



Intimidade na relação terapêutica: Uma caracterização da palavra por terapeutas analítico-comportamentais

Intimacy in the therapeutic relationship: A characterization of the word by behavior analytic therapists

Jocelaine Martins da Silveira^[a], Luciane de Cássia Guenzen^[b]

^[a] Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), professora adjunta no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: jocelainesilveira@ufpr.br

^[b] Mestranda em Psicologia na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: luciane@lmartins.com

Recebido: 27/04/2012
Received: 04/27/2012

Aprovado: 11/10/2012
Approved: 10/11/2012

Resumo

Este estudo teve o objetivo de levantar os usos que uma comunidade de terapeutas analítico-comportamental faz da palavra *intimidade* na relação terapêutica. Participaram do estudo 74 terapeutas (N = 74). Utilizou-se o programa QuestionPro para condução da pesquisa. Buscou-se operacionalizar o termo *intimidade* e investigar seu impacto emocional no terapeuta. Os resultados indicaram que os terapeutas evitaram o tema e que havia singularidade quanto à compreensão do termo. Todos os participantes consideraram que a intimidade influencia o tratamento e que é um processo essencialmente bidirecional, além de a considerarem diferente das demais relações afetivas. Os resultados foram discutidos considerando que, embora a maioria tenha indicado a bidirecionalidade da intimidade, poucos listaram suas próprias ações ou de ambos relacionadas com a intimidade. Além disso, embora a intimidade tenha sido considerada importante para o tratamento, poucos dos participantes ofereceram definições operacionais desse termo, sugerindo a necessidade de mais estudos e esclarecimentos sobre o tema.

Palavras-chave: Intimidade. Relação terapêutica. Análise do comportamento.

Abstract

This study had the aim of mapping the uses that behavior analytic therapists do of the word intimacy in the therapeutic relationship. Seventy-four (N=74) therapists took part in this study. The program QuestionPro was used to conduct the research. It was tried to operationalize the term intimacy and its emotional impact on the therapist. The results showed that the therapists avoided somehow the subject, and that there was singularity in the comprehension of it. All the participants considered that intimacy does influence in the treatment and that it is mainly a bidirectional process, although it was considered different than other affective relations. The results were discussed considering that, although most of the therapists indicated intimacy as bidirectional, just a few listed their own actions or both therapist and client's with intimacy. Also, although intimacy was considered important to the treatment, a few participants offered operational definitions of the term, suggesting the need of more studies and enlightenment.

Keywords: Intimacy. Therapeutic relationship. Behavior analysis.

O termo *intimidade* é usado para exprimir pensamentos de proximidade, calor humano e o compartilhamento de afetividade. Apesar da aparente familiaridade que se tem com a noção de intimidade, os estudiosos de análise do comportamento a consideram um fenômeno difícil de ser estudado. Segundo Cordova e Scott (2001), os analistas comportamentais clínicos têm, possivelmente, evitado estudar intimidade, considerando-a um constructo, em vez de um evento a ser expresso em termos comportamentais. No entanto, de acordo com Cordova e Scott (2001), esse e vários outros eventos podem ser operacionalizados em termos comportamentais. No caso daquilo que se convencionou chamar de *intimidade*, basta voltar a atenção para o uso da palavra por uma comunidade verbal. Cordova e Scott (2001) citam o filósofo contemporâneo Wittgenstein, para quem o significado de uma palavra está em seu uso nos jogos da linguagem.

A definição de *intimidade* proposta por Cordova e Scott (2001) é um processo que se desenvolve a partir de uma sequência de eventos observáveis nos quais comportamentos vulneráveis à punição não são punidos, mas, ao invés, são positivamente reforçados por outras pessoas. A chamada *vulnerabilidade interpessoal* acontece quando alguém age no contexto atual da mesma maneira que no passado teria produzido punição. De acordo com os autores, expressar tristeza ou amor, estar disponível para o parceiro ou cuidar de uma criança são ações caracterizadas pelo risco de punição. Então, de acordo com os autores, a intimidade requer vulnerabilidade interpessoal, a qual é maior nos relacionamentos interpessoais na medida em que a exposição a eventos íntimos ocorre de modo mais frequente e variado.

Mas, será que o único entendimento possível de intimidade pressupõe, necessariamente, vulnerabilidade? Muitos comportamentos a que se costumam chamar de íntimos em relacionamentos afetivos parecem não ser vulneráveis à punição. O abraçar, o beijar ou o fazer um carinho não parecem respostas que foram punidas no passado.

De acordo com Schwartz (1993), *proximidade* (do inglês *closeness*) é um conceito indefinido, ainda que seja tema central em muitas psicoterapias. Segundo o autor, a proximidade é uma metáfora que nomeia eventos de modo pouco acurado. O correlato comportamental da experiência de proximidade seria o compartilhar (*sharing*) informações pessoais, estados emocionais, pontos de vista, um

objetivo comum, dentre outros. *Proximidade* (*closeness*) tem sido um termo muito utilizado entre conversas informais de psicoterapeutas e na literatura, sem que, no entanto, tenha sido definido com precisão. Pode-se supor que a noção de *proximidade* (*closeness*) seja similar à de *intimidade*, que é outra palavra comum e pouco operacionalizada na literatura sobre psicoterapia. Quase duas décadas se passaram desde a publicação desse artigo e continua havendo dissenso sobre o significado de *intimidade* (ou *proximidade*), assim como sobre sua relevância teórica e prática para as psicoterapias.

As terapias da terceira onda na clínica comportamental, em especial a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), utilizam “o setting terapêutico para promover uma relação íntima de intensa troca e envolvimento” (Braga & Vandenberghe, 2006, p. 310). É possível que o primeiro analista do comportamento a dar relevância ao tema *relação terapêutica* tenha sido C. B. Ferster (1972). Segundo o autor, os comportamentos-alvo originados fora da terapia tenderiam a ocorrer na relação do cliente com o terapeuta. Ao longo da década de 80, Kohlenberg e Tsai (1987) sistematizaram os eventos do contexto clínico em uma estratégia terapêutica: a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991). A FAP utiliza a relação terapêutica como instrumento para mudanças clínicas. A partir dos anos 80, o papel do terapeuta foi deixando de ser o de aplicador de técnicas que mantinha certo distanciamento de eventos do cliente e passou a ser analisado como um importante aspecto na promoção da mudança clínica (Alves & Marinho, 2010).

A literatura recente localiza no responder contingente do terapeuta às respostas do cliente o principal aspecto do chamado mecanismo de mudança clínica (Callaghan & Follette, 2008; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009). Frequentemente, nesses textos, o termo *intimidade* na relação terapeuta/cliente é cunhado sem a preocupação de esgotar sua definição operacional.

Braga e Vandenberghe (2006, p. 307) consideram o relacionamento terapeuta/cliente “uma via de mão dupla na qual o terapeuta influencia o cliente por meio do impacto que o cliente tem sobre ele. É um tipo de relação na qual nem cliente nem terapeuta pode sair sem ser transformado”. A psicoterapia é, eventualmente, um processo doloroso, cabendo ao terapeuta, frequentemente, bloquear

comportamentos de fuga/esquiva emitidos pelo cliente. Quando esse trabalho é feito num contexto de intimidade, o cliente estaria mais inclinado a tolerar suas frustrações. Esse processo, porém, exige que “o terapeuta permita ser afetado como pessoa pelo cliente” (Braga & Vandenberghe, 2006, p. 310). De acordo com Braga e Vandenberghe (2006), o terapeuta precisa envolver-se em uma relação de aceitação e precisa se deixar transformar para promover mudanças no cliente. Segundo Vandenberghe e Pereira (2005, p. 130), a relação terapeuta/cliente é um exemplo de relação íntima, nela “o terapeuta interage de maneira carinhosa, atenta, reforçadora, próxima à autorrevelação do paciente”.

A seguir, serão comentados estudos brasileiros que buscaram investigar, de modos diferentes, a intimidade no contexto terapêutico (Coppede, 2007; Vieira, 1997).

Coppede (2007) discute a intimidade na díade terapeuta/cliente, considerando-a diferente da intimidade construída em outros relacionamentos, por ter uma função terapêutica. Assim, para alguns estudiosos, a intimidade na relação terapêutica é, em certa medida, calculada de modo a ocorrer quando for necessária ao tratamento. Segundo a autora, é preciso cuidar para que a relação terapêutica não se torne excessivamente arbitrária e artificial e, ao mesmo tempo, para que não perca as características especiais inerentes ao processo terapêutico.

Na pesquisa da dissertação intitulada “Intimidade no relacionamento terapeuta cliente: alcances e limites”, Coppede (2007) buscou investigar a ocorrência, na sessão, de perguntas do cliente que levavam o terapeuta a falar de particularidades de sua vida. O estudo investigou também o efeito que tais perguntas tinham sobre o terapeuta e a relação terapêutica, além do que controlaria o comportamento do terapeuta de responder a essas questões. Os resultados indicaram que os terapeutas concordaram quanto a analisar o contexto antes de responder a perguntas de sua vida privada e que não respondem perguntas que lhes constrangiam ou que fossem “muito íntimas”. Os terapeutas não demonstraram, de modo geral, desconforto em relação a perguntas relativas a sua vida privada. Indicaram, no entanto, situações em que as perguntas não deveriam ser respondidas, ou, se fossem, que o terapeuta a fizessem “teórica ou conceitualmente” (Coppede, 2007, p. 76). O modo dos terapeutas tratarem perguntas invasivas mostrou-se diretamente

relacionado com o grau de envolvimento e intimidade com o cliente. A pesquisadora discutiu comportamentos de fuga/esquiva de intimidade dos terapeutas e observou que, ao fazerem isso, estiveram priorizando a manutenção da relação, mas não estariam investindo no incremento dela. “Evitando intimidade, o terapeuta parece estar cuidando da relação e do processo, mas na verdade está deixando de emitir comportamentos que poderiam tornar a relação mais intensa” (Coppede, 2007, p. 82). Os terapeutas, apesar de falarem de si, limitaram-se a falar somente sobre os aspectos positivos do seu repertório. Terapeutas mais experientes demonstraram emitir mais comportamentos de fuga/esquiva de intimidade do que os menos experientes. Não houve mais facilidade por parte dos terapeutas experientes para emitir comportamentos de intimidade. Quanto à postura profissional adotada, os terapeutas mais experientes foram categorizados no estudo como “estilo clínico defensivo”, enquanto que os menos experientes caracterizam os “estilos clínicos afetivo e criativo”.

Os resultados do estudo de Coppede (2007) instigam o questionamento do que estaria influenciando a diferença nas intervenções dos terapeutas experientes e pouco experientes quanto à auto-exposição. Uma possível influência pode ser a própria prática, cujos erros e acertos modelaram as respostas dos experientes, e uma outra influência pode ser a da formação mais recente dos terapeutas menos experientes, que possivelmente foram encorajados, pelas terapias de terceira onda, a arriscarem-se na relação terapêutica.

No estudo de Vieira (1997), terapeutas comportamentais responderam *quando e por que* fazem autorrevelação, *como* fazê-la, *quando não* fazê-la, dentre outras perguntas. O estudo considerou o relacionamento terapêutico como um encontro de subjetividades no contexto interpessoal, no qual a *autorrevelação* (AR) do terapeuta (ato do terapeuta de revelar verbalmente algo de si durante a sessão) é um evento comum. O objetivo do estudo foi “buscar amparo para a utilização ou não da auto-revelação e investigar a intenção, assim como a visão do terapeuta do impacto da AR sobre si, sobre o cliente e sobre o processo” (Vieira, 1997, p. 10). Fizeram parte do estudo dez terapeutas de formação behaviorista. A pesquisadora discutiu que AR foi uma prática comum entre a amostra de terapeutas e que houve predomínio de AR nos terapeutas que foram expostos durante

a formação às ideias da “terceira onda” da terapia comportamental, sendo os terapeutas com menor experiência, os que apresentaram mais razões para utilizar a AR. Foram os menos experientes também que destacaram a autenticidade como uma questão relevante no processo terapêutico. A pesquisadora indicou também que “a falta de conhecimento teórico sobre o assunto parece ser uma variável que restringe o relato sobre a prática” (Vieira, 1997, p. 83). Para a maioria dos entrevistados, a AR tinha como meta a melhoria do cliente, não servindo aos interesses do terapeuta. O impacto da AR sobre o processo foi positivo, apesar de logo após a AR, o terapeuta experimentar certo desconforto.

Um outro ponto a se considerar sobre a intimidade na relação terapeuta/cliente é seu impacto emocional sobre o terapeuta. Oliveira e Vandenberghe (2009) conduziram um estudo sobre as experiências angustiantes para os terapeutas (do inglês, *upsetting experiences*) que ocorrem na prática clínica. A pesquisa foi realizada com quatro terapeutas de orientações teóricas diferentes: dois comportamentais e dois de orientações psicanalíticas, que conversaram com os pesquisadores sobre situações angustiantes que ocorrem com o cliente na sessão. No primeiro encontro, foi pedido a cada participante que escolhesse um ou mais clientes atuais que fizeram com que o profissional se sentisse punido ou magoado numa sessão recente, e que eles relatassem episódios angustiantes envolvendo os clientes escolhidos.

Os participantes foram solicitados a observar suas interações com o cliente e seus sentimentos. As experiências mais angustiantes relatadas pelos quatro participantes foram: a resistência dos clientes ou o cliente trabalhar contra o tratamento. Todos os participantes relataram sentir um vago desconforto, autocrítica, insegurança, raiva e desamparo sobre a efetividade de seu trabalho. Três deles se sentiram culpados pelos episódios de confrontação. Todos os terapeutas foram favoráveis a revelar o impacto emocional dos episódios com pelo menos alguns de seus clientes, mas eles geralmente não colocavam isso em prática ou não obtiveram sucesso ao fazer. Todos relataram ter focado, pelo menos uma vez, em seus próprios sentimentos, em vez de atentar para o que aconteceu entre eles e seus clientes. Os terapeutas relacionaram a improdutividade dessas intervenções a seus próprios problemas pessoais. Por outro

lado, o sofrimento do terapeuta forneceu, muitas vezes, novas informações que lhes permitiram revisar e aprofundar a compreensão dos problemas do cliente. Segundo os terapeutas, a participação nessa pesquisa trouxe ganhos pessoais. Todos relataram que trabalhar com o próprio sofrimento a partir do comportamento de um cliente em particular aumentou a consciência do que acontece no relacionamento com outros clientes. Um participante relatou que, se não fosse pela entrevista, nunca teria pensado sobre a questão.

Em suma, o exame da literatura indica que o termo *intimidade* eventualmente é usado de modo muito próximo da noção coloquial, e que há pesquisas sendo feitas para esclarecer diferentes aspectos sobre o tema, o que sugere tanto a relevância quanto o interesse pelo assunto (Braga & Vandenberghe, 2006; Coppede, 2007; Oliveira & Vandenberghe, 2009; Vandenberghe & Pereira, 2005; Vieira, 1997). Para os analistas comportamentais, a compreensão dos usos de uma palavra está estreitamente ligado ao entendimento das contingências que controlam esse uso. Segundo Skinner (1989), a identificação dos usos de muitos termos, inclusive dos mentalistas, indica as condições em que as palavras foram sendo mantidas e foram ganhando significado em uma cultura. Por exemplo, Skinner (1989, 1974) traduz expressões ou palavras em termos de seus usos pela comunidade verbal e, de modo especial, traduz os substantivos em ações humanas.

De acordo com a Análise do Comportamento, *intimidade* é um constructo que pode ser traduzido nos usos que a comunidade verbal faz dele. Quando se busca compreender o significado de *intimidade* no contexto da Clínica Comportamental, a comunidade verbal que poderá fornecer dicas sobre seu uso é a dos próprios terapeutas analítico-comportamentais.

Assim, o objetivo do presente estudo foi delimitar comportamentalmente — conforme os usos pela comunidade de terapeutas analítico-comportamentais — o termo *intimidade*; identificar a importância atribuída à intimidade na relação terapêutica por terapeutas analítico-comportamentais; distinguir o termo *intimidade* na relação terapeuta/cliente dos demais relacionamentos humanos, categorizar comportamentos ditos íntimos em termos de ações que ocorrem na relação terapeuta/cliente e levantar o impacto emocional que uma interação íntima com o cliente tem sobre o terapeuta.

Método

Participantes

Fizeram parte do estudo 74 terapeutas analítico-comportamentais com experiência clínica (N = 74), que tinham seus contatos nas listas de e-mails de associações de afiliação comportamental: Instituto de Ensino e Psicoterapia Analítico Comportamental — IEPAC e Instituto de Terapia por Contingência de Reforçamento — ITCR (N = 74). Os participantes responderam voluntariamente ao questionário, enviado *online*.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário (Anexo 1) contendo duas perguntas fechadas, duas perguntas em escala likert e três perguntas abertas sobre a intimidade na relação terapeuta/cliente. O cabeçalho do questionário continha informações sobre a pesquisa e sobre o consentimento livre e esclarecido, de modo que os psicólogos tiveram condições de optar por prosseguir ou interromper sua participação na pesquisa.

O programa *QuestionPro*, destinado à realização de pesquisas *online*, foi empregado para facilitar o envio do questionário e o gerenciamento das respostas fornecidas pelos participantes.

Procedimento

Várias instituições de afiliação analítico-comportamental foram solicitadas a disponibilizar suas listas de e-mail para o envio do questionário. Teve-se acesso à lista de e-mails do IEPAC e o ITCR. Os psicólogos dessas listas receberam um e-mail informando sobre a pesquisa. Eles acessaram o link <http://intimidaderelacaoterapeutica.questionpro.com> e responderam ao questionário. Os questionários respondidos podiam ser acessados exclusivamente pelo login da pesquisadora, que garantiu o sigilo dos participantes.

Análise de dados

As respostas às sete perguntas do questionário foram organizadas em categorias. A quinta pergunta

foi sistematizada em quatro categorias: 1) *O cliente fica à vontade*; 2) *Comportamentos do terapeuta*; 3) *Elementos comuns*; 4) *Outros*. A sexta pergunta foi sistematizada em três categorias: 1) *Respostas evasivas ou abstenção de responder*; 2) *Topografias observáveis na interação* (por sua vez, composta de dez subcategorias: autoexposição do terapeuta; terapeuta fornece informações sobre sua vida pessoal; expressões corporais; observação de afeto pelo cliente; falar com cliente sem censura sobre a terapia; uso do humor; cumprimentos; manter contato fora da sessão; abertura para que a intervenção seja questionada e; saber sobre vida sexual do cliente); 3) *Outro*. A sétima pergunta foi sistematizada em seis categorias: 1) *Resultou em satisfação*; 2) *O resultado depende da interação*; 3) *Tem pouco ou nenhum resultado*; 4) *Resultou em cuidado*; 5) *Resultou em aversividade*; 6) *Outro*.

Resultados e discussão

Fizeram parte dessa pesquisa 74 terapeutas comportamentais, dos quais 63 completaram o questionário e 11 apenas responderam a algumas perguntas; 244 viram o questionário e optaram por não o responder.

Das pessoas que receberam a pesquisa, 77% optaram por não a responder. Em partes, isso se deve ao fato de que muitas das pessoas que receberam a pesquisa são estudantes e não têm experiência clínica, ou são psicólogos que trabalham em outras áreas, ou, ainda, psicólogos clínicos que adotam abordagens teóricas não especificadas no convite para participação. Ainda assim, o percentual de quem atendia as especificações para participação e não respondeu a pesquisa é consideravelmente alto e isso será discutido mais adiante.

A primeira questão da pesquisa solicitou que o terapeuta indicasse a intimidade na relação terapêutica como um processo unidirecional (somente do cliente para o terapeuta) ou um processo bidirecional (de ambas as partes da díade).

A maioria dos terapeutas comportamentais (89%) considerou a intimidade na relação terapêutica um processo bidirecional. Isso quer dizer que eles também se colocaram nesse processo, não sendo algo exclusivo dos clientes. Então, na compreensão da maioria dos terapeutas, a intimidade inclui a figura do terapeuta, estando ele presente no processo

terapêutico. Cordova e Scott (2001) consideram que o processo de formação de uma parceria íntima é fundamentalmente unidirecional e torna-se bidirecional somente se ambos se engajarem e reforçarem o comportamento vulnerável (ou punível) do outro. Afirmam ainda que uma parceria íntima não é necessariamente bidirecional e por isso é importante distinguir quem, na relação, tem função de um parceiro íntimo, e identificar se esse relacionamento é basicamente unidirecional ou bidirecional. Partindo desse pressuposto, não é um pré-requisito que o terapeuta se coloque intimamente na relação com seu cliente, podendo haver intimidade na relação sem que o terapeuta emita comportamentos vulneráveis à punição. Por outro lado, cada vez mais é enfatizado o papel do terapeuta e da relação que ele estabelece com seu cliente para mudanças clinicamente relevantes.

As reações emocionais do terapeuta em relação ao seu cliente são pistas importantes para identificar CRBs, e são pistas de como as outras pessoas se sentem em relação ao cliente, os terapeutas também devem estar atentos aos seus próprios déficits, promover seus comportamentos alvos e ter certeza de que suas reações negativas ao cliente não são baseadas em questões pessoais (Tsai et al., 2009). Talvez essas orientações recentes no campo da clínica tenham influenciado os terapeutas para considerarem a intimidade um processo bidirecional, ou seja, que os inclui no processo terapêutico. Ao considerarem a intimidade um processo bidirecional, é possível que os terapeutas estejam considerando suas próprias emoções, seus sentimentos e pensamentos ao fazerem terapia com os clientes. É importante ressaltar que, quando os terapeutas afirmam ser a intimidade um processo bidirecional, eles podem estar se baseando em aspectos muito diversos. Para alguns, *bidirecional* pode ser um termo que remeta a fazer autorrevelação, enquanto que, para outros, pode significar fazer auto-observação durante a sessão, ou ainda, expressar uma opinião sobre determinado assunto.

Baseado no conceito de Cordova e Scott (2001) de que a intimidade é primeiramente unidirecional e passa a ser bidirecional depois de um tempo, teve-se a curiosidade de identificar a experiência (medida pelo número de casos clínicos concluídos) dos 11% de terapeutas que consideraram a intimidade um processo unidirecional. Todos os terapeutas que responderam que a intimidade é um processo unidirecional relataram ter pelo menos dez casos concluídos (variando até 1.200 casos), portanto,

considerados experientes. Esse dado chamou a atenção por ter ido de encontro aos relatados na literatura quanto à relação entre experiência do terapeuta e uso de intimidade.

Nos resultados obtidos por Coppede (2007), sobre perguntas ou verbalizações que levavam o terapeuta a falar de particularidades de sua vida, terapeutas com mais tempo de experiência emitiram mais comportamentos de fuga/esquiva de intimidade do que os terapeutas com menos tempo de atuação clínica. Coppede (2007) discutiu tais resultados considerando que fossem devidos à adoção de um modelo tradicional de terapia, que encoraja a distância e a imparcialidade, isto é, que prioriza uma intimidade unidirecional. A mesma análise parece se aplicar no presente estudo. Nessa pesquisa, no entanto, outros muitos terapeutas experientes consideraram a intimidade um processo bidirecional, incluindo-se nele. Na pesquisa da dissertação intitulada "Intimidade no relacionamento terapeuta cliente: alcances e limites", Coppede (2007) buscou investigar a ocorrência, na sessão, de perguntas do cliente que levavam o terapeuta a falar de particularidades de sua vida. O estudo investigou também o efeito que tais perguntas tinham sobre o terapeuta e a relação terapêutica, além do que controlaria o comportamento do terapeuta de responder a essas questões (Coppede, 2007, p. 8). Os resultados indicaram que os terapeutas concordaram quanto a analisar o contexto, antes de responder a perguntas de sua vida privada e que não respondem perguntas que lhes consternam ou que são "muito íntimas". Os terapeutas não demonstraram, de modo geral, desconforto em relação a perguntas de sua vida privada, mas apontaram situações em que as perguntas não deveriam ser respondidas, ou quando respondidas, que o fossem "teórica ou conceitualmente" (Coppede, 2007, p. 76). O modo dos terapeutas tratarem perguntas invasivas mostrou-se diretamente relacionado com o grau de envolvimento e intimidade com o cliente. A pesquisadora discutiu comportamentos de fuga/esquiva de intimidade dos terapeutas e observou que, ao fazerem isso, estiveram priorizando a manutenção da relação, mas não estariam investindo no incremento dela. "Evitando intimidade o terapeuta parece estar cuidando da relação e do processo, mas na verdade está deixando de emitir comportamentos que poderiam tornar a relação mais intensa" (Coppede, 2007, p. 82). Os terapeutas, apesar de falarem de si, limitaram-se

a falar somente sobre os aspectos positivos do seu repertório. Terapeutas mais experientes demonstraram emitir mais comportamentos de fuga/esquiva de intimidade do que terapeutas menos experientes. Não houve mais facilidade por parte dos terapeutas experientes para emitir comportamentos de intimidade. Quanto à postura profissional adotada, os terapeutas mais experientes caracterizaram o “estilo clínico defensivo”, enquanto que os menos experientes caracterizam os “estilos clínicos afetivo e criativo”.

Os resultados do estudo de Coppede (2007) instigam o questionamento do que estaria influenciando a diferença nas intervenções dos terapeutas experientes e pouco experientes quanto a autoexposição. Uma possível influência pode ser a própria prática, cujos erros e acertos modelaram as respostas dos experientes, e outra influência pode ser a da formação mais recente dos terapeutas menos experientes, que devem ter sido encorajados pelas terapias de terceira onda a arriscarem-se na relação terapêutica.

Outra questão da pesquisa fez referência à influência exercida pela intimidade na relação terapeuta/cliente nos resultados do tratamento. O Gráfico 1 ilustra a atribuição de influência da intimidade nos tratamentos, segundo os terapeutas.

Nenhum terapeuta considerou neutra a influência da intimidade na relação terapêutica e concordaram que a intimidade tem influência nos resultados do tratamento. Novamente, nesse caso, os terapeutas poderiam estar respondendo em razão de suas orientações nas teorias recentes em Análise do Comportamento quanto à interação terapeuta/cliente.

Buscou-se saber se os terapeutas consideram a intimidade na relação terapeuta/cliente igual ou diferente à intimidade vivenciada em outras relações afetivas. O Gráfico 2 ilustra o quanto os terapeutas consideram a intimidade no contexto clínico semelhante à intimidade de outras relações afetivas.

Apenas 5% dos terapeutas afirmaram não haver diferenças entre a intimidade estabelecida com seus clientes e a intimidade presente em outras relações afetivas. Os dados obtidos corroboram com essa teoria. Esses dados lembram as expressões citadas por Coppede (2007), cunhadas por Guilhardi, tais como *intimidade funcional*, que seria aquela com função terapêutica, e *intimidade livre ou irrestrita*, característica de outros relacionamentos humanos. Esses dados sugerem que seria mais próprio referir-se a *intimidades* ao invés de *intimidade*.

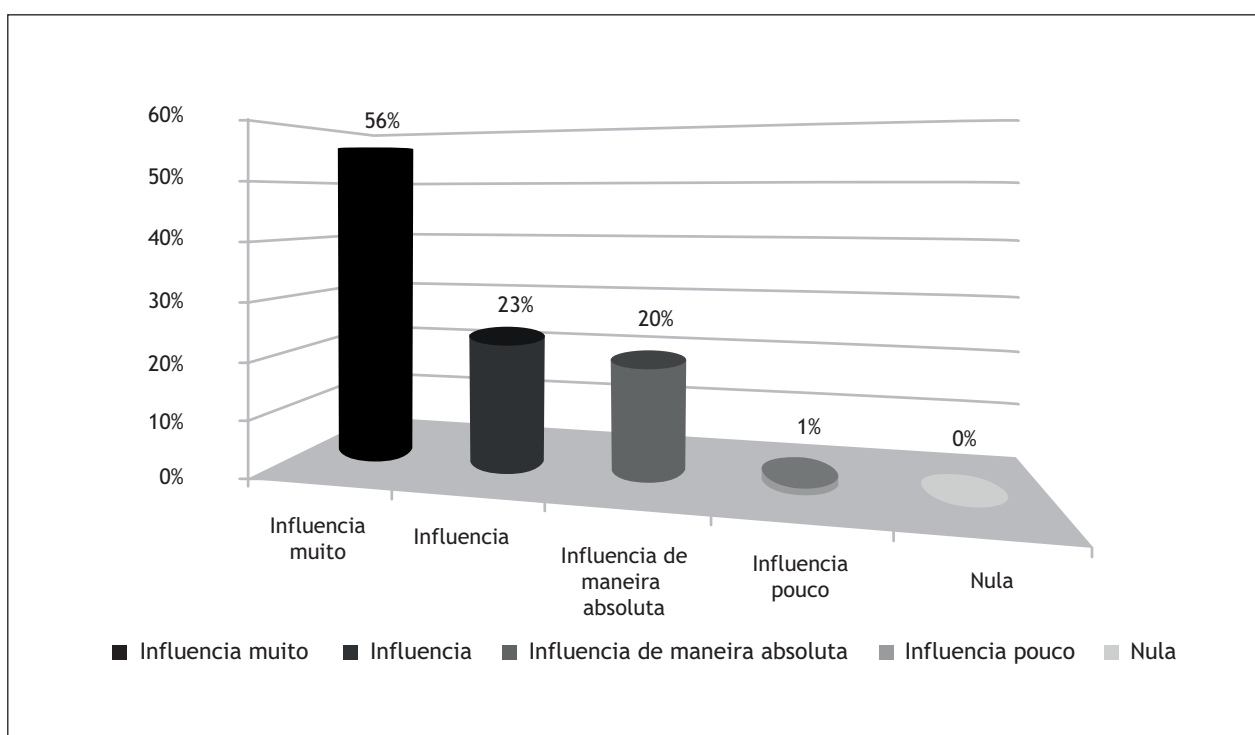


Gráfico 1 - Atribuição de influência da intimidade nos tratamentos

Fonte: Dados da pesquisa.

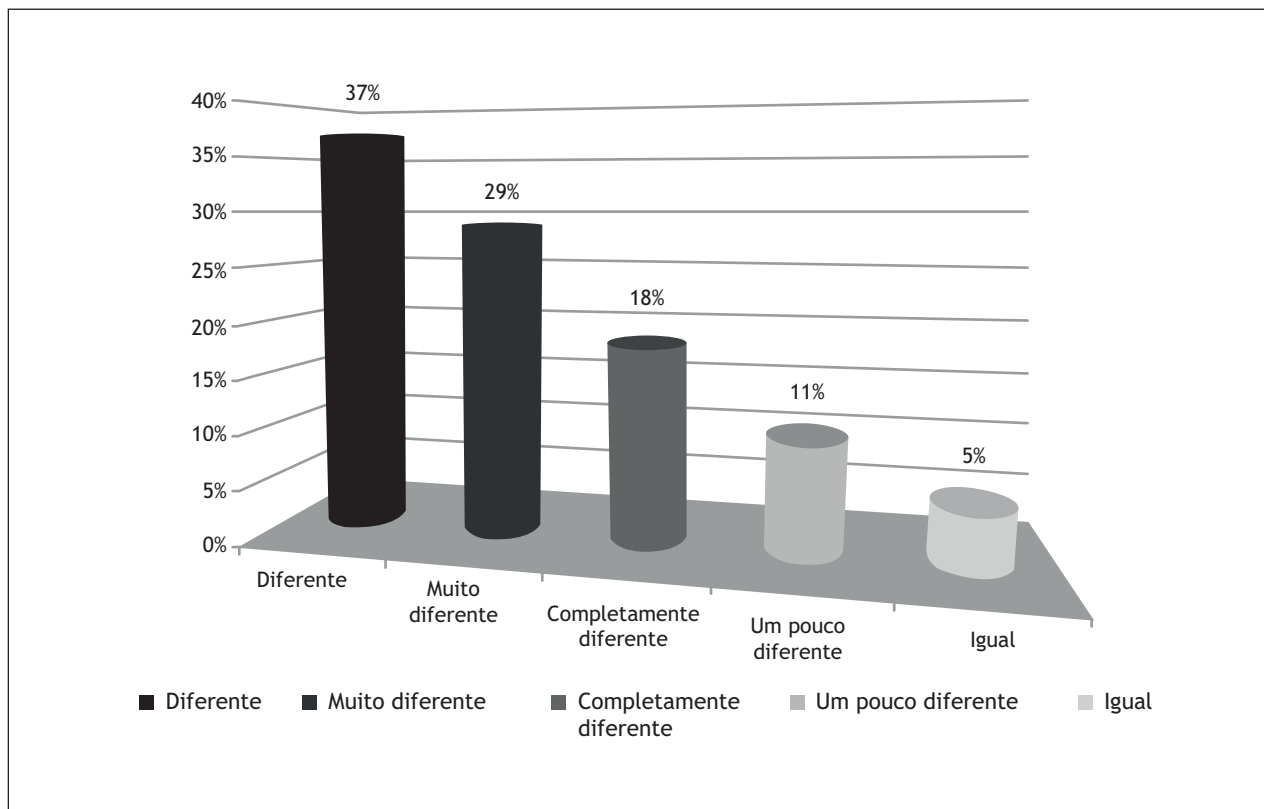


Gráfico 2 - O quanto a intimidade na relação terapêutica difere das outras relações afetivas

Fonte: Dados da pesquisa.

A primeira das questões abertas — “Eu me sinto íntimo do meu cliente quando:” — resultou nas seguintes categorias de respostas: 1) cliente à vontade (46%); 2) comportamentos do terapeuta (22%); 3) elementos comuns (19%); 4) outros (13%). O Gráfico 3 ilustra a porcentagem dessas categorias:

Observa-se no Gráfico 3 a porcentagem de terapeutas que sentem-se íntimo de seus clientes quando este está à vontade na terapia (46%). Nessa categoria, as respostas mais frequentes foram referentes à confiança que o cliente atribuía ao terapeuta e ao fato do cliente fazer revelações importantes sobre si mesmo para o terapeuta. É possível pensar a partir dessa categoria que os terapeutas respondem à intimidade prioritariamente pela observação do comportamento de seus clientes, quando estes estão se comportando sob contingências não-punitivas ou aversivas da sessão terapêutica. Aparentemente, o terapeuta sente-se íntimo do cliente mais em resposta ao comportamento dele, do que emitindo, ele próprio, algum comportamento.

Uma outra parte da amostra, 22%, respondeu que se sentia íntimo de seu cliente com base em

seus próprios comportamentos; categoria intitulada *comportamentos do terapeuta*; subdividida em *revelações do terapeuta* (13%); *autorrevelação do terapeuta* (6%); *terapeuta sente-se bem* (3%).

De acordo com essa categoria, os terapeutas sentem-se íntimos de seus clientes quando podem falar abertamente com eles sobre o processo terapêutico, assim como abordar qualquer assunto relevante. Os terapeutas também se sentem íntimos quando podem expressar seus sentimentos, pensamentos, sensações e experiência de vida para o cliente. Nesse grupo de respostas, os terapeutas parecem estar à vontade na terapia do cliente e expressam o que pensam e sentem, sem reservas. Sentem-se também íntimos de seus clientes ao sentirem-se bem na interação com o cliente.

Na categoria *elementos comuns* constam respostas que retrataram a intimidade como um processo marcadamente bidirecional. Respostas características dessa categoria foram “terapeuta e cliente discutirem a própria relação terapêutica” e “os dois sentirem que estão seguindo o mesmo caminho na terapia”. Assim como respostas que expressaram o

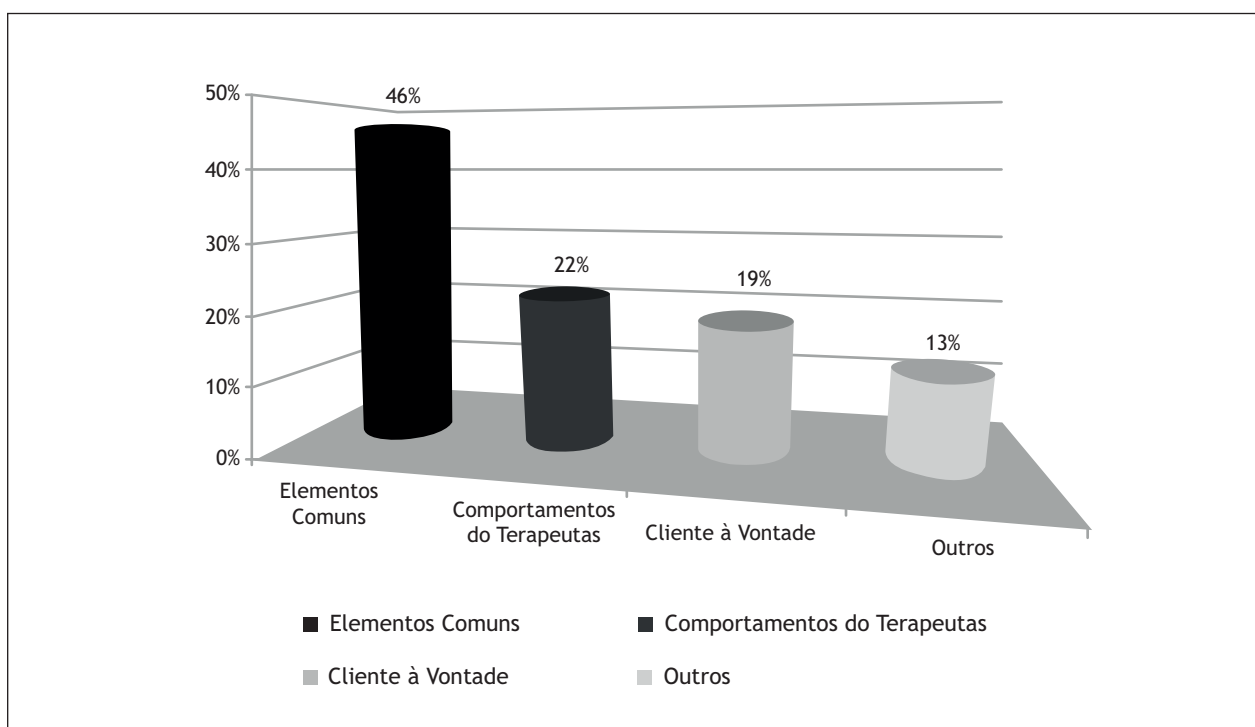


Gráfico 3 - Sob quais contingências os terapeutas sentem-se íntimos de seus clientes

Fonte: Dados da pesquisa.

compartilhamento de emoções e a identificação em termos de histórias de vida.

Na categoria *outro*, foram incluídas 13% das respostas. Nessa categoria, ficaram todas as respostas que não se encaixaram nas demais categorias. Um dos terapeutas, por exemplo, respondeu que sentir-se íntimo do cliente é o início de uma amizade e portanto, seria o fim da relação terapeuta/cliente. Também foi incluída a porcentagem de terapeutas que se sentem íntimos de seus clientes ao serem convidados para eventos sociais do cotidiano do cliente. A categoria demonstra que 13% dos participantes (o que parece uma quantidade considerável da amostra) interpretam de formas variadas as situações que levam o terapeuta a sentir-se íntimo de seus clientes. Isso indica certa idiosincrasia na interpretação das situações pelos participantes do estudo.

Ainda para a pergunta “eu me sinto íntimo do meu cliente quando”, analisaram-se as respostas obtidas em termos de ações do terapeuta (eu), 25%, ações do cliente (ele), 55%, ações tanto do terapeuta quanto do cliente (ambos), 15%, e outros, 5%. Mais da metade das respostas (55%) referiram-se à subcategoria *ele* (ações do cliente). Isso parece indicar que o comportamento de sentir-se íntimo

do terapeuta é, na maioria das vezes, função de algum comportamento do cliente. Na Figura 1, 89% dos terapeutas consideram a intimidade um processo bidirecional, ou seja, eles estão incluídos nesse processo. Ao analisar os dados em termos de ações, no entanto, tem-se a impressão que os terapeutas não se colocam *diretamente* nesse processo. Na literatura, quando o fenômeno intimidade é abordado, foca-se no comportamento do terapeuta como aquele que é alvo e reforça as manifestações de intimidade do cliente, em vez de aquele que emite comportamentos de aproximação (Coppede, 2007). Talvez seja justamente esse um dos motivos que faz os terapeutas responderem em termos de ações do cliente e não de suas próprias. Talvez isso reflita uma prática terapêutica em sessão na qual se acolhem manifestações de intimidade e evitam-se demonstrações de sentimentos e pensamentos.

O penúltimo item do questionário propôs: “Liste três ações suas que caracterizam intimidade com o cliente”. O Gráfico 4 ilustra as respostas dos terapeutas.

O Gráfico 4 indica que mais da metade (58%) dos terapeutas que participaram da pesquisa não apresentaram respostas operacionais. As respostas a essa categoria — *respostas evasivas ou abstenção*

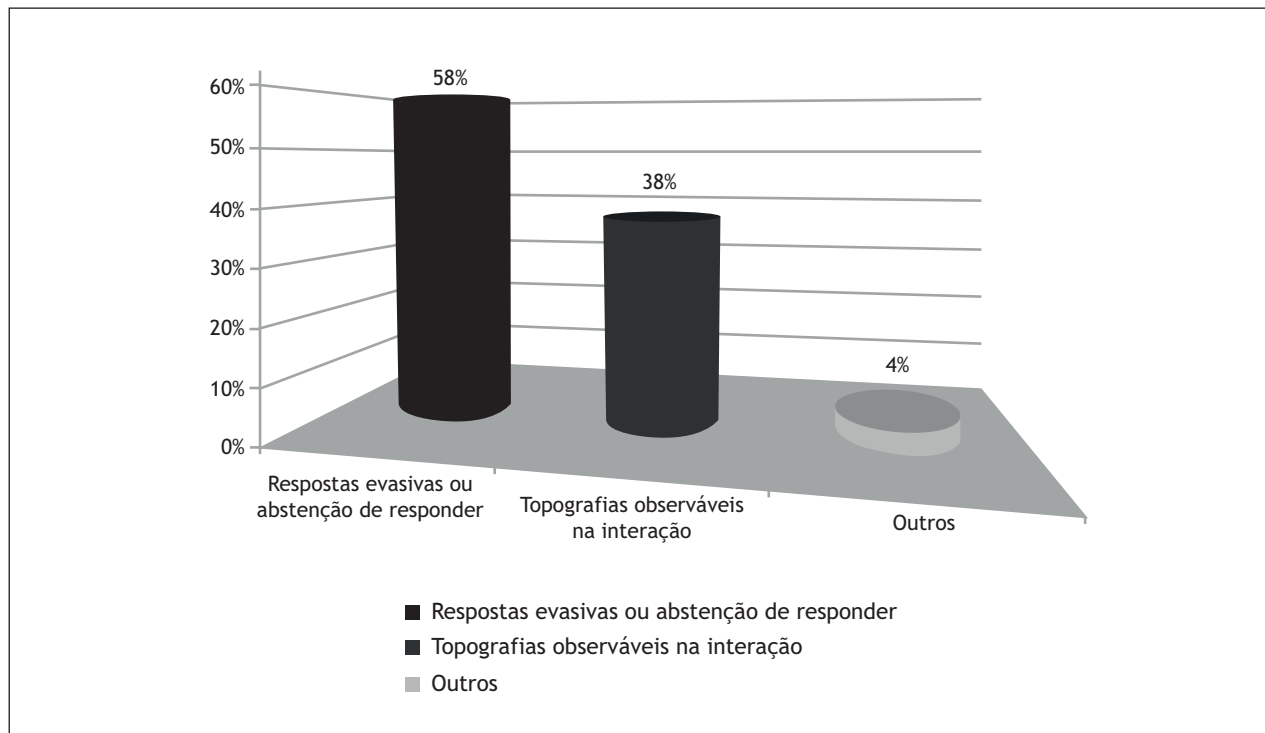


Gráfico 4 - Ações dos terapeutas que caracterizam intimidade

Fonte: Dados da pesquisa.

de responder — foram agrupadas em subcategorias. Foram elas: subcategoria *deixaram de responder* (26%), a qual incluiu respostas em branco ou a menção de uma ou duas ações apenas; *fatores terapêuticos comuns* (18%), que incluiu técnicas, aspectos éticos e instrumentos de trabalho da psicoterapia em geral; *expressões de difícil operacionalização* (9%), subcategoria que incluiu respostas não traduzíveis em ações e termos de difícil operacionalização, como, por exemplo, cuidado e atenção; *descrição do comportamento do cliente (ao invés do terapeuta)* (5%) — subcategoria que incluiu respostas dos terapeutas que listaram comportamentos do cliente apenas.

Apenas 20% dos terapeutas que tiveram acesso ao questionário, completaram-no e, além disso, 55% dos terapeutas responderam que se sentem íntimos do cliente quando este faz alguma coisa. Analisados em conjunto, esses dados sugerem que os terapeutas evitaram de algum modo responder objetivamente sobre a temática *intimidade com seus clientes*. Talvez isso se deva à escassez de publicações sobre o tema para apoiar os terapeutas. Mesmo quando o assunto é tratado na literatura, enfatiza-se o comportamento do cliente e não o do terapeuta. Cordova e Scott (2001) afirmam que cientistas

comportamentais evitam estudar *intimidade* por considerá-la um constructo hipotético e não um fenômeno comportamental. Embora se saiba que é possível entender a intimidade em termos de eventos comportamentais, poucos foram os estudos publicados desde aquele ano.

O estudo de Oliveira e Vandenberghe (2009), sobre eventos angustiantes que ocorrem na sessão terapêutica, sugeriu que as perguntas da pesquisadora produziram consciência por parte dos terapeutas de suas ações. Um dos participantes relatou que nunca pensaria sobre as perguntas às quais respondeu, se não tivessem sido feitas pela pesquisadora. É possível que os participantes do presente estudo também houvessem refletido pouco sobre intimidade com seus clientes. Ou ainda, os terapeutas podem ter se esquivado de descrever quando são íntimos, já que a literatura eventualmente recomenda cautela no uso de intimidade, conforme a expressão cunhada por Guilhardi, *intimidade vigiada*. Assim, 84% dos terapeutas afirmaram que a intimidade na relação terapêutica é diferente ou mesmo completamente diferente das demais relações afetivas, possivelmente supondo que deva haver limites na interação terapeuta/cliente.

A subcategoria designada *fatores terapêuticos comuns* obteve 18% das respostas sobre ações do terapeuta que caracterizam intimidade com o cliente. Incluíram-se nessa categoria respostas como o terapeuta estabelecer-se como audiência não punitiva, guardar sigilo, empatizar com o cliente. Embora essas ações possam ser consideradas apenas condições importantes para que a intimidade venha a ocorrer, foram indicadas por 18% dos participantes como a própria intimidade.

A subcategoria *expressões de difícil operacionalização*, embora contivesse apenas 9% das respostas, surpreende por tratar-se de uma amostra de terapeutas que fundamentam suas práticas na Análise Comportamental, ciência que encoraja a descrição clara de termos e a tradução, sempre que possível, de substantivos em verbos.

A categoria *topografias observáveis na interação* obteve 38% das respostas. Nela, foram incluídas ações que caracterizam intimidade na relação terapeuta/cliente. Fizeram parte dessa categoria as seguintes subcategorias: autoexposição do terapeuta (9%); terapeuta fornece informações sobre sua vida pessoal (6%); expressões corporais (4%); observação de afeto pelo cliente (4%); falar com cliente sem censura sobre a terapia (4%); uso do humor (3%); cumprimentos (3%); manter contato fora da sessão (2%); abertura para que a intervenção seja questionada (2%); e saber sobre vida sexual do cliente (1%).

A última pergunta do questionário, que investigou o impacto emocional que uma interação íntima tem sobre o terapeuta, indicou que mais da metade dos terapeutas (52%) considerou que a interação resultou em satisfação. Para 15% dos participantes, o impacto emocional resultante depende do tipo de interação, ou seja, pode ser positivo ou negativo, de acordo com o tipo de interação. Outra parte dos terapeutas (11%) considerou que os resultados são nulos ou desprezíveis. Dos terapeutas, 8% relataram que a interação resultou em mais preocupação e cuidado com o cliente. Somente 3% dos terapeutas avaliaram negativamente a interação íntima com o cliente, afirmando que resultou em adversidade.

Considerações finais

Em uma visão analítico-comportamental, o significado de uma palavra está nos usos que se faz dela. O presente estudo buscou investigar em que

condições os terapeutas analítico-comportamentais empregavam o termo *intimidade* e como avaliavam o impacto dela na terapia. Os participantes apresentaram divergências quanto ao uso do termo para descrever aspectos unidirecionais ou bidirecionais nas pessoas do terapeuta e do cliente, embora haja mais terapeutas que consideram a intimidade bidirecional. É importante notar que todas as respostas que caracterizaram a intimidade como unidirecional foram fornecidas por terapeutas experientes.

Outro ponto que chamou a atenção foi que mais da metade dos terapeutas não apresentaram respostas operacionais quando foram solicitados a listar três ações deles que caracterizassem intimidade. Tais resultados sugerem que, embora um grande avanço já tenha sido feito no campo na Análise Comportamental Clínica, ainda há necessidade de mais sistematização das ações do terapeuta no contexto terapêutico e mais estudos que fundamentem o uso ou não de constructos relevantes para a compreensão dos eventos da interação terapeuta/cliente. De qualquer forma, também mais da metade dos que responderam consideraram que uma interação dita “íntima” costuma apresentar bom impacto no terapeuta.

O fazer autorrevelações, revelar fatos de sua vida pessoal, ter contato físico (abraços e beijos), fazer uso do humor e compartilhar emoções com o cliente foram ações indicadas pelos terapeutas como caracteristicamente íntimas. Notou-se certa inconsistência ou pouco consenso na compreensão da intimidade pela ampla variedade de ações citadas, diluídas entre os que responderam.

Os terapeutas que participaram da pesquisa, ao contrário de dados da literatura, Oliveira e Vandenberghe (2009) relataram frequentemente satisfação como produto da interação íntima com o cliente.

A intimidade na relação terapêutica, embora tenha sido caracterizada pelos participantes como uma variável que influencia consideravelmente no resultado do tratamento, foi descrita como diferente da intimidade vivenciada pelo terapeuta em outras relações afetivas.

Todos os terapeutas que consideram a intimidade um processo bidirecional, mas que no decorrer do questionário, responderam muito mais indicando-a como um processo unidirecional, isto é, sem que os terapeutas se coloquem no processo.

Sugere-se que mais pesquisas e reflexões sobre o tema sejam feitas, já que a literatura recente

recomenda que o terapeuta seja afetivo, íntimo, caloroso e tenha coragem para arriscar-se na revelação de seus sentimentos na interação com o cliente (Tsai et al., 2009). Estudos com perguntas abertas poderiam esclarecer a razão da singularidade dos terapeutas ao descreverem a intimidade e das inconsistências no uso do termo, aqui discutidas.

Referências

- Alves, N. N. F., & Marinho, G. I. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. In A. K. C. R. Farias (Org.). *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. M. A. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos Psicologia*, 23(3), 307-314.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL. Manual for the the functional analytic psychotherapy rating scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, J., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.
- Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: Alcances e limites*. Tese de Mestrado em Psicologia não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Ferster, C. B. (1972). An experimental analysis of clinical phenomena. *The psychological Record*, 22, 1-16.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Org.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nova York: Springer.
- Oliveira, J. A., & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting experiences for the therapist in-session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 231-245.
- Schwartz, R. (1993). Managing closeness in psychotherapy. *Psychotherapy*, 30(4), 601-607.
- Skinner, B. F. (1989). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papirus.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- 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*. Nova York: Springer.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Revista Psicologia*, 7(1), 127-136.
- Vieira, M. F. J. A. (2007). *Campo e função da auto-revelação do terapeuta no relacionamento terapêutica - A vivência do terapeuta*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Anexo 1**Questionário aplicado online ao terapeuta****Prezados terapeutas,**

Esse questionário é parte de uma monografia de conclusão de curso, que tem como tema a *intimidade na relação terapêutica na clínica analítico-comportamental*.

A sua participação é de fundamental importância para a realização desse trabalho, caso concorde em participar da pesquisa, por favor, responda às perguntas abaixo.

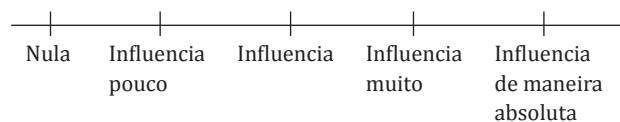
1) Você tem, aproximadamente, quantos casos concluídos? ()

2) Para você, a intimidade na relação terapêutica é um processo:

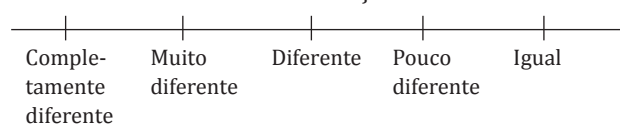
Unidirecional - somente do cliente para o terapeuta ()

Bidirecional - de ambas as partes da díade terapêutica ()

3) Com base na sua experiência clínica, você considera que a intimidade na relação terapeuta/cliente é uma variável (que) _____ nos resultados do tratamento.



4) A intimidade na relação terapeuta-cliente é _____ da intimidade das outras relações afetivas.



5) Complete as frases e responda:

Eu me sinto íntimo do meu cliente quando: _____

6) Liste 3 ações suas que caracterizam intimidade com o cliente.

1. _____

2. _____

3. _____

7) Quando há uma interação que você considera íntima com o seu cliente, que impacto emocional ela tem sobre você?
