentos, intenções e pensamentos que sejam diferentes da narrativa dominante e problemática.

É desejável que na situação terapêutica os resultados únicos sejam identificados e trabalhados, na medida em que são eles que favorecerão a melhora clínica do cliente. O terapeuta narrativo deve identificar e ampliar a ocorrência dos RUs na sessão terapêutica, provendo progressivamente a elaboração de novos significados pelo cliente, significados estes inerentes a uma narrativa que seja preferencial (Santos, 2008). Compreende salientar que, a despeito do grau de persistência dos problemas, todos os clientes vivenciam Rus. No entanto, estes “habitualmente não conduzem espontaneamente à emergência de uma nova história

porque são desvalorizados ou ignorados. A narrativa problemática é dominante e não permite que o indivíduo contemple novas formas de agir, sentir e pensar” (Santos, 2008, p.16).

Compreende esclarecer que tem sido preferível, ao se falar sobre a construção de novas narrativas de vida no contexto da terapia narrativa de re-autoria, o conceito de Momentos de Inovação (MIs) em detrimento de Resultados Únicos. Santos (2008) pontuou algumas razões que tornam preferível a designação Momentos de Inovação (MIs), a saber: 1) não parece existir algo de “único” nos RUs, visto que a teoria descreve, e a prática clínica reitera, eles ocorrem frequentemente na psicoterapia; 2) a noção de “resultado” se contradiz com o que é apresentado na literatura, uma vez que as ocorrências dos RUs são parte do processo de construção de uma narrativa nova.

Em face dessas justificativas, os resultados únicos ou acontecimentos excepcionais, como também têm sido rotulados, foram designados por Gonçalves, Matos e Santos (2009) como momentos de inovação (MIs). Uma preliminar investigação empírica realizada por Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos e Santos (2011) permitiu a identificação de cinco tipos de MIs: de ação, de reflexão, de protesto, de reconceitualização e de desempenho da mudança.

Os *MIs de ação* correspondem a comportamentos específicos que desafiam a narrativa problemática, ou seja, a pessoa se comporta de forma não congruente com a narrativa problemática. Alguns exemplos podem ser mencionados: resolução de problemas anteriormente não resolvidos, exploração ativa de soluções específicas, procura de informação sobre o problema, dentre outros.

Os *MIs de reflexão* envolvem processos cognitivos, os quais sinalizam a compreensão de algo novo que contesta a narrativa problemática. Tratam-se de exceções cognitivas na forma de pensamentos, intenções, interrogações, dúvidas, que encaminham o indivíduo para a compreensão de algo novo e que não legitima o problema por ele apresentado. Alguns exemplos: novas formulações sobre o problema e consciência dos seus efeitos;

reconsiderações sobre as causas do problema, articulação de dilemas cognitivos e afetivos, etc.

Os *MIs de protesto* correspondem a um desafio, oposição ou crítica ao problema, envolvendo algum tipo de confrontação ou recusa dos pressupostos da narrativa problemática. São marcados por um processo de maior proatividade, sendo a história saturada pelo problema e suas especificações os alvos do protesto. Configuram-se em momentos de atitude concretizada, planejada e projetada, sendo alguns exemplos: manifestações assertivas genéricas na interação com outras pessoas; reposicionamento em relação às prescrições culturais, sociais, religiosas e educacionais.

Os *MIs de reconceitualização* compreendem um processo meta-reflexivo, em que o cliente contrasta o passado (antes da mudança) com o presente e descreve o processo envolvido nessa transformação. Assim, os momentos de reconceitualização não apenas são caracterizados por pensamentos e formas de agir que contrariam a narrativa dominante, mas são marcados por tais mudanças seguidas de uma descrição processual dos fatores que as produziram, sendo alguns exemplos: releitura da relação estabelecida com os outros, reapropriação de experiências que estiveram na base do desenvolvimento do problema, redefinição do olhar construído sobre os outros.

Por fim, os *MIs de desempenho da mudança* ocorrem quando os clientes mencionam novos objetivos, experiências, projetos ou atividades em que aplicam novas competências adquiridas durante o processo terapêutico. Nesses momentos novos projetos e investimentos podem ser realizados como consequência das mudanças clínicas já parcialmente conquistadas. As narrativas alternativas construídas pelo cliente o fortalecem e, por conseguinte, ele se sente em condições de se expor a situações que talvez antes temesse ou presumia não ter potencialidade o suficiente para agir nelas adequadamente. Alguns exemplos podem ser descritos: generalizar os ganhos terapêuticos de uma para outras dimensões da vida, iniciar

um investimento em projetos, posturas, imagem pessoal no espaço público e privado, investir em relacionamentos interpessoais.

Feita essa breve exposição dos aspectos teóricos e conceituais que sustentam a terapia narrativa de re-autoria, passa-se agora à exposição da importância da relação terapêutica nesse sistema terapêutico. Segundo Santos (2008), o mais importante nessa forma de psicoterapia é a construção de um vínculo terapêutico que seja orientado para o desenvolvimento de uma conversa diferenciada com o cliente, ajudando-o a produzir sentido diante de tantas realidades de entendimentos sem sentido, que o conduziram à procura de ajuda. Ainda para ela, na relação terapêutica a prioridade é o olhar do cliente sobre suas próprias histórias e, dada essa premissa, a maneira de se abordar o problema será diferente, pois o terapeuta deverá se centrar não só no que impede o cliente de aderir ao tratamento proposto, mas, sobretudo, naquilo que favoreceu sua procura pela psicoterapia.

White (2002), ao refletir sobre o conceito de relação terapêutica, critica as perspectivas tradicionais em psicoterapia que sustentam que a relação entre terapeuta e cliente é unidirecional, ou seja, de um lado está o primeiro com seu saber terapêutico que é aplicado na vida do segundo, sendo este definido como o outro, cujas mudanças pessoais são produto dos procedimentos terapêuticos. No entendimento daquele autor, que defende uma concepção recíproca da relação estabelecida em terapia, a interação terapêutica se constitui a partir de todos os envolvidos nessa interação. Reconhece-se, assim, que o que muda a vida das pessoas que solicitam ajuda do terapeuta também moldam o trabalho terapêutico e, por conseguinte, mudam também a vida deste último.

Defende-se, dentro do modelo narrativo de re-autoria, o estabelecimento de uma relação que tenha a pessoa como uma especialista em sua própria vida e, neste sentido, uma concepção recíproca do processo terapêutico contribui para que se estruturem relações no contexto da terapia que desafiem a marginalização das pessoas que buscam ajuda psicológica

(White, 2002). Nessa direção, concebe-se o processo terapêutico como um espaço para se construir significados que contribuam para a generalização de descrições mais ricas do próprio trabalho e das identidades dos terapeutas.

Como em outras formas de psicoterapia, na terapia narrativa de re-autoria se enfatiza a importância da relação terapêutica, merecendo especial destaque a perspectiva recíproca nela adotada, que demonstra um rompimento com perspectivas unidirecionais de tal relação. Dessa maneira, a produção de narrativas alternativas à narrativa problemática valorizará as posições de co-construção discursiva. Portanto, as histórias alternativas que se constroem em um contexto conversacional de colaboração mútua entre cliente e terapeuta é uma condição imprescindível para que a história saturada pelo problema seja superada, abrindo possibilidades para que o cliente crie novas narrativas, mais condizentes com seus desejos (Matos, 2006).

Nas palavras de Gonçalves e Henriques (2002), a relação colaborativa é um fim em si mesmo e, por essa razão, a dimensão colaborativa é essencial, uma vez que é a partir dela que se evidencia a importância da realidade e do conhecimento do cliente, bem como seus sistemas de linguagem (Gonçalves, 2006) e a sua intencionalidade (White, 2004). Essa maior ênfase sobre o papel do cliente na psicoterapia se alinha à concepção de um processo terapêutico recíproco, conforme apontado anteriormente por White (2002).

Em síntese, no modelo narrativo de re-autoria as narrativas novas somente serão construídas num espaço de colaboração entre terapeuta e cliente, primando sempre pela horizontalidade na relação terapêutica. Finalmente, é imprescindível que o terapeuta parta do princípio de que as narrativas construídas somente são terapêuticas quando respeitarem os contornos do cliente e forem fortemente moldadas por suas necessidades (Omer, 1996).

## OBJETIVOS

Analisar a viabilidade de um diálogo integrativo a partir da conceituação da relação terapêutica construída por expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria.

### **Objetivos Específicos:**

- Conceituar relação terapêutica a partir de uma entrevista com expoentes de cada uma das terapias supracitadas.
- Identificar fundamentos nas teorias que sustentam essas terapias que justifiquem a pertinência do diálogo integrativo delas com outras psicoterapias.
- Explorar a possibilidade de um diálogo integrativo a partir da conceituação de relação terapêutica construída pelos expoentes das terapias sob análise.

## MÉTODO

Essa pesquisa pode ser caracterizada como qualitativa, um tipo de empreendimento científico que tem dentre suas características o interesse em compreender o significado que as pessoas dão às coisas (Godoy, 1995). De acordo com Neves (1996, p. 1) a pesquisa qualitativa “compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados”. Destaca-se, ainda, que essa pesquisa pode ser considerada um estudo de integração da psicoterapia, visto que se pretendeu analisar, a partir de características da relação terapêutica descritas por expoentes de diferentes sistemas terapêuticos, a possibilidade de um diálogo integrativo entre eles.

### **3.1 Participantes**

Foram escolhidos três expoentes de cada uma das abordagens que estão sob análise. Compreende destacar que eles foram selecionados em função do histórico de pesquisa e produção científica que apresentam nas respectivas psicoterapias com as quais trabalham.

### **3.2 Material**

Foi elaborada uma entrevista com nove questões abertas que procuraram avaliar diferentes aspectos da relação terapêutica (Anexo A). Cabe ressaltar que os entrevistados foram orientados a aterem-se a sua própria abordagem psicoterápica ao elaborarem suas respostas aos questionamentos. O bloco de questões apresentado a seguir foi elaborado com o objetivo de verificar, de acordo com cada um dos participantes, o quanto sua abordagem tem se apropriado das descobertas provenientes da pesquisa em psicoterapia, que tem demonstrado fortemente a associação entre a qualidade da relação terapêutica e o sucesso do tratamento (Horvath, 2005; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Morgan, Luborsky, Crits-

Christoph, Curtis & Solomon, 1982; Safran, 2002; Strupp, 1980). A questão (3), sobre como é trabalhado o vínculo, teve o objetivo de explorar os caminhos geralmente trilhados pelo terapeuta, em cada uma das abordagens, para manejar as interações com o cliente.

- |  |
|--|
| <p>1) Como historicamente o modelo psicoterapêutico dos entrevistados tem descrito o papel da relação terapêutica no processo de mudança do cliente;</p>   |
| <p>2) O status da pesquisa clínica na abordagem psicoterápica dos entrevistados no reconhecimento e legitimação da importância da relação terapêutica.</p>   |
| <p>3) Opinião dos entrevistados sobre a importância do vínculo do cliente com o terapeuta para a adesão à psicoterapia e como o vínculo terapeuta-cliente é trabalhado no modelo terapêutico ao qual ele (a) representa;</p> |
| <p>4) Opinião dos entrevistados sobre a relação entre qualidade da relação terapêutica e bons resultados na terapia;</p>   |

A questão (5) versou sobre a importância do resgate do processo vivencial no contexto da terapia, pensando a relação terapêutica como mecanismo de mudança em si mesmo. Ela foi elaborada com o intuito de explorar o quanto as psicoterapias sob análise, na ótica de seus expoentes, têm utilizado diretamente, na sessão, as interações terapeuta-cliente como mecanismo de mudança terapêutica. O pressuposto de que as interações terapeuta-cliente, no momento em que ocorrem na situação terapêutica, são o mecanismo de mudança da psicoterapia tem sido defendido, contrapondo-se à perspectiva de algumas psicoterapias que restringem as intervenções terapêuticas à aplicação de técnicas (Vandenberghe, 2007a; (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

A questão (6) procurou explorar a concepção dos entrevistados sobre quais habilidades básicas o terapeuta em sua abordagem precisa apresentar, a despeito das diferenças entre

clientes, para que possa conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica. Com essa pergunta buscou-se uma descrição dos aspectos elementares de suas respectivas psicoterapias que norteiam diferentes comportamentos necessários para o estabelecimento do vínculo e a manutenção dele ao longo do processo terapêutico. Trata-se de um complemento aos aspectos que se procurou levantar na questão de número 3. Ainda na questão (7), buscou-se investigar o posicionamento dos participantes sobre o papel dos fatores inespecíficos ou não especificados, referentes a qualidades comuns a uma relação humana satisfatória, que contribuem para a obtenção de resultados terapêuticos (Silveira & Kerbauy, 2000).

As questões 8 e 9, apresentadas no bloco a seguir, foram elaboradas com o objetivo de identificar a natureza das intervenções realizadas nas psicoterapias sob análise neste estudo, ou seja, se são mais reflexivas ou diretivas. Além disso, buscou-se conhecer a opinião dos participantes sobre os possíveis efeitos de intervenções diretivas sobre a qualidade da relação terapêutica e, por conseguinte, da mudança clínica do cliente. Essas questões foram elaboradas tendo como referência dados de pesquisas que apontam a diretividade do terapeuta como um dos determinantes da resistência do cliente (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002; Bischoff & Tracey, 1995; Paterson & Forgatch, 1985).

- |  |
|--|
| 8) Opinião dos entrevistados sobre as intervenções reflexivas e diretivas em sua abordagem.  |
| 9) Opinião dos entrevistados sobre os efeitos da maior diretividade sobre o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e sobre a mudança clínica. |

### **3.3 Procedimentos éticos**

O projeto referente a esta pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética no dia 17/10/2013 e foi aceito mediante a modificação da forma de envio e recebimento das

entrevistas. Foi sugerido, e atendido, que as entrevistas, bem como os termos de consentimento livre e esclarecido, fossem enviados e recebidos via Google docs. O parecer de aprovação final do projeto foi liberado em 03/01/2014, conforme o parecer 506.143 (Anexo B).

### **3.4 Coleta de dados**

As entrevistas foram encaminhadas e recebidas via Google docs.

### **3.5 Análise dos dados**

Foram utilizados dois recursos para a análise dos dados coletados nas entrevistas, a saber: o IRAMUTEQ, um programa informático que permite a realização de análises de dados textuais ou lexicais, que superem a dicotomia clássica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados (Lahlou, 1994); e a técnica hermenêutica, que possibilita a compreensão de um material alvo a partir da linguagem, sendo um dos seus objetivos tornar consciente até mesmo aquilo que possa ter ficado inconsciente para o autor do texto (Brito, 2005).

#### *3.5.1 - IRAMUTEQ*

Na análise das entrevistas foi utilizado o IRAMUTEQ, um software gratuito, com a lógica da open source, licenciado por GNU GPL (v2). O ambiente estatístico é o do software R com a linguagem python ([www.python.org](http://www.python.org)). O software permite a utilização de diferentes recursos para realizar análise lexical, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas, como as classificações hierárquicas e a análise de similitudes (Camargo e Justo, 2013). Sua interface é simples, dinâmica e fácil de ser utilizada.

O IRAMUTEQ foi desenvolvido inicialmente para o francês, mas já tem dicionários de outras línguas sendo elaborados, inclusive em português. O dicionário experimental em língua portuguesa tem sido desenvolvido e aprimorado pela equipe do professor Camargo, na Universidade Federal de Santa Catarina, e já foram obtidos resultados positivos de análises precisas com o programa. O software pode ser obtido pelo site (<http://www.iramuteq.org>).

A análise textual é um tipo específico de análise de dados, os quais podem ser provenientes de material verbal transscrito, incluindo textos produzidos em diferentes condições como, por exemplo, textos originalmente escritos, entrevistas, documentos, redações, fontes tradicionalmente empregadas em Ciências Humanas e Sociais (Nascimento & Menandro, 2006). Desta maneira, são dados compostos essencialmente pela linguagem e, em função dessa peculiaridade, mostram-se pertinentes para o estudo sobre pensamentos, crenças, opiniões, ou seja, conteúdo simbólico produzido sobre determinado fenômeno (Camargo & Justo, 2013).

Trata-se ainda de um tipo de análise que viabiliza a descrição de material produzido individual ou coletivamente (um indivíduo ou um grupo) e pode ser utilizada com a finalidade comparativa, relacional. Neste caso é possível comparar produções diferentes em função de variáveis específicas, que criam condições para se descrever quem produziu o texto, ou seja, suas crenças, pensamentos e opiniões a respeito de certos fenômenos (Camargo & Justo, 2013).

Existem diferentes tipos de análise de dados textuais que podem ser realizadas com o IRAMUTEQ, as quais são: Análises Lexicais Clássicas, a Análise de Especificidades, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras. Cada uma dessas análises será descrita a seguir, conforme foram apresentadas em Camargo e Justo (2013).

Análises lexicais clássicas tem como característica a possibilidade de se identificar e reformatar as unidades de um texto, transformando *Unidades de Contextos Iniciais* (UCI) em *Unidades de Contextos Complementares* (UCE). Com esse tipo de análise se verifica a quantidade de palavras, a frequência média delas e o número de *hápax*, ou seja, palavras com frequência um. Por meio dela é possível, ainda, pesquisar o vocabulário e reduzir das palavras com base em suas raízes (lematização) e criar um dicionário de formas reduzidas, com identificação de formas ativas e suplementares.

Análises de especificidades permitem associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores, de modo que torna possível a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização. Assim, se trata de uma análise de contrastes, na qual o *corpus* é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador. Nesse estudo, por exemplo, compara-se a produção textual de expoentes de diferentes psicoterapias a respeito do conceito de relação terapêutica.

O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) permite obter classes de UCE que, simultaneamente, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes. Além disto, o IRAMUTEQ fornece outra forma de apresentação dos resultados, possibilitando uma análise fatorial de correspondência feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial), que representa num plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD. Por meio desse tipo de análise é possível recuperar, no corpus original, os segmentos de texto associados a cada classe, o que facilita a identificação do contexto das palavras estatisticamente significativas e contribui para uma análise mais qualitativa dos dados.

A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos e cria condições para se identificar as concorrências entre as palavras, de modo que seu resultado indica conexividade entre as palavras e auxilia na identificação da estrutura de um corpus textual.

Por meio dessa análise é possível também distinguir as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (Marchand & Ratinaud, 2012 citado em Camargo & Justo, 2013).

E, para finalizar, resta a nuvem de palavras, mais um tipo de análise que pode ser desenvolvida com o IRAMUTEQ, que permite o agrupamento e a organização gráfica de palavras em função de sua frequência. Embora seja uma análise lexical mais simples, é graficamente muito interessante, pois favorece a rápida identificação das palavras-chave em um *corpus*.

De acordo com Camargo e Justo (2013) essas análises podem ser conduzidas a partir de um grupo de textos, que tenham em comum um determinado tema (*corpus*) reunidos em um único arquivo de texto. Outro caminho possível para realizá-las é a partir de tabelas com indivíduos em linhas e palavras em coluna, organizadas em planilhas. Cabe evidenciar que os *corpus* analisados, no caso desse estudo as entrevistas com expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria, foram elaborados conforme as instruções prescritas no *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*.

O IRAMUTEQ permitiu a identificação de redes semânticas relevantes em cada uma das entrevistas, de modo que as análises quantitativas e qualitativas que foram realizadas nesse estudo partiram dos “nós” obtidos a partir dos dados das entrevistas analisados por esse software. As análises desses “nós” estão respaldadas na literatura da área, ou seja, as análises e reflexões sobre a relação terapêutica construídas sobre cada uma das entrevistas respeitaram os fundamentos teóricos e conceituais da abordagem psicoterápica a qual o participante fosse vinculado.

### *3.5.2 Técnica Hermenêutica*

A compreensão pode ser considerada como o processo pelo qual nossa realidade psicológica interpreta os sinais aprendidos pelos sentidos e tal processo possui elementos artísticos e técnicos, uma vez que toda a arte possui suas regras (Dilthey, 1999). O conjunto de regras, com base no qual deve ser construída a interpretação, e o debate sobre sua validade e os princípios nos quais estão fundamentadas, é o que se define como ciência hermenêutica. Parte-se do princípio de que a imbricação entre sujeito e objeto se dá por meio da linguagem (Dilthey, 1999).

Etimologicamente a palavra hermenêutica apresenta diferentes significados, tais como “interpretar”, “traduzir”, “proclamar”, “fazer compreender” (Stein, 2004). Tem sua origem na Grécia antiga, contexto no qual foi empregada inicialmente para compreender e preservar a poesia grega clássica e, posteriormente, o judaísmo e o cristianismo dela lançaram mão para interpretar as Sagradas Escrituras. Assim, nota-se que seu objetivo é permitir a reconstrução original dos textos, com um cuidado analítico em relação às condições sob as quais a compreensão ocorre, o que facilita o processo de interpretação (Schleiermacher, 2003).

A técnica hermenêutica, em termos de procedimento, baseia-se em dois movimentos interpenetráveis: o gramatical e o psicológico. Enquanto o momento de interpretação gramatical analisa o discurso, o uso das palavras e os conceitos, o momento psicológico transcende o sentido objetivo das palavras, ocorrendo quando o interprete se propõe a reconstruir as “intenções” do sujeito que proferiu as palavras (Brito, 2005). Nesse contexto é possível afirmar que essas duas dimensões possuem uma forte ligação, a qual evidencia a visão hermenêutica de que existe uma conexão entre pensamento e linguagem. Finalmente, um exercício reflexivo de natureza hermenêutica parte do pressuposto de que o hermeneuta deve se tornar consciente até mesmo daquilo que possa ter ficado inconsciente para o autor no momento de sua produção textual (Brito, 2005).

Na análise dos dados, provenientes das entrevistas com cada um dos expoentes das psicoterapias sob análise, buscou-se ir além do discurso, das palavras e dos conceitos empregados pelos entrevistados, ou seja, do movimento interpretativo gramatical. Buscou-se transcender o sentido objetivo das palavras, reconstruindo as “intenções” dos participantes que responderam as entrevistas. Esses cuidados foram tomados com o objetivo de construir uma compreensão das entrevistas a partir da reconstrução original delas, com sensibilidade analítica em relação às condições sob as quais a compreensão ocorreu. Ou seja, cuidou-se para que a compreensão do material produzido pelos entrevistados pudesse ser construída com base nos fundamentos teóricos e conceituais das psicoterapias as quais eles fossem vinculados. Essa decisão permitiu avançar para além do que fora dito pelos participantes, desvelando aspectos importantes de suas produções textuais que não ficaram explícitos em suas respostas às questões da entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão apresentadas as análises das três entrevistas com os expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria, construídas a partir de alguns dos recursos analíticos fornecidos pelo IRAMUTEQ. As entrevistas foram analisadas individualmente, para que se construísse um mapa mental dos participantes sobre a relação terapêutica, a partir dos nós semânticos identificados em suas produções textuais.

Um mapa mental compreende um processo gráfico de organização do pensamento e de conteúdos que permite relacionar várias ideias de uma maneira visualmente organizada, em um mesmo espaço. Dessa maneira, um mapa mental pode ser caracterizado como uma representação externa do pensamento radial, que sempre irradia de uma imagem mental ou palavra, que se torna por si só um subcentro de associação (Buzan & Buzan, 1994). Nesse contexto, pode-se afirmar que ao analisar um mapa mental é possível verificar uma série de ideias a respeito de um tema central, as quais se entrelaçam e compõe o assunto.

O tema central foi a relação terapêutica, explorada em cada uma das entrevistas realizadas com os participantes desse estudo. O IRAMUTEQ permitiu identificar os principais “nós” semânticos que foram construídos nas entrevistas sobre relação terapêutica, a partir dos quais diferentes associações foram observadas e permitiram a construção do mapa mental dos participantes sobre o tema central da entrevista.

Em seguida a técnica hermenêutica foi empregada, com o objetivo de compreender em profundidade as especificidades da relação terapêutica em cada uma das terapias sob análise neste estudo. Tais especificidades foram analisadas a partir dos “nós” semânticos dos mapas mentais dos participantes através dos movimentos gramatical e psicológico, ou seja, em termos de discurso, palavras e conceitos empregados, no primeiro caso, e a partir da reconstrução das intenções dos participantes no segundo.

O objetivo maior desse trabalho analítico é verificar a possibilidade de um diálogo integrativo entre os participantes sobre a relação terapêutica, a partir do mapa mental construído com as respostas de cada um às questões da entrevista. Em última instância procurou-se ampliar a compreensão sobre a relação terapêutica, de modo que diferentes componentes importantes dessa relação pudessem ser evidenciados, mesmo que não tivessem aparecido claramente nas respostas dos participantes às questões da entrevista.

A três entrevistas foram submetidas à análise de vocábulos, que permitiu identificar, em cada uma delas, um conjunto de dados com base na frequência das formas reduzidas (Camargo & Justo, 2013). Com os conjuntos de dados em mãos e, por conseguinte, com as respectivas frequências das formas reduzidas, foi possível construir outras análises, como a de similitude e a nuvem de palavras.

Diferentemente dos outros dois expoentes que responderam à entrevista, o expoente da terapia analítico-comportamental respondeu duas das nove questões (01 e 06) com fragmentos de um artigo e de um capítulo de livro, que tiveram ele e outros pesquisadores como autores. Esse fato parece explicar, pelo menos em parte, a maior frequência de vocábulos (500) na entrevista por ela respondida quando comparada as outras duas realizadas: expoente da terapia cognitivo-comportamental (80) e expoente do modelo narrativo de re-autoria (230).

Em função desse aspecto, neste estudo apresentou-se a frequência dos vocábulos considerando as diferentes quantidades de palavras empregadas em cada entrevista: com frequência  $\geq 6$ , na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental; com frequência  $\geq 3$ , na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria; e com frequência  $\geq 2$  na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental.

#### **4.1 Entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental**

Na Tabela 2 são apresentadas a ocorrência das palavras e a frequência dos vocábulos que foram observadas na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental. Inicialmente será desenvolvida a análise dos vocábulos, a partir das frequências de palavras que podem ser identificadas na Tabela 2 e em seguida, respectivamente, serão apresentadas as análises de similitude e a nuvem de palavras que puderam ser construídas.

**TABELA 2**

Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental

Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
Terapeuta	44	Caso	08
Cliente	39	Assim	08
Habilidade	24	Aprender	08
Terapêutico	21	Mudança	07
Relação	21	Melhora	07
Outro	17	Descrever	07
Estar	17	Análise	07
Regra	16	Todo	06
Forma	15	Supervisão	06
Interação	14	Possível	06
Necessário	13	Pessoal	06
Importante	11	Momento	06
Grupo	11	Experiencial	06
Parecer	10	Dificuldade	06
Comportamento	10	Desenvolvimento	06

Contato	09	Contingência	06
Auxiliar	09	Autoconhecimento	06
Workshop	08	Além	06
Pesquisa	08		

Foram listadas 37 palavras, tendo a frequência de vocábulos variado de quarenta e quatro (44) a seis (06) repetições. A palavra com maior frequência foi terapeuta (n amostral= 44), seguida pela palavra cliente (n amostral= 39). As perguntas nas quais esses vocábulos foram mais frequentes versaram sobre o papel da relação terapêutica (Resposta 1) e sobre habilidades fundamentais ao terapeuta para desenvolvê-la (Resposta 6). Da entrevista derivaram respostas que permitiram a identificação do status de importância da relação terapêutica na terapia analítico-comportamental, bem como, sob o prisma dessa psicoterapia, as habilidades básicas para que o terapeuta se relacione terapeuticamente com o cliente.

O agrupamento dos vocábulos “terapeuta” (n amostral= 44), “cliente” (n amostral= 39), “habilidade” (n amostral= 24), “terapêutico” (n amostral= 21) e “relação” (n amostral= 21) permite pressupor que a relação terapêutica é considerada uma dimensão relevante no contexto da terapia analítico-comportamental e essa relevância foi acentuada por Delliti, (2005); Meyer e Vermes (2001); Pergher e Negrão (2012); Zamignani (2007). Nessa perspectiva, Wielenska (2012, p. 160) afirma que “os resultados da terapia analítico-comportamental dependem, intrinsecamente, da relação que se estabelece entre um cliente e seu terapeuta”. Assim, frente a essa importância evidenciada, constata-se que uma análise comportamental precisa: 1) mensurar os componentes interpessoais da relação terapêutica, responsáveis pelas mudanças clínicas do cliente; 2) relacionar esses componentes com mudanças apresentadas pelo cliente em outras relações interpessoais; e 3) analisar a relação

entre os componentes interpessoais da relação terapêutica e as mudanças produzidas por técnicas comportamentais específicas (Rosenfarb, 1992).

Em face das considerações de Rosenfarb (1992), nota-se que a alta frequência dos vocábulos “terapeuta” (n amostral= 44), “cliente” (n amostral= 39) parece indicar que a relação terapêutica é fundamentalmente determinada pelas características do cliente e do terapeuta, bem como pelo papel que ambos desempenham no contexto terapêutico. Por essa razão, não apenas o comportamento do cliente, mas também o do terapeuta deve ser alvo da análise funcional do caso clínico (Delitti, 1997; Guilhardi & Queiroz, 1997). Quando se trata de compreender a relação estabelecida entre terapeuta e cliente é a análise funcional que permite identificar quais as variáveis de controle que estão operando sobre o responder de ambos, sem negligenciar o fato de que o comportamento de um afeta o comportamento do outro mutuamente.

Sob o prisma da terapia analítico-comportamental a relação terapêutica pode ser definida como um tipo especial de interação social, sendo as variáveis que controlam o comportamento de cada membro da diáde, que compõe essa interação, peculiarmente determinadas por sua história de reforçamento. Meyer e Vermes (2001) descreveram algumas das contingências que podem exercer controle sobre o comportamento do terapeuta e do cliente no contexto da relação terapêutica, que são: (1) um dos indivíduos procura ajuda com o interesse de melhorar as contingências de sua vida e (2) o outro apresenta, em seu repertório, um conjunto de estratégias de análise e intervenção que podem promover a ajuda solicitada, e essa ajuda ocorre num contexto em que (3) terapeuta e cliente são falantes e ouvintes em uma série de episódios verbais, a partir dos quais (4) ocorre um constante processo de modelagem no repertório de ambos os participantes.

Na entrevista o participante destacou que é consenso entre terapeutas comportamentais a importância da relação terapêutica para o sucesso da psicoterapia e que “*os dados*

*disponíveis para análise em uma sessão de terapia são os relatos do cliente e a relação terapêutica”* (Resposta 01). Rosenfarb (1992) descreveu algumas formas possíveis de utilização da relação terapêutica, pelo terapeuta, que se assemelham ao que foi apontado pelo entrevistado nesse trecho.

Segundo Rosenfarb (1992) o terapeuta poderá, no contexto da relação terapêutica: 1) obter importante material clínico através da observação do modo como o cliente descreve a si mesmo e os outros; 2) observar o comportamento não verbal do cliente e as discrepâncias com seu comportamento verbal; 3) usar a relação terapêutica para levantar hipóteses a respeito de como o cliente se relaciona com outras pessoas significativas de sua vida, tendo condições de compreender os problemas de natureza interpessoal; e 4) usar seu próprio comportamento em relação ao cliente para levantar informações a respeito do estilo deste se relacionar com outras pessoas. Baseados nessa explanação, pode-se notar que a relação terapêutica pode ter pelo menos duas funções no cenário terapêutico. Ela pode ora ser uma variável dependente, quando fornece os dados para a conceituação do caso clínico e ora ser uma variável independente, quando é manipulada diretamente para alterar o comportamento do cliente.

Ainda sobre a inserção da relação terapêutica no contexto mais amplo do processo terapêutico analítico-comportamental, o entrevistado acrescentou que “*as variáveis relevantes em clínica são categorias amplas, que incluem resistência à mudança, relacionamento terapêutico e interação terapeuta-cliente*” (Resposta 01). No que se refere à resistência, ela parece estar relacionada não apenas a características do “cliente” (n amostral= 39), mas também a características do “terapeuta” (n amostral= 44) e do processo terapêutico, e é trabalho desse profissional identificá-la e manejá-la quando observada no contexto clínico. É possível concluir que a “habilidade” (n amostral= 24) do terapeuta para intervir sobre a

ocorrência da resistência na “relação” (n amostral= 21) “terapêutica” (n amostral= 21) é fundamental para o êxito do processo terapêutico.

Uma das definições de resistência mais empregadas na literatura foi a proposta por Bischoff e Tracey (1995), que a define como qualquer comportamento do cliente que indique oposição ao terapeuta, ao processo terapêutico ou à agenda da sessão. Quanto à explicação da ocorrência de comportamentos de resistência no contexto terapêutico, Cautilli e Santilli-Connor (2000) apresentaram a hipótese de que tais comportamentos são produzidos por histórias de contingências e evocados por estímulos presentes na sessão. A história de reforçamento do cliente teria selecionado e mantido padrões de comportamento de resistir, que são evocados por algumas condições de estímulo do contexto terapêutico.

Com o objetivo de melhor compreender o fenômeno da resistência, Cautilli e Santilli-Connor (2000) identificaram cinco fatores que devem ser considerados na análise de comportamentos de resistência, são eles: a) aspectos do processo terapêutico; b) baixa motivação do cliente para se engajar em terapia; c) curto período para treino das habilidades solicitadas pelo terapeuta; d) as novas habilidades solicitadas resultam em posição conflitante ao repertório atual do cliente; e 5) complexidade das habilidades solicitadas pelo terapeuta. Observa-se que esses fatores se relacionam ao cliente, ao terapeuta e a características do processo terapêutico.

Cabe ao terapeuta estar sensível às interações entre esses fatores que contribuem para os comportamentos de resistência apresentados pelo cliente. Zamignani (2000) destacou que o terapeuta na relação terapêutica também é um indivíduo se comportando e, dessa maneira, ele é o ambiente imediato para o comportamento do cliente durante a sessão e o cliente é ambiente para o seu comportamento, que seleciona e mantém parte do seu repertório. Não se pode perder de perspectiva, todavia, que “a relação de ajuda que se estabelece será

necessariamente desigual, já que o terapeuta é quem deve possuir conhecimento necessário para a solução da queixa apresentada pelo cliente” (Zamignani, 2000, p. 230).

Acrescenta-se, ainda, que o terapeuta deve apresentar um repertório clínico que lhe permita analisar consistentemente as variáveis que estão controlando o comportamento de resistência emitido pelo cliente. Essa análise implica em identificar diferentes elementos da sessão ou da terapia (incluindo seu próprio comportamento) que possam estar contribuindo para evocar os comportamentos de resistência apresentados pelo cliente. A interação terapêutica parece ser um contexto ideal para que o terapeuta levante hipóteses a respeito de como o cliente se comporta diante de certas contingências, nesse caso funcionando como uma variável dependente a ser observada. Por exemplo, diante de interpretações feitas pelo terapeuta, o cliente apresenta qual comportamento? Quando o terapeuta faz alguma orientação, seja em relação à estrutura da sessão ou alguma atividade fora da terapia, qual o comportamento apresentado pelo cliente?

Explorar os efeitos de certas contingências, para identificar e manejar problemas na relação terapêutica provenientes de comportamentos de resistência do cliente, certamente contribuirá para o melhor desenvolvimento da terapia. Nessa direção, Bischoff e Tracey (1995) identificaram que intervenções do terapeuta classificadas como diretivas, entendidas como qualquer sentença empregada com o objetivo de direcionar e controlar a atividade verbal da terapia ou que confronte ou apresente uma demanda ao cliente (orientação e interpretação), parecem contribuir para a ocorrência de comportamentos de resistência. Esse efeito, segundo os autores, não foi observado em relação a intervenções não diretivas, como verbalizações do terapeuta que confira ao cliente a responsabilidade por conduzir a atividade verbal da terapia ou que sinalize encorajamento e apoio (suporte e facilitação).

O entrevistado apresentou também o “*relacionamento terapêutico e interação terapeuta-cliente*” (Resposta 01) como categorias amplas, que incluem variáveis relevantes do

contexto clínico. Todavia, ele destacou que embora exista consenso sobre o quanto é valioso considerar a relação terapêutica no contexto da psicoterapia, tal consenso não prevalece entre terapeutas comportamentais quando se trata de definir qual é o papel dela na mudança terapêutica do cliente. Segundo o participante, há duas perspectivas compartilhadas por terapeutas comportamentais sobre o papel da relação terapêutica: alguns a consideram um facilitador do trabalho do terapeuta, que favorece o sucesso de diferentes intervenções por ele empregadas; e outros que a defendem como um mecanismo de mudança em si mesmo, como um contexto ideal para que os problemas comportamentais do cliente ocorram e sejam alterados na direção da mudança clínica desejada. Nessas duas perspectivas a relação terapêutica parece ser tratada como uma variável independente, que pode ser manipulada no contexto da terapia, seja para facilitar técnicas ou alterar diretamente o comportamento do cliente.

Identificou-se que a relação terapêutica é considerada um meio para facilitar o processo de mudança terapêutica e aumentar o valor reforçador do terapeuta, contribuindo para que o cliente se engaje no tratamento e se sinta confortável ao fornecer informações importantes para a terapia. Além disso, ela é apontada como um fator determinante do processo terapêutico e, uma vez que um clima de confiança e harmonia seja construído, poderá contribuir para que as metas da diáde sejam atingidas. Enquanto mecanismo de mudança terapêutica, notou-se que ela é defendida como o contexto ideal para que o cliente desenvolva uma nova história de aprendizagem com o terapeuta, construindo novos repertórios comportamentais que possam se generalizar para outros contextos, outras relações interpessoais.

Frente ao posicionamento do entrevistado, pode-se questionar: na entrevista, há duas definições de relação terapêutica? Essas duas definições são compatíveis? As respostas a essas questões podem ser buscadas em Meyer (2005), que salientou que processos

psicoterápicos têm dois caminhos possíveis para a promoção da mudança clínica, a saber: a alteração do controle por regras e a modelagem direta do comportamento na relação terapêutica.

De acordo com Skinner (1989/1991), os terapeutas comportamentais não organizam novas contingências como é possível fazer na escola, no lar, no local de trabalho ou no hospital, eles atuam fornecendo conselhos na forma de ordens ou descrição de contingências. Dessa maneira, a relação terapêutica poderia atuar como um meio para tornar mais efetiva a mudança clínica em casos em que esta depende do seguimento das regras descritas pelo terapeuta e da aplicação de diferentes técnicas por ele empregadas, como o treino de relaxamento, treino de habilidades, dentre outras.

O valor reforçador do terapeuta, construído mediante o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica, por exemplo, maximizaria os efeitos de suas intervenções baseadas na alteração do controle por regras, aumentando, ainda, a efetividade de diferentes técnicas por ele empregadas. Assim, a relação terapêutica poderia ser considerada uma variável independente, mais precisamente uma operação motivadora, que aumenta o valor do reforço disponibilizado pelo terapeuta para o comportamento do cliente de seguir novas regras e/ou se engajar nos procedimentos técnicos sugeridos pelo terapeuta no contexto terapêutico.

No que diz respeito à modelagem na relação terapêutica, Hayes, Kohlenberg e Melancon (1989) e Follette, Naugle e Callaghan (1996), terapeutas comportamentais que se fundamentam no behaviorismo radical, argumentam que a história adicional construída na interação com o terapeuta é um relevante mecanismo de mudança. Para eles, a interação terapêutica é a oportunidade para que os clientes emitam comportamentos-problema e aprendam formas alternativas de respostas. O uso da relação terapêutica como um veículo para mudança de comportamento, ao invés de instruções didáticas ou representações de papéis, aumentam a probabilidade dos comportamentos alternativos aprendidos se

generalizarem para outras relações do cliente, tornando-os mais resistentes à extinção (Meyer, 2005). Nesse caso, a relação terapêutica também é tratada como uma variável independente, todavia, a preocupação não é apenas sobre seu efeito no seguimento das instruções didáticas ou na efetividade das técnicas. Para além disso, defende-se que inúmeras oportunidades terapêuticas podem surgir quando diferentes dimensões da interação terapeuta-cliente são manipuladas para favorecer a construção pelo cliente de uma história adicional, que promoverá sua mudança terapêutica.

Quando se trata de analisar os caminhos que promovem a mudança clínica não há uma hierarquia entre alteração do controle por regras e modelagem na relação terapêutica, pois “o mais provável é que os dois tipos de procedimentos estejam envolvidos nos processos de mudança, em proporções diferentes, conforme o terapeuta e o cliente (Meyer, 2005, p. 217). A inclusão de intervenções baseadas na relação terapêutica representa um avanço da terapia analítico-comportamental, pois aumenta as possibilidades de intervenções à disposição para o trabalho de terapeutas que se orientam nessa abordagem psicoterápica (Cahill, Carrigan & Evans, 1998; Follette et al, 1996). Finalmente, “mesmo não sendo o único fator, existem muitas indicações de que a relação terapeuta-cliente é um dos principais meios de intervenção terapêutica” (Meyer, 2001, p. 87).

Diante dessas reflexões, é possível afirmar que na terapia analítico-comportamental a relação terapêutica apresenta duas funções: 1) ela oferece a moldura para que técnicas comportamentais específicas possam ser aplicadas, ou seja, facilita a introdução tanto da análise de contingências como de outros procedimentos para produzir as mudanças clinicamente relevantes, definidas pela diáde (Follette et al, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Rosenfarb, 1992; Meyer & Vermes, 2001); e 2) ela é um mecanismo de mudança em si mesmo, uma vez que comportamentos clinicamente relevantes do cliente podem ser diretamente modificados na interação com o terapeuta, o qual, através do responder

contingente ao comportamento do cliente, modela repertórios mais funcionais que serão generalizados para além da situação terapêutica (Follette et al, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Rosenfarb, 1992).

No primeiro caso pode-se pressupor que a relação terapêutica, enquanto uma variável independente, atua como uma operação motivadora, aumentando o valor reforçador de comportamentos do terapeuta sobre diferentes classes de respostas do cliente, como seguir instruções ou se engajar em procedimentos técnicos conduzidos na terapia. No segundo caso, também como uma variável independente, a relação terapêutica compreende múltiplas manipulações da interação terapeuta-cliente com o propósito de alterar diretamente em sessão diferentes comportamentos apresentados pelo cliente, favorecendo o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais deste. A história adicional, constituída desses novos repertórios, é considerada o mecanismo da mudança terapêutica.

O entrevistado mencionou, também na (Resposta 01), Robert J. Kohlenberg e Mavis Tsai, autores consagrados na literatura referente à terapia comportamental e relação terapêutica. Eles desenvolveram a Psicoterapia Analítica Funcional (PAF ou FAP, da sigla em inglês), uma forma de psicoterapia baseada no behaviorista radical, que se sustenta no conceito de reforçamento em situação clínica e generalização ao ambiente externo. Depois do desenvolvimento da FAP tornou-se difícil falar de relação terapêutica, sob o prisma do modelo analítico-comportamental, sem mencioná-la, uma vez que seu foco está nas múltiplas interações terapeuta-cliente que ocorrem ao longo do processo terapêutico (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Diante desse fato, pode-se afirmar que a FAP se tornou “uma inequívoca fonte de influência sobre a comunidade de clínicos analítico-comportamentais, pelas suas contribuições acerca da análise da relação terapeuta-cliente como instrumento para a mudança de comportamentos clinicamente relevantes” (Wielenska, 2012, p. 164).

A partir das definições de Kohlenberg e Tsai (1991/2001), o entrevistado descreveu que na FAP “*o trabalho é realizado por intermédio da observação e intervenção nos comportamentos clinicamente relevantes (CCR) que ocorrem na presença do terapeuta. Esses comportamentos são divididos em três tipos: CCR1 refere-se aos problemas do cliente; CCR2, aos progressos do cliente; e CCR3 às interpretações do cliente sobre seu próprio comportamento*” (Resposta 01). Ele ainda acrescentou que nessa psicoterapia o conceito de aliança terapêutica é concebido como um CCR2, sendo a aliança um importante componente da relação cliente–terapeuta. Para o participante essa aliança gira em torno da habilidade do cliente de se envolver com a auto-observação, facilitando, assim, a ocorrência de outros CCRs.

Compreende destacar que, além dos CCRs, devem ser avaliados também na interação terapêutica, de acordo Wielenska (2012), outros comportamentos emitidos pelo cliente em seu contexto natural, ou seja, fora da sessão. Na terminologia da FAP esses comportamentos podem ser classificados como Os e subdivididos em O1, quando se tratarem de comportamentos que são alvo de intervenção, e os O2, quando constituírem um ponto favorável do repertório do cliente, demonstrando progressos em direção aos objetivos terapêuticos. O terapeuta deve estar sensível à ocorrência dos CCRs e dos Os na situação terapêutica, para assim responder terapeuticamente a eles.

Na FAP é defendido que o centro do processo terapêutico é a relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), o que implica em identificar e analisar funcionalmente também o comportamento do terapeuta. Orientada nos princípios de aprendizagem desenvolvidos pela Análise do Comportamento, essa psicoterapia sustenta que os comportamentos do terapeuta afetam o comportamento do cliente, enquanto variáveis independentes, através de três funções de estímulos, a saber: discriminativa, eliciadora e reforçadora.

A primeira destas, a função discriminativa, refere-se às circunstâncias externas nas quais alguns comportamentos do cliente foram reforçados e diante das quais é mais provável que eles voltem a ocorrer. Condições próprias da interação estabelecida ao longo do processo terapêutico podem evocar certos comportamentos ou, ainda, o próprio terapeuta pode alterar seu comportamento em sessão para, voluntariamente, evocar comportamentos do cliente, desde que sejam relevantes do ponto de vista terapêutico (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

A segunda função do terapeuta enquanto estímulo para o cliente é a eliciadora, pois algumas ações desse profissional poderão eliciar respostas emocionais no cliente, que ocorrem de modo reflexo e que foram aprendidas a partir dos diferentes condicionamentos respondentes aos quais ele foi submetido ao longo de sua história de aprendizagem. Por fim, a terceira função, a reforçadora, diz respeito a comportamentos do terapeuta que funcionam como consequências para comportamentos emitidos pelo cliente, que afetam sua frequência ao longo do processo terapêutico. Quanto a essa última função, não se deve perder de perspectiva que “o mais importante é que os reforçadores sejam as ações e reações do terapeuta em relação ao cliente” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001, p. 20).

No contexto terapêutico cada ação do terapeuta possui um ou mais destes três efeitos descritos e o principal objetivo do terapeuta que utiliza a FAP é observar os comportamentos clinicamente relevantes que aparecerem na interação com o cliente e dispor as consequências adequadas no momento em que ocorrem. É importante que os reforçadores dispensados pelo terapeuta na interação terapêutica sejam naturais, pois quando os reforçadores arbitrários são usados na terapia os comportamentos reforçados são frequentemente operantes diferentes daqueles reforçados no ambiente natural do cliente (Rosenfarb, 1992).

Apresentar a diferença entre reforçadores naturais e arbitrários, que é bastante sutil, tornará mais clara a importância de o terapeuta se utilizar dos primeiros. Um exemplo descrito por Ferster (1972) permitirá a verificação do quanto é delicada a distinção funcional entre

reforçadores naturais e arbitrários. Um terapeuta disse a sua cliente que ela se tornava deprimida quando zangada. De acordo com Ferster essa intervenção foi arbitrária, visto que a cliente não teria condições de observar sua depressão e as condições antecedentes quando a relação dela com o terapeuta terminasse. É relevante notar que o controle social arbitrário ocorre quando o ouvinte (no caso a cliente) ajusta seu comportamento especificamente ao comportamento exigido pelo falante (no caso o terapeuta) (Ferster, 1972).

Por outro lado, os terapeutas usam reforçadores naturais quando seus comportamentos estão sob controle dos comportamentos do cliente e o uso desse tipo de reforçadores, dentro da relação terapêutica, ajuda a assegurar que as mudanças feitas dentro dessa relação se generalizem para o ambiente natural do cliente (Rosenfarb, 1992). Para este autor, o mais potente reforçador natural dentro da relação é aquele mais similar ao tipo de reforçamento oferecido no ambiente natural: o reforçamento social oferecido pelo terapeuta. O terapeuta trabalha nesta direção e, por organizar contingências sociais bem claras e definidas no contexto da terapia e na relação terapêutica, cria condições para a construção de um repertório que será naturalmente efetivo na vida cotidiana do cliente (Skinner, 1982).

A discutir as diferenças entre reforçamento arbitrário e natural Kohlenberg e Tsai (1991/2001) enfatizaram que uma forma de garantir que o reforçamento liberado pelo terapeuta é natural é se fazer a seguinte questão: “para o comportamento que está sendo apresentado, o reforçador é típico e comumente presente no ambiente natural? ” (p. 13) ou ainda “para este comportamento em particular, qual seria o reforçamento mais provável no ambiente natural? ” (p. 13). Eles destacaram, também, que reforçadores naturais são partes mais estáveis e fixas do ambiente natural com os quais o cliente interage, de modo que

Este aspecto do reforçamento é o mais facilmente perceptível, de vez que o observador não necessita da história dos indivíduos envolvidos numa operação de reforçamento para que possa dizer quão típico é o reforçamento que está sendo

utilizado. Por exemplo, a maioria das pessoas concordaria que dar doces ao seu filho para que ele vista o casaco é arbitrário, ao passo que lhe chamar a atenção por estar sem casaco é natural. Pagar à sua filha para que pratique piano é arbitrário ao passo que o fato dela tocar simplesmente pela música criada é natural. De igual maneira, multar seu cliente em alguns centavos por não manter contato visual é arbitrário, enquanto que é natural deixar que a sua atenção flutue (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001, p. 14)

Reforçadores arbitrários, embora frequentemente se relacionem mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do cliente (Ferster, 1967), podem servir como procedimentos de transição utilizados para garantir que o comportamento será emitido e será positivamente reforçado no ambiente natural (Rosenfarb, 1992). Muitas vezes não há intervenção terapêutica baseada em reforçamento natural que possa desenvolver o comportamento que será reforçado por outros. Nestes casos as intervenções baseadas em reforçamento arbitrário podem ser requeridas para evocar o comportamento desejado. Contratos terapêuticos ou tarefas de casa, exemplificados por Rosenfarb (1992), embora arbitrários por natureza, geralmente são úteis no desenvolvimento de repertórios comportamentais que serão positivamente reforçados pelos outros nas relações cotidianas do cliente.

No que diz respeito à disponibilização de reforçadores na interação com o cliente, o entrevistado, embasado em Follette et al. (1996), acentuou que, na FAP, “*no início do processo terapêutico o profissional oferece expressões gerais de aprovação simplesmente pelo fato de o cliente estar em terapia*” (Resposta 01). Essas expressões, conforme defenderam Follette et al. (1996), pertenceriam à classe de reforçadores gerais liberados pelo terapeuta para reforçar os comportamentos da classe “ser cliente”, tais como: comparecer à sessão, esforçar-se em mudar, emitir comportamentos alternativos aos comportamentos queixa, fazer

autorrevelação. Tratam-se de comportamentos com a função de estabelecer e manter o repertório necessário para a aprendizagem de novos padrões comportamentais.

O entrevistado também se referiu a aspectos iniciais do processo terapêutico ao ser questionado sobre sua posição quanto à importância do vínculo do cliente com o terapeuta, para a adesão à terapia, e sobre como esse vínculo é trabalhado no modelo analítico-comportamental. Nesse contexto, ele respondeu: “*Considero o vínculo entre cliente e terapeuta fundamental para o bom desenvolvimento da psicoterapia. O vínculo é trabalhado partindo da noção que o terapeuta deve se constituir, especialmente no início do processo terapêutico, em uma audiência não punitiva. Empatia é outro conceito usado, apesar de não ser originalmente da abordagem comportamental. O terapeuta deve ser uma audiência, no sentido skinneriano, o tempo todo*” (Resposta 03).

Skinner (1953/2007) ressaltou que o cliente procura a terapia por estar em uma condição de estimulação aversiva e se o terapeuta lhe demonstra, direta ou indiretamente, geralmente de modo verbal, que dispõe de recursos que podem amenizar seu sofrimento, inicia-se a construção de uma relação reforçadora entre terapeuta e cliente. Skinner (1953/2007), ao analisar o papel do terapeuta na psicoterapia, concluiu que a primeira tarefa desse profissional é ganhar tempo com cliente, criando condições para que o contato entre eles tenha continuidade. Em seguida o terapeuta, ao demonstrar suas habilidades terapêuticas, tornar-se-á uma importante fonte de reforço para o cliente.

O entrevistado mencionou a importância de o terapeuta se constituir como uma audiência não punitiva ao longo do processo terapêutico. O conceito de audiência não punitiva se refere a uma classe de comportamentos que esse profissional deverá apresentar na interação com o cliente, os quais são semelhantes às ações descritas sob o rótulo de empatia. O processo através do qual o terapeuta se torna uma audiência não punitiva pode levar tempo, pois na perspectiva do cliente o terapeuta inicialmente é apenas mais um membro de uma

sociedade que tem exercido excessivo controle sobre ele (Skinner, 1953/2007). Por essa razão,

É tarefa do terapeuta colocar-se em situação diferente. Evita, portanto, consistentemente o uso da punição. Não critica o paciente nem levanta objeção alguma a nenhum de seus comportamentos. Não aponta erros de pronúncia, gramática, lógica. Particularmente, evita qualquer sinal de contra-agressão quando o paciente de alguma maneira o critica ou o ofende. O papel de não punir fica mais claro quando o terapeuta frequentemente responde de modo incompatível com a punição, por exemplo, retruca com uma ostensiva demonstração de amizade um ataque agressivo, ou trata sumariamente com um casual “isso é interessante”, o relato pelo paciente de um comportamento punível (Skinner, 1953/2007, p. 403).

Ao se constituir em uma audiência não punitiva o terapeuta cria um ambiente no qual o comportamento comumente punido do cliente no ambiente natural ocorre e não é seguido de punição. Além disso, outros efeitos da audiência não punitiva sobre o comportamento do cliente foram descritos por Skinner (1953/2007): 1) ele poderá começar a se lembrar de episódios em que ele foi punido; 2) ele poderá começar a descrever tendências atuais para se comportar de modo punível; 3) o comportamento não verbal que foi anteriormente punido poderá começar a aparecer, por exemplo, pode tornar-se socialmente agressivo; e 4) ele poderá exibir emoções fortes, como uma crise de choro.

O terapeuta, se mantiver com sucesso sua posição de não punidor, acelerará o processo de redução do efeito da punição e oportunizará ainda mais a ocorrência de comportamentos anteriormente punidos (Skinner, 1953/2007). Uma vez que os comportamentos puníveis do cliente no ambiente natural não são punidos na interação com o terapeuta, inicia-se o segundo estágio do processo terapêutico, ou seja, a extinção dos efeitos da punição. Embora a extinção dos efeitos da punição de comportamentos do cliente anteriormente punidos tenha sido

apontada por Skinner como o principal resultado da terapia em 1953/2007, nota-se que ela é apenas uma etapa da terapia analítico-comportamental. Skinner (1989/1991), ao discorrer novamente sobre a função da terapia, declarou que ela deve também auxiliar o cliente a desenvolver um novo repertório de comportamentos.

Ao tratar do responder contingente do terapeuta aos comportamentos emitidos pelo cliente, identificou-se que o entrevistado enfatizou a importância de a terapia oportunizar a construção de novos repertórios, conforme mencionou Skinner (1989/1991). De acordo com o entrevistado, “*Em um segundo momento, o reforçamento torna-se contingente a falar sobre tópicos difíceis e se expor em terapia. Aos poucos, o terapeuta passa a selecionar classes de comportamentos que indiquem mudanças relevantes, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. A generalização dos novos comportamentos também é diretamente trabalhada*” (Resposta 01).

Nota-se que nesse segundo momento o terapeuta começa a utilizar reforçadores do tipo específico, os quais são liberados apenas se certos comportamentos que façam parte de uma classe que tenha relevância clínica são emitidos. Por exemplo, no início da terapia o cliente pode ter o comportamento de relatar reforçado simplesmente porque ele ocorre na interação com o terapeuta. Posteriormente esse profissional poderá alterar o critério para liberar o reforço e reforçar apenas a emissão de relatos considerados importantes para a avaliação e a intervenção terapêutica, como os relacionados a tópicos difíceis que demandem maior exposição do cliente.

A decisão clínica de seguir por esse caminho, ou seja, de tornar os reforçadores contingentes a classes específicas de comportamentos que indiquem mudanças relevantes, só deve ser tomada quando o terapeuta observar que já se constitui numa figura significativa para o cliente e, por conseguinte, uma fonte de reforçamento natural. Atendida essa condição, o terapeuta poderá reforçar os comportamentos alvo e ir modificando o critério para a liberação

do reforçamento, tornando os comportamentos alvos cada vez mais específicos (Follette et al., 1996), sem esquecer, todavia, a importância de que os reforçadores liberados sejam naturais, para garantir a generalização do comportamento novo para o ambiente natural do cliente (Ferster, 1972).

O fortalecimento de uma ampla gama de comportamentos foi considerado pelo entrevistado um pré-requisito para o engajamento do cliente na psicoterapia, mas ele destacou que isso não é suficiente para que ocorram mudanças efetivas. Segundo ele, é necessário o reforçamento contingente à emissão de comportamentos alternativos, considerados mais satisfatórios e, ao mesmo tempo, é fundamental que o terapeuta apresente consequências diferentes daquelas apresentadas no ambiente natural do cliente, já que estas têm mantido seus comportamentos-problema (Resposta 01). Quando se trata de liberar consequências diferentes daquelas apresentadas no ambiente natural do cliente, é importante que o terapeuta esteja atento à história anterior de aprendizagem (reforçamento e punição) pela qual ele passou.

Rosenfarb (1992) salientou que, devido à história anterior de aprendizagem, muitos clientes, seja pela falta de reforçamento positivo de seu comportamento social significativo ou pela punição excessiva ao longo do seu desenvolvimento, apresentam falhas no repertório de comportamentos requeridos em relações interpessoais. Ainda segundo ele, o terapeuta, dentro da relação terapêutica, pode precisar desenvolver comportamentos pró-sociais que nunca foram desenvolvidos antes no passado pelo cliente e, nessa relação, a falta de reforçamento social positivo e a história de punição excessiva, poderá precisar ser revertida.

Na relação terapêutica, quando o terapeuta reage em direção ao cliente diferentemente do modo como os outros reagiram no passado, ele terá condições de modelar novos repertórios comportamentais mais positivos (Rosenfarb, 1992). Uma vez que estes repertórios mais adaptativos forem desenvolvidos, os clientes poderão emitir-los na presença de estímulos fora da terapia funcionalmente semelhantes aos quais aprendeu a responder na relação com o

terapeuta. Assim, se outras pessoas significativas para o cliente em seu ambiente natural reforçarem a mesma classe de respostas que o terapeuta reforça, então as mudanças que ocorrem dentro da relação terapêutica se generalizarão para o ambiente natural (Rosenfarb, 1992).

Até este momento explorou-se as questões relacionadas à definição da relação terapêutica e às diferentes funções dela na terapia analítico-comportamental, ora considerada um facilitador para a mudança terapêutica do cliente, ora defendida como um mecanismo de mudança em si mesmo. A análise ficou circunscrita até o momento à Resposta 01 porque nela vários aspectos da relação terapêutica sob o prisma do modelo analítico-comportamental foram descritos. Foi possível observar que apenas se fez menção à Respostas 03 quando a análise da Resposta 01 requereu. Será retomada, a partir de agora, a exploração das outras respostas do entrevistado e será feita referência às reflexões realizadas anteriormente, desde que elas sejam necessárias para tornar consistente nossa análise integral da entrevista.

Quando questionado se a terapia analítico-comportamental tem avançado no sentido de reconhecer e legitimar a importância da relação terapêutica, o entrevistado respondeu que sim, e acrescentou: “*De duas formas. Uma delas é mensurando a relação terapêutica com instrumentos como o WAI (Working Alliance Inventory) em diversos estudos com diversas perguntas de pesquisa que incluem a questão da relação terapêutica. A segunda forma se dá pelos estudos da FAP (Psicoterapia Analítica Funcional ou no inglês Functional Analytic Psychotherapy). Esta modalidade de psicoterapia comportamental afirma que as mudanças comportamentais se dão na interação terapêutica e exigem uma boa relação terapêutica para ocorrerem*” (Resposta 02).

Em relação ao WAI, Prado e Meyer (2004) salientaram que ele é considerado um instrumento metateórico, que tem o formato de um questionário com versões para cliente, terapeuta e observador. Ele apresenta três subescalas, com doze questões avaliadas num

espectro de sete itens (sempre-nunca), que são: objetivos, tarefa e vínculo. Quanto aos objetivos, avalia-se a mutua compreensão e negociação da diáde quanto às metas da terapia em termos de resultados. Já a tarefa refere-se às atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente, procurando mobilizar ou facilitar as mudanças. Por fim, o vínculo se caracteriza pela ligação pessoal que se estabelece entre terapeuta e cliente, que se desenvolve na atividade compartilhada da terapia. O vínculo pode ser expresso e sentido em termos de amizade, simpatia, confiança, respeito e compreensão da importância do comprometimento da diáde com as atividades da terapia.

Silveira (2003) destacou que o WAI é um instrumento largamente empregado no campo da pesquisa em psicoterapia. Prado e Meyer (2004, p. 205), ao procurarem por questionários e inventários para avaliar a relação terapeuta-cliente, identificaram que o WAI “além de ser um instrumento que avalia a aliança terapêutica e prediz resultados de terapia, também tem sido utilizado como “termômetro” para avaliar diversas variáveis presentes nas modalidades de terapia e nas várias formas de realizar pesquisa em clínica”. As subescalas desse instrumento, por serem altamente correlacionadas (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath, 1994) oferecem a possibilidade de diferentes análises sobre aspectos da aliança que estão fortemente interligados.

No que se refere à FAP já se destacou, em momentos anteriores ao longo dessa análise, que ela se constitui numa proposta de sistematização da relação terapêutica, embasada na Análise do Comportamento, que favorece condições para o manejo mais eficiente das interações estabelecidas entre terapeuta e cliente ao longo do processo terapêutico. De acordo com Oshiro (2011), desde a publicação de Kohlenberg e Tsai em 1991, muitos estudos demonstraram o uso bem-sucedido da FAP para diferentes tipos de casos clínicos. Essa forma de psicoterapia tem se mostrado efetiva em casos de ansiedade (Kohlenberg & Tsai, 1995; López, Ferro & Calvillo, 2002); de transtorno obsessivo compulsivo (Kohlenberg &

Vandenbergh, 2007; Mendes & Vandenbergh, 2009; Vandenberghe, 2007b); de depressão (Ferro, Valero & Vives, 2006; Gaynor & Lawrence, 2002); de transtorno de personalidade (Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996); dentre outros<sup>1</sup>.

Embora os estudos supracitados possam demonstrar resultados satisfatórios da utilização da FAP para diferentes transtornos, é necessário compreender como essa psicoterapia promove a mudança terapêutica. Nessa direção, de acordo com Oshiro (2011), estudos preocupados em descrever os mecanismos de mudança que operam na FAP têm ganhado força na comunidade científica. Assim, os avanços no desenvolvimento de métodos de avaliação e coleta de dados, segundo Oshiro (2011), aconteceram em razão da necessidade de evidenciar, mais precisamente, os aspectos da relação terapeuta-cliente que em sessões orientadas na FAP são responsáveis pela mudança clínica.

Alguns estudos apontaram a modelagem do comportamento do cliente em sessão como o principal processo envolvido na FAP (Kanter, Parker & Kohlenberg, 2001; Callaghan, 2006). Esses estudos, por serem descritivos, não puderam fornecer evidências empíricas que sustentassem essa afirmação. Todavia, foram importantes para o desenvolvimento de pesquisas com métodos mais refinados de categorização da interação terapeuta-cliente, com manipulação de variável independente, permitindo evidenciar, mais claramente, o processo de mudança clínica promovido pela FAP (Callaghan, Summers e Weidman, 2003; Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, Baruch & Holman, 2006; Oshiro, 2011)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Para uma revisão pormenorizada desses estudos e de outros que demonstraram o uso bem sucedido da FAP buscar Ferro, G. R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.

<sup>2</sup> Um exemplo de estudo experimental é a tese de Oshiro (2011), a qual, por meio de um delineamento experimental (A, B1, C1, B2, C2), investigou os efeitos da introdução e retirada dos procedimentos da FAP (Psicoterapia Analítica Funcional) sobre categorias de comportamentos de clientes que dificultam o andamento da terapia (verborragia, a falta de correspondência com a fala da terapeuta, fala superficial, agressões verbais).

O entrevistado, quando questionado sobre a importância do resgate do processo vivencial no contexto da terapia, que elenca a relação terapêutica como um mecanismo de mudança em si mesmo, argumentou: “*esta é a proposta da FAP e que eu também adoto na minha forma de atuar, a de que as mudanças ocorrem na interação entre cliente e terapeuta. Cabe dizer que a mudança ocorre na interação terapêutica. A relação terapêutica fala mais da qualidade dessa interação*” (Resposta 05, grifos do entrevistado). Observa-se, assim, que na terapia analítico-comportamental os termos relação terapêutica e interação terapêutica não são tomados como sinônimos. Parece haver um interesse do entrevistado em diferenciar os constructos interação terapêutica e relação terapêutica.

Ao discutir questões dessa natureza, Silveira (2003, p. 142) argumentou que “as expressões interação terapeuta-cliente e relação terapêutica somente merecem ser tratadas como sinônimas quando a interação terapeuta-cliente enfraquecer ou fortalecer os comportamentos do cliente consistentemente com as metas de tratamento adotadas pela diáde”. Dessa maneira, pode-se pressupor que ocorrem interações terapeuta-cliente que não sejam terapêuticas, quando os objetivos estabelecidos pela diáde não foram alcançados. Nesse contexto algumas questões merecem ser colocadas: 1) quando as interações terapeuta-cliente produziram mudanças previamente estabelecida pela diáde poder-se-ia, ao analisar amplamente a terapia conduzida, afirmar que ocorreu uma interação terapêutica? 2) se o constructo interação terapêutica já se refere às interações terapeuta-cliente que levaram às mudanças clínicas esperadas, é necessário usar o termo “relação terapêutica” para se referir à qualidade daquelas interações?

Orientados por essas questões, considera-se que o termo interação terapêutica traz consigo informações sobre a qualidade dessa interação, sendo desnecessário, talvez, o uso do

Nesta tese é possível também ter acesso à revisão realizada pela autora de estudos descritivos e experimentais desenvolvidas com o objetivo de dar sustentação aos mecanismos de mudança da FAP.

termo relação terapêutica como qualificador. Assim, no contexto da terapia analítico-comportamental se falaria de interações terapeuta-cliente, sendo o termo interação terapêutica adotado apenas quando tais interações fortalecerem ou enfraquecerem os comportamentos do cliente, em conformidade com os objetivos terapêuticos previamente estabelecidos por ambos, terapeuta e cliente (Silveira, 2003). A pergunta: a interação terapêutica é terapêutica? É tautológica e seria o equivalente a perguntar: o tratamento efetivo é efetivo? Por essa razão o termo interação terapeuta-cliente parece mais apropriado, pois essa interação poderá ou não ser terapêutica, a depender das condições descritas acima.

As palavras “regra” (n amostral= 15), “forma” (n amostral= 15) e “interação” (n amostral= 14) foram mais frequentes na Resposta 06, relacionada às habilidades básicas que o terapeuta analítico-comportamental precisa apresentar, a despeito das diferenças entre clientes, para que tenha condições de conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica. É notável que a resposta construída pelo entrevistado a esta questão foi orientada na perspectiva da FAP. O alinhamento dessa psicoterapia com a terapia analítico-comportamental é compreensível, pois suas contribuições acerca da análise da relação terapeuta-cliente, tomada como um mecanismo de mudança em si mesmo, influenciou fortemente a comunidade de clínicos analítico-comportamentais (Wielenska, 2012).

Tornou-se difícil entre os terapeutas comportamentais orientados no behaviorismo radical discutir a relação terapêutica sem levar em consideração os conceitos da FAP, muito úteis para analisá-la e manejá-la no contexto terapêutico. Essa forma de psicoterapia faz parte da terceira onda das terapias comportamentais, que se coloca como uma alternativa ao caráter “eliminacionista” encontrados nas terapias comportamentais anteriores (Vandenbergh, 2011). A terapia comportamental clássica estava especializada na eliminação da ansiedade e a terapia cognitivo-comportamental voltada para a correção de pensamentos e crenças

disfuncionais. Em ambos os casos a supressão do sofrimento pela eliminação de processos internos danosos era o objetivo terapêutico.

Alguns princípios norteiam a terceira onda das terapias comportamentais, por exemplo: ela propõe a aceitação dos eventos privados na forma em que se apresentam, sem tentar controlá-los; para ela os alvos para o tratamento são encontrados no ambiente da pessoa, nos relacionamentos interpessoais e nas interações com o mundo (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Observa-se, com esses princípios, que em vez de eliminar “a ansiedade” ou corrigir “pensamentos e crenças disfuncionais” a função da terapia é construir novos repertórios que permitam novas formas de se relacionar e afetar o mundo (Vandenbergh, 2011).

A importância que a terapia analítico-comportamental atribui à análise funcional também a direciona para uma visão construtiva e, por essa razão, ela apresenta grande semelhança clínica e filosófica com as terapias da terceira onda (Vandenbergh, 2011). Nota-se que, em virtude dessas afinidades, ao longo da entrevista o participante insere tranquilamente os conceitos e as contribuições da FAP ao discorrer sobre a importância da relação terapêutica na terapia analítico-comportamental. Além disso, o resgate do processo vivencial é uma marca das terapias da terceira onda, que foca mais na relação terapêutica para produzir mudanças clínicas relevantes, em vez de restringir a terapia à aplicação de técnicas (Vandenbergh, 2007a).

A palavras “regra” (n amostral= 16), “forma” (n amostral= 15) e “interação” (n amostral= 14) podem ser agrupadas e a ocorrência delas na Resposta (06) permite identificar que a FAP dispõe de “regras” que fornecem ao terapeuta “formas” de conduzir a “interação” com o cliente. Conclui-se, ainda, que é “importante” (n amostral= 11) e “necessário” (n amostral= 13) que o terapeuta esteja sensível às regras disponibilizadas pela FAP. A importância de o terapeuta estar sensível às interações com o cliente na sessão levou os

proponentes da FAP a construírem cinco regras às quais o terapeuta deve estar atento. Tratam-se mais de sugestões para o comportamento do terapeuta, do tipo “experiente, você vai gostar”, que propriamente “é melhor fazer isso” (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). As cinco regras, descritas a seguir, foram apresentadas por Tsai, Kohlenberg, Kanter e Waltz (2009).

*Regra 01: prestar atenção nos comportamentos clinicamente relevantes.*

Constitui o núcleo da FAP e sua adoção pode levar a um mais intenso tratamento, interpessoalmente orientado. Sensível a essa sugestão o terapeuta poderá detectar mais precisamente comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem na sessão e responder terapeuticamente a eles, tornando assim a terapia mais profunda e fascinante. Como behavioristas não se acredita que “prestar atenção” a um evento privado intensifica diretamente a melhora do tratamento. Todavia, “prestar atenção” e estar consciente da ocorrência de comportamentos públicos e privados, que representam CCRs, é o início do processo e pode ter um efeito marcante sobre o terapeuta. Uma vez atento, esse profissional observará mais precisamente o comportamento do cliente, melhorará a qualidade de sua conceituação de caso e, por conseguinte, seu foco terapêutico e a natureza das intervenções necessárias para atingi-lo.

*Regra 2: Evocar Comportamentos Clinicamente Relevantes.* O contexto da terapia, de modo geral, é propício para evocar diferentes comportamentos clinicamente relevantes do cliente. Entretanto, uma vez que a FAP se concentra no relacionamento com o cliente, questões como intimidade, capacidade de confiar nos outros, assumir riscos interpessoais, ser autêntico, dar e receber amor se tornam centrais. Se comportamentos relacionados a essas questões não ocorrem naturalmente na interação durante as sessões o terapeuta deverá criar um contexto para evocá-los.

Na FAP, para evocar comportamentos clinicamente relevantes, o terapeuta poderá: 1) estruturar um ambiente terapêutico evocativo de CCRs; 2) empregar métodos

terapêuticos de outras psicoterapias que possam evocar CCRs; e 3) usar-se como instrumento de mudança. Em termos analítico-comportamentais, esses métodos são melhor compreendidos como o estabelecimento de operações que não apenas evocam os CCRs (ou seja, criam estímulos discriminativos para os CCRs), mas também estabelecem o terapeuta como um reforçador eficaz para o comportamento do cliente. Sem estas operações a FAP não poderia ser realizada.

*Regra 3: Reforçar Naturalmente os CCR2s.* Uma vez que o reforço é o principal mecanismo de mudança que pode ser empregado pelo terapeuta, é imprescindível a distinção entre reforço natural (disponível na interação terapêutica e em outros contextos de vida do cliente) de reforço arbitrário (fornecido apenas na interação terapêutica). Recomenda-se que o terapeuta utilize algumas abordagens para ser naturalmente reforçador, evitando o reforço arbitrário na interação terapêutica, tais como: responder a CCR1s de forma eficaz; agir de acordo com os melhores interesses para o cliente, sendo as melhorias clínicas deste reforçadoras para o terapeuta; ter disponível em seu próprio repertório comportamentos que são objetivos do cliente na terapia; equilibrar suas expectativas de melhorias do cliente com os repertórios atuais por ele apresentados; amplificar seus sentimentos afim de aumentar a eficácia terapêutica, pois a amplificação pode ajudar o cliente a discernir e ser reforçado por reações sutis do terapeuta, que ocorrem privadamente e que não seriam perceptível do contrário.

*Regra 4: Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação ao cliente.* Essa regra evidencia a importância de o terapeuta prestar atenção às reações do cliente, estando sensível também aos efeitos dos comportamentos que emiti sobre o cliente. Por definição os comportamentos do cliente que são reforçados são apenas aqueles que são alvo da terapia, por essa razão é fundamental que o terapeuta avalie em que medida seus comportamentos, emitidos com o objetivo de reforçar, na verdade

funcionaram como reforçadores. O terapeuta, ao maximizar sua sensibilidade nessa direção, poderá ajustar a sua resposta, conforme necessário, para aumentar o potencial do reforço.

*Regra 5: Forneça interpretações funcionais analiticamente orientadas e implemente estratégias de generalização.* Clientes questionam terapeutas sobre as razões de se comportarem de forma X ou se sentirem de forma Y. Do ponto de vista behaviorista as explicações dadas pelo terapeuta é apenas um pouco de comportamento verbal referido como um “motivo” que são empregados para ajudar os clientes a encontrarem soluções para seus problemas e para ajudar a generalizar o progresso da terapia para o cotidiano. Duas estratégias possíveis para fomentar essa regra são: construir paralelos entre comportamentos na sessão e cotidianos; e atribuir tarefa de casa.

Em relação a primeira estratégia, “paralelos ‘de fora para dentro’ se referem a eventos cotidianos corresponder a situações na sessão e paralelos ‘de dentro para a fora’ ocorrem quando eventos na sessão correspondem a eventos cotidianos” (Tsai et al., 2009, p. 93). Esses paralelos têm grande relevância clínica, pois facilitam a generalização de ganhos feitos na relação terapeuta-cliente para o cotidiano e ainda contribuem para a identificação de CCRs. Quanto à estratégia de atribuir tarefas, ela permite que o cliente altere seu comportamento na vida diária, que é o grande objetivo da FAP enquanto terapia behaviorista. As melhores atribuições de tarefas ocorrem quando o cliente se engaja num CCR2 durante a sessão e recebe como tarefa levar esse “comportamento melhor” para “a estrada” e testar com pessoas significativas de sua vida.

O respeito do terapeuta a essas regras lhe permitirá desenvolver o repertório clínico desejável para identificar os padrões comportamentais do cliente, os efeitos deles sobre si e os possíveis efeitos deles sobre as pessoas da vida diária do cliente. Essas informações são imprescindíveis para definição dos CCRs alvos da terapia. O entrevistado, ao discorrer sobre a importância das regras da FAP, fez referência a Tsai et. al (2009), autores que descreveram

outras habilidades necessárias e relacionadas a cada uma das cinco regras anteriormente descritas.

O participante salientou que no segundo livro da FAP - Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan (2009) - são apresentadas as palavras consciência, coragem, amor e behaviorismo associado às cinco regras. A partir dessa associação, podemos construir a seguinte configuração: “*ao estarmos atentos a CCRs e ao impacto de nosso comportamento no cliente (Regras 1 e 4), devemos ter consciência do que está acontecendo aqui e agora; ao evocar CCRs do cliente (Regra 2), é preciso coragem devido a todas as dificuldades emocionais que acompanham os CCRs; ao reforçarmos naturalmente os CCR2s emitidos (Regra 3), devemos ser naturalmente amorosos a fim de manter tais melhorias no repertório do cliente e; ao realizarmos análises funcionais sobre toda essa interação (Regra 5), devemos ser bons behavioristas*” (Resposta 06, grifos nossos).

Dessas associações acima, o entrevistado considerou relevante explorar um pouco mais o termo “ser amoroso”, relacionado à Regra 3. Segundo ele, essa regra tem sido considerada fundamental para a aplicação da FAP, visto que é seguindo ela que o terapeuta fortalecerá os CCR2s do cliente em sessão. Sustentado em Kanter (2011)<sup>3</sup> ele descreve algumas dimensões do comportamento de “ser amoroso”: “*(1) saber o bastante sobre seu cliente para conseguir identificar pequenas melhorias em seu comportamento; (2) saber o suficiente sobre relacionamento íntimo para saber quando seu cliente está apresentando melhora; (3) estar disposto a correr riscos a fim de evocar e reforçar melhorias e, principalmente (4) melhorias e sucessos de seu cliente serem reforçadores para o seu comportamento. Sendo assim, está relacionado com a necessidade de atenção, carinho,*

---

<sup>3</sup> O entrevistado faz referência a um Workshop sobre FAP (Psicoterapia Analítica Funcional) ministrado por Jonathan Kanter, expoente internacional dessa psicoterapia, que ocorreu na cidade de São Paulo no ano de 2011.

*empatia para com o cliente, sendo possível compreendê-lo dentro de sua própria história e, portanto, aceitando-o tal como ele é” (Resposta 06).*

As cinco regras, para serem praticadas, dependem fundamentalmente da criação de uma relação de intimidade, confiança e respeito entre terapeuta e cliente. Assim, mais algumas habilidades necessárias ao terapeuta foram descritas pelo entrevistado (Resposta 06), que se baseou nas recomendações feitas por Tsai et al., (2009):

- 1) *Autoconhecimento – parece essencial que o terapeuta esteja atento às suas próprias dificuldades não só em sessão como em sua vida diária, além de conseguir reconhecer seus sentimentos momentâneos, o que está acontecendo no seu corpo, o que está evitando, o que está dizendo, o que não está dizendo e os motivos para tudo isso.*
- 2) *Vulnerabilidade – é preciso que o terapeuta esteja disposto a correr riscos, ou seja, emitir respostas que possam ser incômodas para si mesmo, mas que sejam benéficas para seu cliente, diminuindo assim sua esquiva de dificuldades, em favor de seu cliente.*
- 3) *Aproximação emocional – é importante a expressão de reações emocionais verdadeiras, deixando que seu cliente perceba o impacto que é causado em você, quando isso for benéfico a ele.*
- 4) *Autorrevelação em prol do cliente – é importante também que o terapeuta consiga se colocar numa posição de igualdade em relação ao seu cliente, não só em termos hierárquicos, mas também se apresentando como outro ser humano que também sofre, e assim evocando e reforçando CCR2s do cliente.*

O participante acredita que quando o terapeuta conseguir se relacionar com seu cliente dessa forma, ou seja, tendo em seu repertório as habilidades supramencionadas, as regras da FAP poderão ser trabalhadas de forma potencializada e assim gerar maiores efeitos benéficos.

Segundo ele, a grande questão sobre a aprendizagem dessas habilidades é que elas dificilmente serão desenvolvidas apenas por meio de livros e escritos, de forma intelectual: “*Essas habilidades são muito mais experienciais do que intelectuais e, sendo assim, parece mais vantajoso aprendê-las as experienciando do que as estudando; em outras palavras, são habilidades aprendidas melhor ao serem modeladas do que ao serem adquiridas pelo controle por regras*” (Resposta 06).

As palavras “workshop” (n amostral= 8), “supervisão” (n amostral= 6), “experiencial” (n amostral= 6), “desenvolvimento” (n amostral= 6), “autoconhecimento” (n amostral= 6), “dificuldade” (n amostral= 6), “pessoal” (n amostral= 6), se agrupadas, pressupõem que os workshops e a supervisão são contextos propícios para o desenvolvimento de habilidades do terapeuta importantes para a aplicação da FAP. Esse profissional precisa dispor de um repertório refinado de autoconhecimento, para que se envolva pessoalmente na interação terapêutica, sem deixar de estar sensível às suas dificuldades, pois caso não esteja elas poderão comprometer os interesses do cliente.

A FAP, do ponto de vista do entrevistado, apresenta um raciocínio clínico de formulação de caso que ajuda o terapeuta a observar a interação terapêutica como qualquer outra interação na vida do cliente, pressupondo que o comportamento apresentado por este na hora da terapia está relacionado com sua maneira de agir em relacionamentos significativos (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Essa perspectiva torna a interação terapêutica um instrumento de análise e modificação dos comportamentos do cliente. O terapeuta que apresenta aquelas habilidades adicionais requeridas para a prática das cinco regras, ao se utilizar desse tipo de análise, deixa de se considerar o alvo direto de agressões ou qualquer outro comportamento incômodo ou inadequado do cliente (possíveis CCR1s), uma vez que passa a se considerar apenas mais uma pessoa com a qual o cliente estabelece esse modelo de interação. Não se deve excluir, entretanto, a possibilidade de que seja algo particular da

interação entre terapeuta e cliente. Essa posição, se assumida pelo terapeuta, permitirá que ele trabalhe de modo verdadeiro e intenso na relação com o cliente, podendo o grupo de supervisão fornecer um auxílio valoroso na condução de situações desse tipo.

As palavras “grupo” (n amostral= 11), “auxiliar” (n amostral= 9), “caso” (n amostral= 8), “aprender” (n amostral= 8), “descrever” (n amostral= 7), “análise” (n amostral= 7), “momento” (n amostral= 6), ocorreram na Resposta 06. O agrupamento dessas palavras parece permitir a constatação de que o “grupo” de “supervisão” é um espaço de grande aprendizagem para o terapeuta, que o “auxilia” na conceituação de “caso” e cria as condições ideais para que esse profissional “aprenda” as habilidades necessárias para conduzir sessões orientadas na FAP. Ainda no grupo de supervisão o terapeuta refinará suas habilidades para “descrever” e “analizar” a interação terapêutica, reconhecendo o “momento” adequado para conduzir as intervenções desejadas.

O grupo de supervisão, do qual o entrevistado faz parte, “é conduzido por todos seus membros de maneira próxima ao que é proposto na FAP. Isso significa que os membros do grupo ficam atentos, durante o relato dos colegas, para eventuais dificuldades do terapeuta que podem vir a atrapalhar a condução do caso ao impactar a relação terapêutica (T1)”. Nesse contexto, “quando os colegas do grupo desconfiam da ocorrência de tais comportamentos, tentam investigar com o terapeuta essa possibilidade e tentam auxiliá-lo na emissão de respostas na relação com o cliente que levem a melhorias (T2), mesmo que estas sejam difíceis para o terapeuta”.

Conforme observou-se na Resposta 06, o grupo de supervisão tem um papel muito importante, pois auxilia o terapeuta a identificar o que está atrapalhando a relação terapêutica, esclarecendo se são dificuldades do cliente (CCR1), que auxiliariam na formulação do caso ou são dificuldades pessoais do terapeuta (T1), que devem ser trabalhadas e superadas dentro dos limites possíveis em um grupo de supervisão (Tsai, Callaghan, Kohlenberg, Follette &

Darrow, 2009). O entrevistado, ao se referir a essa questão, esclarece que não se trata de transformar o grupo de supervisão em uma terapia, mas sim de auxiliar o terapeuta no desenvolvimento de habilidades terapêuticas necessárias na relação com o cliente.

O agrupamento das palavras “outro” (n amostral= 17), “caso” (n amostral= 08) e “pessoal” (n amostral= 06), que ocorreram na (Resposta 06), parece também indicar a necessidade de o terapeuta se envolver “pessoalmente” com o “caso” clínico, pois a FAP prevê que o trabalho terapêutico se realize dentro de uma relação de intimidade entre terapeuta e cliente, na qual os dois se tornam próximos um do “outro” (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2009). A este respeito o entrevistado se questionou: como desenvolver a disponibilidade e as habilidades necessárias para tal envolvimento pessoal? Amparado na literatura da área, ele argumentou que a aprendizagem da FAP ocorre em duas instâncias: intelectual e experiencial.

Tsai et al. (2009) argumentaram que a supervisão na FAP tem como primeiro objetivo preparar o terapeuta intelectualmente, ou seja, ele precisa desenvolver um repertório verbal focado no “saber que”, o qual “se refere essencialmente ao conjunto de conhecimentos básicos que são importantes para aliviar o sofrimento do cliente, através da FAP” (p. 212). Assim, os supervisionandos aprendem a “saber que” é relevante: 1) desenvolver uma formulação de caso consistente que permita identificar quais comportamentos do cliente podem ser CCR1s e CCR2s; 2) evocar e reforçar naturalmente; e 3) construir a análise funcional dos T1s (comportamentos-problema do terapeuta) e T2s (comportamentos-alvo do terapeuta) que ocorram durante o tratamento e a intervenção.

Por outro lado, o segundo objetivo da FAP é aumentar o ‘conhecimento emocional’ do terapeuta, pois ele é essencial na percepção, evocação e fortalecimento de CCRs (Tsai et al., 2009). Trata-se do ‘saber como’, que é essencialmente o que o terapeuta faz. Tende a corresponder ao comportamento modelado pelas contingências e pode ocorrer sem que se

tenha consciência dele, tem sido descrito na linguagem cotidiana como ‘profundo’, ‘emocional’ e ‘intuitivo’ (Skinner, 1974/2006). A aprendizagem do ‘saber como’ ocorre “através da exposição direta a uma relação intensa com o supervisor, na qual ocorrem a emissão e a observação de respostas emocionais importantes” (Tsai et al., 2009). Essa exposição, conforme estes autores, é o componente experiencial da supervisão FAP.

De acordo com o entrevistado, alguns dos integrantes do grupo do qual ele faz parte desenvolveram aqueles dois tipos de conhecimento, necessários para a aplicação da FAP, ao se dedicarem ao uso sistemático dessa psicoterapia na condução de pesquisa com grande rigor experimental. Essas condições geraram, nos integrantes, uma alta dedicação com o compromisso de seguirem todas as características relevantes da FAP. Todavia, ele ressalta que nem todos têm a oportunidade de passar pela experiência da sistematicidade existente em uma pesquisa experimental, sendo necessária outra forma de se adquirir as habilidades supracitadas.

Nesse contexto, foi em 2011, durante um workshop sobre FAP ministrado pelo Prof. Jonathan Kanter, que, segundo o entrevistado, ele e seu grupo aprenderam outra forma de desenvolver as habilidades requeridas ao terapeuta que utiliza FAP. Ele ainda afirmou que os workshops têm se constituído como treinamentos para terapeutas que em geral envolvem exercícios experienciais, auto-observação, fortes expressões emocionais e promovem o ensino de habilidades terapêuticas. Todavia, ao mesmo tempo em que workshops têm ficado mais populares na área, têm recebido também muitas críticas: *“Por um lado, pessoas o descrevem como sendo uma experiência enriquecedora, de mudança e autoconhecimento profundos. Por outro lado, muitos têm questionado o porquê de tantas emoções evocadas, quais as vantagens dessas evocações e quais os embasamentos teóricos e científicos por detrás delas”* (Resposta 06).

Identificou-se que a ocorrência das palavras “grupo” (n amostral= 11), “workshop” (n amostral= 08), “pesquisa” (n amostral= 08), “aprender” (n amostral= 08), “descrever” (n amostral= 07), “supervisão” (n amostral= 06), “pessoal” (n amostral= 06) e “experiencial”, na Resposta 06, oportunizou as reflexões acima realizadas sobre o contexto nos quais as diferentes habilidades necessárias ao terapeuta que aplica FAP podem ser desenvolvidas. Grupos de pesquisa e supervisão, bem como os workshops aparecem como ambientes propícios para que o terapeuta aprenda a descrever aspectos relevantes da interação terapeuta-cliente no plano intelectual (saber que), segundo os princípios e conceitos da FAP. Além disso, aqueles ambientes, especialmente os workshops, parecem ser fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento emocional (saber como) do terapeuta, a partir de atividades experienciais, indispensáveis para que ele se envolva pessoal e intimamente na relação com o cliente.

Uma vez que a FAP apostava na modelagem do comportamento do cliente diretamente através da relação terapêutica, entendida como um mecanismo de mudança (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Rosenfarb, 1992), o entrevistado destacou que *“parece natural pensarmos que habilidades para a aplicação da FAP também sejam aprendidas dessa forma, com os terapeutas tendo seu comportamento modelado a partir de interações com outras pessoas”*. Para ele, o terapeuta deve apresentar em seu repertório habilidades bastantes diferentes envolvidas em: (1) conhecer teoricamente as regras descritas pela FAP, (2) aplicar tais regras e (3) aplicá-las estando inserido em uma relação de intimidade, vulnerabilidade e respeito, sem deixar de ser uma relação terapêutica.

O participante, retomando a discussão sobre a diferença entre repertórios de “saber que” e “saber como”, salientados também por Tsai et al. (2009), citou autores como Skinner (1974/2006), Vargas (1974) e Baum (2006), que defendem a distinção entre esses repertórios. Conforme diferenciaram esses autores, o primeiro envolve muito mais o seguimento de

regras, a partir do momento em que é possível descrever uma relação de contingência, enquanto o segundo envolve a habilidade de executar o comportamento, que em geral é refinado pelas contingências, na modelagem direta.

Frente a essa diferenciação, o entrevistado pontuou que parece ser relevante a criação de um contexto no qual o terapeuta possa treinar a execução das habilidades que se inserem no repertório relacionado ao “saber como”. Amparado em Kanter e Villas-Bôas (2012), ele descreveu algumas habilidades que comporiam o repertório relacionado ao “saber como”: 1) compreender de forma mais precisa as habilidades necessárias para a aplicação da FAP; 2) aumentar a habilidade de correr certos riscos e agir com coragem no relacionamento terapêutico; 3) aumentar a capacidade de compreender o que está ocorrendo no momento entre terapeuta e cliente; 4) perceber e responder a momentos-chave em relações terapêuticas; e 5) aumentar a habilidade de dar feedbacks que irão modelar melhorias nos clientes.

Assim, considerando as reflexões referentes às habilidades requeridas ao terapeuta para a aplicação da FAP e os diferentes contextos que podem favorecer o desenvolvimento delas, o entrevistado mencionou: “*workshops, quando conduzidos com a visão de treinar habilidades terapêuticas, podem ser um contexto que privilegie o desenvolvimento do repertório do terapeuta*” (Resposta 06). Nessa perspectiva ele, juntamente com seu grupo, tem defendido que workshops podem ser muito produtivos quando pensados de forma a (Resposta 06):

- 1) *Permitir que os terapeutas se coloquem em situações semelhantes a que seus clientes se colocarão em uma terapia FAP;*
- 2) *Auxiliar que terapeutas entrem em contato com pensamentos e emoções importantes e pessoais (muitas vezes difíceis e doloridos), mas que promovam autoconhecimento e a capacidade de colocar-se vulnerável – importante em relações significativas;*

*3) Treinar o uso desse autoconhecimento e vulnerabilidade utilizados em favor da relação terapêutica.*

Em análise da relação entre esses itens, o entrevistado acentuou que o 1 e o 2 auxiliam o 3, que parece ser o mais relevante deles, uma vez que ajuda o terapeuta a encontrar a medida de vulnerabilidade segura e útil de se colocar como terapeuta. Ainda segundo ele, trata-se de uma experiência que dará condições ao terapeuta de olhar para si mesmo, entrar em contato com sentimentos importantes que forem evocados na interação com o cliente e achar a medida de intensidade adequada desse contato, visto que a terapia é para o cliente e não para o terapeuta.

Nota-se, conforme declarou o entrevistado, que a experiência descrita a partir daqueles três itens é um treino de habilidades de autoconhecimento e autoexposição para o terapeuta, imprescindíveis para a promoção de uma relação de intimidade significativa e real, sem que esse profissional se perca de seu papel. Essas habilidades certamente são importantes para todos os terapeutas, mas no caso da FAP elas são condições elementares para que essa psicoterapia seja praticada, uma vez que o terapeuta é encorajado a assumir riscos e evocar CCRs (Tsai, Kohlenberg, Kanter e Waltz, 2009).

Ao enfatizar novamente a importância das atividades experenciais e da modelagem direta de habilidades do terapeuta, o entrevistado acentuou: “*estamos descrevendo uma habilidade bastante refinada e idiosincrática, aparentemente impossível de aprender por regras, sendo necessária a experiência desse contato e de seus limites e sendo, portanto, um repertório a ser modelado pelas contingências*” (Resposta 06). Para atender a esse critério, segundo ele, durante o treino realizado em workshops a autoexposição por parte dos terapeutas é necessária, pois dessa forma é possível que os terapeutas trabalhem uns com os outros, alternando os papéis de cliente e terapeuta.

De acordo com o participante, a autoexposição dos terapeutas traz grandes benefícios

a esses profissionais, pois além de auxiliar no autoconhecimento, ela também potencializa o aprendizado ao produzir sentimentos importantes que indicam o contato com contingências relevantes, permitindo que eles se mostrem vulneráveis em um contexto seguro de exposição. Todavia, salientou ele: “*mesmo durante as atividades propostas em workshops, parece ser necessário que sejam respeitados os limites pessoais de autoexposição; caso contrário, o contato com as contingências de história individual e as emoções eliciadas por tal contato podem ser tão intensas a ponto de impossibilitar o contato com as contingências do treino executado no momento presente, impossibilitando o aprendizado*” (Resposta 06).

Ao finalizar seu posicionamento a respeito do papel dos workshops no desenvolvimento de habilidades clínicas relevantes para terapeuta, o entrevistado destacou que eles devem enfatizar os princípios teóricos e conhecimentos acumulados pelas pesquisas básica e aplicada da Análise do Comportamento. Da mesma maneira, a utilização de exercícios experienciais para treinar habilidades terapêuticas deve ser acompanhada de uma explicação de como tais exercícios se relacionam com os princípios daquela ciência. A pesquisa sobre essa prática também é considerada essencial pelo participante, pois permitirá verificar se as habilidades descritas anteriormente podem ser treinadas através das metodologias empregadas em workshops.

Dando sequência à análise das demais respostas do entrevistado, nota-se que ele se posicionou em relação a outras três questões sobre a relação terapêutica: uma sobre fatores não específicos ou não especificados e duas a respeito dos impactos da diretividade do terapeuta sobre o processo de mudança clínica do cliente. Quanto à primeira questão, ele foi indagado a respeito de sua posição sobre a inserção da relação terapêutica dentro do conjunto de fatores inespecíficos ou ainda não especificados da mudança terapêutica, além disso ele foi questionado quanto ao seu entendimento em relação ao papel desses fatores.

Nesse contexto ele pontuou que prefere falar em fatores não específicos ou ainda não

especificados, pois “*o processo de interação terapeuta cliente é complexo e com sutilezas. Ocorre modelagem mútua entre os membros da diáde. Algumas respostas são fortalecidas, outras enfraquecidas nessa interação que vai mudando de acordo com a resposta do outro*” (Resposta 07). Cabe aqui ressaltar que a FAP se desenvolveu com o propósito de explicar, sob o prisma do behaviorismo radical, essa interação complexa estabelecida entre terapeuta e cliente e, para alcançar êxito, operacionalizou variáveis responsáveis pela mútua modelagem que ocorre na sessão terapêutica entre os membros da diáde (Kohlenberg & Tsai, 1990/2001; Tsai, Kohlenberg, Kanter e Waltz, 2009). A classificação dos comportamentos do cliente e do terapeuta, conforme apresentada anteriormente, foi elaborada com o objetivo de melhor compreender essa mútua modelagem que ocorre a partir da interação terapêutica.

O entrevistado também destacou, na (Resposta 07), que a observação minuciosa das interações terapeuta-cliente e o desenvolvimento de microanálises podem favorecer a identificação de fatores de mudança terapêutica. No que diz respeito à FAP, enquanto uma psicoterapia promissora na definição e manejo da relação terapêutica, existem pesquisas focadas em microanálises que não apenas procuram demonstrar sua efetividade, mas também identificar como ela promove a mudança terapêutica. Como já se assinalou anteriormente, essas pesquisas têm empregado métodos mais refinados de categorização da interação terapeuta-cliente, com manipulação de variável independente, o que tem permitido evidenciar, com maior clareza, os mecanismos de mudança da FAP (Kanter et al., 2006; Oshiro, 2011).

Finalmente as Respostas 08 e 9 versaram sobre o efeito de intervenções diretivas conduzidas pelo terapeuta sobre a resistência do cliente. Nesse contexto, a entrevista foi questionada se na terapia analítico-comportamental as intervenções são mais prescritivas ou reflexivas, ocasião em que respondeu: “*Depende da análise feita e do contexto. De fato, há várias pesquisas indicando que diretividade determina resistência do cliente. Mas outras pesquisas indicaram que esse não é sempre o caso. Microanálises desses últimos casos*

*mostra que as intervenções consideradas diretivas eram precedidas e sucedidas por expressões de aprovação ou de empatia do terapeuta. De qualquer forma, minhas intervenções na maior parte das ocasiões são mais reflexivas”* (Resposta 08).

Observou-se que o entrevistado foi parcimonioso, destacando que somente o contexto e a análise do terapeuta permitirão afirmar se as intervenções diretivas geram ou não a resistência do cliente. Na interação terapêutica o comportamento do terapeuta afeta diretamente o comportamento do cliente, do mesmo modo que o comportamento deste afeta o comportamento do terapeuta (Guilhardi, 1997). Entretanto, como salientado anteriormente quando se analisou a resistência como uma categoria ampla de variáveis da relação terapêutica, o terapeuta deve estar sensível aos fatores que contribuem para os comportamentos de resistência apresentados pelo cliente. Cabe a ele essa função, já que na relação que se estabelece é quem dispõe de conhecimentos que podem ajudar o cliente a solucionar a queixa que o levou a procurar pela terapia (Zamignani, 2000).

Em relação às pesquisas que sustentam que a diretividade é um dos determinantes da resistência do cliente, alguns dados podem ser apresentados. Bischoff e Tracey (1995), por exemplo, identificaram que intervenções do terapeuta classificadas como diretivas, entendidas como qualquer sentença empregada com o objetivo de direcionar e controlar a atividade verbal da terapia ou que confronte ou apresente uma demanda ao cliente (orientação e interpretação), parecem contribuir para a ocorrência de comportamentos de resistência do cliente. O mesmo não ocorre com intervenções consideradas não diretivas, como suporte, facilitação e informação.

Resultados similares foram encontrados por Patterson e Forgatch (1985), os quais, por meio de um delineamento experimental ABAB, investigaram o impacto dos comportamentos de confrontação e orientação (recomendação) e comportamentos de facilitação e suporte (empatia) do terapeuta sobre o comportamento de resistência do cliente. Os resultados

demonstraram que comportamentos de confrontação e orientação aumentaram a frequência dos comportamentos de resistência, enquanto que comportamentos de facilitação e suporte do terapeuta diminuíram a frequência dos comportamentos de resistência do cliente.

Outras pesquisas, conforme acentuou o entrevistado, demonstram que nem sempre a diretividade do terapeuta produzirá comportamentos de resistência do cliente. Por exemplo, Hardwood e Eiberg (2004) identificaram que o comportamento do terapeuta de orientar e confrontar apenas gerou efeitos negativos quando emitido nas sessões iniciais, não sendo observado prejuízo quando eles eram apresentados no final da terapia, de acordo com revisão de estudos sobre intervenção com famílias. Bachelor e Horvath (1999), em um estudo de revisão, acentuaram que a diretividade terapêutica (recomendação) se mostrou útil com clientes depressivos e resistentes, todavia essa estratégia não obteve sucesso em processos terapêuticos com clientes depressivos, mas com baixa resistência.

A revisão realizada por Bachelor e Horvath (1999) evidenciou, no que se refere a intervenções terapêuticas mais diretivas, que a área necessita de pesquisas empíricas que permitam tornar mais claros os seus efeitos. Eles destacaram também que intervenções diretivas como dar conselhos ou recomendações, solicitar reflexão, questionamento e suporte apresentam, geralmente, uma associação mista com os resultados da terapia. Assim, para eles, é possível que diferentes tipos de clientes reajam de forma diferente a essas intervenções ou que o impacto delas seja mediado por outros fatores, como a habilidade do terapeuta de conduzir a sessão. O posicionamento desses autores parece sustentar o que foi destacado pelo entrevistado, ou seja, que apenas o contexto e a análise do terapeuta permitirão afirmar se intervenções diretivas gerarão ou não comportamentos de resistência do cliente.

O entrevistado salientou que suas intervenções na maior parte das ocasiões são reflexivas. Do ponto de vista analítico-comportamental, intervenções reflexivas compreendem preferencialmente ações do terapeuta que tendem a evocar respostas de auto-observação e

promover a construção de autorregras pelo cliente, sem a proposição de recomendações e conselhos por parte do terapeuta (Zamignani, 2007). No início da aplicação da análise do comportamento ao contexto clínico as estratégias de intervenção eram eminentemente diretivas, justificando a importância do debate nesse campo sobre intervenções prescritivas/diretivas e reflexivas (Rodrigues et al., 2014). Nessa direção, alguns autores têm se empenhado em discutir a utilidade de estratégias reflexivas na terapia analítico-comportamental (Kovac, Zamignani & Avanzi, 2009; Medeiros, 2012; Medeiros & Medeiros, 2012; Vermes, Kovac & Zamignani, 2007; Zamignani, 2007).

De acordo com Vermes, Kovac e Zamignani (2007), é trabalho do terapeuta proporcionar o desenvolvimento da autonomia do cliente no contexto terapêutico. Dessa forma, esse profissional deve, ao longo do processo terapêutico, criar condições para que o cliente apresente sua própria análise a respeito de seus problemas e a suas próprias propostas de mudança. O desenvolvimento dessa autonomia é paulatino e dependerá das habilidades do terapeuta de modelar, ao longo do processo terapêutico, os repertórios de auto-observação, autoconhecimento e autocontrole do cliente, imprescindíveis para que seu responder seja efetivo na interação com o ambiente.

Para Meyer (2004) o terapeuta deveria se comportar de modo a criar condições para que o cliente encontre novas formas de ação sem ajuda direta e é nesse contexto que o favorecimento de autorregras se torna uma alternativa terapêutica alinhada às intervenções reflexivas. Favorecer autorregras implica em modelar diretamente o comportamento verbal do cliente em vez de instruí-lo diretamente, de modo que ele mesmo tenha condições de descrever os antecedentes e consequentes dos diferentes comportamentos que apresenta. Cria-se um contexto reflexivo no qual o cliente emite respostas abertas (verbalizações) ou encobertas (pensamentos), que o auxiliarão a elaborar suas próprias regras a respeito das contingências que têm controlado seu comportamento (Meyer, 2004).

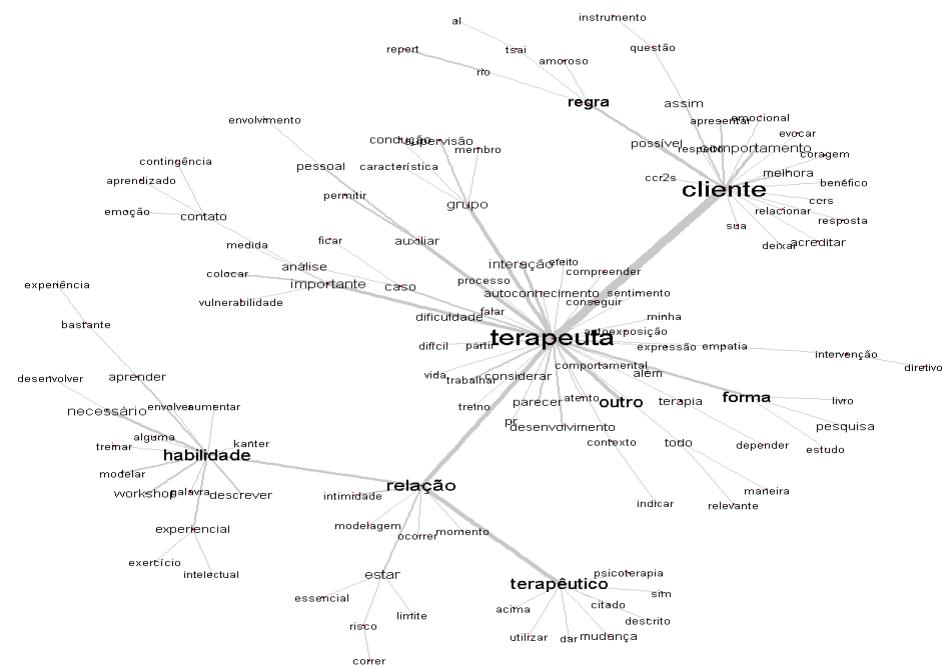
Quando questionado sobre se a maior diretividade do terapeuta geraria impactos negativos sobre o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e, por conseguinte, sobre a mudança clínica, o entrevistado respondeu: “*Depende do momento da intervenção diretiva. Há dados em ambas direções, conforme brevemente descrito na questão anterior*”. Conforme discutido anteriormente, algumas pesquisas evidenciaram que a diretividade parece ter sido um dos determinantes do comportamento de resistência do cliente (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002; Paterson & Forgatch, 1985), enquanto outras não identificaram essa relação (Hardwood & Eiberg, 2004; Silveira, 2009).

O participante ainda acrescentou: “*Considero que a terapia não pode pretender ter como único instrumento de mudança o reforçamento social e a empatia. Há momentos que intervenções diretivas podem ser necessárias, assim como confrontações*”. Sobre esse posicionamento, destaca-se que a terapia analítico-comportamental pode promover mudanças tanto pela alteração no controle por regras quanto pela modelagem na relação terapêutica. Como já enfatizados em momentos anteriores dessa análise, é bem possível que esses dois tipos de procedimentos estejam envolvidos nos processos de mudança, em proporções diferentes, a depender das características do terapeuta e do cliente (Meyer, 2005).

Assim, a diretividade do terapeuta não deve ser tomada a priori como um determinante do comportamento de resistência do cliente. A este respeito, Keijser, Schaap, Hoogduin, & Lammers (1995) destacaram que a questão central não deve se restringir à investigação de se comportamentos diretivos do terapeuta podem ou não favorecer as mudanças terapêuticas desejadas, para além disso, deve buscar identificar em qual momento, sob quais condições, os direcionamentos do terapeuta são aceitos e seguidos pelos clientes.

A seguir é apresentada a análise de similitude das respostas do participante na entrevista. É possível notar a força das associações entre os vocábulos mais utilizados pelo entrevistado, ou seja, os “nós” das redes semânticas identificados na entrevista, que permite

estabelecer o “mapa mental” dela sobre a relação terapêutica. Com o objetivo de tornar mais claro esse “mapa mental”, optou-se por sublinhar as palavras que se conectaram na Figura 01 e que foram mencionadas na reflexão que construída com base na análise de similitude.



**FIGURA 01**

Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental

A relação estabelecida entre terapeuta e cliente, desde os primórdios da análise aplicada do comportamento, tem sido indicada como um dos fatores que contribuem para a mudança do cliente (Wielenska, 2000). Na terapia analítico-comportamental o relacionamento terapêutico pode ser empregado não apenas para favorecer o uso de técnicas específicas, mas como o próprio mecanismo de mudança clínica (Follette et al, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Rosenfarb, 1992; Meyer & Vermes, 2001).

Quando se trata de analisar a relação terapêutica sob a ótica do behaviorismo radical, a FAP, focada nas múltiplas interações terapeuta-cliente que ocorrem ao longo do processo

terapêutico, aparece como uma psicoterapia que pode ser integrada à terapia analítico-comportamental. Wielenska (2012), ao constatar esse fato, afirmou que a FAP tem feito grandes contribuições para a análise da relação terapeuta-cliente como instrumento de mudança para os comportamentos clinicamente relevantes e, por essa razão, tem influenciado grandemente a comunidade de clínicos analítico-comportamentais.

O desenvolvimento da relação terapêutica depende diretamente de variáveis do terapeuta e do cliente, especialmente da habilidade do primeiro para conduzir o processo terapêutico. O workshop parece ser um contexto ideal para desenvolver tais habilidades, que podem ser de natureza intelectual ou experiencial. Enquanto no primeiro caso esse profissional é treinado e aprende a descrever aspectos da interação terapêutica necessários para a conceituação do caso, no segundo ele tem seu comportamento modelado diretamente para aumentar suas habilidades de envolvimento íntimo com o cliente.

Essas habilidades são essenciais, pois na relação o terapeuta precisará de intimidade para conduzir a modelagem direta do comportamento do cliente no momento em que ele ocorre na sessão. Estar genuinamente sensível às interações com o cliente é essencial, pois o terapeuta muitas vezes precisará correr riscos e ultrapassar seus próprios limites. Por essa razão, é importante que o terapeuta desenvolva um repertório refinado de autoconhecimento, que lhe permita identificar, analisar e manejar suas dificuldades e seus sentimentos/emoções na interação, avaliando qual a medida certa para sua autoexposição, em benefício do cliente.

O grupo de supervisão também é uma oportunidade importante para o terapeuta desenvolver habilidades pessoais necessárias, como estar vulnerável, para que o envolvimento íntimo com o cliente aconteça. Além disso, pode ser um ambiente importante para que esse profissional aprenda a analisar casos clínicos e refine suas habilidades de conceituação, repertórios possíveis de serem desenvolvidos também por meio de estudos em livros e da atividade de pesquisa.

Na interação com o cliente as regras da FAP precisam estar suficientemente claras para o terapeuta. A aprendizagem dessas regras, mais as habilidades pessoais desenvolvidas, lhe permitirá analisar os comportamentos apresentados pelo cliente em sessão, ou seja, os comportamentos clinicamente relevantes (CCRs). O terapeuta precisará ter coragem para evocar CCRs importantes para a melhora do cliente e intervir sobre eles em benefício deste. O cliente, ao se relacionar com o terapeuta da mesma forma como se relaciona com pessoas significativas fora terapia dá a esse profissional a oportunidade de usar diretamente a relação terapêutica como mecanismo de mudança. A associação entre os vocábulos regra e amoroso diz respeito à Regra 3 da FAP, essencial para a condução dessa psicoterapia. Ela sugere que o terapeuta reforce naturalmente os CCR2s, afim de manter as melhorias no repertório do cliente.

Na nuvem de palavras (Figura 02), o efeito visual demonstra claramente as palavras-chave da entrevista com a expoente da terapia analítico-comportamental, que são: “terapeuta” (n amostral= 44), “cliente” (n amostral= 39), “habilidade” (n amostral= 24), “terapêutico” (n amostral= 21) e “relação” (n amostral= 21).



## **FIGURA 02**

Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia analítico-comportamental

Observa-se que o terapeuta e o cliente estão no centro do processo terapêutico e a qualidade da relação estabelecida entre eles depende fortemente das habilidades terapêuticas apresentadas pelo primeiro. Na relação é importante o terapeuta estar sensível às regras da FAP, pois essa é uma forma de identificar comportamentos clinicamente relevantes do cliente e manejá-los diretamente na sessão. Tanto os workshops quanto os grupos de supervisão e de pesquisa aparecem como contextos em que as habilidades terapêuticas requeridas para a aplicação da FAP sejam desenvolvidas.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) foram muito sensíveis às possibilidades de construção de uma prática psicoterápica nos moldes analítico-comportamentais, que utilizasse diretamente a relação terapêutica como mecanismo de mudança. Eles demonstraram que a psicoterapia pode avançar na mudança clínica do cliente se observar a ocorrência de comportamentos clinicamente relevantes na sessão e “manejá-los” diretamente, em vez de “falar sobre eles” quando ocorrem fora da situação terapêutica. Ao atentarem para a importância do reforçamento contingente à emissão da resposta os autores supracitados notaram o poder terapêutico de se trabalhar diretamente a modelagem do comportamento do cliente na relação terapêutica.

A sistematização proposta por Kohlenberg e Tsai (1991/2001) focou diretamente na operacionalização das variáveis do terapeuta e do cliente, conforme descrito anteriormente - os comportamentos clinicamente relevantes do cliente e as funções de estímulo que pode apresentar o comportamento do terapeuta na interação terapêutica. A FAP está baseada na suposição de que: 1) a única forma de o terapeuta ajudar o cliente é através das funções reforçadoras, discriminativas e eliciadoras de suas ações; 2) essas funções terão seus efeitos mais intensos sobre os comportamentos do cliente se ocorrer durante a sessão. Portanto, “a característica mais importante que torna um problema adequado à FAP é que ele possa

ocorrer durante a sessão. As melhorias do cliente também devem ocorrer durante a sessão e devem ser naturalmente reforçadas pelas ações e reações do terapeuta” (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009, p. 34).

Na nuvem de palavras o foco dessa terapia está representado, ou seja, está na relação estabelecida entre terapeuta e cliente, com ênfase nas habilidades terapêuticas que esse profissional precisa desenvolver para conduzir interações terapêuticas. Uma vez que as habilidades pessoais do terapeuta estejam desenvolvidas (autoconhecimento refinado, capacidade para estar vulnerável na interação terapêutica, correr riscos e transpor os próprios limites, dentre outras) ele poderá se envolver genuinamente com o cliente. É apenas numa relação autêntica que os pressupostos e regras da FAP poderão ser empregados. Ao tornar específicos elementos relevantes da relação terapêutica que, do ponto de vista analítico-comportamental ainda não tinham sido especificados, a FAP prescreve o que o terapeuta precisa fazer para construir a aliança terapêutica e utilizá-la como um mecanismo de mudança (Kohlenberg, Yeater & Kohlenberg, 1998).

#### **4. 2 Entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental**

Na Tabela 3 são apresentadas a ocorrência das palavras e a frequência dos vocábulos que foram observadas na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental. Inicialmente será desenvolvida a análise dos vocábulos, a partir das frequências de palavras que podem ser identificadas na Tabela 3 e em seguida, respectivamente, serão apresentadas as análises de similitude e a nuvem de palavras que puderam ser construídas.

**TABELA 3**

Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental

Palavras	Frequência
Relação	04
Cliente	04
Complexo	03
Caso	03
Técnica	02
Terapêutico	02
Quanto	02
Importante	02
Clínica	02
Certeza	02
Basear	02
Aspecto	02

Foram listadas 12 palavras, tendo a frequência de vocábulos variado de 4 quatro (04) a duas (02) repetições. As palavras com maior frequência foram relação (n amostral= 04), cliente (n amostral= 04), “complexo” (n amostral= 03) e “caso” (n amostral= 03). O entrevistado construiu respostas que permitiram a identificação do status de importância da relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental, bem como, sob o prisma dessa psicoterapia, certas habilidades básicas para que o terapeuta se relacione terapeuticamente com o cliente.

O agrupamento dos vocábulos mais frequentes, supramencionados, possibilitou a identificação de alguns aspectos da relação terapêutica na abordagem cognitivo-comportamental que está sob análise. Com base na frequência dos vocábulos “relação” (n amostral= 4) “técnica” (n amostral= 2), “terapêutico” (n amostral= 2), “quanto” (n amostral= 2) e “importante” (02) parece ser possível afirmar que, quando se trata de avaliar o poder terapêutico de uma intervenção, há uma igualação da importância entre relação terapêutica e técnicas específicas de mudança. Nessa direção, o entrevistado destacou: *“a terapia cognitiva, desde seu início, valoriza muito a relação terapêutica considerando-a tão importante quanto as técnicas específicas de mudança”* (Resposta 01). A aliança terapêutica, embora seja condição para a mudança clínica, não é considerada seu motor e, caso a relação se reduza ela, o comportamento e a situação existencial do cliente jamais se alterarão (Rangé & Erthal, 1988).

A frequência dos vocábulos “relação” (n amostral= 4), “cliente” (n amostral= 4), “complexo” (n amostral= 3) e “caso” (n amostral= 3) parece indicar a importância da mudança do foco dado à relação terapêutica em casos complexos, que demandam outras formas de se relacionar com o cliente. A este respeito o entrevistado foi questionado sobre pesquisas que legitimem a importância da relação terapêutica na psicoterapia com a qual ele trabalha, ocasião em que destacou: *“a pesquisa clínica tem demonstrado que quanto mais*

*complexo o caso, a mudança clínica vai depender fortemente da qualidade da aliança terapêutica”* (Resposta 02). Assim, entende-se que o terapeuta, ao lidar com clientes que apresentam os mais persistentes e severos transtornos de personalidade, casos considerados complexos, precisará alterar seu papel sutilmente, para garantir que sua influência seja aceita (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Acredita-se que o empirismo colaborativo auxiliará o terapeuta na identificação de quais alterações são necessárias em seu comportamento para garantir que uma aliança terapêutica de qualidade seja estabelecida. O empirismo colaborativo, na terapia cognitivo-comportamental, diz respeito a um princípio que orienta o terapeuta a trabalhar como colaborador para o cliente, como se fossem uma equipe. Nesse trabalho colaborativo ambos têm como objetivo avaliar as crenças do cliente, testando-as para verificar se estão corretas ou não e modificando-as de acordo com a realidade (Knapp, 2004). O terapeuta, ao longo dessas explorações colaborativas, poderá avaliar cuidadosamente os casos complexos e ajustar suas intervenções às especificidades do cliente, sem colocar em risco a qualidade da aliança terapêutica. Portanto, trata-se de um princípio da terapia cognitiva associado à construção de um relacionamento, por meio do qual se busca favorecer a colaboração e confiança do cliente (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Frente às reflexões elaboradas nos parágrafos anteriores, conclui-se que o modelo cognitivo-comportamental de Aaron Beck preconiza que, com clientes com quadro clínico mais severo, o terapeuta deverá gastar uma porção maior de tempo para se familiarizar com toda a vida deles, incluindo filhos, cônjuge, trabalho, história pessoal e interesses. Agindo assim, sem desrespeitar os limites próprios à situação terapêutica, o terapeuta poderá conduzir, por exemplo, uma confrontação empática que permitirá argumentar de forma direta com o cliente, mas considerando honestamente o quadro de referência dele. Além disso, o terapeuta deverá se valer de sua experiência de vida e de observação de outras pessoas para

negociar possíveis soluções para os problemas do cliente, educando-o com relação à natureza dos relacionamentos interpessoais (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Quando questionado sobre a importância da relação terapêutica para a adesão à terapia, o entrevistado enfatizou novamente que ela “é tão importante quanto as técnicas e em casos mais complexos até mais importante” (Resposta 03). Essa afirmação parece estar representada pela frequência dos vocábulos “relação” (n amostral= 4) “técnica” (n amostral= 2), “terapêutico” (n amostral= 2), “quanto” (n amostral= 2) e “importante” (02). Entretanto, nota-se, através de uma leitura mais detalhada da literatura da área (Beck, Freeman & Davis, 2005; J. Beck, 1997; Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010), que em casos mais complexos, como os de transtorno de personalidade, por exemplo, aquela igualação referida anteriormente entre técnicas específicas de mudança e relação terapêutica não se mantém, pelo menos no período inicial da terapia, em que o objetivo maior é a adesão do cliente. Assim, parece ser inquestionável que “a presença de uma relação terapêutica forte é absolutamente crucial ao se trabalhar com indivíduos que possam ser muito sensíveis a ter suas crenças questionadas e analisadas” (Beck et al., 2010, p. 162), como ocorre com clientes com transtornos de personalidade.

Sobre como o vínculo é trabalho em sua abordagem, o entrevistado pontuou que “o trabalho é feito com atenção aos aspectos contratransferências do terapeuta em relação aos comportamentos apresentados pelos clientes” (Resposta 03). Esse aspecto salientado, sobre a importância da atenção em relação ao efeito dos comportamentos apresentados pelos clientes sobre o terapeuta, encontra amparo na literatura da área. Falcone (2004), por exemplo, assinalou que esquemas pessoais do terapeuta podem interferir no manejo de suas intervenções, fenômenos conhecidos sob o rótulo de contratransferência. Em função disso, ela sustenta que na terapia cognitivo-comportamental o olhar do terapeuta não deverá estar atento

apenas para os esquemas pessoais do cliente, mas para seus próprios esquemas e na interação terapeuta-cliente construída da fusão dos esquemas de ambos.

Uma vez que o terapeuta esteja atento, ele conseguirá identificar que certos comportamentos apresentados pelos clientes ativam alguns de seus esquemas pessoais. O terapeuta sensível à interação terapêutica observará que alguns dos comportamentos apresentados pelo cliente podem ser uma amostra de comportamentos que ele apresenta na interação com outras pessoas significativas de sua vida. Assim, quando o terapeuta for desvalorizado na terapia irá buscar o significado dessa desvalorização, que talvez ocorra também com outras pessoas no contexto interacional do cliente (Falcone, 2004). Nesse cenário, o autoconhecimento do terapeuta é um pré-requisito para o manejo das interações com diferentes clientes pois, como destacou Freeman (2001), muitas dificuldades desse profissional em lidar com a resistência do cliente são provenientes de seus próprios esquemas religiosos, culturais, familiares e pessoais.

Os vocábulos “certeza” (n amostral= 2) e “basear” (n amostral= 2) apareceram na Resposta (04), referente ao questionamento da capacidade preditiva da qualidade da relação terapêutica para bons resultados na psicoterapia. Diante deste questionamento o entrevistado destacou: “*com certeza, mas tendo que considerar também as técnicas que tenham sido validadas empiricamente em práticas baseadas em evidências*” (Resposta 04). Nota-se nesse trecho, como em diferentes momentos da análise que se tem construído, que na perspectiva cognitivo-comportamental o relacionamento terapêutico é necessário, mas não é uma condição suficiente para produzir a mudança terapêutica do cliente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Rangé & Erthal, 1988).

Frente ao debate sobre intervenções técnicas versus intervenções empáticas, Burns e Auerbach (1996) salientaram que os terapeutas podem empregar intervenções técnicas com o objetivo de ajudar seus clientes a resolver problemas pessoais, modificar pensamentos,

sentimentos e os comportamentos disfuncionais. Por outro lado, eles destacaram que as intervenções empáticas são particularmente importantes em dois contextos: todas as vezes que os clientes expressam desconfiança ou raiva em relação a seus terapeutas, ou todas as vezes que os clientes estão chateados e precisam espairecer, estejam ou não em conflito com seus terapeutas.

É natural que o terapeuta alterne entre os modos técnico e empático em diferentes ocasiões em uma sessão terapêutica, especialmente com clientes difíceis e resistentes. Entretanto, a distinção entre as intervenções técnicas e empáticas é um tanto artificial, uma vez que esses dois modos são idealmente integrados (Burns & Auerbach, 1996). Não se pode perder de perspectiva que “a complexidade e sutileza dos processos psicoterapêuticos não podem ser reduzidas a um conjunto de técnicas desincorporadas, pois as técnicas adquirem seu significado e, assim, sua efetividade, a partir da interação particular entre os indivíduos envolvidos” (Butler & Strupp, 1986, p. 33). Em síntese, qualquer técnica cognitiva ou comportamental precisa estar fundamentada no contexto de um relacionamento terapêutico de confiança, pois o uso de uma técnica sem considerar essa especificidade provavelmente será um fracasso (Burns & Auerbach, 1996).

Ao ser questionado sobre a compatibilidade de sua abordagem com pesquisas que têm apontado a importância do resgate do processo vivencial no contexto da terapia, defendendo a relação terapêutica como um mecanismo de mudança em si mesmo, o entrevistado argumentou: “*Não acredito que só a relação terapêutica seja capaz de produzir resultados, a não ser nos casos mais complexos, como em transtornos de personalidade*” (Resposta 05). Esse ponto de vista é expresso na frequência dos vocábulos “relação” (n amostral= 4), “caso” (n amostral= 3), “complexo” (n amostral= 3) e “terapêutico” (n amostral= 2), e reafirma o que se tem discutido a respeito da ênfase dada à relação terapêutica em casos complexos, como aqueles em que os clientes apresentam transtornos de personalidade. Portanto, casos com

maior complexidade demandarão um maior foco do terapeuta na relação terapêutica (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Ao discutir se a relação terapêutica deve ser considerada o mecanismo principal para a mudança clínica, Beck e Alford (2000) destacaram que “na terapia cognitiva, o terapeuta obviamente trata aqueles estilos mal adaptativos (cognitivo, afetivo, comportamental) que um paciente manifesta durante as sessões de tratamento (i.e., na relação terapêutica)” (p. 49). No entanto, pontuaram eles, a relação terapeuta-cliente não constitui o contexto total da vida dos clientes. Observa-se, dessa maneira, que a relação terapêutica poderá ser utilizada como mecanismo principal de mudança quando o foco da terapia estiver na intervenção sobre estilos de relacionamento mal adaptativos do cliente, que ocorrem na interação com o terapeuta e em outras relações significativas para o cliente (J. Beck, 2007).

No que diz respeito à aprendizagem que ocorre na psicoterapia, Beck e Alford (2000) salientaram que seria mais correto dizer que ela se baseia tanto no relacionamento quanto na cognição, pois estes são simplesmente níveis diferentes de abstração. Enquanto o termo “baseado no relacionamento” refere-se à pessoa do terapeuta com o cliente, o termo “baseado na cognição” diz respeito à aprendizagem do cliente. Tratam-se de dois níveis interativos e, logo, não é possível haver aprendizagem que não seja cognitiva. Assim, embora se espere que as mudanças que ocorrem a partir da relação terapeuta-cliente se generalizem para outros relacionamentos, é possível que ocorra discriminação, ou seja, um cliente pode aprender ou exibir um conjunto de padrões de interação dentro da relação terapeuta-cliente que são específicos àquela relação em particular (Beck & Alford, 2000).

No entendimento de Beck e Alford (2000) a cognição, na terapia cognitivo-comportamental, antecede a qualidade da relação terapêutica, dando-lhe seu tom. Nessa perspectiva, como se tem analisado, o relacionamento terapêutico é uma condição para a mudança, mas não um mecanismo de mudança em si mesmo. Essa compreensão parece

claramente demarcada no posicionamento do entrevistado e dos autores supracitados. Dessa maneira, embora a relação terapêutica seja o foco em casos mais complexos ou quando o terapeuta precisa intervir diretamente sobre os estilos mal adaptativos do cliente, ainda assim as mudanças provenientes dela são atribuídas a mudanças cognitivas. A este respeito Safran (2002) destacou que

Existe uma tendência na literatura cognitivo-comportamental de considerar o relacionamento terapêutico menos importante que certas técnicas cognitivas específicas. Isso está começando a mudar, visto que os terapeutas cognitivos cada vez mais reconhecem a importância do relacionamento. Entretanto, ainda permanece uma tendência de considerar um bom relacionamento terapêutico mais como uma condição necessária para a mudança do que um mecanismo de mudança (p. 103).

Ao ser questionado sobre quais as habilidades básicas que o terapeuta cognitivo-comportamental precisa desenvolver para que, a despeito das diferenças entre clientes, possa conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica, entrevistado respondeu: “*Em relação aos clientes, aquelas três clássicas de Rogers: aceitação incondicional, capacidade de compreensão empática, e interesse genuíno. Em relação a si próprio, auto-observação para identificar seus sentimentos e pensamentos relativos aos clientes*” (Resposta 06). Nesse fragmento da entrevista as palavras “relação” (n amostral= 04) e cliente (n amostral= 04) sinalizam que o uso das habilidades do terapeuta, descritas acima pelo entrevistado, deve ser centrado no processo terapêutico do cliente e em sua mudança terapêutica.

Beck et al., (1979), ao descreverem os componentes da relação terapêutica, assinalaram que aqueles referentes ao terapeuta são cordialidade, empatia e autenticidade, atributos análogos aos mencionados pelo entrevistado na Resposta 06 como habilidades terapêuticas necessárias para o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica com o

cliente. Beck et al., (2010) pontuaram que o sucesso da terapia cognitiva para esquizofrenia depende da continuidade de uma relação terapêutica de afeto, respeito, confiança, segurança e aceitação. Embora eles tenham se referido nessa afirmação especificamente à esquizofrenia, pode-se assumir que tais características são essenciais para o sucesso da aplicação dessa forma de psicoterapia em qualquer quadro clínico (Wright, Basco & Thase, 2008).

Reações de “transferência” e “contratransferência” também foram elencadas como componentes relevantes da relação terapêutica (Beck et al., 1979). Esses componentes são melhor manejados quando o terapeuta dispõe de um repertório de auto-observação que lhe permite identificar seus sentimentos e pensamentos relativos ao cliente experimentados na relação terapêutica, aspectos da contratransferência ressaltados pelo entrevistado na Resposta 03. Wright, Basco e Thase (2008), ao discutirem o impacto que a doença, o tipo de personalidade e o conjunto de sintomas de cada cliente podem ter sobre o relacionamento terapêutico destacaram a importância dos cuidados aos aspectos transferenciais e contratransferenciais.

Nesse contexto, Wright, Basco e Thase (2008) sugerem que o terapeuta deve se empenhar em desenvolver sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de situações clínicas e tipos de personalidade e, ao mesmo tempo, evitar reações exageradas, comportamento raivoso ou respostas defensivas. Para eles, embora o temperamento do terapeuta contenha uma dose saudável de serenidade, esse atributo pode ser praticado e fortalecido. Um dos caminhos valiosos que os terapeutas podem trilhar para aumentar sua capacidade de serenidade é o desenvolvimento de habilidades para reconhecer e manejar as reações de transferência e contratransferência que ocorrem no relacionamento terapêutico (Wright, Basco & Thase, 2008).

Quanto à transferência, o seu uso na terapia cognitivo-comportamental não está focado em aspectos inconscientes ou nos mecanismos de defesa do cliente, mas sim na

identificação de padrões habituais de pensar e se comportar deste que são repetidos no relacionamento terapêutico. Todavia, embora a consciência da presença da transferência no contexto terapêutico aumente a capacidade do terapeuta de empregar esse conhecimento para melhorar a relação terapêutica e modificar os padrões disfuncionais de pensamento do cliente, ela não é vista como um mecanismo necessário ou primordial para a aprendizagem ou mudança terapêutica (Wright, Basco & Thase, 2008).

A avaliação do terapeuta em relação aos esquemas e aos padrões associados de comportamentos que foram desenvolvidos em outros relacionamentos importantes do cliente no passado, e que ocorrem no relacionamento terapêutico, serve a duas funções primordiais, a saber: 1) o terapeuta consegue analisar a relação terapêutica para aprender acerca das crenças nucleares do cliente e examinar diretamente os efeitos dessas cognições sobre seu comportamento em relacionamentos importantes; e 2) o terapeuta pode planejar intervenções para reduzir os efeitos negativos da transferência no vínculo terapêutico ou no resultado da terapia (Wright, Basco & Thase, 2008) .

No que se refere à contratransferência, ela ocorre na terapia cognitivo-comportamental quando a relação com o cliente ativa no terapeuta pensamentos automáticos e esquemas, e essas cognições têm o potencial de influenciar o processo de terapia (Wright, Basco & Thase, 2008). Por essa razão, conforme salientou-se na análise das Respostas 03 e 06 do entrevistado, é importante que o terapeuta apresente habilidades de auto-observação sobre seus comportamentos, sentimentos e pensamentos em relação ao cliente. Considerando que os pensamentos automáticos e os esquemas podem operar fora de sua plena consciência, Wright, Basco e Thase (2008) sugerem que uma boa maneira de o terapeuta identificar possíveis reações de contratransferência é reconhecer emoções, sensações físicas ou respostas comportamentais que possam ser estimuladas por suas cognições.

Um terapeuta que dispõe de habilidades refinadas de auto-observação tem maiores chances de identificar reações de contrantransferência que estão ocorrendo na relação terapêutica e assim avaliar qual o impacto delas sobre o processo terapêutico. De acordo com Wright, Basco e Thase (2008), os indicadores comuns de que pode estar ocorrendo contrantransferência são: sentir raiva, tensão ou frustração em relação ao cliente; sentir-se entediado no atendimento e/ou aliviado quando o cliente se atrasa ou cancela a sessão; encontrar frequentemente dificuldades para trabalhar com um determinado tipo de doença, conjunto de sintomas ou dimensão de personalidade, ou começa a se sentir especialmente atraído ou inclinado por um determinado cliente. Eles enfatizaram, também, que é responsabilidade do terapeuta identificar quando essas reações estão interferindo no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas com o cliente.

J. Beck (2007) enfatizou que a terapia cognitiva eficaz carece de um bom vínculo, que pode ser construído pelo terapeuta se ele empregar algumas estratégias para sua construção, tais como: colaborar ativamente com o cliente; demonstrar empatia, atenção e entendimento; adaptar o estilo terapêutico ao cliente; aliviar a angústia e solicitar feedback no final das sessões. Certamente todos os clientes se beneficiariam dessas estratégias empregadas pelo terapeuta para a construção de um bom vínculo, mas é possível que a adaptação ao estilo terapêutico do cliente e a solicitação de feedback sejam essenciais para construção da relação terapêutica em casos complexos, com clientes que representam desafios clínicos. Assim, essas parecem estratégias adicionais que requerem outras habilidades importantes para o desenvolvimento e manutenção da relação terapêutica, que complementariam aquelas apresentadas pelo entrevistado na Resposta 06.

No entendimento de J. Beck (2007) os terapeutas precisam variar seus estilos com alguns clientes e se submeter à supervisão regular, sendo a análise das gravações das sessões muitas vezes necessária para se identificar essa necessidade. De acordo com ela, enquanto

alguns clientes respondem bem ao estilo adotado pelo terapeuta, outros poderão reagir negativamente, especialmente os que representam um desafio, ou seja, casos com problemas desafiadores, nos quais os clientes exibem muito mais problemas e crenças disfuncionais (Beck, Freeman & Davis, 2005). É tarefa do terapeuta estar sensível aos efeitos de seus comportamentos sobre o cliente na interação terapêutica, pois caso não esteja poderá colocar em risco a construção e manutenção da relação terapêutica e, por conseguinte, todo o tratamento. Assim, tanto as habilidades apresentadas pelo entrevistado na Resposta 06, como as estratégias adicionais apresentada por J. Beck (2007), mencionadas anteriormente, devem ser utilizadas respeitando os contornos de cada caso clínico. Caberá ao terapeuta, também, analisar o impacto do seu estilo sobre o cliente e alterá-lo quando for necessário.

Alguns exemplos podem ilustrar essa possibilidade: certos clientes reagem bem quando o terapeuta partilha suas próprias experiências, outros questionam por que o terapeuta está desperdiçando o seu tempo; alguns se sentem mais confortáveis entrando diretamente na resolução de problemas, enquanto outros precisam de muito mais empatia e apoio durante a resolução de problemas. Por essa razão, “os terapeutas devem saber que a arte da terapia cognitiva é reconhecer quando os pacientes estão desconfortáveis com o estilo do seu terapeuta, para então modificar apropriadamente seus comportamentos” (J. Beck, 2007, p. 80). Nesse cenário é possível observar a importância da solicitação de feedback, uma vez que

O impacto do comportamento do terapeuta sobre o cliente deve ser essencialmente entendido em termos da percepção do cliente de tal comportamento, e essa percepção é fundamentalmente determinada pela história de aprendizagem única do cliente. A mesma intervenção terapêutica pode ser interpretada de forma bastante diferente por clientes diferentes. Enquanto um cliente pode entendê-la de uma forma que promova a aliança terapêutica, outro pode vê-la de forma a impedir tal aliança (Safran, 2002, p. 177).

Na prática clínica é possível observar que alguns clientes apresentam reações disfuncionais em relação ao terapeuta, que interferem nos benefícios de uma sessão. Nesse contexto, o terapeuta precisará elucidar essas reações e dedicar uma parcela de tempo para tornar claros os problemas na relação terapêutica e melhorar a aliança (J. Beck, 2007). É possível que a solicitação de feedback ao final de cada sessão seja o suficiente, pois clientes que não se submeteram à terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, geralmente se sentem surpresos e felizes em ver o terapeuta se dispor a ouvir críticas ou correções e modificar o tratamento.

Os terapeutas podem, quando observarem ou suspeitarem que o cliente reagiu negativamente na sessão anterior, solicitar um feedback no início da sessão. O objetivo maior é entender as reações dos clientes, pois intervir nelas poderá melhorar a relação terapêutica e fornecer informações valiosas ao terapeuta, tornando a terapia mais eficaz (J. Beck, 2007). O uso de formulários de feedback após as sessões é apresentado por essa autora como um recurso valioso, pois “orienta o cliente a refletir sobre importantes conteúdos e processos da terapia e avaliar o terapeuta nas áreas de atenção e competência” (p. 81). Quando os clientes relutarem continuamente em fazer o feedback será importante identificar suas crenças disfuncionais sobre se expor.

Na perspectiva cognitivo-comportamental a conceitualização do cliente, em termos cognitivos, é essencial para a elaboração de um roteiro terapêutico que seja mais eficiente e efetivo, visto que facilita a definição de metas a serem trabalhadas e auxilia na escolha de intervenções terapêuticas que devem ser realizadas (Knapp & A. Beck, 2008). Quando se trata de identificar as intervenções efetivas com clientes que representam um desafio clínico, acredita-se que a relação terapêutica deve ganhar relevo na conceitualização de caso, uma vez que ela poderá ser utilizada diretamente para promover as mudanças clínicas relevantes do cliente (Falcone, 2004; J. Beck, 2007). Essa perspectiva aparece em diferentes momentos da

entrevista e pode ser identificada nas expressões adotadas pelo participante, por exemplo: “*quanto mais complexo o caso, a mudança clínica vai depender fortemente da qualidade da aliança terapêutica*” Resposta (02), a relação terapêutica é “*tão importante quanto as técnicas e em casos mais complexos até mais importante*” (Resposta 03) e “*Não acredito que só a relação terapêutica seja capaz de produzir resultados, a não ser nos casos mais complexos, como em transtornos de personalidade*” (Resposta 05).

A conceitualização de caso, em casos complexos que dependem diretamente da relação terapêutica, deverá ser focada nas dimensões dessa relação que permitam a identificação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e centrais ou nucleares, bem como estilos interpessoais mal adaptativos do cliente, que possam ser tralhados diretamente no relacionamento terapêutico (Falcone, 2004). Compreende destacar, ainda, que na conceitualização do caso, especialmente em casos desafiadores, o olhar do terapeuta não deverá estar atento apenas para os esquemas pessoais do cliente ou para os estilos mal adaptativos que ele apresenta, mas para seus próprios esquemas e estilos interpessoais, analisando os impactos deles sobre o andamento da terapia.

Dessa maneira, reconhece-se que a análise da interação terapeuta-cliente construída da fusão dos esquemas e estilos interpessoais de ambos permitirá a elaboração de uma melhor conceitualização de caso (Falcone, 2004). Por essa razão, especialmente em casos que representam desafios clínicos, é imprescindível a atenção aos aspectos contratransferenciais do terapeuta em relação aos comportamentos apresentados pelos clientes, conforme o entrevistado assinalou na Resposta (03). Uma forma de garantir esse cuidado aos aspectos contratransferenciais foi sugerido pelo entrevistado, quando ele destacou a importância da habilidade de auto-observação do terapeuta sobre seus sentimentos e pensamentos relativos ao cliente, na Resposta (06).

Sobre o enquadramento da relação terapêutica no conjunto de fatores inespecíficos ou ainda não especificados pela pesquisa em psicoterapia, o entrevistado defendeu: “*Eles existem, mas eu prefiro dizer “ainda” não-especificados, pois o progresso do conhecimento científico irá acabar por especificá-los no futuro*” (Resposta 07). Esse posicionamento é compartilhado por outros pesquisadores que tem como objeto de estudo a psicoterapia. Wilson e Evans (1977), por exemplo, consideraram inapropriada a expressão “fatores não específicos” e sugeriram sua substituição por “variáveis não especificadas”. No entendimento deles, essa substituição evitaria o caráter definitivo incutido pela primeira, pois dizer que algumas variáveis não são especificadas é diferente de considerá-las “não especificáveis”.

O interesse pela especificação de variáveis da relação terapêutica que impactam a mudança psicoterapêutica, por muito tempo enquadradas sob o rótulo de “fatores não específicos” ou “fatores comuns”, permaneceu entre clínicos e pesquisadores ao longo da história da pesquisa em psicoterapia (Rosenzweig, 1936; Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). A identificação das variáveis da relação terapêutica que contribuem ou não para o bom desenvolvimento da psicoterapia certamente permitirá aos clínicos manejarem mais eficientemente suas interações com os clientes.

Nesse cenário cabe assinalar que estudos como o de Castonguay e Beutler (2006), que permitiu a identificação 61 princípios (comuns e únicos) envolvidos na mudança terapêutica, têm sido motivados pela divisão 29 da APA (Psicoterapia) e pela Força Tarefa sobre a Prática Baseada em Evidência, pois são tentativas de identificar variáveis relevantes da psicoterapia e da relação terapêutica. O entrevistado se referiu na Resposta (07), quando assinalou que o progresso científico especificaria as variáveis “ainda não especificadas”, a empreendimentos como o de Castonguay e Beutler (2006), que têm permitido o avanço na compreensão dos ingredientes ativos da psicoterapia que ainda não tinham sido especificados.

O participante, ao ser contextualizado sobre pesquisas que discutem o estilo de intervenção terapêutica, relacionando diretividade do terapeuta e resistência do cliente, e questionado sobre se, em sua abordagem terapêutica, as intervenções são mais prescritivas/diretivas ou reflexivas ressaltou: “*A terapia cognitiva se baseia fundamentalmente em questionamento socrático exatamente para não ser persuasiva ou prescritiva, donde valorizando mais os aspectos reflexivos*” (Resposta 08). Nota-se a ocorrência dos vocábulos “basear” (n amostral= 02) e “aspectos” (n amostral= 2) na Resposta (08) que, quando agrupados, expressam como as intervenções prescritivas/diretivas são consideradas na terapia cognitivo-comportamental, sob a perspectiva do entrevistado.

Conforme postulou J. Beck (1997), a terapia cognitivo-comportamental é uma forma de psicoterapia considerada diretiva, uma vez que é dirigida para problemas apresentados no aqui agora. Além disso, ela trabalha com pensamentos, sentimentos e comportamentos atuais do cliente, que são utilizados como dados da história passada apenas quando contribuem para a maior e melhor compreensão de suas crenças. Cabe pontuar, todavia, que embora a terapia cognitivo-comportamental seja considerada diretiva, as intervenções conduzidas ao longo de um processo terapêutico nela fundamentado não são prescritivas ou persuasivas. Assim, o questionamento socrático, que consiste em perguntas feitas pelo terapeuta com o objetivo de estimular a curiosidade e o desejo de inquirir do cliente e seu envolvimento no processo de aprendizagem da terapia (Wright, Basco & Thase, 2008), é um recurso constantemente empregado para garantir que as intervenções sejam, em sua grande maioria, reflexivas, como assinalou o entrevistado na Resposta 08.

Ao descrever os princípios da terapia cognitiva, que a diferencia de outras abordagens psicoterápicas, Judith Beck (1997) ressaltou que ela é uma abordagem ativa, visto que terapeuta e cliente estão constantemente trabalhando como uma equipe para solucionar os problemas. Esse trabalho compartilhado é relevante, pois permite que o próprio cliente

aprenda a identificar e a modificar seus pensamentos. Por essa razão, o questionamento socrático e a descoberta guiada são considerados os recursos principais da terapia cognitiva, embora sejam os mais difíceis de serem empregados (Rangé & Sousa, 2008). Esses recursos são essenciais, pois

É imprescindível que o terapeuta utilize perguntas, as mais abertas possíveis, para que o paciente possa incluir o maior número de dados objetivos em sua avaliação. É bastante infrutífero quando o terapeuta tenta persuadir, e não apenas guiar, por meio de questionamento, o paciente a um determinado ponto de vista. O questionamento socrático consiste no levantamento das evidências que sustentam (ou não) a lógica do pensamento do paciente para que seja possível o desenvolvimento de interpretações alternativas (Rangé & Sousa, 2008, p. 275).

Beck et al., (1979) denominou esse trabalho cooperativo entre terapeuta e cliente de “investigação empírica” ou “descoberta guiada”, sendo o caráter cooperativo enfatizado justamente para que a terapia cognitivo-comportamental não seja persuasiva e prescritiva, conforme acentuou o entrevistado na Resposta 08. Nessa configuração colaborativa os pensamentos automáticos e as crenças do indivíduo são tratados como hipóteses pela diáde e, uma vez identificados, devem ser sistematicamente analisados, de modo que a validade e/ou utilidade deles sejam testadas. Algumas perguntas são típicas ao questionamento socrático e à descoberta guiada, tais como: “quais as evidências de que este é um pensamento realista? ”; “há outras interpretações possíveis”; “e se o pior acontecer? ”. Em um trabalho colaborativo, regido pelo empirismo colaborativo, a diáde tem como objetivo avaliar as crenças do cliente, testando-as para verificar se estão corretas ou não e modificando-as de acordo com a realidade (Knapp, 2004).

Como já foi assinalado anteriormente, o empirismo colaborativo compreende um princípio da terapia cognitiva associado à construção do relacionamento terapêutico. Entende-

se que a dimensão reflexiva, inerente a ele e ao questionamento socrático, torna as intervenções do terapeuta não persuasivas ou prescritivas. Certamente foi amparado nesse pressuposto que o entrevistado afirmou, na Resposta 08, que a terapia cognitiva se utiliza do questionamento socrático para evitar intervenções persuasivas ou prescritivas. Portanto, o questionamento socrático é um estilo de questionamento usado na terapia cognitivo-comportamental, baseado em uma relação empírica colaborativa, que favorece os aspectos reflexivos e tem o objetivo de auxiliar os clientes a reconhecerem e modificarem o pensamento não adaptativo (Wright, Basco & Thase, 2008).

De acordo com Friedberg (2004, p. 39), “o empirismo colaborativo e a descoberta orientada ultrapassam o mero estabelecimento de *rappor* para construir concretamente relacionamentos produtivos de terapia que encorajam o momento terapêutico”. Quando se trata de descrever o relacionamento terapêutico na terapia cognitivo-comportamental, Wright, Basco e Thase (2008) destacaram que o termo empirismo colaborativo é o mais frequentemente empregado e, de acordo com eles,

Essas duas palavras captam bem a essência da aliança de trabalho. O terapeuta envolve o paciente em um processo altamente colaborativo no qual existe uma responsabilidade compartilhada pelo estabelecimento de metas e agendas, por dar e receber feedback e por colocar em prática os métodos da TCC na vida cotidiana. Juntos, terapeuta e paciente focam em pensamentos e comportamentos problemáticos, que são então explorados empiricamente quanto à validade ou utilidade (p. 35).

Empirismo colaborativo e a descoberta orientada não são constructos de tudo-ou-nada, na verdade eles são empregados em um *continuum* e no decorrer da terapia os clínicos precisam ajustar o nível em que eles são empregados (Friedberg, 2004). Enquanto em alguns casos os terapeutas são altamente colaborativos, em outros eles podem empregar um nível mais baixo de colaboração, sendo o estágio da terapia relevante para determinar o nível de

colaboração e de descoberta orientada. No início do tratamento, ressaltou Friedberg (2004), o terapeuta geralmente desempenha um papel mais ativo no processo terapêutico. Todavia, com o caminhar da terapia e do sucesso das intervenções baseadas no questionamento socrático e na descoberta guiada, o cliente adquire um conjunto de habilidades, tornando-o mais ativo que o próprio terapeuta na terapia.

Wright, Basco e Thase (2008) salientaram que, a despeito da variabilidade de cliente para cliente e de sessão para sessão, na terapia cognitivo-comportamental as primeiras sessões podem ser marcadas por segmentos com um grau relativamente alto de atividade verbal por parte do terapeuta. Eles explicaram que “geralmente, à medida que a terapia progride e os clientes aprendem a usar os conceitos da TCC, o terapeuta é capaz de só observar, demonstrar empatia e seguir adiante com a terapia com menos palavras e menos esforço” (p. 37). Observa-se que, embora seja comum um maior direcionamento por parte do terapeuta no início da terapia, ao longo do processo terapêutico opta-se por intervenções mais reflexivas, como aquelas possíveis de se realizar com o questionamento socrático, para que a terapia não se torne persuasiva e prescritiva, conforme argumentou o entrevistado na Resposta 08.

A descoberta guiada, conforme Knapp (2004), é um recurso terapêutico que maximiza o envolvimento do cliente com a terapia, de modo que ele se torna ativo nas sessões e no processo terapêutico. Além disso, ela minimiza a imposição pelo terapeuta de suas próprias ideias e conceitos aos problemas relatados pelo cliente. Com a formulação socrática de perguntas o terapeuta não torna a terapia persuasiva ou prescritiva, notou-se no posicionamento do participante na Resposta 08, e cria condições para o desenvolvimento de uma maior autonomia por parte do cliente. O questionamento socrático e a descoberta guiada empregados na terapia transforma o cliente de tal modo que ele aprende o método de entendimento e resolução de seus problemas, desenvolvendo habilidades que lhe serão

importantes para lidar com dificuldades semelhantes no futuro ou com novos problemas que surgirem.

Ao longo da terapia, à medida que o cliente desenvolve habilidades de resolução de problemas, o terapeuta fica cada vez menos ativo em guiar o tratamento. Um bom tratamento prevê que o cliente possa ser seu próprio terapeuta. Isso acontece com o processo colaborativo da descoberta guiada, em que o cliente sai da posição passiva e adota uma postura proativa (Knapp, 2004). Em concordância com essa perspectiva da relação terapeuta-cliente na terapia cognitivo-comportamental, Rangé e Sousa (2008) assinalaram que inicialmente o terapeuta é muito ativo e gradativamente transfere ao cliente a responsabilidade pelo andamento do processo terapêutico. Assim, incentiva-se o cliente desde o início a se utilizar dos recursos aprendidos na terapia na resolução de problemas do seu cotidiano. Por exemplo, de início o planejamento das atividades diárias pode ser realizado na sessão e, paulatinamente, o cliente assumirá a responsabilidade nessa tarefa.

Por fim, o entrevistado foi questionado a respeito do impacto de uma maior diretividade do terapeuta sobre a resistência do cliente, contexto em que enfatizou: “*Sim, com certeza! Gera reactância, isto é, aumenta a resistência do cliente*” (Resposta 09). Nota-se a ocorrência dos vocábulos “certeza” (n amostral= 2) e “cliente” (n amostral= 04), que parece estar relacionada à associação entre a diretividade do terapeuta e a resistência do cliente, na perspectiva do entrevistado. Sobre o fenômeno da resistência, Falcone (2004, p. 481) se questiona: “o que leva determinados pacientes a se engajarem no processo terapêutico, conseguindo melhora relativamente rápida, enquanto outros se recusam, de forma explícita ou dissimulada, a participar desse processo? ”. Frente a esse questionamento, entende-se que identificar e lidar com as ocorrências da resistência do cliente na terapia é uma tarefa do terapeuta, pois menosprezá-la pode implicar não apenas em dificuldades de adesão, mas contribuir para o insucesso de todo o processo terapêutico.

O fenômeno da resistência, como qualquer aspecto do processo terapêutico, deve ser analisado a partir das variáveis do cliente e do terapeuta, bem como a interação entre elas. Embora a adesão ao tratamento possa depender, pelo menos em parte, do significado que o cliente atribui ao método terapêutico, tratando-se de uma dificuldade dele, a literatura aponta que o tipo de abordagem também é uma variável que contribui para a resistência do cliente em aderir ao tratamento (Falcone, 2004). Constata-se, dessa forma, que não apenas as características do cliente e do terapeuta são importantes na análise da resistência do primeiro, mas a própria abordagem terapêutica deve ser considerada em suas especificidades de intervenção. Dentro dessa perspectiva, faz sentido o posicionamento do entrevistado quando explicou as razões de na terapia cognitivo-comportamental as intervenções de cunho reflexivo serem priorizadas, em contraposição às prescritivas ou persuasivas, pois estas aumentariam a resistência do cliente, conforme notamos nas Respostas 08 e 09.

Alguns exemplos envolvendo características da abordagem psicoterápica e do terapeuta e sua relação com a resistência do cliente podem ser mencionados. As técnicas de reestruturação cognitiva, conduzidas com o objetivo de demonstrar para o cliente que o pensamento dele está errado, podem invalidar o cliente e contribuir para que ele se defenda desvalorizando a terapia e/ou terapeuta (Leahy, 2001; Safran, 2002). No que diz respeito às características do terapeuta, este profissional pode apresentar vulnerabilidades pessoais que também podem contribuir para torná-lo defensivo, postura que tem grande probabilidade de ocorrer em interações nas quais o cliente se mostra resistente. O terapeuta, ao agir defensivamente, poderá apresentar comportamentos hostis que certamente serão prejudiciais ao tratamento e ao cliente (Leahy, 2001; Safran, 2002).

A importância clínica de se atentar para o fenômeno da resistência é unânime entre terapeutas e pesquisadores, entretanto “cada abordagem possui seus próprios critérios para considerar se o paciente está resistindo ou não à terapia” (Falcone, 2004, p. 484). Dada essa

importância, no modelo cognitivo-comportamental o conceito de resistência se refere a “qualquer ocorrência no comportamento, no pensamento, na emoção e no estilo interpessoal do paciente que interfere em sua capacidade para utilizar o tratamento e adquirir habilidades em lidar com problemas fora da terapia e após a terapia haver terminado” (Leahy, 2001, p. 11).

Embora essa conceituação contribua para que observações clínicas relevantes em relação à resistência sejam realizadas, Safran (2002) argumentou que ela implica em colocar o cliente como responsável pelo fracasso do tratamento e desconsidera a natureza interativa do fenômeno. Sobre essa questão, verifica-se no posicionamento do entrevistado que o próprio estilo do terapeuta pode contribuir para a resistência do cliente, evidenciando em sua concepção o caráter interativo da resistência (Resposta 09). De acordo com o entrevistado, um terapeuta que se utiliza muito frequentemente de intervenções diretivas, por exemplo, certamente poderia aumentar a resistência do cliente.

Na tentativa de resgatar a natureza interativa da resistência, Safran (2002) propõe o termo ruptura da aliança terapêutica, definida como “um impedimento ou uma flutuação na qualidade da aliança entre o terapeuta e o cliente” (p. 175). Para o autor, há um *continuum* dentro do qual as rupturas da aliança ocorrem, que apresentam variações, desde uma demonstração excessiva pelo cliente de sentimentos negativos direcionados ao terapeuta, até flutuações menos importantes da qualidade da aliança, difíceis de serem identificadas até por terapeutas experientes. O conceito de ruptura parece tornar mais flexível a análise dos determinantes de fenômenos tipicamente aglutinados sob o conceito de resistência, assumindo que tanto o método terapêutico quanto as características do terapeuta podem contribuir para diminuir a qualidade da aliança terapêutica.

Em síntese, retomando a afirmação do entrevistado, de que a diretividade gera a resistência do cliente, em conjunto com as reflexões que se tem construído até o momento,

conclui-se que a diretividade do terapeuta pode sim gerar a resistência do cliente, mas isso não parece ser uma regra, pois há grande variabilidade de cliente para cliente e de sessão para sessão (Wright, Basco & Thase, 2008). Conforme se destacou anteriormente, na terapia cognitivo-comportamental as primeiras sessões podem ser marcadas por segmentos com um grau relativamente alto de intervenções verbais por parte do terapeuta. Acredita-se que essa alta frequência de verbalizações ocorre especialmente em função da apresentação da lógica dessa terapia ao cliente e da estrutura das sessões. Talvez essa maior diretividade no início do processo terapêutico contribua para a resistência do cliente e é responsabilidade do terapeuta observar esse possível efeito.

O início do processo terapêutico é um laboratório para o terapeuta, que deve estar sensível a todas as variáveis em operação na terapia e, especificamente, na interação terapeuta-cliente. De acordo com Safran (2002) é importante que o terapeuta observe o impacto do seu comportamento sobre o cliente e tal impacto deve ser compreendido a partir da percepção do cliente de tal comportamento, sem perder de perspectiva que essa percepção é moldada por pela história pessoal dele. Desenvolver essa sensibilidade é uma tarefa primária do terapeuta, pois apenas assim ele poderá observar, ao longo de sua prática clínica, que “uma mesma intervenção terapêutica pode ser interpretada de forma bastante diferente por clientes diferentes. Enquanto um cliente pode entendê-la de uma forma que promova a aliança terapêutica, outro pode vê-la de forma a impedir tal aliança” (Safran, 2002, p. 177).

A este respeito é pertinente destacar que, quando certas intervenções do terapeuta não contribuírem para a promoção da aliança terapêutica, ele precisará estar atento as suas possíveis reações aos comportamentos apresentados pelos clientes. Como destacou o entrevistado na Resposta 03, a construção vínculo terapêutico na terapia cognitivo-comportamental demanda um cuidado especial sobre as reações contratransferenciais do terapeuta.

Conforme destacou-se anteriormente, com base em J. Beck (2007), a arte da terapia cognitiva consiste na capacidade de o terapeuta observar sensivelmente as interações que ocorrem no contexto terapêutico, reconhecendo quando os clientes estão desconfortáveis com o estilo adotado por ele. O terapeuta capaz de identificar esse desconforto, especialmente nas sessões iniciais em que há uma frequência maior de intervenções diretivas, terá mais chances de alterar seus comportamentos para maximizar os progressos terapêuticos do cliente e, por conseguinte, do sucesso da terapia.

Como identificou-se, o desconforto apresentado pelo cliente nem sempre será expresso de forma amigável, por isso é essencial que o terapeuta apresente um autoconhecimento bem refinado, para manejá-lo adequadamente suas vulnerabilidades na interação terapêutica (Leahy, 2001; Safran, 2002). Em concordância com essa afirmação o entrevistado enfatizou, na Resposta 06, a importância da auto-observação do terapeuta para que ele identifique seus sentimentos e pensamentos relativos ao cliente, habilidade útil para verificar se os impasses do processo terapêutico não estão associados às suas vulnerabilidades pessoais.

Conclui-se, com todas as reflexões construídas até este momento, que têm ocorrido uma mudança na forma como os terapeutas cognitivos lidam com a relação terapêutica. Safran (2002) destacou que há na literatura cognitivo-comportamental uma tendência de se considerar o relacionamento terapêutico como menos importante que certas técnicas, conforme já se destacou anteriormente. Nessa direção, notou-se a partir da análise da entrevista, em interface com o que diz a literatura da área, que a relação terapêutica é considerada tão importante quanto as técnicas específicas de mudança clínica.

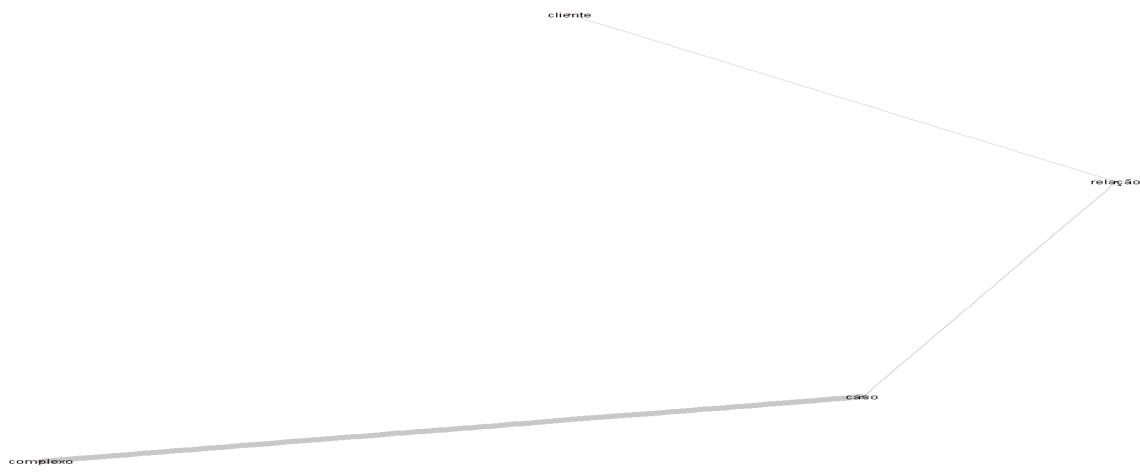
Safran (2002) ainda destacou que, apesar de se observar uma mudança no papel atribuído à relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental, há ainda uma tendência de considerá-la mais como uma condição necessária para a mudança do que um mecanismo de mudança. Mais uma vez, conforme verificou-se nas análises anteriormente construídas, há

uma mudança em pleno vapor ocorrendo no seio das terapias cognitivo-comportamentais, da qual a terapia cognitivo-comportamental desenvolvida por Aaron Beck não poderá se esquivar.

Na direção dessa mudança, que advoga em favor da promoção das mudanças clínicas do cliente diretamente a partir da relação terapêutica, J. Beck discutiu em seu livro “Terapia Cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona” diferentes situações no contexto terapêutico em que a relação terapeuta-cliente pode, diretamente, promover mudanças clínicas relevantes. Casos em que a relação terapêutica é utilizada como mecanismo de mudança terapêutica são previstos pelo entrevistado que, como evidenciou-se em reflexões anteriores, fez as seguintes afirmações: “*quanto mais complexo o caso, a mudança clínica vai depender fortemente da qualidade da aliança terapêutica*” (Resposta 02); (a relação terapêutica é) “*tão importante quanto as técnicas e em casos mais complexos até mais importante*” (Resposta 03); e “*Não acredito que só a relação terapêutica seja capaz de produzir resultados, a não ser nos casos mais complexos, como em transtornos de personalidade*” (Resposta 05).

A relação terapêutica, conforme consistentemente sugeriu Safran (2002) em sua obra “Ampliando os limites da Terapia Cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança”, certamente, com o decorrer do avanço no campo da pesquisa, alcançará seu status de mecanismo de mudança. Acredita-se nesse reconhecimento pois, quando se trata de pensar os mecanismos de mudança clínica que operam na terapia cognitivo-comportamental, inquestionavelmente “a própria relação terapêutica pode e deve ser usada como laboratório para construir experimentos visando a modificação interpessoal, pois é um excelente veículo de mudanças” (Knapp, 2004, p. 30).

Na análise de similitude, é possível verificar a listagem das associações entre as palavras, conforme exibido na Figura 03.



### **FIGURA 03**

Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental

Nota-se que, a partir da força das associações entre os vocábulos exibida na figura, é possível estabelecer o “mapa mental do entrevistado sobre a relação terapêutica. Com o objetivo de tornar mais claro esse “mapa mental”, optou-se por sublinhar as palavras que se conectaram na Figura 03 e que foram mencionadas na reflexão construída com base na análise de similitude. Assim, é possível afirmar que a relação (terapêutica) na terapia cognitivo-comportamental é tão importante quanto as técnicas específicas de mudança, e sua utilidade no processo terapêutico dependerá das características do cliente, pois quanto mais complexo o caso, mais o terapeuta precisará se utilizar dessa relação para promover as mudanças clínicas do cliente.

Na nuvem de palavras (Figura 4), o efeito visual demonstra claramente as palavras-chave do expoente da terapia cognitivo-comportamental. A relação (terapêutica) é uma condição para a mudança, mas não é considerada seu motor e, caso a relação se reduza ela, o comportamento e a situação existencial do cliente jamais se alterarão (Rangé & Erthal, 1988). É possível identificar que na perspectiva cognitivo-comportamental o relacionamento

terapêutico tem sua relevância, mas não é considerado uma condição suficiente promover a mudança clínica (Beck et al, 1979).



#### **FIGURA 04**

Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental  
A complexidade do caso clínico poderá demandar um maior foco do terapeuta na relação terapêutica. Por exemplo, com clientes que apresentam os mais persistentes e severos transtornos de personalidade, o terapeuta precisará alterar seu papel sutilmente, para garantir que sua influência seja aceita (Beck, Freeman & Davis, 2004). Diante de casos complexos, como já foi assinalado em outros momentos das análises realizadas, o terapeuta deverá se valer de sua experiência de vida e de observação de outras pessoas para negociar possíveis soluções para os problemas do cliente, educando-o com relação a natureza dos relacionamentos interpessoais (Beck, Freeman & Davis, 2004).

A relação terapêutica parece estar, no modelo cognitivo-comportamental, transitando da condição de coadjuvante da mudança terapêutica para a condição de mecanismo principal, especialmente em casos complexos. Confirmando essa transição, J. Beck (2007) argumentou que a relação terapêutica poderá ser utilizada como mecanismo principal de mudança quando o foco da terapia estiver na intervenção sobre estilos de relacionamento mal adaptativos, que ocorrem com o terapeuta e em outras relações significativas para o cliente. Estes estilos mal

adaptativos são típicos em casos complexos, como aqueles que têm os transtornos de personalidade como queixa clínica central.

#### **4.3 Entrevista com expoente da terapia narrativa de re-autoria**

Na Tabela 4 são apresentadas a ocorrência das palavras e a frequência dos vocábulos que foram observadas na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria. Inicialmente será desenvolvida a análise dos vocábulos, a partir das frequências de palavras que podem ser identificadas na Tabela 4 e em seguida, respectivamente, serão apresentadas as análises de similitude e a nuvem de palavras que puderam ser construídas.

**TABELA 04**

Frequência dos vocábulos na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria

Palavras	Frequência	Palavras	Frequência
Cliente	17	Mesmo	04
Terapeuta	13	Julgar	04
Modelo	10	Investigação	04
Terapêutico	09	Curiosidade	04
Narrativo	08	Sua	03
Mudança	07	Relação	03
Recusar	05	Proposto	03
Problema	05	Perspectiva	03
Modo	05	Outro	03
Usar	04	Externalização	03
Terapia	04	Dificuldade	03
Psicoterapia	04	Conceber	03
Narrativa	04		

Foram listadas 25 palavras, tendo a frequência de vocábulos variado de dezessete (17) a três (03) repetições. O vocabulário com maior frequência foi “cliente” (n amostral= 17),

seguido de “terapeuta” (n amostral= 13); “modelo” (n amostral= 10); “terapêutico” (n amostral= 9), “narrativo” (n amostral= 8) e “mudança” (n amostral= 7). O entrevistado forneceu respostas que permitiram a identificação do status de importância da relação terapêutica na terapia narrativa de re-autoria, bem como, sob o prisma dessa psicoterapia, certas habilidades básicas requeridas ao terapeuta para que ele se relacione terapeuticamente com o cliente. O agrupamento dos vocábulos supracitados, por exemplo, indica que o efeito terapêutico da terapia narrativa de re-autoria depende diretamente da relação terapeuta-cliente.

Nessa direção, o entrevistado afirmou: *“A relação terapêutica tem sido um aspecto chave dos modelos narrativos”* (Resposta 01) e, ao ser questionado sobre a capacidade de predição da qualidade dessa relação para os bons resultados da psicoterapia, declarou: *“Julgo que esta é uma daquelas coisas que a investigação mostra de um modo inequívoco! ”* (Resposta 04). Assume-se no modelo narrativo de re-autoria que a construção de um vínculo terapêutico é essencial para o desenvolvimento de uma conversa diferenciada com o cliente, que o ajude a produzir sentido diante de tantas realidades de entendimentos sem sentido, que o motivou a buscar ajuda (Santos, 2008).

Durante o processo terapêutico de re-autoria o terapeuta conduz suas intervenções evitando fazer leituras prévias a respeito do cliente, recusa uma postura educativa e busca conduzir o processo de forma criativa, valorizando a construção partilhada do entendimento da queixa e do estabelecimento dos objetivos terapêuticos (Gonçalves & Henriques, 2002). Dessa maneira, a relação terapêutica é colaborativa e os questionamentos feitos pelo terapeuta ao cliente partem de uma posição de verdadeira curiosidade (Anderson & Gooslishian, 1992). Esses aspectos são centrais na perspectiva narrativa, pois

Para os terapeutas narrativos, a relação colaborativa é um fim em si mesmo e não um mero meio para que o cliente admita o que o terapeuta pretende. O terapeuta questiona para saber e não porque já sabe. O que é importante é que as questões sejam

instrumentos de mudança terapêutica, sendo o resultado final da responsabilidade de ambos os intervenientes (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 27, grifos nossos).

Enfatizou-se o trecho acima porque ele traduz a concepção recíproca da relação terapêutica adotada no modelo narrativo de re-autoria. De acordo com White (2002), as perspectivas tradicionais em psicoterapia sustentam uma visão unidirecional da relação que se estabelece entre terapeuta e cliente. Segundo essa visão, de um lado está o terapeuta com seu saber terapêutico que é aplicado na vida do cliente, sendo este definido como o outro, cujas mudanças pessoais são produto dos procedimentos terapêuticos empregados em sua terapia. White (2002), em contrapartida, defende uma concepção recíproca da relação estabelecida em terapia, pois para ele a interação terapêutica se constitui a partir de todos os indivíduos que participam dessa interação.

A concepção recíproca da relação terapêutica defendida por White (2002) está presente na definição do espaço terapêutico como um contexto regido pela co-construção, considerada uma condição necessária para que haja maior horizontalidade na relação que se estabelece entre cliente e terapeuta (Gonçalves, 2003). As realidades terapêuticas, dentre elas a aliança terapêutica, são co-construídas num espaço conversacional que permite o entrelaçamento das linguagens dos seus participantes, terapeuta e cliente, um espaço no qual os horizontes de significação se flexibilizam (Gergen, 1999).

O cliente é considerado o especialista de sua própria vida, não o terapeuta, o que implica na perda do lugar de poder como especialista desse profissional, tradicionalmente defendido em outras abordagens. É notável na terapia narrativa de re-autoria uma recusa dessa condição de perito historicamente construída (Anderson & Gooslishian, 1992) e uma defesa pela relação de igualdade epistemológica com o cliente. O poder na situação terapêutica é compartilhado pela diáde, maximizando a relação colaborativa entre ambos, tão importante na construção de narrativas mais adaptativas (Omer, 1996).

Em conformidade com o que acabou de ser salientado, o entrevistado declarou, ao se referir aos modelos narrativos: “*Estes modelos assumem-se como não correctivos, vendo o cliente como alguém que tem dificuldades, mas que não tem défices que precisam de ser corrigidos (cognitivos, emocionais, etc.). Ou seja, da perspectiva destes modelos a mudança é resultado de um processo colaborativo e criativo em que terapeuta e cliente exploram as histórias de vida do cliente, procurando criar (por oposição a corrigir!) narrativas de vida mais criativas*” (Resposta 01). Nota-se nesse fragmento da entrevista a ocorrência das palavras “cliente” (n amostral= 17), “terapeuta” (n amostral= 13); “modelo” (n amostral= 10) e “mudança” (n amostral= 7), empregadas pelo participante para descrever especificidades do processo de mudança terapêutica no modelo narrativo de re-autoria.

Quanto a primeira parte desse fragmento, é importante ressaltar que o construtivismo e o construcionismo social, abordagens que fundamentam os modelos narrativos, “consideram que conhecimento é uma construção (social) e que por isso o espaço terapêutico não tem como objetivo descobrir a verdade sobre o cliente, corrigir os seus mecanismos disfuncionais ou proporcionar-lhe a aprendizagem de competências deficitárias” (Gonçalves, 2006, p. 7). O modelo narrativo de re-autoria, como a generalidade das terapias narrativas, recusa a tradicional concepção de déficit presente nos modelos psicopatológicos (Gonçalves, 2008). Nele não se pensa em termos de psicopatologia (e conceitos associados, diagnóstico, etiologia, prognóstico, etc.), mas em termos de problemas e de como construir histórias alternativas que os transformem (Gonçalves, 2006).

No que se refere a segunda parte do fragmento acima apresentado, cabe evidenciar que as narrativas novas e mais criativas somente serão construídas num espaço de colaboração entre terapeuta e cliente, e somente serão terapêuticas quando respeitarem os contornos deste e forem fortemente moldadas por suas necessidades (Omer, 1996). A terapia deve, orientada nesse pressuposto, configurar-se num contexto de construção de significados alternativos,

mais viáveis no quadro de vida dos clientes, ou seja, num espaço em que este poderá construir o sentido de sua vida e de ensaiar o desempenho de narrativas alternativas (Gonçalves, 2006).

A partir dessas reflexões, identifica-se que é fundamental na terapia narrativa de re-autoria que os objetivos terapêuticos sejam construídos no contexto da própria conversação terapêutica, na qual a diáde conjuntamente trabalha na construção do sentido da vida do cliente, dos seus problemas, seus objetivos e de suas soluções (Gonçalves, 2006). Esse espaço é privilegiado, pois é nele que a co-construção terapêutica se processará, sendo de suma importância que o terapeuta esteja sensível às construções que têm sido feitas na terapia e analise se elas têm ajudado o cliente e têm lhe sido útil no enfrentamento de seus problemas (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

O entrevistado, quando questionado sobre a existência de pesquisas em sua abordagem que buscam reconhecer e legitimar a importância da relação terapêutica, acentuou: “*Que eu conheça as investigações controladas sobre o modelo narrativo têm sido incipientes. Penso que isto se deve ao seu pendor fortemente “anti-positivista”, que torna complicado fazer o “jogo” tradicional da investigação empírica*” (Resposta 02). Nesse trecho o uso das palavras “modelo” (n amostral= 10), “narrativo” (n amostral= 08) e “investigação” (n amostral= 04) foi feito num contexto elucidativo de aspectos metodológicos da pesquisa no modelo narrativo. A este respeito, parece pertinente destacar que, segundo Gonçalves (2013), o construtivismo e o construcionismo social, que fundamentam os modelos narrativos, embora sejam paradigmas importantes para leitura dos fenômenos de natureza psicológica, são altamente limitados do ponto de vista da investigação. Apesar da estruturação dos métodos hermenêuticos e qualitativos, defendidos pelo construtivismo e pelo construcionismo social, nenhum deles proporcionou de fato um grande insight empírico que pudesse ser orientador da prática terapêutica que essas abordagens sustentam (Gonçalves, 2013).

A despeito da limitação supramencionada, o entrevistado declarou: “*Estou profundamente convicto de que se fizéssemos uma investigação típica com terapia narrativa (por exemplo usando o inventário da aliança terapêutica) os resultados seriam os mesmos que têm sido encontrados em outros estudos*” (Resposta 02). Observa-se que ele advoga em favor da equiparação dos efeitos da terapia narrativa de re-autoria aos efeitos de outras psicoterapias que desenvolvem pesquisas a partir de metodologias positivistas.

No modelo narrativo de re-autoria, como já foi possível perceber, o cliente é colocado em relevo, sendo as mudanças por ele apresentadas resultado de um processo colaborativo e criativo realizado em conjunto com o terapeuta. Sobre esse processo colaborativo o entrevistado salientou: “*o desafio introduzido pelos modelos narrativos se prende com a ideia de colaboração terapêutica. Para estes modelos o terapeuta não impõe uma nova realidade ao cliente, usando para isso modelos externos à perspectiva do cliente, mas procura negociar dentro do que é a perspectiva do mundo do cliente como pode ser conseguida a mudança*” (Resposta, 02). Identifica-se nesse fragmento a ocorrência dos vocábulos “modelo” (n amostral= 10), “narrativo” (n amostral= 08), “terapeuta” (n amostral= 13), “cliente” (n amostral= 17) e “mudança” (n amostral= 07), os quais foram utilizados para descrever a postura colaborativa adotada pelo terapeuta narrativo de re-autoria na interação com o cliente, fundamental para o processo de mudança deste.

Uma vez que a relação colaborativa é considerada um fim em si mesmo, a dimensão colaborativa é fundamental em uma perspectiva narrativa, pois é a partir dela que se evidencia a importância da realidade e do conhecimento do cliente (Gonçalves & Henriques, 2002), bem como seus sistemas de linguagem (Gonçalves, 2006) e a sua intencionalidade (White, 2004). Em conformidade com o posicionamento do entrevistado na Resposta 02, afirma-se que as abordagens narrativas se situam de acordo com os modelos que enfatizam a primazia da

realidade do cliente, que defende a relevância do terapeuta a compreender, de modo que perceba sua linguagem e seja capaz de usá-la (Gonçalves, 2006).

A maior ênfase sobre a realidade e o conhecimento do cliente identificada no modelo de re-autoria se alinha à concepção de um processo terapêutico recíproco, conforme apontou-se anteriormente a partir de White (2002). As conversações terapêuticas sustentadas numa concepção recíproca da relação terapêutica, assim, não são encomendadas ou direcionadas, não tendo o terapeuta que se esforçar em determinar suas respostas aos relatos das pessoas antes que elas façam esses relatos (White, 2012). Seguir nessa direção significa abrir possibilidades para que os relatos dos clientes encontrem um espaço de expressão e valorização, partindo da compreensão “*on line*” do terapeuta e não de interpretações previamente adotadas.

De acordo com Gonçalves (2006), a concepção colaborativa típica dos modelos narrativos pressupõe que a relação terapêutica é concebida como um modo não didático e o terapeuta não se esforça por ensinar um enquadramento teórico ao cliente. Em vez disso, faz um esforço por perceber a concepção que o cliente tem para construir com ele significados alternativos. O diagnóstico de déficits empregado como recurso para educar o cliente a respeito do seu “transtorno” ou a psicoeducação como forma de orientá-lo sobre os mecanismos de mudança da terapia, por exemplo, seriam um contrassenso no modelo narrativo de re-autoria, uma vez que verticalizaria a relação terapêutica. Gonçalves (2006) ainda declara que, apesar de pessoalmente preferir essa maneira de conceber a colaboração terapêutica, reconhece que “esta abordagem não deve ser reificada e considerada a única forma de gerir a complexidade dos problemas que os terapeutas enfrentam na psicoterapia” (p.15).

Também sobre o modelo narrativo de re-autoria o entrevistado frisou: “*este modelo aproxima-se de algo já proposto por Watzlawick há muito tempo: o terapeuta tem que*

*aprender a falar a linguagem do cliente (tal como um antropólogo numa tribo exótica) e dentro da sua perspectiva do mundo procurar produzir a mudança. A grande diferença é que Watzlawick assumia-se com estratégico neste processo, enquanto os terapeutas narrativos recusam este pendor estratégico”* (Resposta, 02). Identifica-se mais uma vez a ocorrência dos vocábulos “terapeuta” (n amostral= 13), “cliente” (n amostral= 17), “mudança” (n amostral= 07) e, adicionalmente, “recusar” (n amostral= 05), relacionados à postura do terapeuta narrativo de re-autoria, neste caso descrevendo sua recusa em assumir um posicionamento estratégico no processo terapêutico.

Como já enfatizado anteriormente, terapeutas narrativos questionam para saber e não porque já sabem (Gonçalves & Henriques, 2002). Essa postura proporciona um espaço para que os propósitos e valores do cliente se tornem mais detalhadamente conhecidos e para que a história desses propósitos e valores seja extraída, permitindo o desenvolvimento de planos de ação terapêutica que estejam em harmonia com eles (White, 2012). Esse posicionamento do terapeuta talvez suscite algumas confusões que precisam ser esclarecidas, por exemplo: “o processo terapêutico estará nas mãos do cliente? ”, “cabe ao cliente construir sozinho os significados para suas narrativas e estabelecer seus objetivos terapêuticos? ”. Frente a essas indagações, cabe acentuar que, na interação terapêutica, apesar de o terapeuta narrativo de re-autoria recusar uma posição estratégica, ele deve partir sempre de uma concepção dialógica da psicoterapia.

Uma forma de evitar confusões como aquelas expressas nos questionamentos acima exemplificados, é compreender o espaço interacional com o cliente como um espaço de negociação dialógica, no qual ambos participam ativamente (Gonçalves, 2005). Seguir nesse caminho implica em compreender que não se trata de deixar o processo terapêutico ser conduzido unicamente pelo cliente, pois tanto ele como o terapeuta possuem papéis importantes que precisam ser desempenhados para que as mudanças terapêuticas ocorram. É

por essa razão que a negociação dialógica deve ser o alvo da terapia, porque evidencia que tanto o terapeuta como o cliente devem trabalhar ativamente na construção das mudanças terapêuticas almejadas.

Cabe esclarecer que o dialogismo compreende a aceitação da ideia de que nenhum discurso existe em isolamento, uma vez que a linguagem está repleta das intenções e do mundo dos outros. Diante desse pressuposto, percebe-se que na interação terapêutica não pode existir monólogo, visto que qualquer afirmação estará sempre em interação com outras, oportunizando assim uma abertura infinidável de significados (Bakhtin, 1984/1999; Holquist, 2000; Makaryk, 1993 citados em Gonçalves, 2005). Por outro lado, o monologismo pode ser entendido como uma dificuldade ou incapacidade em aceitar a natureza dialógica da linguagem e da comunicação, posicionamento que reduz a multiplicidade de vozes ou posições a uma única, assumida como posição de autoridade (Holquist, 2000 citado em Gonçalves, 2005).

Na conversação terapêutica o terapeuta, ao adotar uma postura dialógica, abre mão de ser o portador da voz de autoridade e de especialista, posição tradicionalmente por ele assumida na história da psicoterapia. Essa escolha condiz com a busca por uma maior horizontalidade na relação terapêutica e caso ela não seja alcançada, a relação permanecerá marcada pelo saber técnico em contraste com a ignorância do cliente (Gonçalves, 2005), ou seja, permanecerá monológica. Assim, o terapeuta procura estar numa posição descentrada, na qual ele não é o autor das posições que os clientes tomam sobre seus problemas e dificuldades vividos. Todavia, é também uma posição de influência, pois são os recursos terapêuticos por ele empregados que possibilitarão aos clientes uma oportunidade de definir suas próprias posições em relação a seus problemas, expressando aquilo que alicerça essa posição (White, 2012).

Quando questionado sobre a importância do vínculo do cliente com o terapeuta para a adesão à psicoterapia e a respeito de como ele é trabalhado na terapia narrativa de re-autoria, o entrevistado destacou que para essa terapia o *slogan* central é “*o cliente não é o problema, o problema é o problema*”, de modo que “*há um conjunto de estratégias, entre elas a mais conhecida é a externalização, em que o terapeutaativamente se esforça por de algum modo separar o problema (concebido como um sistema de significações) da pessoa (que é concebida como muito mais multipotencial do que as suas narrativas problemáticas nos querem fazer crer!)*” (Resposta, 03). Os vocábulos “cliente” (n amostral= 17), “terapeuta” (n amostral= 13), “problema” (n amostral= 05), “modo” (n amostral= 05), “externalização” (n amostral= 03) e “narrativa” (n amostral= 04) foram empregados nesse trecho para descrever a externalização como o modo central de o terapeuta separar o cliente do problema, que oportuniza a construção de novas narrativas e a construção de histórias alternativas, essenciais para o progresso terapêutico.

A terapia narrativa de re-autoria, ao contrário das perspectivas tradicionais em psicoterapia, que veem o problema como estando ‘dentro’ do cliente, internalizando e fundindo o problema com este, procura situar o problema fora das pessoas (Gonçalves & Henriques, 2002). Segundo White (2012, p. 19), “muitas pessoas que buscam terapia acreditam que os problemas de suas vidas são um reflexo de sua própria identidade, ou da identidade de outros, ou um reflexo da identidade de seus relacionamentos”. Para ele, esse tipo de entendimento molda os esforços dessas pessoas na tentativa de resolver os problemas, que acabam por contribuir, invariavelmente, para exacerbar os problemas e

Por sua vez isso leva as pessoas a acreditarem ainda mais firmemente que os problemas de sua vida são um reflexo de certas “verdades” em relação à sua natureza e caráter, em relação à natureza e caráter dos outros ou de seus relacionamentos. Em suma, as pessoas acabam por acreditar que seus problemas são internos aos seus *selves*

ou aos dos outros – que elas ou os outros são, na verdade, o problema. E essa crença apenas as submerge ainda mais nos problemas que estão tentando resolver (White, 2012, p. 19).

Para romper com esse ciclo que legitima a pessoa como problema, o principal recurso utilizado na terapia narrativa, como enfatizou o entrevistado, é a externalização. A externalização do problema ocorrerá mediante o uso, no contexto da psicoterapia, de uma linguagem externalizadora, que guiará o terapeuta na formulação de perguntas que possibilitem distinguir o problema e a pessoa, por exemplo: “o que o pessimismo faz para o convencer?”, “quando o pessimismo consegue que faça o que ele quer, como você se sente”, “qual é o projeto do pessimismo para a sua vida?”. É importante destacar, todavia, que externalizar o problema não é internalizá-lo em outras pessoas, mas sim colocá-lo num espaço discursivo no qual ele poderá ser desafiado (Gonçalves & Henriques, 2002).

Conversas de externalização, nas quais o problema é separado da pessoa, são muito úteis no rompimento com práticas de objetificação de identidades, que fortalecem a perspectiva de que os problemas que as pessoas encontram na vida representam uma verdade de sua identidade (White, 2012). No contexto das disciplinas científicas e profissionais, destaca esse autor, não é raro os terapeutas se referirem a uma pessoa como “perturbada” ou “disfuncional”, assim como na cultura mais ampla, na qual é comum as pessoas considerarem a si mesmas ou outras pessoas “incompetentes” ou “inadequadas” por natureza. Assim, conclui-se que conversações de externalização são um recurso fundamental para a mudança terapêutica no modelo narrativo de re-autoria, visto que:

Quando o problema se torna uma entidade que é separada da pessoa, e quando as pessoas não ficam atadas às “verdades” restritivas em relação a sua identidade e “certezas” negativas sobre sua vida, novas opções de ação para lidar com as dificuldades de suas vidas tornam-se disponíveis. Essa separação entre a identidade de

uma pessoa e a do problema não exime as pessoas da responsabilidade de enfrentar os problemas que encontram. Em vez disso, possibilita que assumam essa responsabilidade. Mas se a relação da pessoa com o problema se torna mais claramente definida, como nas conversações de externalização, uma gama de possibilidades para rever essa relação torna-se disponível (White, 2012, p. 36).

Sobre a externalização, ela parece ser um princípio que rege as interações estabelecidas no interior da relação terapêutica, pois segundo o entrevistado “*mesmo não usando externalização numa sessão terapêutica específica, o terapeuta tem uma concepção externalizadora, no sentido de recusar que existam défices internos que sejam explicativos dos problemas que as pessoas enfrentam*” (Resposta, 03). Esse princípio se justifica, para os defensores do modelo narrativo de re-autoria, em contraposição a uma concepção internalizadora, que é considerada uma tautologia explicativa que leva terapeutas a conceberem os clientes como alguém com menos capacidades, menos recursos que eles. Em síntese, terapeutas narrativos de re-autoria recusam uma visão patologizadora dos clientes (Gonçalves, 2005, 2006, 2008; White, 2012).

Há na terapia narrativa de re-autoria, de acordo com Gonçalves e Henriques (2002), um enquadramento discursivo peculiar, pois no processo de externalização a construção de significados opera discursivamente, vivendo os problemas não “dentro” das pessoas, mas num espaço discursivo que lhes dá legitimação e certos contornos. Segundo os autores supracitados, os problemas, bem como os demais fenômenos psicológicos, tais como a cognição e a emoção resultam de processos linguísticos, sendo construídos pelas formas de falar presentes na sociedade. Sem palavras para descrever a depressão ou a ansiedade, por exemplo, seria difícil se referir a estes estados e experienciar os acontecimentos a eles associados.

Quando o terapeuta assume que a construção de significados opera discursivamente, facilmente ele reconhecerá como importante a análise dos dispositivos que alimentam as narrativas sobre o problema: é possível que se encontre subjacentes às perturbações alimentares os efeitos discursivos da indústria da moda, ou no caso dos problemas de humor de alguns adolescentes, as exigências criadas em um contexto escolar marcado por muita competitividade (Gonçalves & Henriques, 2002). Em função disso, é de extrema importância que o terapeuta analise as especificações culturais e discursivas que mantêm o problema ativo, visto que, “ao permitir situar o problema no contexto de vida (em vez de atribuir a um defeito interno do cliente) facilita a consciencialização dos fatores sociais e culturais que o reforçam” (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 19).

Identifica-se que a defesa da relação terapêutica como um mecanismo de mudança em si mesmo, conforme sustentam algumas psicoterapias, é compatível com o modelo narrativo de re-autoria. Quando questionado sobre essa compatibilidade o entrevistado salientou: “*a natureza curativa em si mesma da relação terapêutica é completamente congruente com o modelo narrativo*”. Ao justificar essa compatibilidade ele declarou: “*repare-se que o modelo narrativo recusa o modelo médico das dificuldades psicológicas, que tende a equacionar dificuldades psicológicas com perturbações que devem ser tratadas. Assim, se a técnica central usada em psicoterapia é relacional, difficilmente o modelo médico se pode sustentar*” (Resposta 05). Constata-se que a ocorrência dos vocábulos “modelo” (n amostral= 10), “narrativo” (n amostral= 08), “recusa” (n amostral= 07) e “psicoterapia” (n amostral= 04) nesse trecho evidencia a recusa da influência do modelo médico na psicoterapia desenvolvida sob o prisma do modelo narrativo de re-autoria, pois aquele é incompatível com a ênfase nos aspectos relacionais presentes neste.

A resposta do entrevistado, acima apresentada, permite a análise sobre dois aspectos centrais da terapia narrativa de re-autoria: 1) a natureza curativa da relação terapêutica, que

permite a superação das narrativas saturadas que têm controlado a vida do cliente e a construção de narrativas alternativas ou preferenciais, mais viáveis no quadro de vida dele (Gonçalves & Henriques, 2002; Morgan, 2007; White, 2012); e 2) a recusa ao modelo médico que tipicamente categoriza dificuldades psicológicas como perturbações psicológicas que precisam ser tratadas (Gonçalves, 2006, 2008). Se por um lado o modelo narrativo demonstra sua compatibilidade com psicoterapias que sustentam a relação terapêutica como um mecanismo de mudança em si mesmo, por outro, evidencia sua forma peculiar de lidar com problemas na natureza psicológica, recusando-se à adoção do modelo médico que historicamente foi adotado por diferentes sistemas terapêuticos.

Quanto ao primeiro aspecto, a análise construída até o momento já permitiu observar que o sucesso da terapia narrativa de re-autoria, que pode ser caracterizado como o desenvolvimento de narrativas preferenciais ou alternativas que suplantem as narrativas saturadas, depende fundamentalmente do relacionamento estabelecido entre terapeuta e cliente (Matos, 2006). Em relação ao segundo aspecto, como já salientado anteriormente, os modelos narrativos, influenciados pelo construtivismo e pelo construcionismo social, recusam a perspectiva de que o cliente possua ou precise corrigir seus mecanismos disfuncionais ou competências deficitárias (Gonçalves, 2006). A seguir será apresentada uma reflexão para fundamentar conceitualmente o posicionamento do entrevistado sobre a recusa da terapia narrativa de re-autoria ao modelo médico e, logo após, a partir da análise da Resposta 06, os mecanismos que tornam a relação terapêutica curativa em si mesma serão apresentados.

Gonçalves (2008) e Monk e Gehart (2003) identificaram influências de Michel Foucault, filósofo e historiador francês, sobre o modelo narrativo de re-autoria desenvolvido por White e Epston (1990). De acordo com Gonçalves (2008) tem sido comum, e a psicologia tem reforçado esse hábito, a pensar a subjetividade humana ou a vida psicológica como resultado de processos naturais, biológicos. Na contramão dessa perspectiva, segundo ele,

Foucault desenvolveu uma análise da subjetividade com o objetivo de compreender como ela vai sendo moldada historicamente, concluindo que os pressupostos que organizam a vida dos seres humanos são resultantes de processos de construção histórica.

Gonçalves (2008) propôs um exercício para concretizar a discussão elaborada por Foucault e sugeriu os seguintes questionamentos: “O que é um bom pai? E uma boa mãe? ”, “O que são relações familiares adequadas ou funcionais? ”, “O que é uma relação amorosa, como se pode caracterizar? ”, “O que é desejável numa relação amorosa? ”. Ele destacou que não é necessário muito esforço para perceber que a classificação de “adequado” (e suas inúmeras variações) se altera extraordinariamente quando se desloca de uma cultura para outra ou para outros momentos históricos. Foucault (1987/2005), em seu livro *Vigiar e Punir*, descreve as mudanças que ocorreram a partir do século XVII na estrutura do poder das sociedades ocidentais e o impacto delas sobre a subjetividade das pessoas.

Gonçalves (2008), amparado no debate elaborado por Foucault na obra supracitada, argumentou que a nova estrutura de poder que emergiu a partir do século XVII trouxe consigo uma nova tecnologia de poder, que passou a organizar o comportamento dos indivíduos e os conduziu a certas formas de dominação. Uma das consequências dessa nova estrutura de poder foi a criação de um conjunto de tecnologias do *self*, que prescreve o que é ser adequado, feliz, produtivo, perfeito, assim como estabelece os caminhos que devem ser percorridos para atingir esses estados (White, 1994 citado em Gonçalves, 2008).

Essa nova forma de poder implicou em novas formas de objetivação e subjetivação (Madigan, 1998; Monk & Gerhart, 2003). As formas se objetivação se caracterizaram por estratégias de classificação da conduta humana (como os saberes psicológicos, os DSMs e afins), de separação e de segregação (e. g., panóptico de Bentham<sup>4</sup>). As formas de

---

<sup>4</sup> De acordo com Gonçalves (2008), trata-se de um projeto arquitetônico de prisão com uma estrutura arquitetônica circular, em que cada indivíduo se encontra em celas isoladas, observados a partir de uma coluna

subjetivação dizem respeito às prescrições sociais do que é ser adequado, normal, perfeito, produtivo, etc., através do modo como os indivíduos organizam sua subjetividade, ou seja, do tipo de objetivos que perseguem e aquilo a que se obrigam a sentir ou a pensar.

Em suma, a partir do século XVII a “alma” passou a ser efeito e instrumento de uma anatomia política, ela passou a ser a prisão do corpo, uma vez que as operações de poder já não se dirigem somente ao corpo, como na época em que o suplício era empregado como prática penal, mas fundamentalmente se dirigem ao modo como a vida psíquica dos indivíduos é organizada (Foucault, 1987/2005). É contra essa forma de dominação sobre a vida psíquica do cliente, que favorece o desenvolvimento e maximização de narrativas saturadas ou problemáticas, que os terapeutas narrativos de re-autoria lutam. O objetivo deles é, no decorrer do processo terapêutico, expor as “verdades tomadas como adquiridas que nos ditam como viver e comportar” (Monk & Gehart, 2003, p. 20). Assim, é objetivo da terapia narrativa de re-autoria desconstruir

“Os treinos culturais que influenciam o modo como nos conhecemos a nós próprios, isto é, os pressupostos de gênero, de raça, de classe social, as preferências sexuais, tal como as práticas disciplinares de perfeição, autovigilância, receio de não estar à altura, vergonha, etc., e os efeitos que essas práticas têm na vida da pessoa” (Madigan, 1998, p. 85-86).

A desconstrução da psicopatologia, em termos terapêuticos, é explícita no modelo de White e Epston (1990) e essa abordagem, em função das influências foucaultianas, conforme descritas nos parágrafos anteriores, é, sem sombra de dúvidas, impregnada de ativismo político (Monk & Gehart, 2003). Dessa maneira, “nesta prática terapêutica o cliente é sistematicamente convidado a reclamar a sua vida ao problema, por exemplo, através da

---

central. O observador tem acesso a tudo o que acontece dentro das celas, ao contrário dos detidos, que não conseguem sequer perceber quando estão sendo observados. Uma das ideias centrais desse dispositivo é que a invisibilidade da vigilância torna gradualmente esta vigilância internalizada

linguagem externalizadora. Isto coloca-o frequentemente numa posição de “combate” face ao enquadramento social dominante” (Gonçalves, 2006, p. 12). Portanto, não há somente um desinteresse por rótulos diagnósticos na terapia narrativa de re-autoria, mas um empenho para procurar compreender de que forma eles operam como redutores da subjetividade do cliente (White, 1994).

A desconstrução, no que se refere aos rótulos diagnósticos, diz respeito a procedimentos que subvertem as práticas e realidades tomadas como adquiridas, que incluem supostas “verdades” que são dissociadas das condições e dos contextos nos quais foram produzidas (White, 1991 citado em Gonçalves, 2006). Como já foi acentuado em outros momentos dessa análise, nos modelos narrativos os termos de psicopatologia e conceitos associados, tais como diagnóstico, etiologia, prognóstico, etc., são recusados. Os motivos que levaram o cliente a procurar a terapia são, em contrapartida, definidos em termos de problemas, permitindo o desenvolvimento de histórias alternativas que os transformem (Gonçalves, 2006). Para este autor, o diagnóstico neste modelo faz parte do problema e o terapeuta deve se esforçar para tornar isso claro para o cliente.

Buscou-se ainda na entrevista explorar quais eram as habilidades básicas que o terapeuta narrativo de re-autoria precisa apresentar, a despeito das diferenças entre clientes, para que possa conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica. Nesse contexto o entrevistado acentuou: “*O terapeuta tem que ter capacidade de construir mudança numa zona de desenvolvimento proximal do cliente*”. Ele ainda descreveu alguns dos caminhos de pesquisa que tem percorrido na tentativa de compreender como ocorre essa construção da mudança terapêutica: “*temos desenvolvido pesquisa sobre os processos de mudança centrados no modo como a emergência de novidades (designados por nós por momentos de inovação) conduzem à mudança em qualquer modalidade de psicoterapia, mas temos também colaborado com outros colegas que exploram de que modo o terapeuta gere a*

*relação terapêutica, equilibrando o desafio da realidade do cliente com a sua aceitação (para que não deixe de ser empático)” (Resposta 06).*

No trecho acima transcrito verifica-se a ocorrência dos vocábulos “terapeuta” (n amostral= 13), “cliente” (n amostral= 17), “mudança” (n amostral= 07), “modo” (n amostral= 05), “psicoterapia” (n amostral= 04), “relação” (n amostral= 03) e “terapêutico” (n amostral= 09), empregados para descrever o modo como o terapeuta narrativo de re-autoria deve gerir a relação terapêutica. A esse respeito o entrevistado mencionou que é a emergência de novidades no contexto terapêutico que conduz à mudança, que só será possível se o terapeuta equilibrar o desafio da realidade do cliente com a sua aceitação. Será analisado, a partir dessas premissas identificadas na Resposta (06), como no modelo narrativo de re-autoria a relação terapêutica é considerada um mecanismo de mudança em si mesmo, conforme prometido anteriormente.

Notou-se que o entrevistado discorreu sobre dois aspectos fundamentais do modelo narrativo de re-autoria na Resposta (06): 1) o terapeuta precisa apresentar habilidades para construir a mudança terapêutica respeitando a zona de desenvolvimento proximal do cliente (Ribeiro, 2009); e 2) a mudança terapêutica nesse modelo terapêutico se processa a partir da emergência e elaboração dos momentos de inovação, que permitem o desenvolvimento de histórias alternativas e, por conseguinte, de novas narrativas de vida, contrárias às narrativas problemáticas ou saturadas (White & Epston, 1990).

Em relação ao primeiro aspecto supracitado, Ribeiro (2009) acentuou que o conceito de zona de desenvolvimento proximal terapêutica foi construído a partir da influência da noção de zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky (1978) à co-construção da mudança em psicoterapia, uma aproximação inicialmente realizada por Leiman e Stiles (2001). No entendimento de Vygotsky (1978) a zona de desenvolvimento proximal consiste na zona de desenvolvimento potencial, na qual, se for auxiliada na interação com um adulto, a criança

consegue avançar para níveis de desenvolvimento mais complexos, para os quais não teria condições de avançar se usasse apenas as suas capacidades individuais.

Nesse cenário, uma vez assumida a mudança do cliente como uma forma de desenvolvimento, pode-se pressupor que o pedido de ajuda que uma pessoa faz em psicoterapia não é mais do que uma tentativa de se encontrar com o terapeuta numa “zona de mudança proximal” (Ribeiro, 2009). Com a ajuda do terapeuta o cliente conseguiria confrontar os obstáculos e desafios de sua existência, que não poderiam ser confrontados se ele estivesse sozinho, pois se perceberia como incapaz. Assim, a zona de desenvolvimento proximal terapêutica (ZPD-T) pode ser definida como “o intervalo entre o nível de desenvolvimento atual do cliente (i.e., a sua perspectiva atual acerca da realidade) e o seu nível de desenvolvimento potencial, definido como a possibilidade de transformar esta perspectiva em colaboração com o terapeuta” (Gonçalves, Loura, Ribeiro, Santos & Matos, 2012, p. 473).

A mudança em psicoterapia ocorreria ao longo de um contínuo de desenvolvimento do cliente, à medida que as mudanças vão ocorrendo, a ZDP-T evolui, de modo que o que antes se situava no nível potencial passa a se situar no nível atual, possibilitando a acomodação das novidades anteriormente consideradas desafiadoras (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath & Stiles, 2011). Nessa direção, Ribeiro (2009) defende a aliança como micro-processo de mudança, que se desenvolve dentro de uma zona de mudança proximal, definida pela distância entre a experiência de segurança e a experiência de novidade no cliente. Para ela, o cliente precisa se sentir seguro para aceitar ser desafiado pelo terapeuta a explorar, conjuntamente, potenciais experiências de novidade.

Ribeiro (2009) apresentou as condições nas quais o cliente tem a experiência de segurança e de novidade. No contexto da interação terapêutica, “o cliente sente-se seguro quando o seu sistema de significação lhe permite atribuir sentidos às suas experiências dentro

e fora do contexto terapêutico e percebe nas ações do terapeuta a validação do seu sistema de significação” (p. 175). Cria-se, assim, uma zona de comunalidade, pois os sistemas de significação da diáde se intersectam com o propósito de dar sentido às experiências do cliente. Por exemplo, quando o terapeuta dá *feedback* para o cliente sobre sua compreensão do que acabou de ouvir na conversação terapêutica e este responde de modo confirmatório, “é exatamente isso que eu sinto ou penso”, esse momento seria um indicador de que a diáde estaria trabalhando na margem de segurança da zona de mudança proximal do cliente.

Quanto à experiência de novidade, que define o outro limite da zona de mudança proximal, ela se caracteriza pela co-reconstrução possível de significados, iniciada pela incerteza suportável frente à aplicabilidade de sistemas de significação partilhados pelo terapeuta (Ribeiro, 2009). Por exemplo, diante do problema apresentado pelo cliente e do seu modo de significá-lo, o terapeuta propõe uma significação alternativa, com uma interpretação distinta da dele. Ou ainda quando propõe que ele assuma uma postura diferente daquela que habitualmente apresentaria para significar sua experiência. Nesses dois casos, conforme Ribeiro (2009), o terapeuta estaria convidando o cliente a mover-se para uma margem de incerteza e de possibilidade na co-construção terapêutica. Ela também ressaltou que

Se o cliente arrisca esse movimento, e sem resistir, se mantém envolvido com a procura de sentido para sua experiência, ainda que de modo tentativo, utilizando por exemplo expressões como: “talvez”, “nunca tinha pensado dessa forma...”; “é curioso o que me está a dizer”; o terapeuta terá indicadores de encontro na margem de novidade da zona de mudança proximal (Ribeiro, 2009, p. 176).

Diante do exposto, observa-se que é no contexto da interação e da conversação terapêutica que o equilíbrio, sempre provisório, entre as experiências de segurança e experiências de novidade, vai se desenvolvendo e é a partir dele que a colaboração terapêutica ganha forma, dependendo sua gestão mutuamente do terapeuta e do cliente (Ribeiro, 2009).

Não se pode perder de vista, todavia, que esse compromisso pressupõe uma coordenação das ações entre o terapeuta e o cliente, dito de outra forma, um dado significado partilhado pelo terapeuta ou pelo cliente carece de ser suplementado pela ação seguinte do respectivo interlocutor (Gergen, 2005). Essa suplementação é relevante, visto que não existe significado em qualquer ação isolada sem algum tipo de validação pelo interlocutor (Bakhtin, 2000) e,

Sendo assim, a partilha dos sistemas de significação de cada um dos intervenientes na conversação terapêutica não pode ser um ato descomprometido do sistema de significação do outro e descontextualizado do impacto que tem na qualidade da direção da comunicação. Por isso, considerar a colaboração terapêutica como uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente, desenvolvida no âmbito de uma “zona de mudança proximal”, supõe identificar que ações do terapeuta são suplementadas pelas experiências de segurança ou novidade no cliente (Ribeiro, 2009, p. 179).

Com base nessa compreensão da colaboração terapêutica, pode-se afirmar que a qualidade aliança terapêutica depende do equilíbrio entre as ações do terapeuta e do cliente, as quais, de momento a momento, vão se situando entre os limites de zonas de mudança proximal (Ribeiro, 2009). Esta autora ainda enfatizou que uma colaboração desenvolvida apenas na margem de maior segurança, comunicando essencialmente compreensão, embora dê maior possibilidade de partilha de sistemas de comunicação, promoverá pouca mudança. Todavia, o terapeuta precisa ter cautela, pois embora a experiência de novidade tenha sido considerada necessária para se produzir mudança em psicoterapia (Gonçalves, Matos e Santos, 2009), uma tentativa de colaboração que predomine sobre a margem de maior incerteza, comunicando muito desafio, poderá criar grande desconforto e resistência a sistemas de significação não partilhados pelo terapeuta e pelo cliente (Ribeiro, 2009).

O outro aspecto fundamental da terapia narrativa de re-autoria, mencionado anteriormente, diz respeito ao processo de mudança terapêutica, que é centrado na emergência

e elaboração dos momentos de inovação, os quais, conforme se acredita, oportunizam a elaboração de histórias alternativas e, consequentemente, de novas narrativas, contrárias às narrativas problemáticas ou saturadas (White & Epston, 1990). Por isso, é fundamental que o terapeuta esteja sensível à ocorrência de relatos do cliente de histórias que não alimentam as narrativas saturadas pelo problema, pois eles abrirão caminho para construção de narrativas preferidas, conforme os valores e propósitos do cliente.

Morgan (2007) assinalou que os terapeutas, enquanto ouvem os relatos dos clientes, no contexto da terapia, poderão identificar eventos que se encaixam com a história problemática, que a influenciam e eventos que parecem contradizer ou ficar fora dessa história. Nesse processo, “à medida que o problema vai sendo externalizado, vão surgindo situações em que o cliente resistiu (ainda que parcialmente) a sua influência” (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 20). Esses momentos ou situações em que o cliente resistiu à influência do problema são considerados momentos excepcionais, nos quais o domínio do problema não prevaleceu, e, por essa razão, são denominados de resultados únicos (White & Epston, 1990).

Embora extremamente relevantes, os resultados únicos ou acontecimentos singulares (White, 2012) podem ser pouco frequentes em histórias mais saturadas pelo problema, e, neste caso, a identificação deles pelo terapeuta poderá ser difícil, levando-o muitas vezes a sentir que não há qualquer possibilidade de ajudar o cliente a enfrentar seu problema (Gonçalves & Henriques, 2002). Para estes autores, mesmo nessa condição existem situações em que, embora a resistência ativa não possa ser identificada explicitamente, ela pode ter ocorrido de forma coberta, na forma de pensamentos ou intenções. Esses momentos são a porta de acesso a novas narrativas, que sejam mais adaptativas e que estejam em congruência com a vontade do cliente.

Como ressaltado acima, a sensibilidade à ocorrência dos resultados únicos é essencial, pois é através deles que se iniciam as conversas de re-autoria, as quais “convidam as pessoas

a continuar a desenvolver e contar histórias sobre suas vidas, mas também as ajudam a incluir alguns dos eventos e experiências mais negligenciados, porém potencialmente significativos, que ‘estão em desvantagem’ em relação às histórias dominantes” (White, 2012, p. 75).

Entretanto, é importante destacar que:

A identificação de resultados únicos não pode ser confundida com a negação dos problemas ou com qualquer espécie de “pensamento positivo”. Não se trata de negar o poder do problema, mas de identificar momentos em que há exceções à narrativa-problemática. Estes momentos únicos só ganham poder se tiverem como objetivo re-historiar a identidade do cliente, o que apenas é possível se forem identificadas regularidades nestes acontecimentos - aspectos comuns aos diferentes resultados únicos (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 24).

Na situação terapêutica, à medida que os terapeutas identificam os resultados únicos, eles se interessam em explorá-los e, para além disso, traçar sua história e entender o que eles significam para o cliente, visto que são a abertura para o desenvolvimento de novas e diferentes histórias (Morgan, 2007). Essa exploração é fundamental para o desenvolvimento de narrativas mais adaptativas que sustentem a elaboração de uma história alternativa. Todavia, “é necessário ser cuidadoso na identificação dos resultados únicos, analisando primeiro o impacto do problema, dado que, ignorá-lo, enfatizando prematuramente momentos excepcionais, pode ser sentido como pouco empático pelo cliente” (Gonçalves & Henriques, 2002, p.24).

Santos (2008) destacou que tem sido preferível, no que se refere ao processo de construção de novas narrativas no contexto da terapia narrativa de re-autoria, o conceito de “Momentos de Inovação”, em detrimento de “Resultados Únicos”. Ela apresentou algumas justificativas que sustentam essa preferência: 1) não parece existir algo de “único” nos RUs, visto que a teoria descreve, e a prática clínica reitera, eles ocorrem frequentemente na

psicoterapia; 2) a noção de “resultado” se contradiz com o que é apresentado na literatura, uma vez que as ocorrências dos RUs são parte do processo de construção de uma narrativa nova. Diante dessas justificativas, os resultados únicos ou acontecimentos excepcionais foram designados por Gonçalves, Matos e Santos (2009) como momentos de inovação (MIs) e uma preliminar investigação empírica realizada por Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos e Santos (2011) permitiu a identificação de cinco tipos de MIs: de ação, de reflexão, de protesto, de reconceitualização e de desempenho da mudança.

Os MIs de ação correspondem a comportamentos específicos que desafiam a narrativa problemática, ou seja, a pessoa se comporta de forma não congruente com a narrativa problemática. Os MIs de reflexão envolvem processos cognitivos, os quais sinalizam a compreensão de algo novo que contesta a narrativa problemática. Os MIs de protesto correspondem a um desafio, oposição ou crítica ao problema, envolvendo algum tipo de confrontação ou recusa dos pressupostos da narrativa problemática. Os MIs de reconceitualização compreendem um processo meta-reflexivo, em que o cliente contrasta o passado (antes da mudança) com o presente e descreve o processo envolvido nessa transformação. Por fim, os MIs de desempenho da mudança ocorrem quando os clientes mencionam novos objetivos, experiências, projetos ou atividades em que aplicam novas competências adquiridas durante o processo de mudança (Gonçalves et al., 2011).

Na terapia, à medida que os momentos de inovação ocorrem na interação terapêutica, o terapeuta precisará equilibrar o manejo deles, analisando aquelas condições descritas por Ribeiro (2009). Ele precisará identificar a ZPD-T do cliente, pois esse precisa se sentir seguro para aceitar ser desafiado pelo terapeuta a explorar, conjuntamente, potenciais experiências de novidade. Assim, no processo terapêutico as experiências de segurança e novidade, que serão propostas pelo terapeuta, devem respeitar as características do cliente, ou seja, sua ZPD-T. O terapeuta, ao gerir a relação terapêutica atento à ocorrência dos MIs e manejando-os de acordo

com os limites da ZDPT do cliente, tornará essa relação um mecanismo de mudança em si mesmo.

A questão (07) versou sobre como os fatores comuns são considerados no modelo narrativo de re-autoria. Na resposta a essa questão foi identificada a ocorrência dos vocábulos “julgar” (n amostral= 04), “terapia” (n amostral= 04), “narrativa” (n amostral= 04), “psicoterapia” (n amostral= 04), “modelo” (n amostral= 10), “cliente” (n amostral= 17), “relação” (n amostral= 03) e “terapêutica” (09), que ao serem agrupados parecem expressar o posicionamento do entrevistado. Ele declarou: *“Julgo que não há uma posição ‘oficial’ da terapia narrativa sobre esta questão, mas eu inclino-me a ser um defensor dos factores comuns em psicoterapia”*. Ao se referir aos fatores comuns da mudança terapêutica ressaltou: *“Na verdade acho que o modelo proposto por Frank há muito tempo é uma boa explicação para o que acontece em psicoterapia e para o que é curativo: um setting terapêutico, um ‘mito’ sobre as dificuldades do cliente, uma relação terapêutica e um ‘ritual’ que facilite a mudança”* (Resposta 07).

Jerome Frank (1972, 1974), mencionado acima pelo entrevistado, conceituou os fatores comuns que, em sua perspectiva, estão presentes em todas as formas de terapia, sendo os quatro principais: 1) o estabelecimento de uma relação emocionalmente significativa entre cliente e terapeuta; 2) um contexto adequado, seguro e confidencial, no qual o cliente se sinta protegido ao revelar aspectos da sua vida pessoal e que, ao mesmo tempo, propicie credibilidade e prestígio ao terapeuta; 3) uma racional explicativa, cientificamente embasada ou não, que explique os sintomas do cliente; e 4) um ritual ou procedimento terapêutico em que participem cliente e terapeuta e que seja o meio para a melhora clínica do primeiro. Esses fatores foram evidenciados na sequência de um trabalho desenvolvido sobre os métodos de cura nas populações primitivas ou não ocidentais.

Conforme acentuou Frank (1974), os fatores supracitados facilitavam o combate à desmoralização, um conceito que incluiu sentimentos e atitudes como a desesperança, a culpa, a vergonha, a depressão, a desvalorização pessoal ou a alienação. A partir desses pressupostos um modelo teórico foi desenvolvido, no qual se defendia que os fatores comuns da terapia contribuíam para o combate à desmoralização através de múltiplos mecanismos: 1) reduzir o sentimento de alienação e fortalecer a relação terapêutica; 2) prover sentimentos de esperança e manter a expectativa de ajuda; 3) favorecer novas experiências de aprendizagem ao cliente, com alternativas diferentes de olhar sobre si mesmo e sobre seus problemas; 4) despertar emoções e demonstrar aos clientes que podem suportá-las, mesmo as mais intensas e as que mais temem; 5) fortalecer no cliente sentimentos de autocontrole e autodomínio, fornecendo uma racional explicativa para seus sintomas e soluções para que ele possa superá-los; 6) prover oportunidades para que o cliente pratique os novos comportamentos aprendidos na relação de ajuda.

Foi possível notar que o entrevistado é um defensor dos fatores comuns em psicoterapia e essa defesa se sustenta nas descobertas realizadas por Jerome Frank. Entretanto, a ocorrência dos vocábulos “cliente” (n amostral= 17), “externalização” (n amostral= 03), “mudança” (n amostral= 07) e “terapeuta” (n amostral= 13) nos trechos abaixo expressa a ressalva feita por ele a respeito do mito e do ritual, enquanto fatores comuns da mudança terapêutica: *“É claro que é preciso que o cliente adira ao mito e ao rito proposto. Por exemplo, a externalização pode ser muito potente na produção da mudança com alguns clientes, mas pode ser visto como um disparate para outros clientes”*. Ele elucida que a técnica deve ser contextualizada às características e demandas clínicas do cliente, pressuposto evidente em suas palavras quando afirma: *“Na verdade, qualquer “rito”, isto é, qualquer técnica pode ser alvo de aceitação ou de rejeição por parte do cliente. É aqui que entra o que*

*Bill Stiles designou por responsividade. Um bom terapeuta é responsivo às necessidades do cliente”* (Resposta 07).

Frente ao posicionamento do entrevistado sobre o uso da externalização com diferentes clientes, parece pertinente descrever um conjunto de situações nas quais esse recurso não é aconselhado (Gonçalves, 2008): 1) não faz sentido diante de um problema que não está fortemente internalizado ou quando a pessoa tem ideias claras sobre como gostaria que fosse sua vida; 2) não se deve externalizar ações abusivas, embora os efeitos do abuso na vida da pessoa possam ser externalizados; 3) não é aconselhável empregá-la com famílias nas quais a definição do problema não é consensual, a não ser que seja terapêutico externalizar o “desacordo”; e 4) pode não fazer sentido utilizá-la ou o seu impacto ser limitado se a pessoa não se sente preparada para agir sobre o problema, uma vez que o modo como a externalização se estrutura convida a pessoa para agir sobre o problema.

Uma última circunstância em que Gonçalves (2008) não aconselha o uso da externalização é quando existem claramente outros recursos de desconstrução que parecem ser mais adequados às características do caso. Para ele, a externalização pode ser sentida por algumas pessoas como simplificadora ou, pelo contrário, como excessivamente exigente. Neste último caso, pode ocorrer com pessoas extremamente fragilizadas e desorganizadas, condição que contribuiu para que a externalização seja vivenciada como algo demasiadamente difícil. Em situações como essa, aconselha Gonçalves (2008, p. 50), “é primeiro preciso gerir a angústia e o mal estar antes de o cliente ser capaz sequer de responder a questões (sejam elas de que natureza forem) ”.

Ao discorrer sobre a importância de o terapeuta estar sensível ao uso da externalização em certos contextos, como os descritos acima, o entrevistado também mencionou que é fundamental que esse profissional seja responsável às necessidades do cliente. Em linhas gerais, o conceito de responsividade, tal como proposto por Stiles, Honos-Webb e Surko

(1998), significa que o terapeuta ajusta suas intervenções às necessidades evidentes do cliente. Em conformidade com essa perspectiva, Sousa e Ribeiro (2009, p. 90) conceituam a responsividade terapêutica (RT) como “a competência e voluntariedade do terapeuta para adequar e implementar as suas intervenções em resposta às necessidades do cliente”.

De acordo com Stiles, Webb e Surko (1998), a influência recíproca entre necessidades do cliente e respostas do terapeuta é afetada pelo contexto que emerge na psicoterapia. Nessa direção, cabe acentuar que

Em psicoterapia, o cliente e o terapeuta envolvem-se num processo interativo de reciprocidade, pelo qual ambos desenvolvem comportamentos que são sistemática e bidireccionalmente responsivos. Nesta linda de pensamento, a RT ocorre momento a momento e implica numa relação dinâmica e condicional entre as necessidades do cliente, os comportamentos-resposta do terapeuta e as subsequentes reações do cliente (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 90).

Pode-se concluir, face ao exposto, que todo esse processo micro-interativo de responsabilidade está direcionado para os objetivos terapêuticos peculiares de cada diáde e ocorrem em condições relacionais singulares (Stiles, Webb & Surko, 1998). O conceito de RT proposto por Sousa e Ribeiro (2009) se sustenta num posicionalmente transteórico pois, segundo elas, “independente do problema que leva o cliente à psicoterapia ou da abordagem teórica do terapeuta, a RT desenvolve-se momento a momento no contexto terapêutico, situada na interação entre o cliente e o terapeuta” (p. 91). Nessa direção, constata-se que, a despeito da abordagem teórica ou do problema clínico,

O cliente experiencia diferentes necessidades e expressa-as de diferentes modos. O terapeuta providênciça intervenções momento a momento, mais ou menos adaptadas a essas necessidades do cliente, dependendo da sua capacidade para ajustar a sua

resposta às mesmas. A reação subsequente do cliente à resposta do terapeuta evidencia a qualidade desta última (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 91).

É marcante na RT a importância do processo recursivo, pelo qual as ações dos participantes na psicoterapia se afetam mutuamente e contribuem para a construção da relação entre os dois (Souza & Ribeiro, 2009). Para essas autoras, esse processo de influência e significação mútua, alimentado retroativamente do que cada participante percebe a partir das respostas do outro, é o que está na base da RT. Dessa maneira, para que o terapeuta seja responsável de forma terapeuticamente útil é preciso que ele “leve em consideração as particularidades do cliente, bem como as particularidades contextuais e relacionais da diáde, bem como os objetivos específicos do processo terapêutico” (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 92).

Nota-se, a partir dessa citação, aquilo que o entrevistado destacou anteriormente na Resposta 07, ou seja, que clientes diferentes reagirão de maneiras distintas em relação às estratégias de intervenção adotadas pelo terapeuta. Por essa razão é imprescindível que esse profissional seja responsável às necessidades de cada cliente, respeitando as particularidades supramencionadas. Fica evidente também, na explanação realizada sobre responsividade terapêutica, o quanto a relação terapêutica, como o entrevistado assinalou na Resposta (05), opera como um mecanismo de mudança em si mesmo na terapia narrativa de re-autoria. O terapeuta, fundamentado na importância da sua responsividade, deve gerenciar o manejo dos momentos de inovação que emergirem na situação terapêutica e organizar as experiências de segurança e novidade sempre respeitando a zona desenvolvimento proximal terapêutica do cliente.

Na questão sobre estilos de intervenção terapêutica o entrevistado foi situado sobre alguns dados de pesquisa, que têm sugerido que a diretividade do terapeuta é um determinante da resistência do cliente (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002; Bischoff & Tracey, 1995; Paterson & Forgatch, 1985). Nesse cenário ele foi questionado sobre o estilo adotado no modelo

narrativo de re-autoria, se era mais prescritivo ou reflexivo. Na resposta a essa questão identificou-se a ocorrência dos vocábulos “terapia” (n amostral= 04), “narrativa” (n amostral= 04), “recusar” (n amostral= 05), “julgar” (n amostral= 04), “curiosidade” (n amostral= 04) e “terapêutica” (n amostral= 09), que quando agrupados sinalizam a recusa do modelo narrativo de re-autoria de uma postura diretiva por parte do terapeuta, em favor de intervenções colaborativas, guiadas pela curiosidade terapêutica. Observa-se claramente essa interpretação quando o entrevistado acentuou: *“A terapia narrativa recusa de todo uma postura directiva e coloca-se claramente no polo reflexivo. Embora eu julgue que provavelmente a dimensão enfatizada não é tanto reflexiva, mas não directiva ou colaborativa. White diz que esta colaboração é guiada pela curiosidade terapêutica”* (Resposta, 08).

Como ressaltado em momentos anteriores dessa análise, terapeutas narrativos recusam uma postura didática, mais ou menos colaborativa, mais ou menos explícita, e colocam no centro do processo terapêutico a realidade do cliente e a importância de o terapeuta compreendê-la (Gonçalves, 2006). Essa compreensão, se realizada a partir da linguagem do próprio cliente, facilitará o uso dela pelo terapeuta na conversação terapêutica. Quando o autor se refere à curiosidade terapêutica, que guia a colaboração estabelecida pela diáde, ele se remete ao interesse genuíno e livre de interpretações prévias que o terapeuta deverá apresentar na conversação terapêutica. Considerando que a diretividade poderia ser fruto de interpretações prévias, o terapeuta a nega em favor da colaboração terapêutica defendida em uma perspectiva narrativa.

A curiosidade terapêutica se materializa em perguntas que abrem caminho para a compreensão do sistema de significação do cliente e das múltiplas vozes que operam sobre a construção de suas narrativas. O modelo narrativo de re-autoria, em contextos terapêuticos, tem condições de evocar perspectivas variáveis que podem ser construídas para tornar a experiência comprehensível. Além disso, “a prática habilidosa pode auxiliar as pessoas a ter

uma participação mais ampla e uma voz de autoria mais forte na construção das histórias de sua vida” (White, 2012, p. 90). Esse, em última instância, é o objetivo primordial da terapia narrativa de re-autoria, ou, seja, criar condições para que o cliente seja autor das histórias de sua vida.

Identifica-se que mais uma vez o entrevistado retoma o princípio da colaboração terapêutica, com o objetivo de evidenciar a grande consideração do seu modelo com a pessoa do cliente no contexto da terapia. Essa preocupação fica explícita quando ele destaca: “*se o terapeuta assumir que não sabe mais do cliente do que ele próprio e que precisa de compreender o quadro de referência do seu próprio ponto de vista, é levado a colocar questões que podem ser transformadoras. White dizia (e vou citar de memória), que não se trata somente de curiosidade, mas de uma curiosidade acerca de como as coisas poderiam ser diferentes na vida do cliente. Uma curiosidade transformativa em si mesma*

” (Resposta, 08). Na direção do que o entrevistado destaca nesse trecho, pode-se afirmar que

Os terapeutas narrativos privilegiam as vozes das pessoas que os consultam na atribuição de significado aos fatos escolhidos de sua vida, em sua interpretação dos elos entre esses fatos e os temas valorizados de sua vida, na sua dedução sobre o que isso reflete em termos do que é importante para elas e em suas conclusões sobre o que isso sugere sobre sua própria identidade e a identidade de outras pessoas (White, 2012, p. 97).

Por fim, quando foi questionada a opinião do entrevistado sobre a relação entre diretividade do terapeuta e maior resistência do cliente, ele frisou: “*Para os terapeutas narrativos a directividade terapêutica é uma violência epistemológica!*” (Resposta, 09). Conforme se tem apontado, de acordo com White (2002), a relação terapêutica no modelo narrativo de re-autoria parte de uma concepção recíproca do processo terapêutico, contrariando perspectivas tradicionais da psicoterapia, que adotam uma concepção

unidirecional. Para ele uma concepção unidirecional do processo terapêutico e, por conseguinte, da relação terapêutica, “reproduz significativamente o dualismo sujeito/objeto que está tão generalizado na estruturação das relações de poder na cultura ocidental contemporânea” (p. 164).

Portanto, o modelo narrativo de re-autoria abre mão de qualquer diretividade por parte do terapeuta em favor da colaboração terapeuta-cliente, que impede que o processo terapêutico seja conduzido sob uma perspectiva unidirecional. Para White (2002) criar uma hierarquia de poder na relação terapêutica, colocando de um lado o terapeuta, com seus saberes de especialista e de outro o cliente, com seus “déficits”, implica em reforçar as narrativas problemáticas que o levou a procurar ajuda. Segundo ele, a concepção recíproca do processo terapêutico solapa a rigidez que tem a relação de poder dentro do contexto terapêutico e diminui a possibilidade de que esta relação de poder se aproxime de uma dominação.

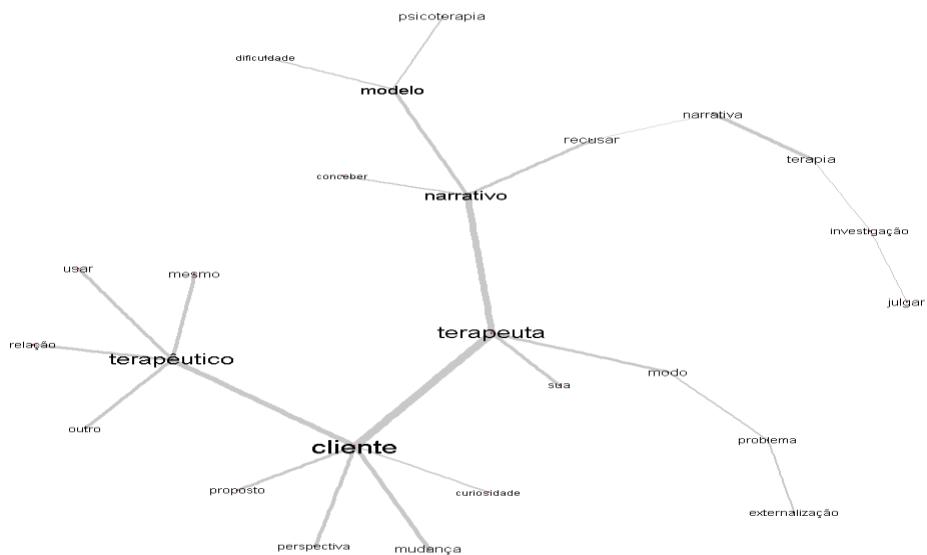
Com base nessas características da relação terapêutica, que ganham forma a partir de uma concepção recíproca do processo terapêutico, é possível compreender a exclamação do entrevistado, quando destacou que a diretividade é uma violência epistemológica. Em diferentes momentos das reflexões construídas ao longo dessa análise ficou evidente a prioridade que tem a voz do cliente nas conversações terapêuticas, as quais, segundo White (2012), não podem ser encomendadas ou direcionadas. Caso as conversações terapêuticas sejam encomendadas a voz do cliente poderá ser silenciada em favor de interpretações prévias do terapeuta, indo na contramão dos pressupostos da terapia narrativa de re-autoria apresentados até o momento e, em última instância, se configuraria na violência epistemológica mencionada pelo entrevistado.

O terapeuta, se assumisse o direcionamento do processo terapêutico, aceitaria o lugar de especialista historicamente construído e, por essa razão, ele recusa qualquer diretividade na

relação terapêutica e defende a igualdade epistemológica com o cliente. Como destacou Omer (1996), a relação colaborativa é essencial para que a construção de narrativas mais adaptativas se torne possível e uma maneira de maximizá-la é compartilhando o poder da situação terapêutica com o cliente. A maior horizontalidade dessa relação implica em maior possibilidade de mudanças terapêuticas para o cliente.

A seguir será apresentada a análise de similitude das respostas do participante na entrevista. É possível notar a força das associações entre os vocábulos mais utilizados pelo entrevistado, ou seja, os “nós” das redes semânticas identificados na entrevista, que permitiu estabelecer o “mapa mental” dele sobre a relação terapêutica. Com o objetivo de tornar mais claro esse “mapa mental”, optou-se por sublinhar as palavras que se conectaram na Figura 05 e que foram mencionadas na reflexão que construída com base na análise de similitude.

O modelo narrativo depende fundamentalmente da relação estabelecida entre terapeuta e cliente para produzir mudança terapêutica (Omer, 1996). A concepção recíproca da relação terapêutica proposta por White (2002), intrínseca à ideia da colaboração terapêutica, dever ser o parâmetro para se organizar o espaço terapêutico, favorecendo a co-construção da mudança terapêutica. Essa é uma condição imprescindível para que haja uma maior horizontalidade na relação construída entre cliente e terapeuta (Gonçalves, 2003).

**FIGURA 5**

Análise de similitude das respostas na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria

Nesse modelo o cliente é concebido como um especialista em sua própria vida e é essencial que a perspectiva dele sobre os problemas que o levou a procurar ajuda e sobre seus objetivos na terapia seja priorizada (Morgan, 2007). A externalização é um modo proposto pela terapia narrativa de re-autoria de conduzir as conversações terapêuticas, com o objetivo de separar a pessoa do problema (Gonçalves, 2008; White, 2012). Diferentemente de outras perspectivas tradicionais em psicoterapia, que veem o problema como estando “dentro” do cliente, internalizando e fundindo com ele, a terapia narrativa de re-autoria procura situar o problema fora das pessoas, colocando-o num espaço discursivo no qual ele possa ser desafiado (Gonçalves & Henriques, 2002).

O terapeuta, guiado por sua curiosidade terapêutica (Anderson & Gooslishian, 1992), conduz a interação com o cliente buscando brechas para a construção de narrativas alternativas que suplantem as narrativas saturadas pelo problema. Nesse processo ele precisa estar sensível à ocorrência dos MIs (Gonçalves, et al., 2011) que, uma vez identificados,

devem ser manejados respeitando a zona de desenvolvimento proximal terapêutica do cliente. Dessa maneira, a responsividade terapêutica deve ser o objetivo central do terapeuta ao favorecer as experiências de segurança e de novidade no contexto terapêutico (Ribeiro, 2009).

O modelo narrativo de re-autoria se recusa a definir os problemas do cliente em termos psicopatológicos, preferindo tratá-los como dificuldades psicológicas (Gonçalves, 2008). Nesse modelo o conhecimento é considerado uma construção social e, por essa razão, a terapia nele orientada não tem como objetivo descobrir a verdade sobre o cliente, corrigir seus mecanismos disfuncionais ou proporcionar-lhe a aprendizagem de competências deficitárias (Gonçalves, 2006). Na contramão de uma perspectiva orientada na psicopatologia, terapeutas narrativos de re-autoria pensam as dificuldades do cliente em termos de problemas e de como construir histórias alternativas que permitam superá-los.

Na nuvem de palavras (Figura 6), o efeito visual demonstra claramente as palavras-chave da entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria, que são: “cliente” (n amostral= 17), “terapeuta” (n amostral= 13) “modelo” (n amostral= 10), “terapêutico” (n amostral= 9), “narrativo” (n amostral= 8) e “mudança” (n amostral= 7).



**FIGURA 6**

Nuvem de palavras das respostas na entrevista com o expoente da terapia narrativa de re-autoria

Pode-se concluir que no modelo narrativo de re-autoria a diáde trabalha de forma colaborativa na produção da mudança terapêutica do cliente. Todavia, a perspectiva do cliente deve ser priorizada no processo de produção de sentidos de sua vida e na definição de seus objetivos terapêuticos (White, 2012). Nesse contexto, a curiosidade terapêutica deve guiar o terapeuta na busca por narrativas alternativas que não reforcem as narrativas saturadas pelo problema. A linguagem externalizadora deverá sempre nortear o processo terapêutico, sendo um modo de investigação que permite separar o cliente do problema (Gonçalves, 2008). A mudança narrativa não se processa mediante a identificação e intervenção sobre “mecanismos disfuncionais” do cliente, pelo contrário, ela só pode ocorrer por meio da construção de narrativas alternativas que desafiem rótulos diagnósticos, os quais, repetidas vezes, operam como redutores da subjetividade do cliente (Gonçalves, 2006).

#### **4.4 Há aberturas nas terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria para um diálogo integrativo?**

O primeiro passo para analisar a viabilidade do diálogo integrativo entre as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria é encontrar aberturas nesses sistemas terapêuticos que o legitimem. Nessa direção, acredita-se que é possível identificar se há nas terapias supracitadas, e naqueles que a seguem, disposição para um diálogo reflexivo com outras abordagens psicoterápicas pautado nas variáveis do processo terapêutico e, no caso mais específico deste estudo, sobre a relação terapêutica. É possível que sejam encontrados princípios, posturas e perspectivas nas terapias sob análise que advoguem favoravelmente em relação ao diálogo integrativo. Todavia, o grande desafio de um projeto dessa natureza é o esmaecimento de preconceitos que, repetidas vezes, tornam as psicoterapias deificadas (Safran, 2002).

É pertinente salientar que a repetição de algumas referências ao logo da análise apresentada a seguir, como por exemplo, Santos, Lopes e Banaco (2014), Beck e Alford (2000) e Gonçalves e Gonçalves (2001), pode ser justificada. Quanto à referência Santos, Lopes e Banaco (2014), ela compreende uma análise previamente realizada pelo autor desta pesquisa que, com a colaboração da orientadora e do co-orientador desta dissertação, publicou um trabalho intitulado “Integração da psicoterapia e terapia analítico-comportamental: um intercâmbio possível?”. Este trabalho contém reflexões que correspondem diretamente com o que se pretende abordar neste tópico, ou seja, fundamentos do modelo analítico-comportamental para possíveis diálogos integrativos com outras psicoterapias. Por essa razão, ele foi frequentemente utilizado como referência.

Em relação à referência Beck e Alford (2000), a repetição dela pode ser explicada pelo seu grande valor para a análise proposta neste tópico. Ela diz respeito a um livro clássico da literatura sobre terapia cognitivo-comportamental e integração da psicoterapia, no qual os

referidos autores analisaram a poder integrativo desse modelo terapêutico e suas possibilidades para resolver os problemas enfrentados pelo movimento de integração da psicoterapia. Dessa maneira, é um material rico para ser utilizado na exploração de fundamentos do modelo cognitivo-comportamental para o diálogo integrativo com outros sistemas terapêuticos.

Por outro lado, a referência Gonçalves e Gonçalves (2001) comprehende uma obra intitulada “Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança”, na qual o primeiro capítulo, denominado “A psicoterapia como construção conversacional”, oferece uma descrição dos pressupostos teóricos e conceituais nos quais o modelo narrativo de re-autoria está fundamentado. Frente à importância desses pressupostos na construção de uma análise sobre a possibilidade desse modelo estar aberto para o diálogo com outros sistemas terapêuticos, as reflexões construídas por Gonçalves e Gonçalves (2001) foram priorizadas.

A busca inicia-se pela terapia analítico-comportamental, uma modalidade de psicoterapia que é sustentada no conhecimento produzido pela Análise do Comportamento, ciência orientada no Behaviorismo Radical (Meyer et al., 2010). Santos, Ferrarez e Banaco (2014) analisaram a possibilidade de terapeutas analítico-comportamentais utilizarem formas de integração como o ecletismo técnico, a integração teórica e a abordagem dos fatores comuns não apenas para otimizarem suas intervenções terapêuticas, mas até mesmo para rever sua agenda de pesquisa sobre variáveis importantes da mudança terapêutica. Nesse trabalho os autores sugeriram que essas formas de integração da psicoterapia poderiam ser analisadas sob o prisma do pragmatismo e submetidas a uma análise funcional.

Acrescenta-se que a integração assimilativa (Messer, 1992), outra forma de integração da psicoterapia, também pode ser analisada sob a ótica do pragmatismo e submetida à análise funcional. Todavia, embora as integrações teórica e assimilativa foquem na integração via

conceitos e perspectivas de diferentes psicoterapias, elas apresentam peculiaridades. Enquanto a primeira envolve a fusão de diferentes teorias para construção de uma nova estrutura teórica, buscando produzir um arcabouço teórico mais superior e abrangente (Safran, 2002), a segunda comprehende a tradução de conceitos, estratégias e perspectivas de uma teoria para outra e requer o embasamento firme em um sistema de psicoterapia, sem diminuir a disposição para incorporar ou assimilar perspectivas ou práticas de outros sistemas terapêuticos (Messer, 1992).

Santos, Lopes e Banaco (2014), amparados em Baum (2006), destacaram que no Behaviorismo Radical o conceito de verdade é pragmático, que equipara aproximadamente verdade de poder explicativo, ou seja, uma ideia é mais verdadeira que outra se nos permitir explicar e compreender mais de nossa experiência. Eles ainda descreveram alguns trechos da obra de Skinner (1953/2007), fundador do Behaviorismo Radical que sustenta Análise do Comportamento, que ilustram a postura pragmática deste autor: “a ciência é uma disposição de aceitar os fatos mesmo quando eles são opostos ao desejo” (p. 13); “os dados, não os cientistas falam mais alto” (p. 13). Nessa mesma obra Skinner concluiu que “o sistema científico, como a lei, tem por finalidade capacitar-nos a manejar um assunto de modo eficiente” (p. 15). Assim, acredita-se que

O pragmatismo, enquanto perspectiva filosófica na qual se orienta a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), parece sinalizar uma abertura que permite seu intercâmbio com outras abordagens terapêuticas, via abordagens formais de integração da psicoterapia. Imaginemos que outras psicoterapias sustentem explicações sobre contingências da interação terapêutica que tornem seu manejo mais eficiente. Neste caso, numa postura pragmática, o terapeuta analítico-comportamental poderia analisar tais explicações e avaliar a pertinência de rever sua agenda de pesquisa sobre mecanismos de mudança da terapia, bem como suas estratégias de intervenção

terapêutica. Em caso positivo, um enriquecimento da TAC seria possível (Santos, Lopes & Banaco, 2014, p. 3).

Skinner (1953/2007) definiu análise funcional como a identificação das variáveis das quais o comportamento é função e, conforme se acredita, essa ferramenta analítica subsidiaria o terapeuta na identificação do tipo de interlocução possível entre a TAC e outras psicoterapias (Santos, Lopes & Banaco, 2014). Diante disso, pode-se questionar sobre qual seria o critério para considerar esse intercâmbio integrativo desejável e, em resposta a essa indagação, afirma-se que certamente o critério será pragmático e deverá responder a seguinte pergunta: “quanto desta técnica, deste conceito, ou dos fatores comuns descritos por outras psicoterapias contribui para elaboração de uma análise funcional mais eficiente, que assegure um melhor trato com o fenômeno sob análise ou uma intervenção mais efetiva? ” (Santos, Lopes & Banaco, 2014, p. 3).

O ecletismo técnico sustenta que é possível usar técnicas de diferentes escolas de psicoterapia e permanecer teoricamente coerente (Dryden, 1987, citado por Lazarus, 1998). Dado este contexto, pressupõe-se que o terapeuta, sem abandonar sua estrutura teórica, pode fazer uma análise funcional das técnicas de diferentes tradições terapêuticas e verificar sua utilidade na terapia que conduz: “se a técnica da cadeira vazia, proveniente da Gestalt Terapia, pode favorecer a ocorrência e intervenção sobre comportamentos que tenham relevância clínica, sob o prisma analítico-comportamental, qual a razão para não empregá-la?” (Santos, Lopes |& Banaco, 2014, p. 4).

Com base na definição de integração de assimilação defende-se que Skinner (1974/2006) pode ter esboçado uma análise integrativa quando traduziu os dinamismos freudianos, ou mecanismos de defesa, em termos de relações de contingência entre eventos ambientais e comportamentais. Na ocasião Skinner afirmou que “definições alternativas

podem ser deduzidas das contingências responsáveis pelo comportamento do qual se referem os dinamismos” (p. 134). Frente a essa constatação, pode-se questionar

Se essa análise proporcionou a identificação de contingências relevantes para compreensão daqueles comportamentos aos quais se referiam os mecanismos de defesa, qual o motivo de não estendermos essa possível interlocução com outros sistemas psicoterápicos, de modo que estejamos sensíveis a contingências da interação terapêutica que talvez tenhamos negligenciado em nossa análise dos complexos comportamentos envolvidos nesta interação? (Santos, Ferrarez & Banaco, 2014, p. 4).

No que diz respeito à abordagem dos fatores comuns, nota-se que o foco dado pela Psicoterapia Analítica Funcional, alicerçada no Behaviorismo Radical, à relação terapêutica converge com as tendências vigentes no campo da psicoterapia (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). A qualidade dessa relação tem sido associada ao sucesso do tratamento em diferentes abordagens terapêuticas, sendo considerada um fator comum entre elas (Horvath, 2005). Assim, indaga-se,

Se já é consenso na literatura de diferentes psicoterapias que a relação terapêutica é uma variável comum, que promove a mudança clínica do cliente, não teríamos importantes justificativas para nos mantermos abertos ao intercâmbio com outras abordagens psicoterápicas? Não deveríamos estar atentos às pesquisas que têm sido realizadas, e até mesmo realizar parcerias em estudos, buscando identificar outros possíveis fatores comuns que estejam associados à mudança clínica? (Santos, Lopes & Banaco, 2014, p. 4).

Frente aos argumentos apresentados acima, acredita-se que há abertura na terapia analítico-comportamental para o diálogo integrativo com outros sistemas terapêuticos, especialmente porque a Análise do Comportamento, ciência que a sustenta, está vinculada ao pragmatismo. Essa corrente filosófica, como já enfatizado anteriormente, pressupõe que é o

poder explicativo de uma ideia que a torna mais verdadeira que outra. Embasando-se em Skinner (1953/2007), supõe-se que terapeutas analítico-comportamentais precisam ter disposição para aceitar as evidências de pesquisas provenientes de outras psicoterapias, mesmo quando elas são opostas aos seus desejos, pois são os dados e não os cientistas que devem falar mais alto em uma análise científica. Caminhar nessa direção é fazer valer uma das máximas de Skinner (1948/1972, p. 2), que é: “Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente”.

Quanto à terapia cognitivo-comportamental e suas possíveis aberturas para o diálogo integrativo com outras psicoterapias, cabe mencionar que o próprio Aaron Beck, juntamente com Brad Alford, advogou em favor da integração da psicoterapia. Esse posicionamento ficou explícito no livro intitulado “O poder integrador da terapia cognitiva” (Beck & Alford, 2000), que foi originalmente publicada em 1997. Nessa obra, em um capítulo que recebeu o título “Terapia Cognitiva e a Integração da Psicoterapia”, os autores supracitados revisaram detalhadamente as formas nas quais a Terapia Cognitiva é “integrativa” ou “unificada” como abordagem terapêutica psicológica e analisaram várias questões e controvérsias importantes dentro no movimento contemporâneo de integração da psicoterapia.

Embora Beck e Alford (2000) tenham demonstrado interesse em se inserir no debate sobre a integração da psicoterapia, defendendo a Terapia Cognitiva como uma terapia integrativa, tal inserção não foi realizada sem críticas contundentes às abordagens formais de integração – ecletismo técnico, integração teórica e abordagem dos fatores comuns (Arkowitz, 1991). Eles apresentaram uma análise crítica da ideologia contemporânea da integração da psicoterapia como um movimento dentro do campo da psicoterapia. Nessa análise debateram problemas básicos que, na perspectiva deles, estão inter-relacionados no objetivo de desenvolver novas terapias integrativas pela combinação de elementos de terapias de “forma pura”.

Os vários problemas debatidos por Beck & Alford (2000) foram: 1) a falta de critérios científicos (teoria testável, validade empírica) para integração da psicoterapia; 2) ausência de definição, especificidade e integralidade teórica, especialmente difícil no caso dos fatores comuns; 3) a fragilidade do apoio em levantamentos para entender práticas integrativas; 4) confusão entre significados formal e pessoal (ideográfico) de “integração da psicoterapia”; 5) a natureza inherentemente política da integração da psicoterapia; 6) falha em apreciar as virtudes de debates eruditos; 7) falhas em investir em teorias científicas; e 8) ambiguidades teóricas com relação à abordagem de fatores comuns. De acordo com Beck e Alford (2000) esses problemas podem ser contornados pela Terapia Cognitiva, que oferece uma linguagem comum para a prática clínica e uma abordagem tecnicamente eclética tornada coerente pela teoria cognitiva.

A teoria integrativa tem como importante função fornecer uma linguagem comum que viabilize o diálogo entre diferentes abordagens psicoterapêuticas (Alford & Norcross, 1991) e a ausência dela tem sido classificada como um dos mais severos impedimentos à integração da psicoterapia (Norcross & Thomas, 1988). Frente a esse cenário, Alford e Beck (2000, p. 84) argumentaram que “os constructos da Terapia Cognitiva parecem compatíveis com perspectivas aparentemente divergentes, e podem portanto, auxiliar aqueles que estão interessados em integrar os vários sistemas da psicoterapia”. Eles assinalaram ainda, a partir de reflexões sobre essa questão desenvolvidas por Goldfried e Newman (1986), que conceitos cognitivos, tais como “esquemas”, “roteiros” e “metacognição” apresentam potencialidade para cobrir fenômenos terapêuticos observados por clínicos de diferentes orientações psicoterápicas.

É possível afirmar que a natureza tecnicamente eclética da Terapia Cognitiva é uma de suas características inconfundíveis (Alford & Norcross, 1991; Beck, 1991). Beck e Alford (2000) acentuaram que é de conhecimento daqueles que estão familiarizados com os

fundamentos da terapia cognitivo-comportamental que ela rotineiramente combina técnicas de diversas psicoterapias. Enfatizaram, também, que embora a maioria das técnicas específicas usadas pela abordagem tenham sido divididas em “comportamentais” e “cognitivas”, as técnicas são selecionadas de outras perspectivas psicoterápicas. Assim, na terapia cognitivo-comportamental, “qualquer técnica clínica que seja considerada útil para facilitar a investigação empírica de interpretações e conclusões mal adaptativas de pacientes pode ser incorporada à prática clínica da terapia cognitiva” (Beck & Alford, 2000, p. 84).

O ecletismo técnico empregado por terapeutas cognitivo-comportamentais não implica na utilização de procedimentos provenientes de outras psicoterapias isoladamente, a seleção de técnicas ocorre sempre vinculada a uma estratégia global consistente com os axiomas da teoria cognitiva. Do ponto de vista cognitivo, técnicas que apresentam topografias semelhantes são funcionalmente equivalentes entre diferentes terapeutas somente quando estes compartilham de orientações comuns para seu uso (Alford & Norcross, 1991). Essa parcimônia é importante, pois o contexto muda o significado de qualquer técnica (Lazarus & Messer, 1991). Como discutiu Schacht (1984, p. 121), “um determinado elemento adquire importância apenas dentro de uma estrutura de significados e de um sistema de relações funcionais”. Dessa forma, embora a terapia cognitivo-comportamental seja altamente eclética, ela não é teoricamente neutra (Beck & Alford, 2000).

Se por um lado existe a aceitação do ecletismo técnico pela Terapia Cognitivo-comportamental, nos moldes descritos anteriormente, por outro a integração teórica (Beck, 1991) e a abordagem dos fatores comuns (Beck & Alford, 2000) são alvos de críticas desse modelo de psicoterapia. No que diz respeito à integração teórica Beck (1991) acentuou que, afora as contribuições pioneiras de Albert Ellis, a terapia cognitivo-comportamental se beneficiou minimamente das teorias de outros sistemas contemporâneos de psicoterapia. Declarou, também sobre a integração teórica com outras psicoterapias, que o conhecimento de

ciências básicas, como a psicologia cognitiva e social, provavelmente será muito mais influente na teoria cognitiva clínica, sendo a ela integrado, que os conhecimentos provenientes de outros sistemas psicoterápicos.

Dessa maneira, conclui-se que, sob a ótica do modelo cognitivo-comportamental, O progresso teórico na terapia cognitiva virá não da fusão com outras teorias, mas das investigações clínicas e experimentais de hipóteses derivadas dos axiomas formais da terapia cognitiva. Quando uma hipótese particular não se sustenta, a base teórica da hipótese será consequentemente modificada. Por outro lado, uma vez que grande parte da teoria cognitiva é consistente com as disciplinas psicológicas básicas, a ulterior evolução da teoria cognitiva clínica provavelmente virá da pesquisa experimental de psicopatologia e da pesquisa psicológica básica. A experimentação na psicologia cognitiva ou social fornece testes dos conceitos básicos de terapia cognitiva (Beck & Alford, 2000, p. 102).

Quanto à questão de se teorias atuais podem aumentar o poder dos axiomas da teoria cognitiva, Beck e Alford (2000) destacaram que a maior parte das teorias de psicopatologia e psicoterapia pouco podem acrescentar ao poder explanatório da teoria cognitiva. Apesar disso, eles garantem que há estratégias para assegurar que a teoria da terapia cognitivo-comportamental não se torne um sistema fechado como a psicanálise clássica, dentre as quais apontam o envolvimento de pesquisadores em estudos sistemáticos para testar os modelos conceituais da terapia cognitivo-comportamental. Para eles, na medida em que princípios empiricamente validados são identificados em outros sistemas de psicoterapia, muitos deles já foram incorporados dentro de formulações cognitivas, o que justificaria a pouca contribuição de outros modelos psicoterapêuticos para a teoria cognitiva.

A abordagem dos fatores comuns também foi alvo das críticas de Alford e Beck (2000), quando discutiram os vários problemas enfrentados pelas abordagens formais de

integração da psicoterapia. Segundo eles, nessa forma de integração há uma ausência de definição, especificidade e integralidade teórica e sustentam essa crítica discutindo a relação terapêutica, considerada o grande fator de consenso por aqueles que acreditam na abordagem dos fatores comuns (Grencavage & Norcross, 1990). Beck e Alford (2000) argumentaram que a noção de relação terapêutica como o veículo para a mudança é tipicamente apresentada de uma forma não específica e declararam que “na ausência de um contexto teórico, a relação terapêutica como um fator de consenso se torna mal definida, inespecífica e ininteligível” (p. 76). Para eles, “resumindo, ela se torna (bastante literalmente) um conceito sem sentido” (p. 76), o que não ocorre dentro dos principais sistemas bem definidos de psicoterapia, que conceituam a relação terapêutica a partir de uma teoria global do processo terapêutico.

Embora no modelo cognitivo-comportamental exista abertura para o diálogo integrativo com outros sistemas de psicoterapia, o ecletismo técnico é a forma mais consistentemente apresentada como mediadora desse diálogo. Nessa direção, Beck (1991) acentuou que os outros sistemas de psicoterapia podem servir como fontes de técnicas e procedimentos terapêuticos, desde que eles sejam congruentes com a terapia cognitivo-comportamental. Além disso, ele destacou que a escolha das técnicas sempre deverá se basear em uma conceitualização de caso abrangente, fundamentada na teoria cognitiva, e contemplar as características do cliente. Em síntese, há aceitação do ecletismo técnico porque a terapia cognitivo-comportamental é altamente eclética, todavia, as críticas à abordagem dos fatores comuns e à integração teórica existem porque esse modelo psicoterápico não é teoricamente neutro (Alford & Beck, 2000).

Passa-se a seguir à análise da terapia narrativa de re-autoria, na tentativa de identificar nela aberturas para um diálogo integrativo com outras psicoterapias. De acordo com Gonçalves e Gonçalves (2001) o modelo narrativo de re-autoria está fundamentado em pressupostos do construcionismo social, uma corrente de pensamento que define a

psicoterapia como conversação e destaca que a mudança ocorre mediante as modificações nas narrativas dos clientes. Cabe ressaltar que não é tarefa fácil caracterizar o construcionismo, frente a diversidade em que esse movimento tem se traduzido e, além disso, porque há nele uma recusa de posições únicas ou privilegiadas de acesso ao real, o que torna inviável a construção de frases como “o construcionismo na *realidade* caracteriza-se por...” (Gonçalves & Gonçalves, 2001, p. 9).

A despeito do desafio que é definir o construcionismo social, há certo consenso entre diversos teóricos desse movimento sobre alguns de seus pressupostos que precisam ser enfatizados, sendo três deles centrais para a prática clínica: o poder constitutivo da linguagem, a construção relacional do significado e o posicionamento histórico-cultural de qualquer descrição ou teorização (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Serão explorados cada um desses pressupostos, pois acredita-se que eles poderão sinalizar aberturas do modelo narrativo de re-autoria para o diálogo integrativo com outras psicoterapias.

O debate sobre o poder constitutivo da linguagem é realizado no construcionismo sob influência das ideias de Michel Foucault, que impactou a análise do acesso à realidade. Pode-se defender que, “de um ponto de vista construcionista, o acesso neutro à realidade não existe e qualquer versão da realidade cria um conjunto de potencialidades, mas também de constrangimentos, tornando versões alternativas menos plausíveis” (Gonçalves & Gonçalves, 2001, p. 14). Disso não implica afirmar que a realidade não existe, mas que, quando se tenta torná-la inteligível, não se pode fazê-lo fora da linguagem. Por essa razão, as descrições no construcionismo social são muito menos um mapa da realidade e muito mais uma espécie de guia turístico, que constrange aquilo que nos é dado a conhecer. Nesse cenário consta-se que

Uma primeira contribuição do construcionismo para a psicoterapia é, assim, a atenção dos terapeutas à forma como as teorias dos clínicos e as construções dos clientes, enquanto perspectivas, constituem e constrangem o que se pode observar, aquilo que é

considerado pertinente. Por outro lado, o construcionismo sensibiliza-nos para a ideia de que mudar de linguagem pode ser uma forma de (começar a) mudar o nosso mundo. (Gonçalves & Gonçalves, 2001, p. 15)

O pressuposto sobre a construção relacional do significado parte da premissa de que o conhecimento não é fruto de um acesso privilegiado ao real, mas é construído a partir de certos arranjos sociais que especificam algumas formas de significado como viáveis (Gonçalves & Gonçalves, 2001). A ideia de que o significado decorre de articulações relacionais específicas que constituem o mundo de uma dada forma é central no construcionismo social e vale tanto para a construção de conhecimento científico como para a construção do conhecimento quotidiano. Assim, de acordo com Gonçalves e Gonçalves (2001, p. 15), assumir as ideias apresentadas nas linhas acima implica em perceber que “para as construções que potenciamos na psicoterapia serem viáveis, estas terão que responder a posições de algum modo validadas socialmente”.

Por outro lado, argumentaram Gonçalves e Gonçalves (2001), a psicoterapia, sob o prisma da construção relacional do significado, não é uma forma de descobrir a verdade, mas um modo de reorganizar as “vozes” presentes no espaço social do cliente. Nessa perspectiva, a psicoterapia também pode ser entendida como um contexto no qual novas vozes poderão ser convidadas para o diálogo, oportunizando ao cliente construir uma versão de si (e da realidade) mais condizente com os seus objetivos. No contexto terapêutico o grande objetivo não é avaliar se uma posição assumida é “verdadeira”, mas sim identificar que novas construções e explorações ela permite e de que maneira o terapeuta poderá expandi-la, abrindo possibilidades para que o cliente construa significados mais libertadores (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

O terceiro pressuposto central do construcionismo social se refere ao posicionamento histórico-cultural presente em qualquer descrição ou teorização. Com base nessa premissa,

pode-se constatar que outra contribuição dessa corrente de pensamento para a psicoterapia é a ênfase na importância da atenção aos contextos culturais, segundo a qual as teorias de que dispomos são, antes de mais nada, construções históricas com potencialidades e limitações específicas (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Estes autores, amparados em uma metáfora apresentada por Danziger (1997), acentuaram que não se está sensível à cultura subjacente às teorias psicológicas da psicologia (e das ciências sociais) do mesmo modo que os peixes não têm consciência da água que os envolve. Diante dessa constatação, é preciso parcimônia em relação a posições universalistas, uma vez que elas implicam numa forma de colonialismo epistemológico (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

Acredita-se que os três pressupostos do construcionismo social apresentados, que diretamente são incorporados ao modelo narrativo de re-autoria, sinalizam aberturas para o diálogo integrativo desse modelo com outros sistemas de psicoterapia. Terapeutas narrativos de re-autoria recusam posições únicas ou privilegiadas de acesso ao real e, dessa maneira, não acreditam ter um mapa da realidade, mas sim uma espécie de guia turístico. Este guia parece estar aberto para possíveis reformulações, visto que no construcionismo social o conhecimento não é fruto de um acesso privilegiado ao real, mas sim construído a partir de certas configurações sociais que prescrevem algumas formas de significado como mais úteis. Nessa direção, o terapeuta narrativo de re-autoria tem o papel de reorganizar as “vozes” presentes no espaço social do cliente, convidando outras vozes para um diálogo que amplie as possibilidades de o cliente construir uma versão de si mesmo mais condizente com seus objetivos.

Defende-se que o terapeuta, amparado no modelo narrativo de re-autoria, deve também se permitir entrar em contato com outras “vozes” provenientes do campo da psicoterapia, que é constituído de múltiplas vozes (Rigazio-DiGilio, Gonçalves & Ivey, 1996). O diálogo construído a partir das “vozes” de outros sistemas psicoterapêuticos poderá

não apenas oportunizar a construção de “guias” mais úteis para conduzir a jornada terapêutica orientadas no modelo narrativo de re-autoria, mas inclusive permitir a elaboração de uma análise sensível sobre os próprios objetivos dessa jornada. A sugestão feita incialmente parece justificada, uma vez que o construcionismo social não tem a pretensão de se transformar em uma nova ortodoxia, dado que esta mudança constituiria a perda do seu potencial criativo e a assunção de um posicionamento universalista que, como argumentou-se anteriormente, pode conduzir a uma espécie de colonialismo epistemológico (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

De acordo com Gergen (1999), a defesa das premissas do construcionismo social não implica em aniquilar as perspectivas tradicionais, mas sim considerá-las como uma perspectiva entre outras, o que sinaliza uma postura aberta para o diálogo sobre a integração da psicoterapia. Todavia, como tem-se destacado, tal consideração precisa ser feita com cautela e deve partir do entendimento de que nem o construcionismo social nem outras correntes de pensamento têm um acesso privilegiado ao real. Se terapeutas e pesquisadores aceitarem que o conhecimento é uma construção moldada pelo poder da linguagem e que a construção do significado é relacional e dependente de um contexto histórico-cultural (Gonçalves & Gonçalves, 2001), certamente estarão mais abertos ao diálogo integrativo.

É possível concluir que o construcionismo social é um convite ao diálogo entre diferentes vozes e não ao seu silenciamento, de modo que “a verdade deixa de ser um critério de poder e passa a valorizar-se a capacidade de articular múltiplas perspectivas” (Gonçalves & Gonçalves, 2001, p. 20). Há uma diversidade de perspectivas presentes no mundo contemporâneo, inclusive no campo da psicoterapia (Rigazio-DiGilio, Gonçalves & Ivey, 1996), e o construcionismo social parece apresentar uma capacidade para lidar com essa multiplicidade que contém em si mesma um importante valor ético (Gergen, 1999). Portanto, na terapia narrativa de re-autoria há abertura para o diálogo integrativo com outras psicoterapias.

Com base no panorama apresentado das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria, bem como dos pressupostos nos quais elas se fundamentam, afirma-se que sim, há possibilidades delas dialogarem com outras psicoterapias. Entretanto, como foi destacado inicialmente, de acordo com Safran (2002) o grande desafio de um empreendimento dessa natureza é o esmaecimento de preconceitos que, amiúde, tornam as psicoterapias deificadas. Em uma análise das barreiras existentes contra a integração da psicoterapia esse autor assinalou diferentes condições que, acredita-se, dificultam o diálogo entre diferentes sistemas de psicoterapêuticos, as quais serão a seguir exploradas.

A primeira barreira apresentada por Safran (2002) pode ser conceituada como crenças convictas ou, em uma linguagem coloquial, “vacas sagradas”. Para ele, “diferentes tradições terapêuticas aderem a certas suposições, regras ou prescrições fundamentais que se tornam tão entrelaçadas com a identidade da tradição ao ponto de se tornarem sagradas, invioláveis e imutáveis” (p. 231). Dessa maneira, como as vacas proverbiais da Índia, as psicoterapias se tornam deificadas. Essa rigidez ideológica contribui para o debate superficial sobre as diferentes práticas terapêuticas e impede que os sistemas de psicoterapia construam de fato um diálogo aprofundado sobre questões relevantes da mudança terapêutica. Lidar com as questões ideológicas subjacentes aos discursos das psicoterapias é o primeiro passo para tornar o diálogo integrativo entre elas uma possibilidade.

A caricatura e o entendimento incorreto de outras tradições terapêuticas se configuram numa segunda barreira para o diálogo integrativo entre as psicoterapias. De acordo com Safran (2002), a falta de familiaridade verdadeira com ouras tradições e com seus progressos provenientes de pesquisas fortalecem a tendência de caricaturá-las. Ele também argumentou que a crítica informada a uma tradição terapêutica, que tenha o potencial de estimular um novo pensamento, deve ultrapassar o posicionamento meramente ideológico, que se pauta

num exercício retórico de autoafirmação. A crítica deverá primeiramente considerar o modo como as preliminares concepções de um terapeuta filiado a certa abordagem psicoterápica distorcem seu entendimento de outras tradições terapêuticas e, além disso, considerar que os alvos criticados são móveis,

Por exemplo, teóricos de orientação comportamental-cognitiva que criticam a teoria e a prática psicanalítica frequentemente não estão familiarizados com os avanços contemporâneos na teoria das relações objetais, análise lacaniana ou psicologia do *self*. Eles lançam grande parte de sua crítica sobre uma perspectiva psicanalítica clássica que é rejeitada por muitos teóricos psicanalíticos contemporâneos (Safran, 2002, p. 233).

Reinventar a roda e repetir velhos erros é uma outra condição que impede o avanço do diálogo integrativo produtivo entre as psicoterapias. A este respeito, nota-se que um subproduto da estreiteza teórica e da falta de familiaridade profunda com outras tradições terapêuticas, conforme apresentado anteriormente, é o fracasso dos adeptos de uma tradição de usufruírem do conhecimento que foi conquistado por outras tradições ao trabalharem em áreas ou técnicas que foram integralmente exploradas e desenvolvidas (Safran, 2002). Um exemplo apresentado por este autor é o uso que terapeutas cognitivo-comportamentais começaram a fazer da análise da transferência.

De acordo com Safran (2002) terapeutas cognitivos-comportamental frequentemente não aproveitam os anos de experiência e sabedoria clínica que foram adquiridas nessa área por seus colegas analíticos, o que implica em terem de construir conhecimento sobre a análise da transferência de forma lenta e trabalhosa, a partir de sua própria experiência. Cabe ressaltar, todavia, que nem sempre essa análise é verdadeira. Por exemplo, terapeutas cognitivos, ao atentarem para características da relação terapêutica descritas no modelo psicanalítico, sob o rótulo de relação transferencial, apresentaram condições de desenvolver

uma melhor compreensão da resistência à mudança apresentada por alguns clientes (Leahy, 2001).

Outra barreira para o diálogo integrativo entre psicoterapias é o fracasso em reconhecer os avanços genuinamente novos provenientes da pesquisa em psicoterapia. A cerne dessa questão diz respeito à tendência de se assimilar novos progressos em modelos velhos que, segundo Safran (2002), cega os terapeutas e clínicos para quaisquer avanços genuinamente novos e criativos. Não se trata aqui de desmerecer a integração assimilativa como forma legítima de favorecer o diálogo entre psicoterapias distintas, mas sim de reconhecer que o uso dela não deve fechar clínicos e psicoterapeutas para fenômenos ou avanços originais de outras tradições terapêuticas. Além disso, mesmo as traduções feitas via integração de assimilação precisam ser realizadas com cautela, uma vez que, “no mesmo sentido que não existe uma tradução exata de uma língua pra outra, não pode haver uma tradução exata de conceitos de uma tradição terapêutica para outra” (Safran, 2002, p. 235-236).

Por fim, ao discutir as incompatibilidades fundamentais entre diferentes tradições terapêuticas, Safran (2002) apresentou algumas perspectivas presentes no debate a respeito da integração da psicoterapia sobre essa questão. Ele destacou, por exemplo, que se tem argumentado que as tradições comportamental e psicanalítica são fundamentalmente incompatíveis, uma vez que a postura ativa do terapeuta comportamental, de alguma forma, contaminaria a relação de transferência. Outro exemplo apontado pelo autor supramencionado é a posição de Blatt (1991), que afirma que certas características da teoria psicanalítica e cognitivo-comportamental apresentam incompatibilidades fundamentais, visto que, enquanto a ênfase da primeira está na relação transferencial e no processo inconsciente, a segunda concentra-se nos processos cognitivos conscientes.

Ao avaliar essas perspectivas, Safran (2002) argumentou que embora não concorde que as diferenças entre as teorias apresentadas no parágrafo anterior sejam fundamentalmente irreconciliáveis, entende que elas estão no centro das mais importantes e calorosas discussões a respeito da utilidade de diferentes técnicas e da adequação de diferentes estratégias terapêuticas. Um caminho para se lidar com as diferenças, por vezes incompatíveis, entre distintos sistemas terapêuticos, é utilizar conceitos e/ou intervenções de uma abordagem diferente desde que eles não violem as suposições fundamentais do referencial psicoterapêutico adotado primariamente. Dessa maneira, pode-se experimentar conceitos e técnicas de diferentes psicoterapias, mantendo aqueles que são mais produtivos e descartando os demais (Safran, 2002).

Reconhece-se que existem diferenças ontológicas e epistemológicas entre as terapias analítico-comportamentais, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria. Todavia, com base na reflexão construída a respeito de cada uma delas e de suas possíveis aberturas para um diálogo integrativo, é possível afirmar que as diferenças entre elas não justificam o adiamento desse diálogo. Nesse contexto, concorda-se com Safran (2002, p. 237), quando ele afirmou que

Pode-se integrar técnicas e pode-se integrar conceitos teóricos. Visões de mundo ou perspectivas filosóficas fundamentais, contudo, não podem ser integradas, porque elas são, por natureza, mutualmente excludentes. Entretanto, creio que é possível ir além da posição de exclusividade mútua nesse nível, com uma visão de mundo superior, que considere todas as visões de mundo como sendo parciais e inadequadas e reconheça a importância de se ver a realidade através de uma perspectiva de lentes múltiplas.

Conclui-se que os pressupostos e posturas assumidos nas teorias que sustentam os modelos de psicoterapia analisados neste estudo parecem sinalizar a importância de se ver a

realidade do contexto terapêutico sob múltiplas lentes. São evidências dessa importância: a incidência do pragmatismo na terapia analítico-comportamental; a defesa do conhecimento como uma construção moldada pelo poder da linguagem e a concepção significado como uma construção relacional e dependente de um contexto histórico-cultural, presentes na terapia narrativa de re-autoria; e a natureza tecnicamente eclética da terapia cognitivo-comportamental. Essas são condições concretas que legitimam a pertinência de diálogos integrativos, que parecem suficientes para contornar aquelas barreiras apresentadas por Safran (2002), incentivando a compreensão da realidade do contexto terapêutico sob perspectivas plurais.

Na tentativa de demonstrar, concretamente, como o diálogo integrativo entre as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativo de re-autoria é possível, são esboçados a seguir alguns temas presentes nas entrevistas com os expoentes de cada uma delas que, acredita-se, podem ser considerados “pontos de partida” para tal diálogo. Embora inúmeros “pontos de partida” pudessem ser sugeridos, o foco estará sobre aqueles centrais que, pela via do diálogo integrativo, talvez contribuam para transformações expressivas em cada um dos modelos supracitados. São os temas: 1) a relação terapêutica como mecanismo de mudança clínica; 2) a diretividade do terapeuta no processo terapêutico; 3) o ecletismo técnico; e 4) o cliente e seu processo terapêutico.

Em análise às respostas dos entrevistados, nota-se que todos concordam a respeito da importância da relação terapêutica para o processo de mudança clínica do cliente, todavia, a mesma concordância não se mantém a respeito do papel desempenhado por essa relação. Por um lado, o expoente da terapia analítico-comportamental parece defender que essa relação deve ser considerada tanto um facilitador da mudança terapêutica, como um mecanismo de mudança em si mesmo. Diferentemente, o expoente do modelo cognitivo-comportamental parece sustentar que o relacionamento terapêutico tem a função de facilitar o emprego de

técnicas específicas, com ressalvas para os casos mais complexos, que demandam maior ênfase sobre ela. Em contrapartida, o expoente da terapia narrativa de re-autoria afirma que a relação terapêutica é curativa em si mesma, ou seja, é um mecanismo de mudança.

A partir da entrevista percebeu-se que os modelos analítico-comportamental e narrativo de re-autoria dispõem de debates sobre como a relação terapêutica funciona como um mecanismo de mudança em si mesmo. Enquanto o primeiro se utiliza da sistematização da interação terapêutica proveniente da psicoterapia analítica funcional (FAP) para explicar os mecanismos de mudança da relação terapêutica, o segundo tem focado na construção da mudança terapêutica que ocorre a partir da zona de desenvolvimento proximal do cliente, centrando-se na ocorrência de momentos de inovação (MIs), considerados mecanismos de mudança em qualquer psicoterapia. Acredita-se que talvez o diálogo de terapeutas cognitivo-comportamentais com terapeutas analítico-comportamentais e narrativos de re-autoria, sobre os mecanismos de mudança clínica da relação terapêutica propostos por estes últimos, favoreça a expansão das possibilidades de intervenção terapêutica no modelo cognitivo-comportamental, com maior ênfase na relação terapêutica enquanto mecanismo de mudança em si mesmo, como sugeriu Safran (2002).

Outro tema que parece merecer uma atenção minuciosa é a relação entre diretividade e resistência do cliente. Conforme argumentou o expoente da terapia analítico-comportamental, o entendimento de que a diretividade é um determinante da resistência do cliente dependerá da análise feita e do contexto em que ela é empregada. Segundo ele, há pesquisas que indicaram que a diretividade do terapeuta determina a resistência do cliente, enquanto outras demonstraram que essa associação entre diretividade e resistência do cliente nem sempre ocorre. Neste último caso, ele destacou, microanálises têm mostrado que as intervenções consideradas diretivas eram precedidas e sucedidas por expressões de aprovação ou de

empatia do terapeuta, logo, nessa configuração, a diretividade parece não determinar a resistência do cliente.

Nesse cenário, cabe assinalar que o expoente da terapia analítico-comportamental também acentuou que a ocorrência da resistência do cliente depende do momento da intervenção diretiva e declarou: “*Considero que a terapia não pode pretender ter como único instrumento de mudança o reforçamento social e a empatia. Há momentos que intervenções diretivas podem ser necessárias, assim como confrontações*” (Resposta 09). Frente a esses argumentos, afirma-se que terapeutas cognitivo-comportamentais e narrativos de re-autoria poderiam se apropriar de pesquisas como as referidas pelo expoente supracitado, revendo a relação entre diretividade e resistência do cliente em suas respectivas abordagens. Dessa apropriação talvez se identifique contextos nos quais as intervenções diretivas se justifiquem, aumentando o arsenal de recursos terapêuticos disponível nas abordagens cognitivo-comportamentais e narrativa de re-autoria. Mesmo que nesta última a diretividade seja considerada uma violência epistemológica, talvez essa perspectiva possa ser revista a partir do diálogo integrativo que se tem sugerido, o qual certamente pode contribuir também para mudanças de natureza epistemológica.

A ênfase sobre as técnicas específicas na produção da mudança terapêutica foi evidente em diferentes momentos da entrevista com o expoente da terapia cognitivo-comportamental, demonstrando o quanto elas são relevantes nessa forma de psicoterapia. O ecletismo técnico sugerido por Beck e Alford (2000) também sinaliza o quanto essa abordagem leva em consideração o efeito da técnica na promoção da mudança do cliente, inclusive incentiva-se a importação de técnicas de outros sistemas terapêuticos. Acredita-se que os modelos analítico-comportamental e narrativo de re-autoria talvez possam, mediante o diálogo integrativo com terapeutas cognitivo-comportamentais a respeito do emprego do ecletismo técnico, expandir seus recursos terapêuticos a partir da importação de técnicas

cognitivo-comportamentais e/ou de outras psicoterapias, desde que elas possam ser incorporadas em seus respectivos modelos.

A relevância dada à perspectiva do cliente no processo terapêutico ficou evidente no posicionamento do expoente da terapia narrativa de re-autoria quando ele declarou: “*O desafio introduzido pelos modelos narrativos se prende com a ideia de colaboração terapêutica. Para estes modelos o terapeuta não impõe uma nova realidade ao cliente, usando para isso modelos externos à perspectiva do cliente, mas procura negociar dentro do que é a perspectiva do mundo do cliente como pode ser conseguida a mudança*” (Resposta 02). Talvez esse pressuposto seja a ponte para um possível diálogo integrativo com os modelos analítico-comportamental e cognitivo comportamental.

Como se destacou anteriormente na análise da entrevista com o expoente do modelo narrativo de re-autoria, o cliente é concebido nessa abordagem como um especialista em sua própria vida e é essencial que a perspectiva dele sobre os problemas que o levou a procurar ajuda e sobre seus objetivos na terapia seja priorizada (Morgan, 2007). Essa premissa parece ser imprescindível para a construção da mudança terapêutica do cliente pois, uma vez que o terapeuta se oriente nela, poderá proporcionar um espaço no contexto da terapia para que os propósitos e valores do cliente se tornem mais detalhadamente conhecidos. Além disso, tal espaço permitirá que a história desses propósitos e valores seja profundamente compreendida, permitindo o desenvolvimento de planos de ação terapêutica que estejam em harmonia com eles (White, 2012).

Questionamentos guiados nessa premissa poderiam ser feitos aos terapeutas analítico-comportamentais e cognitivo-comportamentais, por exemplo: “Quanto da participação do cliente é considerada pelo terapeuta cognitivo-comportamental na definição de esquemas disfuncionais que precisam ser alterados e esquemas mais adaptativos que precisam ser desenvolvidos? Na definição dos comportamentos clinicamente relevantes, tanto os que

representam problemas (CCR1) como os que representam melhora (CCR2), construída pelo terapeuta analítico-comportamental que se utiliza da FAP, considera-se integralmente a perspectiva do cliente? Quais os cuidados tomados, ao longo do processo terapêutico para que a correspondência entre os objetivos previamente elaboradas na terapia e os que vão surgindo ao longo do processo terapêutico respeitem os contornos do cliente?

Responder a essas perguntas e explorar os pressupostos do modelo narrativo de re-autoria, sobre como o cliente deve ser considerado no processo terapêutico, poderá viabilizar um diálogo integrativo que talvez favoreça, no mínimo, uma reavaliação do lugar ocupado pelo cliente nas terapias analítico-comportamental e cognitivo-comportamental. Cabe destacar que não se trata de afirmar que essas psicoterapias não consideram a perspectiva do cliente, mas sim de reconhecer que a proposta narrativa de re-autoria, ao defender a igualdade epistemológica entre cliente e terapeuta na colaboração terapêutica, tornando o poder na situação terapêutica compartilhado (Anderson & Gooslishian, 1992; Omer, 1996), parece colocar a perspectiva do cliente como um divisor de águas no processo terapêutico.

Por fim, acredita-se que cada um desses temas brevemente explorados pode ser submetido a análises que se orientem nas perspectivas formais de integração da psicoterapia, ou seja, o ecletismo técnico, a integração teórica, a abordagem dos fatores comuns (Hawkins & Nestoros, 1997; Norcross & Newman, 1992) e a integração de assimilação (Messer, 1992). É provável que explorações dessa natureza oportunizem a construção de uma visão de mundo superior a respeito do processo de mudança terapêutica e sobre os mecanismos da relação terapêutica que atuamativamente neste processo. Nessa direção, talvez se consiga criar uma visão do universo terapêutico mais abrangente, que considere todas as visões existentes como sendo parciais e inadequadas, legitimando, assim, a importância de ser ver a realidade terapêutica através de uma perspectiva de lentes múltiplas (Safran, 2002).

A unificação das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria através de uma integração teórica, por exemplo, que conteplete todos os aspectos relevantes de cada uma delas criando uma terapia mais abrangente, certamente não pode ainda ser vislumbrada e talvez nunca será. Há dificuldades que impediriam tal unificação, em especial as visões de mundo contrárias, por exemplo, enquanto a terapia analítico-comportamental parte de uma perspectiva monista, os modelos cognitivo-comportamental e narrativo de re-autoria se situam no polo dualista. Todavia, acredita-se que as outras formas de integração podem e devem ser exploradas, como a integração de assimilação, o ecletismo técnico e a abordagem dos fatores comuns. Sistemas terapêuticos, embasados cientificamente, precisam estar abertos para rever seus princípios e pressupostos a respeito dos fenômenos que pretende explicar e manipular. Nesse contexto, o sistema terapêutico que se abrir para o diálogo integrativo terá maiores chances de rever seus próprios conceitos e pré-conceitos em relação a outras psicoterapias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo conceituar a relação terapêutica a partir de entrevistas com expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria. Além disso, buscou-se também identificar nos fundamentos das teorias que sustentam essas terapias, ou seja, posturas ou pressupostos, que justificassem o diálogo integrativo delas com outras psicoterapias. Buscou-se, ainda, temas centrais nas conceituações de relação terapêutica de cada uma das abordagens supracitadas, para que se pudesse responder à questão: é possível um diálogo integrativo entre as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria?

Para atender aos objetivos supracitados um estudo qualitativo foi conduzido, no qual entrevistas com expoentes das terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria foram realizadas. Para a análise dos dados textuais foram utilizados o IRAMUTEQ e a técnica hermenêutica. Esse software permitiu a identificação de “nós” semânticos que formaram o mapa mental dos entrevistados sobre relação terapêutica. A técnica hermenêutica possibilitou transcender o sentido objetivo das palavras e o aprofundamento da análise da relação terapêutica em cada uma das psicoterapias supracitadas, reconstruindo também as “intenções” dos participantes que responderam às entrevistas. Este empreendimento pode também ser considerado um estudo de integração da psicoterapia, uma vez que pretendeu analisar, a partir de temas que emergiram de entrevistas com expoentes de três diferentes sistemas terapêuticos, a possibilidade de diálogo integrativo entre eles.

Diferentes questões tratadas inicialmente nessa pesquisa preparou o terreno para a exposição da relevância do estudo sobre a relação terapêutica. Por exemplo, discutiu-se que a história da psicoterapia assistiu ao desenvolvimento de diferentes sistemas terapêuticos e, por conseguinte, diferentes definições de psicoterapia e relação terapêutica. Nesse contexto, a despeito das diferenças entre as psicoterapias, observou-se no campo da pesquisa um interesse

comum pela descrição dos fatores específicos e comuns da mudança terapêutica, para tornar a prática psicoterápica alinhada a pressupostos científicos. Enquanto os fatores específicos da mudança terapêutica foram associados a técnicas específicas de mudança de diferentes sistemas psicoterápicos, a relação terapêutica foi sendo associada aos fatores comuns da mudança clínica, compartilhados por distintas psicoterapias (Grencavage & Norcross, 1990).

Nesse estudo advogou-se tanto em favor de empreendimentos científicos voltados para a identificação de práticas psicológicas baseadas em evidência, como das pesquisas de integração da psicoterapia, considerando as diferentes possibilidades desta, ou seja, integração teórica, ecletismo técnico, abordagem dos fatores comuns e integração de assimilação. Embora sejam movimentos aparentemente distintos, ambos podem caminhar paralelamente, pois compartilham uma mesma preocupação, a saber: a construção de conhecimento a respeito da psicoterapia, que otimize seus efeitos sobre a mudança terapêutica do cliente (Castonguay & Beutler, 2006; Kazdin, 2003; Kazdin & Nock, 2003; Norcross, 2010; Ryle, 1990; Safran, 2002; Trijsburg, Colijn & Homes, 2007).

Como se discutiu-se anteriormente, o movimento de integração da psicoterapia pode identificar variáveis relevantes do processo terapêutico que podem ser submetidas à análise a partir das metodologias desenvolvidas pelo movimento voltado para a identificação de Práticas Psicológicas Baseadas em Evidências (EBPP). Esse intercâmbio certamente é desejável, uma vez que pesquisadores e clínicos, de múltiplas perspectivas, ao deliberarem sobre EBPP acentuaram que a identificação destas requer a apreciação de evidências científicas provenientes de múltiplas fontes (APA, 2006).

Diante desse cenário, entendeu-se que as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria representam três momentos de grandes mudanças na história da psicoterapia, especialmente no que diz respeito aos modelos comportamentais. Ao se olhar para a história da psicoterapia nota-se que, assim como a revolução cognitiva

impactou e transformou as terapias comportamentais na época de seu surgimento, os paradigmas construtivistas produziram uma segunda grande revolução na história das abordagens comportamentais (Abreu & Shinohara, 1998; Mahoney, 1998). Portanto, concluiu-se que conceituar a relação terapêutica em cada uma daquelas psicoterapias possibilitaria um olhar panorâmico sobre como as mudanças paradigmáticas supracitadas impactaram a conceituação e utilização da relação terapêutica no contexto psicoterápico.

Com base nas análises das entrevistas diferenças quanto à definição de relação terapêutica e sua função no processo terapêutico foram identificadas. Enquanto no modelo analítico-comportamental há espaço para o entendimento da relação terapêutica não apenas como facilitador do processo terapêutico, mas também como mecanismo de mudança clínica, no modelo cognitivo-comportamental ela é considerada tão importante quanto as técnicas, e até mais importante em casos complexos. No modelo narrativo de re-autoria a relação terapêutica é considerada curativa em si mesmo, dado que a técnica central utilizada em psicoterapia é relacional.

Essas diferentes perspectivas da relação terapêutica parecem ter implicado na forma como ela foi diferentemente enfatizada nos estudos conduzidos pelas terapias em análise nesta pesquisa. O desenvolvimento da psicoterapia analítica funcional (FAP) representou um grande avanço no modelo analítico-comportamental para compreensão de variáveis da relação terapêutica, permitindo a sistematização da interação terapeuta-cliente e o entendimento dos mecanismos de mudança terapêutica dela. Da mesma maneira, no modelo narrativo de re-autoria o estudo sobre a relação terapêutica tem focado na construção da mudança terapêutica que ocorre a partir da zona de desenvolvimento proximal do cliente, centrando-se na ocorrência de momentos de inovação (MIs), considerados mecanismos de mudança em qualquer psicoterapia. Assim, em ambos os modelos, analítico-comportamental e narrativo de re-autoria, a relação terapêutica parece ter alcançado o status de mecanismo de mudança.

Diferentemente, notou-se que a terapia cognitivo-comportamental equipara relação terapêutica e técnicas em se tratando de seus efeitos sobre o processo de mudança terapêutico. Todavia, como se percebeu, essa equiparação não se mantém em casos complexos, como os de transtornos de personalidade, que demandam um maior investimento na relação terapêutica. Sugere-se que uma mudança parece estar ocorrendo no modelo cognitivo-comportamental quanto ao papel da relação terapêutica, e isso parece ficar evidente em debates como os realizados por J. Beck (2007). Essa autora tem discutido diferentes contextos da psicoterapia em que a relação terapêutica pode ser considerada o mecanismo de mudança clínica como, por exemplo, quando o foco da terapia estiver na intervenção sobre estilos de relacionamento mal adaptativos, que ocorrem com o terapeuta e em outras relações significativas para o cliente. Portanto, a relação terapêutica parece estar em transição da condição de coadjuvante da mudança terapêutica para a condição de mecanismo principal, especialmente em casos complexos.

No que se refere à possibilidade de diálogo entre as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria, defendeu-se alguns pontos de partida para tal diálogo a partir da análise das entrevistas, tais como: 1) a relação terapêutica como mecanismo de mudança clínica; 2) a diretividade do terapeuta no processo terapêutico; 3) o ecletismo técnico; e 4) o cliente e seu processo terapêutico. Acredita-se que o diálogo entre as psicoterapias supracitadas sobre esses temas contribua para transformações expressivas em cada uma delas. Dessa maneira, talvez terapeutas cognitivo-comportamentais possam se beneficiar da forma como terapeutas narrativos de re-autoria e analítico-comportamentais tem utilizado a relação terapêutica como mecanismo de mudança. Da mesma forma, estes últimos poderiam expandir seus recursos terapêuticos se dialogassem com os terapeutas cognitivo-comportamentais sobre como eles têm eficientemente se utilizado do ecletismo técnico.

Igualmente, terapeutas cognitivo-comportamentais e narrativos de re-autoria poderiam se beneficiar das discussões feitas no âmbito do modelo analítico-comportamental sobre diferentes contextos em que a diretividade não produziria a resistência do cliente e poderia, inclusive, contribuir para sua mudança terapêutica. Quanto ao olhar sobre o cliente e seu processo terapêutico, acredita-se que terapeutas cognitivo-comportamentais e analítico-comportamentais poderiam ser favorecidos se cultivassem um diálogo com terapeutas narrativos de re-autoria, que defendem a igualdade epistemológica entre cliente e terapeuta na colaboração terapêutica. Nessa direção, terapeutas narrativos de re-autoria defendem que o poder na situação terapêutica deve ser compartilhado (Anderson & Gooslishian, 1992; Omer, 1996), colocando a perspectiva do cliente como um divisor de águas no processo terapêutico.

Identificou-se como uma limitação deste estudo a forma como ocorreram as entrevistas. Os expoentes das três psicoterapias analisadas receberam um roteiro com nove questões que versavam diretamente sobre a relação terapêutica e, a partir delas, construíram suas respostas. Acredita-se que as perguntas seriam melhor exploradas se as entrevistas tivessem ocorrido em um encontro direto com cada expoente, pois, por meio do diálogo, maiores esclarecimentos sobre certa questão ou ideia abordada em alguma resposta seriam possíveis.

Estudos futuros poderiam explorar as aproximações e distanciamentos entre as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria, para além da relação terapêutica. Como se tratam de abordagens terapêuticas que representam distintos paradigmas da psicoterapia, uma análise consistente de seus compromissos ontológicos e epistemológicos permitirá uma compreensão abrangente de como cada uma delas explicam diferentes dimensões do processo terapêutico e da mudança clínica. Por exemplo, notou-se na terapia narrativa de re-autoria uma posição contratária à utilização do modelo médico como referência no processo terapêutico do cliente (Gonçalves, 2006). Postura semelhante pode ser

encontrada entre terapeutas analítico-comportamentais, que tecem críticas ao modelo médico e à utilização de manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). Diferentemente, na terapia cognitivo-comportamental há uma maior proximidade com o modelo médico (Lopes, Lopes & Lobato, 2006). Estudos que promovam um diálogo integrativo sistemático entre essas abordagens sobre como o modelo médico molda o trabalho terapêutico, facilitando ou limitando, permitiria reflexões certamente enriquecedoras para cada uma delas.

Outros estudos poderiam ainda verificar as compatibilidades entre o conceito de zona de desenvolvimento proximal terapêutica, essencial para construção das mudanças terapêuticas em termos de novas narrativas de vida do cliente na terapia narrativa de re-autoria (Gonçalves et al., 2012) e o conceito de modelagem, fundamental para o desenvolvimento de comportamentos clinicamente relevantes que representem mudanças clínicas do cliente utilizado na psicoterapia analítica funcional (CCR2s) (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Ambos os conceitos parecem se referir à importância de se considerar as condições do cliente quando ele está em terapia, as quais devem ser respeitadas ao se definir as metas do processo terapêutico, seja em termos de novas narrativas a serem construídas ou novos repertórios comportamentais a serem desenvolvidos. Trata-se, assim, de como gerir as novidades terapêuticas e um diálogo entre essas psicoterapias sobre tais novidades poderia talvez otimizar o uso delas em favor do processo terapêutico do cliente.

Estudos que coloquem as terapias analítico-comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria para dialogarem entre si podem ser importantes para o avanço de cada uma delas. Acredita-se, por exemplo, que o conceito de responsividade terapêutica poderia nortear diferentes debates entre as terapias supracitadas. As contribuições dos modelos cognitivo-comportamental e analítico-comportamental sobre variáveis do terapeuta que impactam o processo terapêutico poderiam ser cuidadosamente exploradas por

terapeutas narrativos de re-autoria, para torná-los mais sensíveis ao impacto de suas ações sobre a terapia do cliente. E, ainda, as terapias cognitivo-comportamental e analítico-comportamental poderiam se utilizar do debate político proposto por terapeutas narrativos de re-autoria, que podem ser considerados verdadeiros ativistas políticos, para reavaliar os processos terapêuticos que orientam, evitando alimentar lógicas sociais que operam como redutoras da subjetividade do cliente (Gonçalves, 2006).

Finalmente, espera-se que essa pesquisa tenha incentivado pesquisadores e clínicos a se abrirem para o diálogo com psicoterapias diferentes daquelas a que estão vinculados. Certamente essa abertura para o diálogo com outras realidades terapêuticas não será possível sem que se reconheça, pelo menos, que cada terapeuta traz consigo alguma dimensão ideológica em relação à abordagem psicoterápica primariamente adotada. Aceitar que se tem um posicionamento ideológico é o primeiro passo em direção à aceitação de outras ideologias terapêuticas.

Como se analisou nesse estudo, existem barreiras comuns para o diálogo criativo entre teóricos, pesquisadores e clínicos de diferentes orientações terapêuticas. Entretanto, essas barreiras serão menores se, tomando emprestada uma analogia da antropologia cultural, eles compreenderem que “diferentes orientações terapêuticas são, em essência, diferentes culturas, e um dos principais obstáculos para se aprender o que existe para ser aprendido das diferentes orientações terapêuticas é um certo etnocentrismo terapêutico” (Safran, 2002, p. 238).

O rompimento com esse etnocentrismo terapêutico, conforme tem se defendido neste estudo, poderá ocorrer mediante à abertura de uma psicoterapia para diálogos integrativos genuínos com outros sistemas terapêuticos, explorando as diferentes formas de integração possíveis, como a integração teórica, a integração de assimilação, o ecletismo técnico e a abordagem dos fatores comuns. Assim, defende-se que um sistema terapêutico que se mantém aberto ao diálogo integrativo terá maiores condições de reavaliar seus conceitos e pré-

conceitos em relação a outras orientações terapêuticas, podendo, como destacou Safran (2002) no trecho anteriormente citado, aprender o que existe para ser aprendido delas.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N., & Shinohara, H. (1998). Cognitivismo e Construtivismo: uma fértil interface. In: C. N. Abreu & H. Shinohara. *Psicoterapia e Construtivismo: considerações teóricas e práticas* (pp.65-82). Porto Alegre: Artmed.
- Abreu, C. N., & Roso, M. (2003). Cognitivismo e Construtivismo. In: C. N. Abreu & M. Roso (Orgs.). *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica* (pp. 35-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alford, E. A., & Norcross, J. C. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 175-190.
- American Psychological Association Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-28.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The cliente is the expert: A not-knowinh approach to psychotherapy. In S. McNamee, & K. L. Gergen (Eds.), *Therapy as a social construction* (pp.25-39). London: Sage.
- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. In: P. L. Watchel & S. B. Messer. *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (pp.227-288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: Psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 1-3.
- Assunção, A.B.M.; Vandenberghe, L.C.A. (2010). Rupturas no Relacionamento Terapêutico: uma releitura analítico-funcional. In De-Farias, A.K.C.R. *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Aveline, M. Strauss, B. Stiles, W. (2007). Pesquisa em Psicoterapia. In: G. O. Gabbard; J. S. Beck; & J. Holmes. *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. (pp. 606-623) Tradução Magda França Lopes, Ronaldo Cataldo Costa. – Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71-79.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental. In: E. Z. Tourinho & S. V. Luna. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. (pp. 175-191). São Paulo: Roca.

- Bakhtin, M. M. (2000). *The Dialogical Imagination: four essays*. Austin: University of Texas Press.
- Baum, W. M (2006). *Compreender o Behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. 2<sup>a</sup> ed. Artmed: Porto Alegre.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, (pp. 561-571).
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 09, (pp. 36-46).
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, D. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy: comments on Alford and Norcross. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1 (3), 191-198.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010) *Terapia Cognitiva da Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Trad. Monteiro, M. C. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1994). The therapeutic relationship. In: Huble, M. A., Dukan, B. L., Miller. S. D. *The heart & soul of change: what Works in therapy*. Washington D. C: American Psychologycal Association, p. 133-178.
- Benvenuti, M. F. L., & Carvalho Neto, M. B. (2010). Comportamento Operante: Seleção, Contiguidade e Contingência. In: E. Z. Tourinho & S. V. Luna. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. São Paulo: Roca.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: what conclusions are supported by research? *Psychotherapy in practice*, 58(2), 207-217.
- Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. C. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487-495.

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, (3), (pp. 252-260).
- Brandão, M. Z. (2000). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para Análise Clínica. *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 217-223), vol. 05. Santo André: Esetec.
- Brito, E.O. (2005). Consciência histórica e hermenêutica: considerações de Gadamer acerca da teoria histórica de Dilthey. *Trans/Form/Ação*. v. 28, n. 2, p. 149-160.
- Burns, D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In: Salkovskis, P. M.; Rachman, S. (Eds.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Butler, S. F., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, pp. 33-40.
- Buza, T., & Buzan, B. (1996). *The mind book*. Plume, 2<sup>a</sup> edição, 320p.
- Cahill, S. R; Carrigan, M. H., & Evans, I. M. (1998). The relation between behavior theory and behavior therapy: Challenges and promises. Em J. J. Plaud; G. H. Eifert (Eds.), *From behavior theory to behavior therapy* (p. 294-319). Boston: Allyn and Bacon.
- Callaghan, G.M., Naugle, A.E., & Follette, W.C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy*, 33, 381-390.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321–339.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357-398.
- Camargo, B. V. Justo, A. M. (2013): Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, nº 2, pp. 513-518.
- Carrara, K. (2004). Causalidade, Relações Funcionais e Contextualismo: algumas indagações a partir do Behaviorismo Radical. *Interações* (pp. 29-54), vol. IX nº. 17.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford & New York: Oxford University.
- Cautilli, J., & Santilli Connor, L. (2000). Assisting the cliente/consultee to do what is needed: a functional analysis of resistance and other forms of avoidance. *The Behavior Analyst Today*, 1(3), 37-45.

- Clark, D. A., & Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chiesa, M. (1994). *Radical Behaviorism: the Philosophy and the Science*. Boston: Authors Cooperative. Tradução de H. J. Guilhardi & P. P. Queiroz. Texto publicado no *Boletim Informativo ABPMC*, n. 11, jan. de 1997, tradução do cap. 9.
- Cordioli, A. V. (1998). Como atuam as psicoterapias. In\_. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Por Alegre: Artes Médicas (Artmed). p. 35-45.
- Costa, M. N. P. da (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*, 1. ed., Santo André: ESETec Editores Associados.
- Cravo, A. G. J. (2008). *Que tipo de integração é realizada pelos psicoterapeutas portugueses? Estudo descritivo da responsividade às características dos clientes*. Dissertação (Mestrado em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Delliti, M. (2005). A Relação Terapêutica na Terapia Comportamental. In: H. J. Guilhardi. & Noreen, C. A. *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 360-369). Santo André: Esetec.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco de análise. In\_. *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Arbytes.
- Dias, C. C. A. M. M. (2008). *Metamodelo Integrativo de Complementaridade Paradigmática: semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas da diáde terapêutica*. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Dobson, K. S., & Scherrer, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: P. Knapp & colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Dollard, J., Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Dilthey, W. (1999). O surgimento da hermenêutica (1900). Numen: *Revista de estudos e pesquisa da religião*. Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 11-32, jan./jun.
- Epston, D., White, M., & Murray, K. (2001). A proposal for a re-authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 96-115). Thousand Oaks: Sage.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.

- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, pp 319-324.
- Falcone, E. (2004). A relação terapêutica. In: P. Knapp & colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 483-495). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O. (2006). As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. Em: A. M. Jacó-Vilela; A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.). *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, pp. 1-18.
- Ferster, C. B. (1972). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4, 101-111.
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*, 17, 341 -347.
- Follette, W.C., Naugle, A.E., & Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, pp. 623-641.
- Foucault, M. (1987/2005). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Trad. Ramalhete, M. Petrópolis: Vozes.
- Fulton, B. The importance of analysis in Behavioral Technology: a response to Paine and Bellamy. *Behavior Analyst*, 1982, 5, 2, 209-211.
- Freeman, A. (2001). Entendiendo la constratransferência: um elemento que falta em la terapia cognitiva y del comportamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, v. 10 (pp. 15-31).
- Frank, J. D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25-years progress report of research. *J Nerv Ment Dis*. Nov 1974; 159 (5), 325-342.
- Frank, J. D. (1972). Commons features of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*. Mar 1972; 6(1): 34-40
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 12, (pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Gavino, A. (1996). As variáveis do processo terapêutico. Em: V. E. Caballo. *Manual de técnicas de terapia a modificação do comportamento* (pp.131-143). São Paulo: Santos.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: an eclectic-integrative approach*. New York: John, Wiley & Son.

- Garfield, S. L. (1973). Basics ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 912.
- Garfield, S. L. (1997). Brief psychotherapy: The role of common and specific factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4 (4), 217-225.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, pp. 79–101.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Thousand Oaks: Sage.
- Gergen, K. J. (2005). *Therapeutic Realities: collaboration, oppression and relational flow*. Taos Institute Publications. Ohio, Usa.
- Gergen, K. J., & Gergen, M.M. (1988). Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (vol. 21). San Diego: Academic Press.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: basic issues in the therapeutic relationship. In\_. *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. New York: Routledge.
- Goldfried, M.R., & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: an historical perspective. IN. Norcross, J. C. (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (p. 25-61). New York: Brunner/Mazel.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E., & Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press: New York.
- Gomes, F. G., Ceitlin, L. H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria*, 30(2), (pp. 109-114). ISSN 0101-8108.
- Gonçalves, M. M., & Henriques, M. R. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (2001) (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2005). Relação terapêutica e terapias narrativas I: falárias de uma concepção monológica da mudança em psicoterapias, *Psychologica*, 40 (pp. 155-172).

- Gonçalves, M. M. (2006). Relação terapêutica nos modelos narrativos: potencialidades e limitações de uma abordagem “despatologizadora”, *Psychologica*, 41 (pp.281-295).
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapies and the nature of “unique outcomes” in the construction of chance. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.
- Gonçalves, M. M. (2008). *Terapia narrativa: um encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Braga: Psiquilibrios.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy research*. Advance online publication doi: 10.1080/10503307.2011.560207.
- Gonçalves, M. M., Loura, J., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Santos, A., & Matos, M. (2012). Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica*, 4 (xxx), pp. 467-490.
- Gonçalves, M. M. (2013). Terapia narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves. *Webinar 01 – Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas*.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), pp. 1467-1480.
- Greencavage, L.M., & Norcross J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: a research book*. New York: The Guilford Press.
- Guilhardi, H. J., & Queiroz, R. B. P. S. (1997). Análise funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco da análise. In. Delitti, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Arbytes.
- Harwood, M. D.; & Eyberg, G. (2004). Therapist verbal behavior in treatment: relation to Successful completion of parent-children interaction therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, p. 601-612.
- Hawkins, P.J., & Nestoros, J. N. (1997). Beyond the dogmas of conventional psychotherapy: the integration movement psychotherapy. Em P. J. Hawkins & J. N. Nestoros, *Psychotherapy: New Perspectives on Theory, Practice, and Research* (pp. 01-68). Athens, Greece: Ellinika Grammata.
- Hayes, S. C. (1978). Theory and Technology in Behavior Analysis. *Behavior Analyst*. 1, 25-33.

- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Org.), *Psychotherapists in clinical practice* (pp. 327-387). New York. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C.; Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. Em S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (p. 359-385). New York: Plenum Press.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, vol 1, 1-2.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: the Working Alliance Inventory Perspective. Em Horvath, A. O., e Greenberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice*. pp. 1 9. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, Inc.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 438-448.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrated couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Hoyt, M. (1996). *Constructive therapies II*. New York: Guilford.
- Kanter, J. W., Parker, C., & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 463–467.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), pp. 1116-1129.
- Karver, M. S; Handelsman, J. B; Fields, S; & Bickman, L. (2005). A Theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Men Health Serv Res*. 7 (1), pp. 35-51.

- Keijsers, G. R. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., & Lammers, M. W. (1995). Patient-Therapist Interaction in the Behavioral Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behavior Modification*, 19(4): 491-517.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J., & Parker, C. R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1169–1176.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), s54-s64.
- Knapp, P. (2004). Princípios Fundamentais da terapia cognitiva. In: P. Knapp & colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas*. Santo André: Esetec.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. Em W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80, 455-465.
- Kohlenberg, R. J., Kohlenberg, B. S., & Tsai, M. (2009). Intimacy. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. Kanter, B. S. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Eds.) *A guide to functional analytic psychotherapy* (pp. 131-144). New York: Springer.
- Kovac, R., Zamignani, D. R., & Avanzi, A. L. (2009). Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos* (Vol. 24, pp. 314-324). Santo André: ESETec.
- Krupnick, J. L. Sotsky, S. M. Elkin, I. Simmens, S. Moyer, J. Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (2006). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Focus the Journal of Life Long Learning Psychotherapy*. Spring 2006, Vol. IV, No. 2.
- Lahlou, S.(2012). Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*, 20(38), 1-7.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy. In\_. J. C. Norcross & M. R. Goldfried: *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basics Books. p. 94-129.

- Lazarus, A. A. (1977). *Terapia Multimodal do Comportamento*. p. 240. São Paulo: Manole.
- Lazarus, A. A., & Messer, S. B. (1991). Does chão prevale? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1 (2), 143-158.
- Lazarus, A. A. (1998). *Psicoterapia Breve e Abrangente: O sistema multimodal*. p. 203. São Paulo: Andrei.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford: New York.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11 (3), pp. 311-330.
- Leonardi, J. L., & Nico, Y. Comportamento respondente. In. Borges, N. B. & Cassas, F. A. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 18-23). São Paulo: Artmed.
- Lettner, H. W. (1995). Avaliação Comportamental, Em Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. (pp. 27- 32) Campinas, Editorial Psy.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lopes, Carlos Eduardo. (2008). Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 1-13.
- López Bermudez, M. A., Ferro, R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krausse, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
- Mandigan, S. (1998). Practice interpretations of Michel Foucault: situating problem externalizing discourse. In. Mandigan, S. & Law, I. (Eds.), *Praxis: situating discourse, feminism and politics in narrative therapies* (p. 15-34). Vancouver: Cardigan Press.

Matos, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Tese de doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade do Minho – Portugal.

Medeiros, C. A. (2012). A relação terapêutica na terapia comportamental pragmática. Em E. E. Nogueira, E. C. Almeida Neto, M. E. Rodrigues & N. B. Araripe (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental: Dos pressupostos teóricos às possibilidades de aplicação* (pp. 81-103). Santo André: ESETec.

Medeiros, C. A., & Medeiros, N. N. F. A. (2012). Psicoterapia comportamental pragmática: Uma terapia comportamental menos diretiva. Em C. V. B. B. Pessôa, C. E. Costa & M. F. Benvenutti (Orgs.), *Comportamento em foco* (Vol. 1, pp. 417-436). São Paulo: ABPMC.

Mendes, A. C., & Vandenberghe, L. (2009). O relacionamento terapeuta-cliente no Tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26, 545-552.

Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative na eclectic Psychotherapy. In. Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. *Handbook of Psychotherapy Integration*. p. 130-165. New York: Basic Books.

Meyer, S. B., & Vermes. J. S. (2001). Relação Terapêutica. In: Rangé, B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (PP. 101-110). Porto Alegre: Artmed.

Meyer, S. B. (2001). A Relação Terapêutica é o principal meio de intervenção terapêutica? In: H. J. Guilhardi, M. B. B. P, Madi & M. C. Scoz. *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade* (pp.95-98). Santo André: Esetec.

Meyer, S. B. (2004). Processos comportamentais na psicoterapia. In. Cruvinel, A. C.; Dias, A. L. F.; Cillo, E. N. (org). *Ciência do Comportamento. Conhecer e Avançar* (pp. 151-157). Santo André: ESETec.

Meyer, S. B. (2005). Regras e autorregras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Org.), *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre: Artmed.

Meyer, S. B. (2006). Metodologia de Pesquisa da Psicoterapia em Clínicas-Escola. In: Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. (Org.). *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*. Campinas: Editora Alínea, v. 1, p. 23-41.

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental. In: E. Z. Tourinho & S. V. Luna. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. (pp. 153-174). São Paulo: Roca.

Micheletto, N. (2000). Bases filosóficas da noção de relação funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (pp.115-121), vol. 2, nº2.

- Millenson, J. R. (1967). *Princípios da Análise do Comportamento*. Editora Brasília.
- Miranda, C. F., & Miranda. M. L. (1999). *Construindo a relação de ajuda*. 11. Ed. Belo Horizonte: Crescer.
- Monk, G., & Gehart, D. R. (2003). Sociopolitical activist or conversation partner? Distinguishing the position os the therapist in narrative and collaborative therapies. *Family Process*, 42, pp. 19-30.
- Moreira, P., Gonçalves, G., & Beutler, L.E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Morgan, A. (2007). *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Arch Gen Psychiatry*, 39(4): 397-402.
- Moskorz, L. (2011). *Classes de comportamentos profissionais constituintes da classe geral de comportamentos do psicoterapeuta derivadas de um sistema de categorização de comportamentos desse profissional na interação com cliente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.
- Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), pp. 72-88.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: setting the context. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 3-45.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: research and practice*, 19, 170-174.
- Norcross, J. C. (1986). Eclectic Psychotherapy: an introduction and overview. In\_. *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble. *The heart and soul of change. Delivering what really works* (pp. 35- 68). Washington: American Psychological Association.
- Norcross, J. C.; Wampold, B. E. (2011). Relações entre dois aspectos da terapia baseada em evidências: conclusões de pesquisas e práticas clínicas. *Psychotherapy*, vol. 48, N. 1, 98–102.
- Omer, H. (1996). Three styles of constructive therapy. In M. F. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies II* (pp. 319-333). New York: The Guilford Press.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental e caso único: a Psicoterapia Analítico Funcional com dois clientes difíceis*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo – São Paulo.

Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for Client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 846-851.

Pergher, N. K., & Negrão, L. F. (2012). Aplicação do Sistema Multidimensional para categorização de comportamentos na interação terapêutica ao acompanhamento terapêutico com foco no desenvolvimento de comportamento pró-estudo. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, v.12, n.1, p. 88-97.

Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em estudo*, vol.14, n.3, pp. 439-445. ISSN 1413-7372.

Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica e psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia*, 26(3), (pp. 383-389). ISSN 0103-166X.

Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.

Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2004). Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 201-209.

Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia e Educação: Universidade do Minho – Portugal.

Rangé, B. J., & Erthal, T. C. S. (1988). A relação terapêutica na abordagem comportamental. Em H. W. Lettner e B. J. Range (Orgs.) *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole, parte III, c.3,45-48.

Rangé, B. (1995). Relação terapêutica. Em Range, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. pp. 43-66. Campinas, Editorial Psy.

Rangé, B. P., & Souza, C. R. (2008). Terapia Cognitiva. In: Cordioli, A. V. *Psicoterapias abordagens atuais*. 3<sup>a</sup>ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 263-284.

Raskin, J. D. (2007). Assimilative Integration in Constructivist Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 17, No. 1, 50 – 69.

Raue, P. J., & Goldfried M. R. (1994) The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy. Em Horvath, A. O., e Greenberg, L. (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. pp. 131-152. Nova York, EUA: John Wiley & Sons.

Lopes, E. J., Lopes, R. F. F., & Lobato, G. R. (2006). Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 45-54.

Ribeiro, J. P. (2013). *Psicoterapia: teoria e técnicas psicoterápicas*. Segunda edição revisada e atualizada. São Paulo: Summus.

Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol 86, (3), pp. 294-214.

Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In\_. *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios. (pp. 167-181).

Rodrigues, B. D.; Lima, C. F.; Zamignani, D. R.; Malavazzi, D. M.; Simões Filho, E.; Del Prette, G.; Mazer, M.; Zuccolo, P. F.; Banaco, R. A.; Almeida, T. A. C., & Santos, V. M. C. (2014). Efeitos de intervenções reflexivas sobre o repertório do cliente no processo terapêutico analítico-comportamental. In: Denis Roberto Zamignani; Sonia Beatriz Meyer. (Org.). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir dos instrumentos SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)*: volume 2. 1ed. São Paulo - SP: Núcleo Paradigma, v. 1, p. 125-168.

Rigazio-DiGilio, S. A., Gonçalves, O. F., & Ivey, A. (1996). From cultural to existential diversity: the impossibility of psychotherapy integration within a traditional framework. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 235-248.

Rogers, C. R. (1961). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Rosenfarb, I. S. A. (1992). A behavior analytic interpretation of therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354.

Russel, R. L., & Trull, T. (1986). Sequential analyses of language variables in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 16-21.

Ryle, A. (1990). *Cognitive analytic therapy*. Chichester: Wiley.

Safran, J. D., Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

Santos, M. A. C. (2008). *A mudança Narrativa no Processo Terapêutico de Re-Autoria*. Tese de doutorado. Universidade do Minho, Portugal.

Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, (pp. 18-23). Disponível em: < <http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Santos.pdf>>. Acesso em: 25 de out. 2013.

Santos, W. M., Lopes, R. F. F., & Banaco, R. A. (2014). *Integração em psicoterapia e terapia analítico-comportamental: um intercâmbio possível?* Resumo expandido publicado nos anais da VI Jornada de Análise do Comportamento. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filhos” – Campus de Bauru.

Saramago, P. S. B. S. (2008). *O sentir e o agir do psicoterapeuta: impactos da regulação emocional na atitude terapêutica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Schleiermacher, F. D. E. (2003). *Hermenêutica: a arte e técnica da interpretação*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. (Coleção pensamento humano)

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974

Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In: R. R. Kerbauy. *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp.224-228). Santo André: Esetec.

Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapeuta-cliente: uma investigação com base na queixa clínica. In: R. R. Kerbauy. *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 209-216), vol. 05. Santo André: Esetec.

Silveira, J. M. S. (2003). Pesquisa da relação terapêutica em Psicologia Clínica Comportamental. In: Costa, Ca. E.; Luzia, J. C.; Sant'Anna, H. H. N. *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. (pp.139-148). Santo André. ESETec.

Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo Com cuidadoras*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2009.

Skinner, B. F. (1953/2007). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. – 11<sup>a</sup>ed. – São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.

Skinner, B.P. (1948/1972). *Walden II*. São Paulo: EPU.

Skinner, B. F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5, 3-8.

Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões Recentes na Análise do Comportamento*. Campinas: Papirus.

Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Ed.), *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Schacht, T. E. (1984). The varieties of integrative experience. In II. Arkowitz, H., & Messer, S. B. (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavoir therapy: is integration possible?* (p. 107-131). New York: Plenum Press.

Sousa, J., & Ribeiro, E. (2009). Rupturas na aliança terapêutica. In. Ribeiro, E. *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. (pp. 119-141)

Stein, E. (2004). *Aproximações sobre Hermenêutica*. 2.ed. Porto Alegre: EDPUCRS.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: science and practice*. 5(4), pp. 439-458.

Stone, H. Michael (2007). História da Psicoterapia. In Eizirik. L. C, Aguiar. R. W, Schestatsky. S. S & colaboradores. *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 23-41). Porto Alegre: Artmed.

Strupp, H. H. (1980). Success and failure of time limited psychotherapy. Further evidence. Comparision IV. *Arch Gen Psychiatry*, 37:947-54.

Sundfeld, A. C. (2000). Abordagem integrativa: reterritorialização do saber clínico? *Psicologia teoria e pesquisa*, vol.16, n.3, pp. 251-257. ISSN 0102-3772.

Tourinho, Z. E., & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico-comportamental: subsídios para a formação. *ABPMC Contexto*, v. 23, n. 10. Campinas.

Trijsburg, R. W. Lietaer, G. Colijn, S. Abrahamse, R. M. Joosten, S., & Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapy interventions rating scale. *Psychotherapy Research*, 14, 346-366.

Trijsburg, R. W. Colijn, S., & Holmes, J. (2007). Integração em Psicoterapia. In: G. O. Gabbard; J. S. Beck. J. Holmes. *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. (pp. 606-623) Tradução Magda França Lopes, Ronaldo Cataldo Costa. – Porto Alegre: Artmed.

Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., & Callaghan, G.M. (2009). *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: The five rules. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette & G. M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.

Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2009). Supervision and therapist self-development. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism in the therapeutic relationship* (pp. 167-198). New York: Springer.

Vandenbergh, L. (2001). As principais correntes dentro da Terapia Comportamental uma taxonomia. In: H. J. Guilhardi, M.B.B. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz. *Sobre Comportamento e Cognição* (154-161). Santo André: Esetec.

Vandenbergh, L. (2007a). Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica Comportamental. *Psicologia USP*, 18 (4), 89-102, 2007.

Vandenbergh, L. (2007b). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, pp. 105-114.

Vandenbergh, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto*, n. 34, 33-41.

Vandenbergh, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia Teoria e Prática*, 7, 127 – 136.

Vargas, J. S. (1974). *Como formular objetivos comportamentais úteis*. São Paulo: EPU.

Vermes, J. S., Kovac, R., & Zamignani, D. R. (2007). A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extraconsultório. Em D. R. Zamignani, R. Kovac & J. S. Vermes (Orgs.), *A clínica de portas abertas: Experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório* (pp. 201-228). Santo André: Núcleo Paradigma e ESETec.

Vieira, E. D., & Vandenbergh, L. (2011). Reflexões sobre Gestalt-terapia e psicodrama a partir do movimento de integração em psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 75-84.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: the development of higher psychological process*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Wampold, D. E. (2001). The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relation world*. Washington DC: American Psychological Association (APA).

White, M. Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

White, M. (1992). Deconstruction and therapy. In D. Epston & M. White. *Experience, contradiction, narrative & imagination* (pp. 109-152). Adelaide: Dulwich Centre Publications.

- White, M. (1994). Deconstruction and therapy. In D. Epston & M. White (Eds.), *Experience, contradiction, narrative and imagination* (pp. 109-152) (2<sup>nd</sup> Ed.). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2002). *Reescribir La Vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa Editoria.
- White, M. (2004). *Narrative practices and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. Trad. Migliavaca, A. Porto Alegre: Pacartes.
- Wielenska, R. C. (2000). A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(1), pp. 9-19. ISSN 1517-5545.
- Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. In. Borges, N. B. & Cassas, F. A. *Clínica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 160-165). São Paulo: Artmed.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. In: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Nova York: Pergamon.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. In. Kerbauy, R. R. *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. (pp. 229-238), vol. 05. Santo André: Esetec.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo – São Paulo.
- Zamignani, D. R.; Silva-Neto, A. C. P., & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Contexto*, v. 3, pp. 9-15.

## **ANEXO A**

### **Modelo da Entrevista**

## Entrevista

1. No campo da pesquisa em psicologia clínica, diversas abordagens psicoterápicas têm identificado historicamente a importância da relação terapêutica para a promoção de mudanças no cliente. Como historicamente sua abordagem tem lidado com o papel da relação terapêutica no processo de mudança do cliente?
2. A pesquisa clínica em sua abordagem tem avançado no sentido de reconhecer e legitimar a importância da relação terapêutica? Como?
3. Diferentes pesquisas têm indicado que a relação terapêutica é importante para diferentes aspectos do processo terapêutico. Na sua opinião qual a importância do vínculo do cliente com o terapeuta para a adesão à psicoterapia? Como o vínculo terapeuta-cliente é trabalhado em sua abordagem?
4. Na sua opinião a qualidade da relação terapêutica é preditora de bons resultados na terapia?
5. Pesquisas atuais têm apontado a importância do resgate do processo vivencial no contexto da terapia, defendem ser a relação terapêutica um mecanismo de mudança em si mesmo, ou seja, esta relação seria um meio pelo qual as mudanças clínicas do cliente se processariam, em detrimento à utilização de técnicas. Em sua análise, há espaço para uma perspectiva equivalente a essa em sua abordagem?
6. O desenvolvimento e manutenção da relação terapêutica dependem, em grande parte, de habilidades do terapeuta. Sabe-se, nesse contexto, que as habilidades do clínico são de diferentes naturezas: 1) habilidades pessoais, desenvolvidas durante a sua própria história pessoal; e 2) habilidades técnicas e científicas, desenvolvidas durante sua formação acadêmica. Cada interação terapêutica é muito singular, uma vez que cada cliente, com sua

história pessoal única, exigirá do terapeuta a apresentação de certas habilidades para desenvolver e manter a relação terapêutica. Em face dessas considerações, em sua análise, quais habilidades básicas o terapeuta em sua abordagem precisa apresentar, a despeito das diferenças entre clientes, para que possa conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica?

7. Alguns autores têm inserido a relação terapêutica dentro dos fatores inespecíficos ou ainda não especificados que promovem as mudanças no quadro clínico do cliente, por ser comum a diferentes formas de psicoterapia. Qual a posição de sua abordagem a esse respeito? Como você entende o papel dos “fatores inespecíficos ou não especificados” da relação terapêutica?

8. Observa-se na literatura de pesquisa clínica um debate a respeito do estilo de intervenção terapêutica e de seus efeitos na promoção da mudança clínica. Entre os estilos possíveis, encontram-se as intervenções prescritivas e as reflexivas. Pesquisadores de diferentes abordagens psicológicas apresentam evidências de que a diretividade do terapeuta seja um determinante da resistência do cliente, o que leva à defesa de intervenções de cunho mais reflexivo. Nesse contexto, considerando sua abordagem, as intervenções são mais prescritivas/diretivas ou reflexivas?

9. Em sua opinião uma maior diretividade da terapia geraria maior resistência do cliente? Essa maior diretividade teria impactos negativos sobre o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e, por conseguinte, sobre a mudança clínica?

**ANEXO B**

**Parecer do Comitê de Ética**

Continuação do Parecer: 506.143

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** A Relação Terapêutica nas Terapias behaviorista, cognitivista e construtivista: é possível diálogo integrativo?**Pesquisador:** Renata Ferreira Fernandes Lopes**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 23/23513.7.0000.5152**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFU**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 506.143**Data da Reitoria:** 24/01/2014**Apresentação do Projeto:**

Segundo o protocolo, em psicoterapia, "os os fatores que produzem as mudanças clínicas são definidos como específicos (técnicas, teoria, experiência) e inespecíficos (fatores que compõem a relação terapêutica)". Neste sentido, os estudos sobre o entretecimento desses fatores no processo psicoterapêutico são numerosos e um movimento de integração em psicoterapia tem sugerido que existem fatores comuns entre as diferenças formais de psicoterapia que promovem a mudança clínica". Portanto, a proposta de trabalho deste protocolo tem como objetivo entrevistar três (03) grandes exponentes das chamadas terapias analítico-comportamental, cognitiva e construtivista, dos quais dois são brasileiros (Dra. Sonia Beattie Meyer da Universidade de São Paulo, exponente da terapia analítico-comportamental) e Dr. Bernardo Rangé da Universidade Federal do Rio de Janeiro, exponente da terapia cognitiva) e um é português (Mário Miguel O. Gonçalves, exponente europeu no campo da terapia narrativa de re-autoria). Haverá uniformidade da entrevista para os três participantes da investigação, buscando identificar suas definições de Relação Terapêutica nas suas áreas terapêuticas.

**Objetivo da Pesquisa:**

O protocolo tem como objetivo geral: "conceituar Relação Terapêutica nas terapias behaviorista, cognitivista e construtivista e identificar os fatores inespecíficos que a compõem a partir das

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila s/n 121-Bloco 1ºA, sala 224 - Campus Sítia Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica  
**UF:** MG  
**Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34) 3239-4131  
**Fax:** (34) 3239-4335  
**E-mail:** cap@prop.ufu.br

Página 01 de 04

definições dos expoentes de cada uma dessas formas de psicoterapia".

E como objetivos específicos: "apresentar os pilares ontológicos e epistemológicos dessas três modalidades de psicoterapia; revisar sistematicamente a literatura de pesquisa clínica (empíricas, teórico-conceituais) sobre a relação terapêutica nestas três modalidades psicoterápicas; aplicar a entrevista previamente elaborada a pesquisadores que tenham um histórico de pesquisas nestas abordagens psicoterapêuticas".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o protocolo, "o principal risco é o cansaço do entrevistado", mas diante das condições da pesquisa, "ele poderá interromper a entrevista a qualquer tempo e retornar posteriormente, pois terá até 45 dias para responder". E, como benefícios, "os resultados permitem pontos de aproximação e afastamento entre as diferentes formas de psicoterapia em análise". E continua o argumento do protocolo: "Além disso, a pesquisa contribuirá para os estudos sobre fatores integradores em Psicoterapia no Brasil".

**Comentários & Considerações sobre a Pesquisa:**

A estratégia de investigação deste protocolo aplica uma entrevista a três especialistas na área terapêutica, com nove questões abertas, para serem respondidas eletronicamente. Apresenta o plano de recrutamento dos sujeitos da pesquisa, com os seus critérios de inclusão e exclusão coerentes com os objetivos da pesquisa e define a amostra em apenas 03 participantes, com foco na questão terapêutica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados coerentemente.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendência solicitada no parecer consubstanciado no 474.987 de 22/1/2013 foi atendida pelo protocolo.

**Situação do Parecer:****Approved****Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:****Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121-Bloco 1ºA, sala 224-Campus Sítia Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica  
**UF:** MG  
**Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131  
**Fax:** (34)3239-4335  
**E-mail:** cap@prop.ufu.br

Página 01 de 04



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 506.143

Data para entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2015.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do entendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- 1- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de reafiar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na integra, por ele assinado.
- 2- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeriam ação imediata.
- 3- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) junto com seu posicionamento.
- 4- Eventuais modificações ou ademendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, juntamente com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

Endereço: Av. João Naves de Ávila, 2121 - Bloco "A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	Município: UBERLÂNDIA
UF: MG	Fax: (34)3239-4335
Telefone: (34)3239-4131	E-mail: cep@prop.ufu.br

Página 03 de 04

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	Município: UBERLÂNDIA
UF: MG	Fax: (34)3239-4335
Telefone: (34)3239-4131	E-mail: cep@prop.ufu.br

Página 04 de 04



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 506.143

UBERLÂNDIA, 03 de Janeiro de 2014

Assinador por:  
(Coordenador)

Sandra Terezinha de Faria Furtado