
ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE CLIENTE E TERAPEUTA

Alan Alceu Savoine

(Psicólogo, Especialista em Psicopedagogia Clínica)

E-mail: alansavoine@yahoo.com.br

A velocidade com que as relações interpessoais se estabelecem no nosso dia-a-dia depende da qualidade da relação em questão. No trabalho terapêutico não é diferente, a percepção do cliente frente ao terapeuta é indispensável, pois o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica implicam diretamente no objetivo desta relação que é a busca por um resultado terapêutico satisfatório. Sendo assim, este processo ocorre por meio de alguns procedimentos presentes em uma relação interpessoal. Este artigo tem como principal objetivo expor a importância do estabelecimento de uma relação mútua de confiança entre cliente e terapeuta. Sendo isto objeto de estudo na área de atuação do terapeuta frente a um ser humano principalmente em situações de crise.

Palavras-chave: Trabalho terapêutico, Relação Terapêutica, Resultado Terapêutico Satisfatório.

The speed with which interpersonal relations are established in our day to day depends on the quality of the relationship in question. In therapeutic work is not different, the perception of the client against the therapist is indispensable because the establishment and maintenance of the therapy directly involve the goal of this relationship which is the search for a satisfactory therapeutic result. Thus, this process occurs through some procedures in an interpersonal relationship. This paper has as main objective explain the importance of establishing a relationship of mutual trust between client and therapist. That is the object of study in the role of therapist front of a human being especially in crisis situations.

Keywords: Labor therapeutic, Therapeutic Relationship, Therapeutic Outcome Satisfactory.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho terapêutico tem como função básica a promoção de mudanças comportamentais que levem à diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras. Este processo ocorre por meio de alguns procedimentos presentes em uma relação interpessoal, como: modelagem, modelação, descrição de variáveis controladoras e conseqüências dos comportamentos, aplicação de técnicas específicas, fornecimento de instruções, etc.

Já Banaco (1993), tem advertido que o sucesso destas tarefas está inevitavelmente ligado à qualidade da relação terapêutica, que deve ser vista como uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente. A relação terapêutica tem caráter preditor de bons resultados no tratamento, a negligência à relação terapêutica pode ser considerada como uma das maiores explicações para o fracasso do tratamento; reconhecido pelo abandono prematuro da terapia ou pelo não cumprimento dos objetivos iniciais. Surge deste raciocínio que o planejamento do trabalho a ser

realizado pelo terapeuta deve incluir as especificidades necessárias para o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada.

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está correlacionada à efetividade do tratamento, Ford, Luborsky e colaboradores (1985), demonstraram que os clientes que avaliam de forma positiva seus terapeutas (no início do processo terapêutico) foram justamente aqueles que atingiram mais efetivamente seus objetivos.

De acordo com Marziali (1984), também apresentou dados indicando que a concordância entre terapeuta e cliente, sobre a qualidade da relação terapêutica foi um fator preditivo para a efetividade do tratamento.

É sem dúvida alguma inquestionável a influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica. Também é extremamente importante afirmar que este profissional deve estar habilitado não só para a aplicação de técnicas, mas também para assumir a responsabilidade

de construir um relacionamento que seja em si terapêutico.

Segundo Skinner (1953), referiu-se a terapia como uma situação na qual a função primordial seria reduzir os efeitos gerados pela punição entre os quais estão incluídas as reações emocionais de revolta, resistência, medo, ansiedade, raiva e depressão, advindas das principais agências controladoras que são: instituição educacional, governo e religião.

Os autores Kohlenberg e Tsai (1987) e Rosenfarb (1992), completaram os supostos apresentados por Skinner, indicando que o cliente pode buscar ajuda porque suas relações interpessoais apresentam-se insatisfatória e ainda as fontes de reforçamento não são suficientes.

Dadas as condições pelas quais o terapeuta é procurado, é necessário que este se comporte de modo a minimizar o sofrimento do cliente a partir de provisão de estímulos discriminativos e disposição de conseqüências que levem a mudanças comportamentais mais efetivas. Para isto é fundamental que o terapeuta apresente-se como não punitivo e um agente reforçador, trazendo um aumento da tolerância do cliente para a exposição a emoções aversivas (SKINNER, 1953), e maximizando as chances de o cliente aceitar interpretações, seguir instruções e atentar a quaisquer intervenções que o terapeuta possa fazer.

A relação terapêutica é uma oportunidade para que o cliente emita comportamentos que lhe tem trazido problemas a partir da interação com o terapeuta, apreender formas mais efetivas de respostas. Isto ocorre porque os comportamentos do cliente na terapia podem ser entendidos como uma amostra de sua maneira de agir fora deste contexto. (DAVIDSON, 1976).

O terapeuta fornece conseqüências diferenciais a estes comportamentos e também oferece pistas ao cliente sobre padrões comportamentais em relações interpessoais que aumentem as chances de reforçamento positivo, procurando garantir a generalização dos comportamentos apreendidos Rangé (1995).

2. ESTABELECIMENTO E MANUTENÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

No início do processo terapêutico o profissional oferece expressões gerais de aprovação simplesmente pelo fato de o cliente estar em terapia. Em segundo

momento, o reforçamento torna-se contingente a falar sobre tópicos difíceis de expor-se em terapia. Aos poucos o terapeuta passa a selecionar classes de comportamentos que indiquem mudanças relevantes de acordo com os objetivos previamente estabelecidos.

Segundo Greben (1981), o fortalecimento de uma ampla gama de comportamentos é pré-requisito para o engajamento do cliente no trabalho, mas não é suficiente para que ocorram mudanças efetivas sendo necessário o reforçamento contingente à emissão de comportamentos alternativos considerados mais satisfatórios.

Ao mesmo tempo é fundamental que o terapeuta apresente conseqüências diferentes daquelas apresentadas no ambiente natural do cliente, as quais têm mantido seus comportamentos-problema Rosenfarb (1992).

Um resultado terapêutico satisfatório origina-se em parte de características pessoais do terapeuta. A literatura aponta as seguintes qualidades necessárias ao terapeuta: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança e flexibilidade na aplicação de técnicas.

Trabalhos como os de Rudy e Gorsuch (1985), indicaram que os terapeutas avaliados como "calorosos", amigáveis, comprometidos, tolerantes e interessados são aqueles que têm maior sucesso no resultado dos tratamentos.

Uma importante e interessante pesquisa de Strong e colaboradores (1971), explicitou não só as qualidades necessárias ao terapeuta, como também buscou descrever alguns comportamentos considerados relevantes para a relação terapêutica. Conforme apontam os autores, terapeutas que apresentam altas taxas de comportamentos gestuais (movimentos com a cabeça, sorrisos, aproximação do corpo em direção ao cliente), são melhores avaliados tanto pelos clientes quanto por observadores externos.

Um dado complementar importante a este estudo refere-se a afirmativas de alguns autores como Miranda (1993) e Rangé (1995), que apontam à importância de alguns comportamentos gestuais; como manter contato visual para uma relação terapêutica satisfatória. Outro dado referente à condução da sessão terapêutica é dado por Hoyt (1980), este autor descobriu que as sessões nas quais houve maior número de verbalizações do terapeuta e do cliente referentes a eventos privados

(emoções, sentimentos e pensamentos) foram naquelas melhor avaliadas.

Existem também comportamentos e características do terapeuta que podem dificultar o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica. Alguns elementos advindos da história de vida do profissional podem trazer conseqüências negativas ao cliente, como diferenças de valores morais, éticos ou religiosos e identificação com o problema do cliente (Banaco 1993).

Os sentimentos do terapeuta decorrentes de sua história de vida podem ser amostras daquilo que o cliente produz em outras pessoas, no entanto quando os sentimentos do terapeuta não são usados como instrumentos terapêuticos podem fazer parte de uma cadeia comportamental que leve a intervenções inadequadas para o cliente. Outros dados da literatura também indicam que similaridade de opção sexual entre terapeuta e cliente e uma relativa igualdade de nível socioeconômico podem ser benéficas à relação terapêutica.

Bischoff e Tracey (1995), indicaram que uma postura muito diretiva por parte do terapeuta em geral acarreta comportamentos de resistência do cliente (mudanças de assunto, discordâncias). Dados similares foram apresentados por Craske (1995), que indicaram uma correlação entre postura não-diretiva do terapeuta, uma avaliação positiva do cliente e ainda bons resultados no tratamento. Alguns autores têm identificado em terapeutas iniciantes algumas dificuldades específicas nos estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória. Os sentimentos provocados pelo atendimento à preocupação em seguir as regras estabelecidas pelo supervisor e a rigidez quanto a que deve constar em uma entrevista terapêutica podem ser estímulos concorrentes ao comportamento de atender, sendo então indicada a prática de supervisão. Algumas pesquisas indicam que os terapeutas experientes tendem a ser melhor avaliados pelos clientes e por observadores externos e apresentam maior tolerância em relação a comportamentos do cliente ligados à raiva.

3. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Durante o estudo da relação terapêutica é necessário que seja realizada a observação e análise dos comportamentos do terapeuta e dos contextos em que são utilizados, pois se considera que o comportamento

do terapeuta determina em grande parte, os comportamentos do cliente.

De acordo com Schaffer (1982), há várias dimensões a serem consideradas ao se analisar comportamentos de terapeutas. Os tipos de comportamentos referem-se aos objetivos e às táticas para alcançar tais objetivos. A experiência refere-se a como as estratégias são bem desenvolvidas. O estilo interpessoal refere-se à maneira como o terapeuta relaciona-se com o cliente.

Um levantamento realizado por Meyer e Vermes (2001), sobre as categorias de comportamentos do terapeuta trouxe-nos o seguinte agrupamento:

1) Solicitação de informações: Comportamentos que visem à obtenção de informações ou esclarecimento sobre comportamentos do cliente e de terceiros, eventos encobertos e aspectos de história de vida. Podem ser feitas perguntas para testar hipóteses.

2) Fornecimento de informações:

- A) Sobre o funcionamento da terapia (definição de papéis, contrato, regras, estruturação do contexto e objetivos da terapia);
- B) Sobre aspectos psicológicos, médicos e gerais;
- C) Sobre o funcionamento de técnicas e procedimentos terapêuticos.

3) Empatia, calor humano, compreensão, concordância: Comportamentos verbais ou gestuais inclusive expressões do rosto, que tenham como objetivo a aproximação e a demonstração de compreensão. Aqui se inclui o relato verbal dos sentimentos positivos que o cliente desperta no terapeuta, paráfrases, e resumos, uso criterioso de humor, confirmações. Ser empático inclui:

- A) Adoção de perspectiva isto é, disposição para se colocar no lugar da outra pessoa;
- B) Neutralidade e imparcialidade, disposição para ouvir sem julgar os pensamentos e os sentimentos de outra pessoa;
- C) Comportamento pró-social, preocupação genuína com o bem-estar da outra pessoa.

4) Sinalização: Verbalizações na qual o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir de falas do cliente, podendo reformular o relato deste para dar maior relevo a algum conteúdo ou relação.

5) Aprovação: Comportamentos do terapeuta que indiquem aprovação em relação a comportamentos ou relatos verbais do cliente.

6) Orientação: Ordens, conselhos, avisos, orientações específicas, orientações estratégicas, instruções e fornecimento de modelos. Estas formas de orientação podem ser dadas para que:

- A) O cliente comporte-se de maneira indicada em seu cotidiano (orientação para a ação);
- B) O cliente mude aspectos de seu ambiente (orientação para mudança de contingências);
- C) O cliente reflita sobre um tema proposto (orientação para a reflexão);
- D) O cliente execute uma tarefa terapêutica (prescrição de tarefa).

7) Interpretação: Inferências sobre padrões de comportamento do cliente e de outras pessoas e sobre relações causais.

8) Confrontação: Identificação de contradições e discrepâncias no relato verbal, no comportamento do cliente ou na sua situação.

9) Silêncio: Não emissão de respostas orais, após o término do relato verbal do cliente.

3.1 Possíveis Dificuldades no Estabelecimento da Relação Terapêutica

Alguns comportamentos do cliente exigem um trabalho especial do terapeuta para possibilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória.

Segundo Rangé (1995) e Schinohara (2000), levantam a falta de motivação do cliente como uma das principais dificuldades para a relação terapêutica.

E também Bischoff e Tracey (1995), demonstraram em seu estudo que a resistência do cliente ao tratamento é preditiva de um abandono prematuro.

Também se deve levar em consideração à expectativa do cliente e manejá-la de forma especial quando não corresponder ao que o terapeuta pode oferecer.

A importância em atentar às variáveis do cliente pode favorecer ou dificultar a relação terapêutica, recai no fato de que embora existam posturas que devam ser adotadas no atendimento de qualquer cliente; a flexibilidade é importante e alguns cuidados específicos precisam ser tomados na terapia com determinados clientes. Se eles apresentam padrão de comportamento dominador é aconselhável que o terapeuta não tente impor

um ponto de vista; se o padrão for persecutório são recomendadas aceitação e tolerância; se apresentarem sempre queixas é requerido paciência; se apresentarem freqüentemente comportamentos hostis, o terapeuta não deve pressioná-los; se o padrão de comportamentos é submisso e dependente é aconselhável modelar as conquistas em pequenos passos (RANGÉ, 1995).

A faixa etária do cliente é um dos fatores que devem ser levados em conta na construção da relação terapêutica.

Wielenska (1989), aponta a necessidade de o terapeuta considerar a diferença de idade em relação ao cliente, já que a mesma pode ser um ator relevante no tipo de relação estabelecida. A relação terapêutica com adolescentes merece cuidados especiais, pois a busca pela terapia advém em geral de familiares ou instituição educacional e não do próprio cliente.

Clientes de nível socioeconômico e educacional baixos tendem a abandonar a terapia mais cedo do que os de nível mais alto, o que talvez possa ser entendido pela maior semelhança destes últimos com o terapeuta em cultura e comunicação verbal o que facilitaria a relação (GARFIELD, 1995).

Alguns autores apontam dificuldades freqüentes no atendimento a clientes com transtornos psiquiátricos e indicam cuidados que precisam ser tomados para um atendimento satisfatório.

Segundo Beck e Freeman (1993), que “um cliente com delírios paranoídes pode julgar que anotações do profissional na sessão podem ser usadas contra ele”.

Já Sloan (1999), apontou “que clientes com diagnóstico de anorexia freqüentemente avaliam que o terapeuta não está do seu lado”.

E, Cottraux (1998), assinalou que “uma das dificuldades no atendimento com clientes obsessivo-compulsivos refere-se à irritação sentida pelo terapeuta frente às perguntas repetitivas do cliente”.

Nesses casos cabe ao profissional a emissão de comportamentos que não sejam compatíveis à emoção sentida durante a sessão, mas que sejam favoráveis às respostas terapêuticas. (BANACO, 1993).

Os resultados da terapia devem-se às técnicas específicas como (interpretação, obtenção de insight, associação livre, análise de transferência, interpretação de sonhos, confrontações, exposição *in vivo*, correção de pensamentos disfuncionais, etc.). São decorrentes de elementos comuns a todas as terapias, inerentes a relação terapêutica, sendo existentes em qualquer

relação humana de boa qualidade; empatia, calor humano, apoio, autenticidade, além de muitas vezes serem suficientes para tranquilizar, transmitindo esperança e autoconfiança isto é promovendo o ser humano.

3.2 Terapia Comportamental Cognitiva

Existem estudos comparativos entre abordagens que favorecem a terapia comportamental e cognitiva, no qual indicaria que fatores específicos usados pela abordagem são elementos importantes que levam a mudança em casos de pânico e em casos de ansiedade.

Outros estudos constataram uma prioridade das variáveis de relacionamento sobre técnicas no sucesso ou fracasso de terapias. Por exemplo, o estudo de Keyzers, Hoogdwin e Schaap (1994), corroboraram que as variáveis relacionadas à queixa (gravidade inicial, depressão inicial e duração do problema) e as variáveis não-específicas do tratamento (motivação do cliente e qualidade da relação terapêutica), afetaram resultados de tratamentos comportamentais de TOC.

De maneira semelhante no estudo de Arts e colaboradores (1993), que comparou o tratamento entre dois grupos de clientes com TOC. O grupo no qual o terapeuta foi instruído a elogiar, comentar a perseverança do cliente foi mais bem sucedido, quanto à eficácia do uso das técnicas em relação ao grupo-controle, no qual os terapeutas não receberam nenhuma instrução quanto à relação terapêutica. O sucesso no tratamento de depressão está fortemente correlacionado à qualidade do vínculo terapêutico, independente do tipo de tratamento usado. (KRUPNICK, 1996).

Outro aspecto importante são os fatores não-específicos importantes para o sucesso da terapia apresentados por Cordioli (1998), são eles:

- 1) Uma relação de confiança intensa e emocionalmente carregada com a pessoa que ajuda;
- 2) Uma teoria explicativa das causas dos problemas do cliente e na qual se fundamenta 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; e
- 5) Possibilidades de realizar com sucesso novas experiências de vida, acarretando um aumento da autoconfiança;

- 6) Oportunidade para expressar as emoções.

Segundo Seligman (1998), uma estratégia comum entre quase todos os terapeutas competentes não é aplicar apenas técnicas para eliminar problemas, mas ajudar seus clientes a construir um amplo repertório comportamental, constituído de coragem, habilidade interpessoal, racionalidade, discernimento, otimismo. Honestidade, perseverança, realismo, capacidade de alcançar o prazer, habilidade para colocar os problemas em perspectivas, orientação para o futuro e encontro de propósitos.

Outro aspecto comum entre as várias terapias é a oportunidade de o cliente receber de uma pessoa experiente alguma explicação sobre suas dificuldades, sendo que o que é dito parece não ser tão importante já que as várias orientações teóricas dão aos clientes explicações diferentes.

A posição de alguns terapeutas comportamentais contemporâneos sobre fatores específicos (técnicas) ou não específicos (relação terapêutica) é a de que a relação cliente-terapeuta não é a única ou mesmo um meio separado de intervenção. Técnicas como treino em relaxamento, treino de habilidades sociais e tratamentos baseados em exposição serão sempre uma parte importante do arsenal do terapeuta comportamental, é importante citar que estas técnicas deverão ser conduzidas no contexto de uma relação humana.

O questionamento sobre mudanças comportamentais a serem modeladas na terapia por contingências ou pelo estabelecimento de novas regras é similar do questionamento sobre o papel das variáveis específicas ou comuns a todas as terapias no sucesso do tratamento.

Conforme Skinner (1989), os terapeutas comportamentais ao invés de organizarem novas contingências de reforçamento tal como pode ser feito na escola, no lar, no local de trabalho ou no hospital tem a função de fornecer conselhos na clínica. Estes podem ter a forma de ordens ou podem descrever contingências de reforçamento, de acordo com esta análise, as conseqüências que reforçam as mudanças estão fora da clínica e neste sentido os novos comportamentos que o cliente adquire durante a terapia seriam governados por regras. Segundo os terapeutas comportamentais behavioristas a relação terapêutica proveria uma oportunidade para os clientes emitirem comportamentos-problemas e aprenderem formas novas e mais efetivas de resposta.

3.3 Avaliação da Relação Terapêutica

Existem dois principais conjuntos de instrumentos de avaliação da relação terapêutica. Um destes dois conjuntos foi composto por vários tipos de questionários, escala e listas de avaliação respondida ora por clientes, ora por terapeutas e ora por ambos, após as sessões ou ao final da terapia. As perguntas pós-sessão referentes à relação terapêutica incluem, por exemplo, uma avaliação da atitude da sessão, em que grau os problemas existentes no início da terapia foram resolvidos, etc. O segundo conjunto de instrumentos de avaliação da relação terapêutica baseia-se na observação das sessões de terapia. A observação de videoteipes pode ser de trechos da sessão ou da sessão inteira. Em diversos casos são analisadas transcrições de sessões.

Segundo Freeman e Dattilio (2004), o terapeuta cognitivo aplica as técnicas específicas no contexto de um tipo específico de relação interpessoal. O modo como o terapeuta aplica estas técnicas influencia diretamente à natureza a relação terapeuta-cliente e vice-versa; aqui volto a enfatizar a importância de um bom estabelecimento e manutenção da relação terapêutica independente da linha de atuação do profissional.

As características gerais do terapeuta que facilitam a aplicação da teoria cognitiva, bem como outros tipos de psicoterapia incluem cordialidade, empatia acurada e autenticidade. Estas características afetam as atitudes e o comportamento do terapeuta durante o tratamento. Se estes atributos são super enfatizados ou aplicados ingenuamente eles podem ocasionar a ruptura da relação terapêutica. Uma palavra de advertência é necessária; as técnicas cognitivas e comportamentais com frequência parecem enganosamente simples. Conseqüentemente o terapeuta novato pode tornar-se “orientado por expedientes” a ponto de ignorar os aspectos humanos da interação terapeuta-cliente. Ele pode relacionar-se com o paciente como um computador com outro, se esquecendo que tem um ser humano à sua frente e não uma máquina.

Uma atitude cordial pode ajudar a contrabalançar a predileção do paciente de perceber o terapeuta pode ajudar a corrigir distorções cognitivas negativas específicas. É crucial manter em mente que o fator determinante na resposta de um paciente é sua percepção de cordialidade e não o grau real de cordialidade expressado pelo terapeuta. A empatia

acurada refere-se à quão bem o terapeuta pode entrar no mundo do paciente de ver e experimentar a vida da forma como o paciente faz. A genuinidade também é um ingrediente importante em todos os tipos de psicoterapia, um terapeuta genuíno é honesto consigo mesmo e com o seu paciente. Não é suficiente para o terapeuta somente ser genuíno; ele deve ter a habilidade de comunicar esta genuinidade ao cliente, ele precisa penetrar ou contornar o sistema de distorções do paciente para transmitir uma imagem realística de si mesmo.

3.4 Análise Experimental do Comportamento

Abordar-se-á agora o interesse da análise experimental do comportamento que está centrado no reforçamento, na especificação dos comportamentos clinicamente relevantes e na generalização. Estes procedimentos têm-se mostrado extremamente poderosos no tratamento de pacientes institucionais, estudantes em sala de aula e crianças muito jovens ou severamente perturbadas, populações para as quais o terapeuta pode exercer um grande controle sobre o arranjo ambiental cotidiano.

A modelagem direta e o fortalecimento de repertórios comportamentais mais adaptados através do reforçamento são centrais no tratamento analítico-comportamental. Uma das características bem conhecidas do reforçamento é que quando mais próximo de suas conseqüências um comportamento estiver, maiores serão os efeitos do tratamento, serão mais significativos se os comportamentos problema e as melhoras ocorrerem durante a sessão, onde estes estarão no tempo e espaço o mais perto possível do reforçamento. Está é a razão pela qual a Psicoterapia Analítica Funcional é um tratamento para os problemas cotidianos que também ocorrem durante o atendimento terapêutico. Exemplos de tais incluem as dificuldades nas relações de intimidade, incluindo o medo do abandono, da rejeição e de ser “engolido” na relação; dificuldades na expressão de sentimentos, afetos inapropriados, hostilidade, hipersensibilidade a críticas, ansiedade social e comportamentos obsessivo-compulsivos. Além do reforçamento, a análise do comportamento é caracterizada por sua atenção à especificação dos comportamentos de interesse. O termo Comportamento Clinicamente Relevante (CRB), inclui tanto os comportamentos problema como os comportamentos finais desejados. A observação é um

pré-requisito necessário para a definição comportamental dos CRBs. Os behavioristas assumem que os comportamentos podem ser observados, então eles podem ser especificados e contados. Qualquer problema que possa ser diretamente observado é adequado para uma análise do comportamento. O ambiente psicoterapêutico do cliente de consultório atende a este requisito caso o problema cotidiano do cliente seja tal natureza que também ocorra durante o atendimento.

Tradicionalmente os analistas do comportamento têm formulado descrições comportamentais de comportamentos-alvos que se referiam exclusivamente a comportamentos observáveis. Este requisito atende ao propósito de obter confiabilidade, medida por consenso entre os observadores. Na prática é quase impossível obter a desejada objetividade com base nas descrições comportamentais típicas que são formuladas para problemas aplicados, o consenso entre os observadores é enormemente facilitado se o comportamento que está sendo observado existe no repertório dos observadores. A terapia será ineficaz caso o cliente melhore no ambiente terapêutico, mas estes ganhos não se transfiram para a vida cotidiana. Por isso a generalização tem sido uma preocupação fundamental para os analistas do comportamento. A melhor maneira para preparar a generalização é conduzir a terapia no mesmo ambiente no qual o problema ocorre.

3.5 Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

As regras da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) são sugestões para o comportamento do terapeuta, as quais resultam em efeitos reforçadores para o terapeuta. É mais uma questão de “experimente você vai gostar” do que “é melhor que você faça assim”. Além disso, as regras não oferecem aos terapeutas a orientação específica para cobrir todo momento ou situação da sessão. Espera-se que os terapeutas atuem de forma a depender de sua experiência e de outras teorias. O termo Comportamento Clinicamente Relevante (CRB), inclui tanto os comportamentos problema como os comportamentos finais desejados. A observação é um pré-requisito necessário para a definição comportamental dos CRBs.

Segue as 5 principais regras da FAP:

- ◆ **Regra 1: Prestar atenção aos CRBs;** está regra é o coração da FAP. A principal

hipótese é que seguir esta regra melhora o resultado da terapia, portanto quanto maior for a proficiência do terapeuta em identificar os CRBs, melhores serão os resultados. Numa sessão de terapia, a consequência primária do comportamento do cliente é a reação do terapeuta. Caso o terapeuta não proceda a uma observação clara do comportamento do cliente, suas reações poderão ser inconscientes ou antiterapêuticas, o que comprometeria o progresso. Em outras palavras se o terapeuta não estiver ciente dos comportamentos clinicamente relevantes do cliente o que ocorrem durante a sessão, o reforçamento dos progressos no momento de sua ocorrência será algo do tipo “pegar ou perder”.

- ◆ **Regra 2: Evocar CRBs;** um relacionamento terapeuta-cliente ideal evoca CRB1 e cria condições para o desenvolvimento do CRB2. O grau em que isto é alcançado depende é claro da natureza dos problemas de vida diária do cliente. As descrições que clientes fazem sobre o que desejam em uma relação terapêutica apontam a importância de um relacionamento capaz de evocar certos comportamentos. Como certo cliente afirmou; “Terapia é construir uma relação de amor, se você superar seus bloqueios com uma certa pessoa, conseguirá fazê-lo com outras”.
- ◆ **Regra 3: Reforçar CRB2s;** é difícil por a Regra 3 em prática. Os únicos reforçadores naturais disponíveis na sessão, para o cliente adulto são as ações e reações interpessoais entre cliente e terapeuta. Há abordagens diretas e indiretas para se prover reforçamento natural. As abordagens diretas consistem no que um terapeuta pode fazer na hora em que se requer um reforçador; entretanto apresentam um risco maior de produzirem reforçamento arbitrário. As abordagens indiretas propiciam a ocorrência do reforçamento natural por meio da manipulação de outras variáveis diferentes do que se faz imediatamente após o comportamento com risco menor de parecer arbitrário.
- ◆ **Regra 4: Observe os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente;** esta regra deriva-se diretamente de princípios

análítico-comportamentais que enfatizam a importância dos efeitos das consequências do comportamento sobre sua futura probabilidade de ocorrência a observação do terapeuta dos efeitos reforçadores de suas reações sobre o comportamento do cliente pode fornecer o desenvolvimento de comportamentos similares no cliente, CRB3.

- ♦ **Regra 5: Forneça interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente;** ao se perguntar “porque você fez aquilo”, respondemos com um motivo ou interpretação. Em geral a razão inclui uma descrição do que fizemos ou pensamos, sentimos, ouvimos e uma afirmação acerca das causas. O que fizemos e dissemos a respeito depende é claro de nossas histórias pessoais. Do mesmo modo as observações e interpretações do comportamento feitas pelo terapeuta são em função de uma história o que inclui sua experiência clínica e formação teórica. Entretanto independente de quem o faça, um motivo é apenas uma unidade de comportamento verbal, uma seqüência de palavras. De qualquer modo toda a terapia parece incluir ensinar ao cliente a atribuição de motivos que aos olhos do terapeuta, sejam aceitáveis. Especificamente o terapeuta cognitivista ensina os clientes a explicarem seus problemas e progressos à luz de suas crenças ou supostos enquanto que o terapeuta da FAP espera que os motivos se reportem a história de reforçamento e variáveis de controle atuais.

4. CONCLUSÃO

Tendo considerado os atributos terapeuticamente valiosos do terapeuta, focalizar-se-á o desenvolvimento e a manutenção de uma relação terapêutica. Esta relação envolve tanto o paciente como o terapeuta e baseia-se em confiança e colaboração. Na relação terapêutica o *rapport* consiste em uma combinação de componentes emocionais e intelectuais. Quando este tipo de relacionamento é estabelecido, o paciente percebe o terapeuta como alguém que está sintonizado com seus sentimentos e atitudes. Quando a relação de aceitação e confiança é ideal o paciente e terapeuta se sentem seguros e razoavelmente confortáveis um com o outro,

nenhum dos dois está defensivo, excessivamente cauteloso, hesitante ou inibido. Mas sim em equilíbrio.

Para finalizar, quanto à relação terapêutica, este fator indispensável, pode ser considerado como crucial para o sucesso ou para o fracasso do objetivo em comum que é o resultado terapêutico satisfatório. Visando a melhoria da qualidade de vida do cliente em questão, tanto em seu repertório comportamental, sua assertividade, sempre tendo uma visão biopsicosocial. E acima de tudo que tenha prazer em sua vida.

5. REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A. **O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta.** Temas em Psicologia, v.2, p.71-79.1993.
- Brennam, Bárbara Ann (1995). **Luz emergente - A jornada da cura pessoal.** São Paulo: Cultrix/Pensamento.
- Cordioli, A. V. **Como atuam as psicoterapias.** In: Cordioli, A.V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 35-46, 1998.
- Freeman, A., Dattilio, F. M. **Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em situações de Crise.** Porto Alegre. 2004.
- Kohlenberg. R. J., TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas.** Santo André. 2001.
- Leloup, Jean-Yves (1996). **Cuidar do ser.** Fílon e os Terapeutas de Alexandria. Petrópolis: Vozes.
- Lowen, Alexander (1982). **Bioenergética.** São Paulo: Summus Editorial.
- Luborsky, L. (1984). **Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment.** New York: Basic Books.
- Meyer, S. B. **Análise Funcional dos Comportamentos de Psicólogos em Relações Terapêuticas.** São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997.
- Meyer, Sônia; Vermes, Joana Singer. **Relação Terapêutica.** In: Rangé Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- Núcleo de Terapia Corporal (S/N/T). **A angústia de quem estimula a cura.** Essências Textos. Belo Horizonte.
- Rangé, B. **Relações terapêuticas.** In: Rangé. B. (Org.). **Psicoterapia comportamental de transtornos psiquiátricos.** Campinas: Workshopsy, 1995. p. 43-61. Apud Meyer, Sônia; Vermes, Joana Singer. **Relação Terapêutica.** In: RANGÉ Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um**

diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. cap. 6, p. 101-110.

Shinohara, Helene. **Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela?** In: Kerbauy, Rachel Rodrigues, *et al.* Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar na emoção e no questionamento clínico. Santo André: ARBytes, 2000. vol. 5, cap. 27, p. 229-233.

Skinner, B. F. (1993). **Ciência e Comportamento Humano**. Tradução de João Carlos Todorov e Rodolpho Azzi. São Paulo: Martins Fontes (trabalho original publicado em 1953).

Skinner, B.F. **Ciência e Comportamento Humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Seligman, M. E. P. (2003). Foreword: **The Past and Future of Positive Psychology**. In C. L. M. Keyes and J. Haidt (Eds.), **Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived** (pp. xi-xx). Washington, DC: American Psychological Association.

Vermes, J. S. (2000). **Uma avaliação dos comportamentos do terapeuta durante a sessão: relatos verbais do terapeuta e do cliente**. Pesquisa de iniciação científica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

