

O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento

Luc Vandenberghe
Mychelle Borges Pereira
Universidade Católica de Goiás

Resumo: O presente trabalho, baseando-se na Análise Clínica do Comportamento, reflete sobre como o estabelecimento de uma audiência não-punitiva, por parte do terapeuta, pode promover a ocorrência de episódios íntimos na relação terapêutica. Episódios íntimos envolvem vulnerabilidade interpessoal, o que significa que a pessoa abre-se à possibilidade de crítica ou rejeição. Argumentamos que o ambiente terapêutico facilita episódios íntimos que podem culminar numa relação potencialmente curativa, que pode promover transformações importantes no repertório do cliente. A partir de exemplos de vinhetas, propomos entender a intimidade como um processo de interação dinâmica, cujo estudo, de um ponto de vista behaviorista radical, contribui para a compreensão de mudanças terapêuticas que podem ocorrer num tratamento psicológico estritamente verbal.

Palavras-chave: terapia comportamental; epistemologia; análise funcional; análise clínica do comportamento; relação terapeuta-cliente.

THE ROLE OF INTIMACY IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP: A THEORETICAL REVISION IN THE LIGHT OF CLINICAL BEHAVIOR ANALYSIS

Abstract: The present article, based on Clinical Behavior Analysis, reflects on how the establishment of a non-punitive audience by the therapist can promote the occurrence of intimate episodes in the therapeutic relationship. Intimate episodes involve interpersonal vulnerability, which means that a person opens her or himself up to possible criticism or rejection. We argue that the therapeutic environment facilitates intimate episodes that can culminate in a curative relation that can promote important transformations in the clients' repertoires. With the help of examples from vignettes, the article proposes an understanding of intimacy as a process of dynamic interaction, the study of which, from a radical behaviorist point of view, contributes to the comprehension of therapeutic changes that can occur through psychological talk-therapy.

Keywords: behavior therapy; epistemology; functional analysis; clinical behavior analysis; client-therapist relationship.

Introdução

Como o foco está sempre no comportamento do cliente, análises funcionais tendem a excluir a pessoa do terapeuta. Por isso, não é supérfluo lembrar que o processo terapêutico envolve no mínimo duas pessoas, sendo que o terapeuta também é fundamental (DELITTI, 1997). Muitos clientes passaram por situações extremamente punitivas e quando

chegam para a psicoterapia, buscam no terapeuta uma audiência diferente. O presente artigo pretende refletir sobre o papel da intimidade, que pode surgir neste encontro cliente-terapeuta, no processo de mudança do comportamento. A tentativa de resgatar o potencial curativo da relação terapêutica se justifica pelo rumo contextualista das leituras atuais do behaviorismo. Esta visão não permite entender o processo terapêutico como uma via de mão única.

Revisão teórica

Análise funcional e contextualismo

A história da análise funcional começou quando Skinner propôs a contingência tríplice para entender a relação entre comportamentos e os seus contextos. Por meio deste método, é possível identificar as variáveis que controlam e que mantêm comportamentos e assim planejar mudanças nos repertórios comportamentais (VANDENBERGHE, 2004).

Autores behavioristas radicais muitas vezes enfatizam a capacidade do cliente de relatar as variáveis que controlam seu comportamento como um aspecto importante do tratamento. Segundo Guilhardi e Queiroz (1997), o responsável para desencadear e promover este processo de conscientização das contingências é o terapeuta. A sessão é a situação em que o terapeuta pode fazer a análise funcional, pois nesse momento ele tem acesso aos comportamentos do cliente no relacionamento com uma outra pessoa, sendo no caso o próprio terapeuta (KOHLENBERG e TSAI, 2001).

Esta prática é apoiada pela epistemologia contextualista, descendente do pragmatismo, o, em certos sentidos, a face contemporânea dessa filosofia. O contextualismo, como proposto por Stephen Pepper (1942), tem sido adotado por analistas clínicos do comportamento contrapondo as posições mecanicistas e reducionistas na compreensão do comportamento humano. Hayes, Hayes e Reese (1988) enquadram o Behaviorismo Radical na epistemologia contextualista, baseando-se em quatro aspectos das proposições de Skinner: (a) o conceito de operante; (b) a adoção de um critério instrumental de verdade; (c) o reconhecimento do papel ativo do cientista; e (d) a possibilidade de novidade.

Contextualista no conceito de operante é a noção de determinação recíproca entre comportamento e ambiente, na qual o sujeito tanto é construtor do seu universo quanto é moldado pelo mesmo. O ambiente somente influencia o comportamento porque este tem efeito sobre ele. O critério instrumental de verdade na proposta skinneriana decorre de uma visão contextualista porque define saber como sendo comportamento operante. Saber tem conseqüências, seu valor está na pragmática. Já que o saber, de acordo com o behaviorismo radical, é comportamento de alguém – por exemplo, do cientista - não pode ser objetivo e não pode existir critério absoluto de verdade.

O reconhecimento do papel do analista no behaviorismo radical decorre de uma visão contextualista porque o pesquisador, que interage com o objeto do seu saber, não é neutro. Já que observar não é entendido como recepção passiva de informação, mas ação do observador, este último somente observa o efeito dele sobre o objeto e deste sobre ele, tendo assim a impossibilidade de separar objeto e sujeito. Por eliminar o determinismo



linear mecanicista, o contextualismo abre a possibilidade de novidade que vem da interação complexa, onde surge o imprevisto. A complexidade das interações embutida no conceito do operante tem características emergentes e com isso produz o novo.

Análise Clínica do Comportamento

A escolha para os princípios contextualistas transformou o campo da Terapia Comportamental. Esta visão se enraizou entre outros no enfoque interpessoal de Kohlenberg e Tsai (2001), batizado de Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e no enfoque contextual de Hayes, Strossahl e Wilson (1999) chamada de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Ambos se enquadram na família de práticas psicoterápicas verbais, conhecida como Análise Clínica do Comportamento.

São abordagens que se originaram, durante os anos 80, numa releitura crítica do que acontece na Terapia Cognitiva Comportamental a partir de uma análise funcional das interações entre cliente e terapeuta. Foram desenvolvidas para clientes que passaram por terapias empiricamente validadas, mas não melhoraram. Enquanto estas terapias procuram tornar mais adequados pensamentos e sentimentos do cliente, a Análise Clínica questiona as normas sociais que definem certas maneiras de pensar ou de agir como adequadas e consideram o controle por regras, por si mesmo, potencialmente alienadora.

Em vez de tentar mudar os conteúdos que o cliente traz, ou levar o cliente a pensar mais racionalmente, a ACT considera que tal trabalho se reduz à reorganização do cenário, e pretende olhar atrás deste, ou seja, atacar os contextos sócio-verbais que tornaram estes conteúdos ou estes pensamentos problemáticos. Ela se interessa para os contextos que permeiam uma sociedade patogênica ou uma cultura alienadora (HAYES; STROSSAHL e WILSON, 1999).

A ACT objetiva enfraquecer a esQUIVA de emoções negativas e aumentar a capacidade para mudança comportamental. Controle aversivo exercido por eventos privados pode impedir o contato com as fontes de reforçamento. Desta forma, o terapeuta nem sempre agirá como o cliente espera. Ele procura fazer que o cliente destrua regras em vigor e entre em contato com as contingências naturais, sem, no entanto, perceber o cliente como alguém necessitado de que lhe ensinem como se comporte.

A FAP propõe potencializar o processo de mudança, considerando que o relacionamento terapêutico é o veículo que a torna possível. Como a ACT, ela considera que os problemas dos clientes são conseqüências de uma história de fuga ou esQUIVA de situações interpessoais aversivas que podem ser desencadeadas a partir da relação terapêutica. Assim, o terapeuta tem o papel de promover o bloqueio da esQUIVA de situações interpessoais aversivas e a aceitação das reações emocionais associadas a elas (CONTE; BRANDÃO, 1999).

A FAP classifica os comportamentos, relacionados com problemas do cotidiano, que aconteçam na relação com o terapeuta, como CCRs (Comportamentos Clinicamente Relevantes). CCR1 é um comportamento que pertence à mesma classe funcional como comportamentos que, quando emitidos no cotidiano fora da relação terapêutica, fazem parte do problema para o qual o cliente procura terapia. CCR2 é uma melhora do cliente, que ocorre na sessão. Se ele emite comportamentos funcionalmente similares nas situações





Luc Vandenberghe, Mychelle Borges Pereira

problemáticas do cotidiano, os problemas dele melhorariam. CCR3 é a interpretação que o cliente dá às suas ações e reações.

A visão analítica-funcional propõe que as pessoas se comportam devido às contingências de reforçamento presentes nas suas vidas, e a terapia prossegue de acordo com o mesmo princípio. A interação terapêutica é curativa quando enfraquece os CCRs 1, fortalece os CCRs 2 e modifica os CCRs 3 para se tornar mais construtivas. Enquanto a ACT enfatiza a desconstrução do controle verbal, para que o cliente possa dar uma chance às contingências, a FAP coloca o cliente em contato direto com as contingências que controlam seu comportamento. O comportamento clinicamente relevante é modelado durante a sessão terapêutica por meio de reforçadores naturais. Estes últimos são reações genuínas do terapeuta, ou outros efeitos causados pelos comportamentos do cliente que não são específicos para o ambiente terapêutico, mas também são disponíveis como conseqüências de comportamentos similares no ambiente natural. Trata-se de eventos que são contingentes a uma classe maior de respostas por serem elementos que fazem parte da vida do cotidiano.

Intimidade

Para Oliveira (2002), intimidade se refere a compartilhar o que está no interior, revelar-se para o outro, sem medo de rejeição, e isto num contexto de particular afeição e confiança. Intimidade envolve confiança, facilitando a descoberta do outro por meio da abertura, do carinho e da compreensão.

Um exemplo típico de intimidade é o compartilhamento de pensamentos e sentimentos. A auto-revelação pode envolver compartilhamento de sofrimento, sensações desagradáveis como tristeza ou dor, preocupações, ansiedade, vergonha ou insegurança. Mas expressar sentimentos de carinho, amor, atenção, atração, proximidade, esperança, alegria ou orgulho muitas vezes é considerado tão íntimo quanto compartilhar experiências negativas (CORDOVA; SCOTT, 2001; KOHLENBERG; TSAI, 1998).

O comportamento íntimo é comportamento verbal, porque exige a presença de uma outra pessoa (literalmente ou figurativamente um ouvinte) para ser reforçado. Estar em uma relação íntima significa que a auto-revelação é validada por outra pessoa. Episódios de intimidade envolvem uma sensibilidade aos efeitos do comportamento do outro e proporcionam o contexto para empatia. O ambiente terapêutico, onde o terapeuta interage de maneira carinhosa, atenta, reforçadora, próxima à auto-revelação do paciente, é um exemplo de relação íntima.

Comportamentos íntimos envolvem vulnerabilidade interpessoal, isto é, estar aberto à crítica ou à punição. Tornar-se vulnerável no contexto interpessoal significa emitir determinados comportamentos, correndo o risco de sofrer punição por uma outra pessoa. O nível de vulnerabilidade interpessoal é diretamente proporcional à probabilidade e à intensidade da punição associada. Assim, comportamento que foi pouco punido é menos vulnerável do que comportamento que tenha uma história de punição freqüente. Comportamento associado com punição severa é mais vulnerável do que comportamento associado com punição leve. Desta forma, intimidade é uma seqüência de eventos na qual



o comportamento vulnerável à punição interpessoal é reforçado pelo comportamento da outra pessoa (CORDOVA; SCOTT, 2001).

Um único evento íntimo não cria uma relação íntima. É necessária uma acumulação de eventos íntimos. A formação da parceria íntima é inicialmente unidirecional e se torna bidirecional somente quando os dois parceiros emitem e reforçam comportamentos vulneráveis em um processo recíproco. Um parceiro íntimo é a pessoa cuja presença ganha o controle de estímulo discriminativo sobre o comportamento vulnerável do outro. Essa definição identifica um indivíduo em relação ao outro pela função que tem dentro da relação. De outro lado, não é possível para uma relação íntima ser composta somente de eventos íntimos. Punição do comportamento vulnerável faz parte de todas as relações íntimas, mas a probabilidade relativa do reforçamento precisa ser suficientemente elevada para poder caracterizar as interações como íntimas (CORDOVA; SCOTT, 2001). Tudo isto define intimidade como um processo dinâmico, dialético.

O cliente, expondo seus problemas e seus desejos, emite comportamento que é altamente vulnerável à punição em relações interpessoais. A reação do terapeuta será crucial na manutenção deste comportamento durante o desdobramento da terapia. Kohlenberg e Tsai (1998) discutiram o papel curativo da intimidade na relação terapêutica. Uma cliente de Tsai que sofreu abuso sexual quando criança pelo pai, apresentou um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, relatando pesadelos de estupro, imagens intrusivas e dificuldade de confiar, entre outras. Durante as sessões, a terapeuta evocou comportamentos que tinham sido punidos como: lembrar e responder emocionalmente; se expressar livremente; confiar no outro e aceitar expressão de sentimentos positivos em relação a ela mesma como genuínos.

Inicialmente, a cliente não se permitiu sentir-se amada, nem abrir-se para a terapeuta. Ela trouxe questões práticas do cotidiano para a terapia, se esquivando assim de um contato mais íntimo com a terapeuta. Parte do processo terapêutico envolveu aprender a aceitar o amor que a terapeuta sentia por ela e cada vez mais “abrir seu coração” à terapeuta. Por meio da intimidade na relação terapêutica, estes comportamentos vulneráveis foram reconstruídos. A cliente aceitou o carinho da terapeuta e seu próprio desejo de aproximação.

A relação terapêutica

Skinner (2000) menciona, entre as agências controladoras do comportamento: o governo e a Lei; a religião; o controle econômico; a Educação e a Psicoterapia. O principal objetivo da Psicoterapia é mudar comportamentos que aconteceram como resultado de punição. Às vezes, o terapeuta arrisca ter a função de apenas mais um membro de uma sociedade excessivamente controladora. É necessário que o terapeuta se posicione de maneira diferente. À medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não-punitiva, comportamentos que até então foram punidos começam a ter uma chance. Como efeito colateral deste processo, alguns resultados da punição como culpa, depressão, angústia ou rigidez podem desaparecer. Mais importante de que isto, é que quebrando as regras e experimentando novos caminhos, o cliente toma a vida nas próprias mãos, se liberando dos contextos sócio-verbais alienadores.



Banaco (1993) aponta que uma boa relação terapêutica tem sido atribuída a características e habilidades pessoais do terapeuta. Este deve estar atento tanto aos seus próprios comportamentos privados (emoções e pensamentos), quanto aos comportamentos do cliente que os evocam, para assim poder realizar uma análise funcional do que está acontecendo na sessão. De acordo com Kohlenberg e Tsai (2001), a capacidade de compreender as dificuldades do cliente e de se envolver no processo de mudança advém de quando o terapeuta passou por contingências similares às quais o cliente está passando. Assim, a pessoa do terapeuta, com as suas vivências, se torna importante para o processo terapêutico.

Numa visão behaviorista radical, processos psicológicos são analisados em termos do que acontece entre as pessoas e não são atribuídas a dinâmicas mentais internas. De acordo com esta visão, a Psicoterapia acontece em um contexto interpessoal, na qual terapeuta e cliente interagem, e não num processo interno ao cliente. Neste contexto interpessoal, Cordova e Kohlenberg (1994) enfatizam a aceitação como um ingrediente importante para fazer a terapia funcionar. Aceitação refere-se à tolerância de emoções evocadas por estimulação aversiva. Significa entrar em contato com elas em vez de se esquivar. A FAP enfatiza a importância da expressão de emoções e sentimentos no processo terapêutico. O terapeuta acolhe as necessidades do cliente, para que ele não se esquive dessas experiências. A relação terapêutica é uma oportunidade para os clientes emitirem comportamentos-problemas e aprenderem formas novas de se relacionar (KOHLENBERG; TSAI, 2001).

Um terapeuta que mantém uma posição estritamente técnica, uma face neutra e impessoal, arrisca a punir o comportamento vulnerável do cliente em relação a ele, e diminuir assim a probabilidade de que o mesmo se expresse com a mesma abertura no futuro. Expor experiências próprias pode ser uma estratégia do terapeuta de se tornar vulnerável na relação com o cliente. A auto-revelação pelo terapeuta pode consistir em compartilhar suas crenças, emoções e sentimentos em relação ao que acontece na terapia. Quando ambos, terapeuta e cliente reforçam comportamentos vulneráveis à punição interpessoal, uma relação íntima bidirecional está sendo construída.

Para ilustrar esta proposta, alguns exemplos foram colhidos numa terapia. Em primeiro lugar, mostramos como a formulação de caso da FAP liga os problemas do cotidiano e as crenças da cliente com sua história e com as metas do tratamento, para poder derivar destes os alvos de mudança que podem ser alcançados com a relação terapêutica.

Os problemas para os quais a cliente procurou tratamento eram sua dificuldade de relacionamento com o marido, as filhas e colegas de trabalho, e se sentia rejeitada por vários deles. Ela mencionou sentimentos de timidez e inferioridade para justificar sua esquiva de situações sociais, como também dificuldade de se colocar.

A sua história de aprendizagem relevante incluiu: desqualificação da expressão dos seus sentimentos pela tia que era responsável pela sua educação; repertórios sociais modelados por punição e reforçamento negativo; abandono pelo pai e discriminação pela tia em comparação à prima. "Entregar-se num relacionamento" foi punido por pessoas importantes para ela em várias etapas da sua vida.

As crenças que ela mantinha com insistência incluíam: "sou um fracasso como mãe; sou velha; se expressar meus sentimentos vou perder as pessoas; sou chata; o problema está em mim".



A partir da formulação acima, se destacaram como metas da terapia: aprender a expressar seus sentimentos; encarar suas capacidades de agir de maneira mais realista; desenvolver iniciativa em relacionamentos e aprender a curtir relações interpessoais.

Estas metas gerais foram traduzidas nos seguintes alvos da sessão: permitir à cliente expressar seus sentimentos sobre a terapeuta e o trabalho terapêutico e reforçar estas expressões; reforçar relatos de relações funcionais entre seus sentimentos e as contingências interpessoais que vivencia; promover e acolher comportamentos de entrega; desafiar atitudes tímidas na sessão; reforçar tomada de iniciativas no seio da relação terapêutica.

Momentos de Intimidade

Quando, durante várias sessões, a cliente tinha se esquivado de perguntas sobre sua vida e das tarefas de casa que eram solicitadas, a terapeuta decidiu compartilhar seus sentimentos: “Nossa relação começou de forma legal (...). Eu esperava ansiosa pelas nossas sessões. (...) Hoje eu acho nossas sessões frustrantes, angustiantes. Já não sei o que fazer para lhe ajudar. (...) Existe algo em mim que lhe incomoda? Eu não te ajudo?”. A cliente se emocionou, respondendo: “Não. Esse é o meu jeito, acho que sou assim com as pessoas porque na minha infância fui muito reprimida, não podia fazer nada, só o que minha tia queria. Acho que meu pai não podia ter me abandonado, poderia ter cuidado de nós, de mim e dos meus irmãos. A terapia está me ajudando muito.”. Percebemos que a cliente reforça a abertura que a terapeuta faz, falando sobre si mesmo e mostrando seus sentimentos.

No meio do processo terapêutico, a terapeuta solicitou à cliente que respondesse a uma lista de perguntas que lia, para a cliente avaliar o processo terapêutico. À questão “O que lhe chateia em mim?” ela responde: “Quando você pergunta demais.”. Quando a terapeuta pergunta “Você já teve vontade de se afastar da terapia?” ela diz “Já, quando você começa com muitas perguntas.”. À pergunta “O que é difícil para você lidar durante a sessão da terapia?” ela responde “Quando você pergunta demais sobre qualquer coisa do meu passado.”. A cliente critica a terapeuta. Este comportamento assertivo significa uma melhora para a cliente e a terapeuta aceita a crítica. A partir deste momento a cliente começa gradualmente a se expressar melhor e a fazer tarefas.

Enquanto no início do processo a cliente se esquivava de muitas situações difíceis dentro da terapia, no momento que emerge a intimidade no processo terapêutico a cliente, por sua vez, começa a emitir comportamentos vulneráveis, expressando opiniões e sentimentos.

Numa sessão, a cliente conta sobre um encontro com sua filha mais velha: “Achei-a muito mal-arrumada, estou tão descrente com minha filha; ela reagiu me abraçando, sentou no meu colo. Eu não sei o que eu sinto por ela, achei-a muito malvestida”. A terapeuta compartilha o efeito que este relato tem sobre ela, dizendo: “Quando vejo você falando assim me lembro da minha mãe, ela está sempre falando comigo para que eu ande mais bem-vestida”. A fala da cliente tinha uma função de fuga-esquiva em relação a uma pergunta anterior feita pela terapeuta concernindo seus sentimentos. Criticando sua filha ela não precisava falar sobre si mesma. A terapeuta, pelo contrário se vulnerabilizou falando sobre sua relação com a sua mãe.



Luc Vandenberghe, Mychelle Borges Pereira

Depois desta auto-revelação da terapeuta, a cliente ainda responde de forma fria e racional: “Ela não era assim quando trabalhava no banco, se arrumava, fazia escova, mas você tem razão. Cada pessoa tem o seu jeito de ser”. Mas na próxima sessão ela expõe sua nova disposição de aceitar as pessoas, expressa suas emoções, abrindo mão de sua posição segura de quem avalia os outros, uma nova vulnerabilidade. Numa sessão posterior, ela compartilha seus sentimentos de solidão depois de ter mudado de cidade, e a terapeuta se vulnerabiliza falando de um sentimento similar que sentiu quando se mudou do interior para a capital. Depois desta interação, o novo comportamento da cliente de confiar e se entregar se tornou mais presente no trabalho terapêutico.

Numa outra sessão, a cliente relata sua dificuldade em dizer “não” para as pessoas de uma forma geral, e a terapeuta a pergunta: “E aqui comigo, teve alguma situação em que você queria dizer “não” e não teve coragem?” A cliente responde: “Tive quando você trouxe aquele questionário de avaliação do meio do processo terapêutico para eu responder”. Reconhecendo a melhora, a terapeuta procura ir um pouco além, tentando evocar um comportamento clinicamente relevante mais definido: “E se eu trouxesse novamente?”. A cliente responde: “Eu posso dizer não?”. Por mais fraca que esta resposta pareça, ela constitui um comportamento novo que a terapeuta só pode reforçar naturalmente deferindo o pedido da cliente com a resposta “Claro que pode”. A terapeuta acolhe a expressão de sentimentos pela cliente, abrindo mão do controle que tinha da sessão.

A intimidade como processo interpessoal tem um papel importante na relação terapêutica. A cliente de nossos exemplos se esquivava de situações difíceis e não colaborava com o processo terapêutico. A partir do momento em que o ambiente terapêutico propiciou episódios íntimos, sua capacidade de mudança aumentou. Houve oportunidades para que comportamentos que tinham sido punidos na história de aprendizagem da cliente fossem reforçados e quando, com a acumulação de momentos íntimos, se construiu uma relação em que a cliente encontrou um ambiente pouco aversivo, a interação se tornou calorosa, atenciosa, próxima, e a cliente se arriscou cada vez mais, abandonando os padrões de esquila que já marcavam seu estilo interpessoal desde muitos anos.

É importante notar que a terapeuta não só evocou e reforçou comportamentos vulneráveis da cliente, mas que ela também se tornou vulnerável na relação, revelando seus sentimentos e detalhes da sua experiência pessoal. Esta bidirecionalidade da relação íntima parece ter sido um fator importante em levar a cliente a se dispor a experimentar novos caminhos e novos sentimentos. Este efeito torna a intimidade um ingrediente valioso da terapia, pois se arriscando e experimentando, aprende-se novas estratégias de vida.

Para poder reforçar comportamentos vulneráveis à punição interpessoal, a terapeuta teve que abrir mão do controle que ela podia ter sobre o processo terapêutico. Esta disposição de se tornar vulnerável desistindo do controle se sustenta na visão contextualista inerente na Análise Clínica do Comportamento (CARRASCOSO-LOPEZ, 2001; PERES-ALVARÉS, 1996). Como Oliveira (2002) argumentou, a visão epistemológica que rege a Análise Clínica do Comportamento torna a relação mais íntima. Abrindo mão das certezas que uma visão mecanicista poderia lhe garantir, o terapeuta não somente se torna mais sensível para as variáveis do comportamento do cliente, mas se torna também mais vulnerável na



relação. Assim a epistemologia escolhida facilita uma relação de cuidado com o cliente através do seu referencial teórico.

Conclusões

Como conclusão propomos que, na terapia pela fala, uma relação íntima entre terapeuta e cliente pode ser um ingrediente crucial, ligado à aceitação de sentimentos, à quebra de controle verbal e à oportunidade para que novos comportamentos emirjam. A conceituação da intimidade como um processo comportamental possibilita uma indagação empírica deste aspecto da relação terapêutica. Espera-se com isso que o presente artigo possa contribuir para pesquisas futuras enfocando a análise funcional do processo terapêutico.

Referências

- BANACO, R. A. O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 71-80. 1993.
- CARRASCOSO-LÓPEZ, F. J. Algunas implicaciones derivadas y peculiaridades de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). **Apuntes de Psicología**, v. 19, n. 2, p. 327-360. 2001.
- CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, M. Z. S. Psicoterapia analítico-funcional: a relação terapêutica e a análise comportamental clínica. In: KERBAUY R. R.; WIELENSKA R. C. (Orgs). **Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação**, v. IV. Santo André: ESETec, p. 134-148, 1999.
- CORDOVA, J. V.; KOHLENBERG, R. J. Acceptance and the therapeutic relationship. In: S. Hayes; N. Jacobson; V. Follette; M. Dougher (Orgs.), **Acceptance and change: content and context in psychotherapy**. Reno: Context Press. p. 125-142. 1994.
- CORDOVA, J. V.; SCOTT, R. L. Intimacy: a behavioral interpretation. **The Behavior Analyst**, v. 24, n. 1, p. 75-86. 2001.
- DELITTI, M. Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. In: M. DELITTI (Org), **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiva-comportamental**, v. II. p. 37-44. Santo André: ARBytes, 1997.
- GUILHARDI, H. J.; QUEIROZ, P. B. P. S. A análise funcional no contexto terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco de análise. Em M. DELITTI (Org.), **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiva-comportamental**, v. II. Santo André: ARBytes, p. 45-97. 1997.
- HAYES, S. C.; HAYES, L. J.; REESE, H.W. Finding the philosophical core. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, v. 50, n. 1; p. 97-111. 1988.
- HAYES, S. C.; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change**. Nova York: Guilford, 1999.
- KOHLENBERG, R. J.; TSAI, M. Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In ABUEG, F. R., FOLLETTE, V.; RUZEK, J. (Orgs). **Trauma in context: a cognitive behavioral approach**. p. 42-55. Nova York: Guilford, 1998.
- KOHLENBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações**



Luc Vandenberghe, Mychelle Borges Pereira

terapêuticas intensas e curativas. Santo André: ESETec, 2001.
OLIVEIRA, J. A. **Intimidade no processo terapêutico**. 2002. 50f. Monografia de conclusão de curso não publicada - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.
PEREZ-ÁLVARES, M. **Tratamientos Psicológicos**. Madrid: Ed. Universitas, 1996.
PEPPER, S. C. **World Hypothesis**. A study in evidence. Berkley: University Press, 1942
SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1953/2000.
VANDENBERGHE, L. A análise funcional. In: Brandão, M. Z. S.; Conte, F. C. S.; Brandão, F. S.; Ingberman, Y. K., Silva, V. L.; Oliani, S. M. (Orgs), **Sobre comportamento e cognição**. v. XIII. p. 62-71. Santo André: ESETec, 2004.

Contato:

Mychelle Borges Pereira
Rua Senador Moraes Filho, 644, apt. 111 – Setor Campinas
Goiânia – GO
CEP 74515-010
E-mail: mychelle@cotril.com.br

Tramitação:

Recebido em: 20/07/2004

Aceito em: 15/12/2004