

A RELAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA CLÍNICA COMPORTAMENTAL

Valdiney Marques de Oliveira ¹
Thiago Antônio Rossatto Casola ²
Renato Victorino Delgado ³

RESUMO

No Behaviorismo Metodológico de Watson, o interesse era uma ciência natural. No Behaviorismo Radical de Skinner, o objeto da ciência é o comportamento e o método a ser utilizado é o científico. Aplicado à psicologia, o que se tem hoje de científico, se deve ao behaviorismo. Para Skinner, a ciência do comportamento aplicada à clínica só é possível pela linguagem e a psicoterapia ocorre, principalmente, como comportamento verbal. Entende-se por relação psicoterapêutica, o que de forma sistemática acontece entre psicoterapeuta e cliente. Uma relação de qualidade, facilita o processo e a inserção de técnicas de intervenções. A construção da relação é um processo que inicia desde a primeira sessão, estabelecendo vínculos, criando ambiente próximo da realidade, onde os comportamentos se apresentem naturalmente, podendo ser analisados clinicamente, diminuindo os efeitos de punições, dando acesso a reforçadores importantes para o cliente. A relação em si passa a ser reforçadora, diminuindo situações aversivas, elaborando os objetivos juntos com o cliente. Busca-se autoconhecimento e revisão de autorregras. Skinner aponta a psicoterapia como alívio para as punições da vida, na relação, de um lado, o psicoterapeuta oferece empatia, escuta não punitiva e foco nos objetivos do cliente, por outro lado, o cliente confia, tornando públicos comportamentos privados. A clínica é relação de proximidade, o se debruçar sobre um assunto, a ponto de o analisar de perto. E, comportamental, porque neste trabalho, a teoria usada como base, foi a filosofia do Behaviorismo Radical e a abordagem psicológica de Análise do Comportamento. Este foi um estudo bibliográfico.

Palavras-chave: Behaviorismo; Relação Psicoterapêutica; Clínica Comportamental.

¹ Acadêmico do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense, UNIPAR, unidade de Umuarama-PR

² Acadêmico do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense, UNIPAR, unidade de Umuarama-PR

³ Professor orientador do curso de Psicologia da Universidade Paranaense, UNIPAR, unidade de Umuarama-PR

THE PSYCHOTHERAPEUTIC RELATIONSHIP IN BEHAVIORAL CLINIC

ABSTRACT

In Watson's Methodological Behaviorism, the interest was a natural science. In Skinner's Radical Behaviorism, the object of science is behavior and the method to be used is scientific. Applied to psychology, what is scientific today is due to behaviorism. For Skinner, the science of behavior applied to the clinic is only possible through language and psychotherapy occurs mainly as verbal behavior. A psychotherapeutic relationship is understood to be what systematically happens between psychotherapist and client. A quality relationship facilitates the process and insertion of intervention techniques. The building of the relationship is a process that starts from the first session, establishing bonds, creating an environment close to reality, where behaviors present themselves naturally, and can be clinically analyzed, reducing the effects of punishments, giving access to important reinforcers for the client. The relationship itself becomes reinforcing, reducing aversive situations, developing goals together with the client. Self-knowledge and self-rule review are sought. Skinner points to psychotherapy as a relief from the punishments of life, in the relationship, on the one hand, the psychotherapist offers empathy, non-punitive listening and focus on the client's goals, on the other hand, the client confides, making private behaviors public. The clinic is a relationship of proximity, poring over a subject, to the point of analyzing it closely. And behavioral, because in this work, the theory used as a basis was the philosophy of Radical Behaviorism and the psychological approach to Behavior Analysis. This was a bibliographic study.

Keywords: Behaviorism; Psychotherapeutic Relationship; Behavioral Clinic.

LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA DEL COMPORTAMIENTO

RESUMEN

En el conductismo metodológico de Watson, el interés era una ciencia natural. En el conductismo radical de Skinner, el objeto de la ciencia es el comportamiento y el método a utilizar es científico. Aplicado a la psicología, lo científico hoy se debe al conductismo. Para Skinner, la ciencia de la conducta aplicada a la clínica solo es posible a través del lenguaje y la psicoterapia se da principalmente como conducta verbal. Se entiende por relación psicoterapéutica lo que ocurre sistemáticamente entre psicoterapeuta y cliente. Una relación de calidad facilita el proceso y la inserción de técnicas de intervención. La construcción de la relación es un proceso que se inicia desde la primera sesión, estableciendo vínculos, creando un ambiente cercano a la realidad, donde los comportamientos se presentan de forma natural, y pueden ser analizados clínicamente, reduciendo los efectos de los castigos, dando acceso a importantes reforzadores para el cliente. La relación en sí se vuelve reforzadora, reduciendo situaciones aversivas, desarrollando metas junto con el cliente. Se busca la revisión del autoconocimiento y el autogobierno. Skinner apunta a la psicoterapia como un alivio de los castigos de la vida, en la relación, por un lado, el psicoterapeuta ofrece empatía, escucha no punitiva y enfoque en las metas del cliente, por otro lado, el cliente confía, haciendo conductas privadas. público. La clínica es una relación de proximidad, profundizando en un tema, hasta el punto de analizarlo de cerca. Y conductual, porque en este trabajo, la teoría que se utilizó como base fue la filosofía del Conductismo Radical y el enfoque psicológico del Análisis de Conducta. Este fue un estudio bibliográfico.

Palabras llave: conductismo; Relación psicoterapéutica; Clínica de comportamiento.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de um estudo bibliográfico que buscou entender a relação psicoterapêutica e a sua importância na clínica comportamental. Para tanto, apresenta um breve histórico da Análise do Comportamento e seus pressupostos teóricos-metodológicos. Na prática clínica, a relação psicoterapêutica é uma variável e, a outra variável é o relato verbal do cliente (Guilhardi, 1997). A relação influencia nos resultados esperados, positivamente ou negativamente. A investigação foi direcionada ao que os autores comportamentais expõem sobre a relação psicoterapêutica, sua importância e função no processo. Questões sobre os elementos que envolvem a relação, tais como: a complexidade, peculiaridades, indivíduos e o método utilizado, desde as primeiras pesquisas de Skinner, até os dias atuais. Neste trabalho a preferência foi pelo uso do termo “psicoterapia”, substituindo “terapia”, o segundo é muito aberto, não restrito aos psicólogos, o primeiro remete aos estudos de Skinner (1953, 2003), uma relação estabelecida entre profissional cientificamente embasado para a análise do comportamento humano, escuta qualificada tecnicamente, que só pode ser oferecida pelo profissional psicólogo (CFP, 2005).

A pesquisa se debruçou sobre a literatura skinneriana, e de alguns seguidores da metodologia científica de Análise do Comportamento, buscando alguns elementos filosóficos no Behaviorismo Metodológico, Behaviorismo Radical e algumas terapias oriundas destes, a fim de entender, não de maneira acabada, mas como processo contínuo, a relação psicoterapêutica na clínica comportamental.

A relação desenvolvida na psicoterapia, como variável terapêutica, se solidificada e fortalecida, se torna capaz de possibilitar a inserção de outras técnicas de intervenção com sucesso, viabilizando os resultados esperados no plano terapêutico individual. Com exceção de menções de terapias específicas, com o fim de informação, a base do trabalho se encontra na TAC - Terapia Analítico-Comportamental, fundamentado na Análise do Comportamento e na

filosofia do Behaviorismo Radical. Para atingir o objetivo proposto, o presente trabalho se dividiu em três seções: Breve histórico da Análise do Comportamento; A Clínica Comportamental e; A Relação Psicoterapêutica na Clínica Comportamental.

BREVE HISTÓRICO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

O Pensamento de Burrhus Frederic Skinner (1904, 1990) e alguns dos principais pressupostos de sua obra, são apresentados aqui brevemente, com a função de situar a filosofia do Behaviorismo Radical, como base para a Ciência do Comportamento Humano, abordagem Psicológica de Análise do Comportamento, a Clínica Analítico-Comportamental e nesta, a relação psicoterapêutica (Skinner, 1953, 2003; 1957; 1974, 2006). Para se entender a relação psicoterapêutica, dentro da Análise do Comportamento, se faz necessário uma busca histórica contextualizada da abordagem.

O behaviorismo surgiu com a publicação do artigo “O Manifesto Behaviorista” por John B. Watson em 1913, buscando uma psicologia baseada em ciências naturais, sem o uso da introspecção (Watson, 2008, Ardila, 2013). A história aponta a psicanálise Freudiana, mentalista e introspectiva, como prática psicológica em uso desde o Século XIX (Nishikawa, Fiore e Hardt, 2017), sendo a primeira corrente formal de psicoterapia, a psicanálise preconizava pela neutralidade do terapeuta (Souza e Coelho, 2012). Na primeira metade do Século XX, no surgimento do behaviorismo metodológico, a psicanálise de Freud estava em voga. Foi o behaviorismo metodológico que Skinner usou como base para o behaviorismo radical (Skinner, 1974, 2006).

A proposta de Watson era uma ciência natural e exata. A sua principal crítica ao método da introspecção, em uso na época, era a falta de replicabilidade dos resultados. Resultados diferentes na introspecção, eram atribuídos aos indivíduos não terem apreendido a realizar a

introspecção. Para Watson, a psicologia deveria atribuir as falhas das pesquisas, não aos pesquisadores ou a população da pesquisa, mas aos métodos não científicos. O behaviorismo metodológico buscou uma base científica para a psicologia, foi entendido por alguns como propostas extremistas e inflexíveis (Skinner, 1974, 2006). Skinner evoluiu as pesquisas, a partir de Watson, dos objetivos do movimento behaviorista metodológico, uma ciência natural, com procedimentos experimentais objetivos, positivista, que rejeitava o que não poderia ser manipulável e observável. A versão de behaviorismo de Skinner é o Behaviorismo Radical, para ele, o behaviorismo não é a ciência do comportamento, mas a filosofia dessa ciência, destacados em seu livro *Sobre o Behaviorismo e em Ciência do Comportamento Humano*. Skinner define o comportamento humano como o objeto de estudo da Análise do Comportamento e o método a ser utilizado para a análise é o científico (Skinner, 1953, 2003; 1974, 2006). Para Skinner, o comportamento é multideterminado pela relação organismo e ambiente e selecionado pelos fatores filogenéticos, ontogenéticos e culturais (Skinner, 1953, 2003).

Como visto, o behaviorismo radical é a mais abrangente teoria na busca de entender o comportamento humano. Os sentimentos, pensamentos, lembranças, imaginação, fantasias, sonhos e, tudo aquilo que era tido como introspecção podem e devem ser estudados de forma científica, mas, como comportamento. E comportamento é tudo o que os organismos vivos e, somente estes, são capazes de fazer (Skinner, 1953, 2003). O behaviorismo de Skinner, é radical em dois sentidos: nega radicalmente e absolutamente a existência de algo imaterial, que não possa ser identificado no tempo e no espaço, tais como mente, consciência e cognição, como sendo causa de fenômenos materiais e estuda integralmente todos os fenômenos comportamentais (Matos, 1997). Para o behaviorismo radical, como monista que é, a única substância considerada é a física. O comportamento tem sua origem ou causa na relação do sujeito - organismo, com seu meio físico e social - ambiente, próxima ou distante

cronologicamente. O behaviorista não afirma que a pessoa é tal coisa, nada é estático, ela se comporta de tal forma, isso é, relação ambiente e organismo, com topografia e função. Comportar-se é o que se observa topograficamente e a função, é o porquê o organismo se comporta, uma vez que de modo operante os comportamentos são mantidos por suas consequências (Skinner, 1953, 2003).

Assim, o behaviorismo radical de Skinner é a mais abrangente teoria para a compreensão do ser humano, buscando compreender o comportamento, desde as raízes até às suas consequências (Kohlenberg & Tsai, 2001). Para Moreira e Medeiros (2007, p. 219), “O Behaviorismo seria radical ao buscar a raiz, isto é, a gênese do comportamento nas profundidades de sua interação com o ambiente”. O interesse de Skinner foi estudar o comportamento humano, que é complexo, tendo iniciado suas pesquisas com organismos simples, como ratos e pombos, os quais são organismos vivos, se comportam como tal e servem de bases experimentais. (Kohlenberg e Tsai, 2006).

A grande área da Análise do Comportamento, é um programa de pesquisa, onde se propõe estudar os fenômenos psicológicos de modo científico (Borges, 2014). Autores consagrados afirmam: “É importante ressaltar que o behaviorismo é uma das grandes tradições que deram direção ao que conhecemos hoje como a psicologia científica” (Vandenberghe e Viegas, 2001, p. 2). E para Borges (2014) com base em Skinner (1953, 2003, 1957, 1978), para se compreender o comportamento humano, a linguagem é imprescindível. Neste sentido, Skinner escreveu duas obras importantes para a aplicação clínica comportamental, que possibilita o assunto apresentado neste trabalho, que é a relação psicoterapêutica na clínica comportamental: *Ciência e Comportamento Humano* (Skinner, 1953, 2003) e *Comportamento Verbal* (Skinner, 1957, 1978).

Na Análise do Comportamento, o conceito de verdade tem sua base no pragmatismo filosófico, que possibilita a previsão e controle do comportamento. Assim, a autenticidade ou

não, vai depender das contingências sob as quais os organismos estejam expostos. O comportamento é um evento natural que está em relação interdependente com seu meio físico e social. O comportamento tem origem no ambiente, não é o comportamento que controla o ambiente, mas o ambiente que controla o comportamento, numa relação de interdependência. Para modificar o comportamento, se muda o ambiente e por sua vez, todo comportamento age sobre o ambiente e o modifica (Skinner, 1953, 2003; Catania,1999).

Uma ciência capaz de descrever tais relações de interdependência permite aos homens agir sobre seu meio de forma que terão maior probabilidade de sucesso. Uma ciência do comportamento deve ocupar-se em produzir tecnologia comportamental, de acordo com Skinner (1953, 2006), uma ciência do comportamento deve fazer uso de técnicas e instrumentos de investigação que permitam estudar o comportamento experimentalmente, possibilitando a descrição precisa da relação entre a ação do sujeito e o ambiente, podendo usar a especulação e a interpretação como possibilidades legítimas, levantando hipóteses, controlando variáveis, comprovando ou refutando hipóteses por meio do uso do método científico (Kohlenberg e Tsai, 2001; Skinner, 1953, 2003).

Para Skinner (1953, 2003) na Terapia Analítico-Comportamental clínica – TAC: “Uma ciência do comportamento deveria dar talvez uma contribuição maior para a terapia do que para o diagnóstico” (Skinner, 1953, 2003, p. 401). E psicoterapia para Skinner é o equilíbrio do controle entre as variáveis independente e dependente. O psicoterapeuta deve ter controle sobre variáveis relevantes, tais como o poder de influenciar o cliente: “[...] o terapeuta se torna uma importante fonte de reforço. Se tem sucesso [...] o comportamento [...] de voltar a ele em busca de auxílio será reforçado” (Skinner, 1953, 2003, p. 402).

A clínica comportamental e a relação psicoterapêutica serão os assuntos das duas próximas sessões, finalizando o breve tecido histórico, os dois excertos anteriores e o próximo, visam demonstrar os possíveis efeitos das pesquisas de Skinner aplicadas na relação

psicoterapêutica: “A medida que o seu conhecimento do paciente se desenvolve, também pode sugerir [...] primeiro por causa do controle verbal do terapeuta, finalmente adquirem outras fontes de força, se o seu efeito sobre a condição do paciente for reforçador” (Skinner, 1953, 2003, pp. 402-403).

Depois de elaborar um arcabouço de questões científicas que envolvem a Ciência do Comportamento Humano, Skinner situa a psicoterapia como aplicação prática das pesquisas experimentais. Na relação psicoterapêutica, ele propõe que a aprovação que o psicoterapeuta emite ao cliente é reforço positivo, esse diminui ou extingue efeitos de punição histórica na vida do cliente e faz da clínica comportamental um referencial de alívio e da relação terapeuta e cliente, a própria psicoterapia. O psicoterapeuta passa a ser uma escuta não punitiva, isso é, reforçador (Skinner, 1953, 2003).

A CLÍNICA COMPORTAMENTAL

De acordo com Garcia (2007) em 1910, nos Estados Unidos, diversos pesquisadores estudaram comportamentos, entre eles Watson, eles pesquisavam comportamentos respondentes, os experimentos deram início à prática clínica de modificação de comportamento, que consistia em eliminar hábitos. Alguns discordam que a prática da modificação do comportamento fosse apenas respondente, pois, para saber quais comportamentos deveriam serem modificados, seria necessário fazer uma análise funcional, o que de fato decorreria em comportamentos mantidos por consequência, que seriam nesse caso operantes (Rafihi-Ferreira, Santos, Alckmin-Carvalho e Soares, 2016). Note uma técnica de modificação do comportamento:

“Na década de 30, Kazdin (1978) aponta os estudos de Mowrer e Mowrer como sendo influentes na enurese infantil. Na metade desta década, a aplicação do condicionamento foi utilizada para indivíduos alcoólatras e adictos de drogas, como a morfina. Técnicas de tratamento foram desenvolvidas, como a de Dunlap (entre 1930 e 32), denominada prática clínica, que consistia em eliminar hábitos, principalmente o papel da repetição na aprendizagem, e a de Voegtlin (de 1935), denominada de terapia aversiva, tentando ajudar alcoólicos através da ingestão de agentes químicos que causavam mal-estar ao ingerir álcool (condicionamento clássico)” (Garcia, 2007, p. 119).

Foi Skinner que criou o termo psicoterapia comportamental (Skinner, 1953, 2003; Leonardi, 2015), o objetivo foi descrever a prática clínica dos estudos desenvolvidos em laboratório e que deram origem ao Behaviorismo Radical (Donadone, 2015). Foram os avanços dos estudos operantes que deram origem à prática clínica, que é a Terapia Analítico-Comportamental - TAC. Anteriormente, os estudos e práticas giravam em torno de respondentes (Rafíhi-Ferreira et al., 2016). Uma mudança na prática clínica se deu com Skinner com o conceito de operante, a clínica deixou de vivenciar o modelo médico respondente e iniciou o modelo terapêutico operante, com as pesquisas que deram origem ao livro *Ciência e Comportamento Humano* (Skinner, 1953, 2003; Garcia, 2007).

A prática clínica teve um avanço, como fruto do Behaviorismo Radical, com o conceito de operante, como se pode observar:

“A relação entre Behaviorismo Radical e Terapia Comportamental teve início na década de 1950 com as primeiras aplicações dos princípios operantes, estudados em laboratório desde a década de 1930, na modificação de comportamentos

considerados inadequados” (Micheletto, 2001 como citado em Marçal in de-Farias et al, 2010, p. 30).

A proposta da psicoterapia comportamental é para indivíduos crianças, adultos e idosos. O atendimento com adultos, ocorre principalmente pelo comportamento verbal, por meio do diálogo entre cliente e psicoterapeuta. E o mais importante é que o falante é ao mesmo tempo ouvinte (Skinner, 1953, 1978). As sessões com adultos ocorrem com entrevistas, pois o adulto possui repertório capaz de descrever verbalmente os acontecimentos, mesmo que de forma limitada, sem ter percepções reais e totais das contingências (Skinner, 1957, 1978). Em contraposição, a clínica analítico-comportamental infantil necessita de observação especial aos comportamentos não verbais e se desenvolve por meio de utilização do lúdico (Skinner, 1957, 1978; Silvaes e Gongora, 1998).

O atendimento de crianças, na época da “modificação do comportamento”, levava em consideração apenas a aplicação de técnicas que pretendiam eliminar ou adicionar respostas ao repertório da criança, não se buscava as funções dos comportamentos e nem se levava em consideração a importância da relação entre terapeuta e a criança como parte do processo de mudança. A criança não participava do processo, não se dava importância ao ouvir suas queixas e eventos privados com o fim de análise. O procedimento padrão era punição. Na Terapia Analítico-Comportamental Infantil - TACI, a criança é ativa no processo e a relação psicoterapêutica é a base para a intervenção (Regra, 2000; Silvaes e Gongora, 1998).

Na década de 1960 a psicologia clínica comportamental behaviorista radical se encontrava no auge. No Brasil, a Análise do Comportamento teve um marco inicial em 1961 (Leonardi, 2015). A TAC - Terapia Analítico-Comportamental é a psicologia clínica fundamentada na filosofia do behaviorismo radical e na ciência da Análise do Comportamento. Skinner incentivou a análise funcional, não apenas o diagnóstico e ensinou que a psicoterapia

deve evitar qualquer tipo de controle aversivo, esse é o contraponto do que o cliente vivencia no dia a dia (Skinner, 1953, 2003). A TAC é entendida por aqueles que dividem a análise do comportamento em gerações, como sendo da primeira geração de terapias comportamentais (Leonardi, 2015). O que se pode notar, a partir da segunda geração comportamental, é que nada de novo se propôs cientificamente, a não ser o termo cognitivo e que de fato, destoa da raiz behaviorista. A análise funcional, história de vida e psicoterapia contextualizada; chamadas de terapias pelos que dividem a Análise do Comportamento em gerações, para a TAC, são apenas ferramentas da ciência do comportamento desde Skinner, bastando observar seus escritos, principalmente o capítulo XXIV do livro *Ciência do Comportamento Humano* (Skinner, 1953, 2003).

Para Leonardi (2015), há outras gerações de terapias comportamentais reconhecidas, a segunda geração, a partir de 1970, traz o termo cognitivo. Na terceira geração, aparece o que chamam de terapias contextuais, as principais são: a FAP - Terapia Analítico Funcional; ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso; TCD - Terapia Comportamental Dialética; Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness; Terapia Comportamental Integrativa de Casais, entre outras e não se pretendeu aqui aprofundar sobre cada uma delas, sendo citadas apenas a título de informação (Leonardi, 2015; Abreu e Abreu, 2017).

De acordo com de-Farias et al (2010, p. 21) “O terapeuta busca, em conjunto com o cliente, responder à questão: por que aquele indivíduo se comporta daquela maneira, naquelas circunstâncias, e por que esse comportamento se mantém? ” A resposta ao questionamento não é simples, mas é possível. A TAC é um processo no qual o cliente deve participar ativamente, desde a acolhida, a queixa estando clara para o cliente ou não, se não estiver clara, o psicoterapeuta deve buscar interpretar, avaliar, confirmando-a com o cliente, seja queixa trazida pelo cliente ou percebida pelo profissional. Transformar a queixa em demanda/objetivos claros, conjuntamente, hierarquizando objetivos, de forma a atingir cada um. É necessário o empenho

do psicoterapeuta para delinear com o cliente um plano de intervenção adequado ao seu caso, apresentar suas estratégias, engajar o cliente, se for criança, é necessário o entendimento, autorização, além do cliente, de familiares/cuidadores (De-Farias, 2010; Silvaes e Gongora, 1998; Regra, 2000).

Na intervenção é preciso fazer devolutivas, avaliações, sendo que a relação psicoterapêutica estabelecida com o cliente e familiares/cuidadores, será a base para todas as etapas do processo. A duração da intervenção depende da relação estabelecida, do vínculo e do engajamento de todos os envolvidos. Ao concluir o processo, atingindo os objetivos estabelecidos, deve ocorrer a alta definitiva do cliente, ou o *follow up* que é a alta provisória para um período de acompanhamento e manutenção dos resultados, ou ainda, o estabelecimento junto ao cliente, de uma nova demanda. Não havendo nova demanda, é ético dispensar o cliente, pois a psicoterapia cumpriu seu papel e os serviços contratados foram finalizados (Skinner, 1953, 2003; Silvaes e Gongora, 1998; Regra, 2000; Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006; De-Farias et al, 2010).

RELAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA CLÍNICA COMPORTAMENTAL

Tendo sido exposto o entendimento das bases científicas do Behaviorismo Radical, que orienta a prática clínica comportamental na TAC – Terapia Analítico-Comportamental, cabe agora a apresentação do tema principal deste trabalho, que é a relação psicoterapêutica na clínica comportamental, sendo esta, a variável mais importante de todo o processo, o que possibilita o sucesso ou insucesso de todo trabalho desenvolvido na clínica (Norcross, Zimmerman, Greenberg e Swift, 2017).

Para Baum (1994, 1999) a relação é um conjunto de interação entre os indivíduos, que inclui reforço mútuo e, o exemplo desta relação é o que ocorre no contexto clínico entre cliente

e psicoterapeuta, assim, a relação é um canal pelo qual se processa a psicoterapia. Para Skinner (1953, 2003) o psicoterapeuta exerce poder de influência e pode dar ao cliente, logo de início, a promessa de algum alívio, o poder de influenciar aumenta na medida que a relação se aprofunda e se torna duradoura. Ainda para o mesmo autor, os clientes buscam a psicoterapia com o fim de aliviar os sofrimentos causados pela punição exercida pelo controle excessivo das agências de controle (estado, família e religião). Outros autores com base em Skinner, afirmam que clientes procuram a psicoterapia por relações interpessoais desgastadas e tendo necessidades de acessar fontes de reforços positivos (Kohlenberg e Tsai, 1987, 1991; Rosenfarb, 1992).

A relação psicoterapêutica passa ser uma oportunidade para o cliente emitir livremente comportamentos em interação com o psicoterapeuta, se autoconhecer e aprender novas formas de respostas, ampliando o repertório comportamental. A relação estabelecida entre psicoterapeuta e cliente pode ser facilitada pela empatia do profissional, influenciada por características pessoais, adquirindo segurança à medida que o profissional ganha confiança, fazendo o cliente retornar para a psicoterapia (Skinner, 1953, 2003). Para ser empático, o psicoterapeuta deve perceber todas as emoções do cliente. Por isso, estudos de comportamentos verbais e não-verbais são necessários, além da experiência como clínico, prestando atenção no cliente e valorizando seus relatos (Skinner, 1953, 2003; 1957, 1978; Palhoço, 2011).

Na relação psicoterapêutica as variáveis para análises são amplas, o que inclui a resistência para com as mudanças e o relacionamento psicoterapêutico (Skinner, 1953, 2003; Kerbauy e Wielenska, 1999). “O ambiente terapêutico deve ser um espaço que possibilite ao cliente desenvolver novas habilidades e aprender a se relacionar melhor com os outros e com ele mesmo” (De-Farias, 2010, p. 91). O vínculo psicoterapêutico é considerado por Raue e Goldfried (1994) como parte no processo de mudança, colocando o terapeuta como reforço positivo, engajando o cliente no processo, modelando comportamentos desejáveis, gerando

expectativas e auxiliando na superação de resistências, bem como, possibilitando a inserção de técnicas de intervenção com mais naturalidade (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2001, 2006).

A relação de qualidade e saudável poderá influenciar positivamente o tratamento, se o psicoterapeuta for participativo e não neutro como prevê a corrente psicanalítica (Rangé, 1995; Souza e Coelho, 2012). Se houver relação psicoterapêutica positiva, o cliente se sentirá à vontade para expor sua vida e fornecer informações necessárias para o bom andamento do processo psicoterapêutico (Lettner, 1995). Ainda, Shinohara (2000) coloca a relação psicoterapêutica como determinante no processo psicoterapêutico, facilitando o trabalho e o atingimento de metas, se a relação for estabelecida de forma a inspirar confiança e em clima de harmonia.

O analista do comportamento deve ter como premissa a autenticidade (Bacb, 2014, 2016), se apoiar em análise científica cuidadosa tendo um “compromisso com a avaliação, com a intervenção e com os conceitos” (De-Farias, 2010, p. 21). A autenticidade e a neutralidade não combinam. Alguns clientes não conseguem se conectar com psicoterapeutas neutros, que não demonstram autenticidade (Souza e Coelho, 2012; Skinner, 1953, 2003). A falta de autenticidade pode impedir que a construção da relação psicoterapêutica seja fortalecida e durável. Ao se estudar a relação psicoterapêutica em Skinner (1953, 2003; 1974, 2006; 1957, 1978), e os artigos oriundos do pensamento do autor, interpretado por autores e pesquisadores behavioristas, se observa que a autenticidade pode ser mais eficaz na atualidade, que outras técnicas. É possível ser ético e autêntico ao mesmo tempo, quando a cultura pessoal do terapeuta se conflitar com ética profissional, a ética deve se sobrepor à cultura, na relação clínica (Kohlenberg e Tsai, 2001; Souza e Coelho, 2012; Bacb, 2014, 2016; CFP, 2005).

A maioria dos estudos estão voltados para os benefícios ou dificuldades dos clientes, mas o psicoterapeuta também faz parte da relação psicoterapêutica (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2001, 2006). Estudar as técnicas a serem utilizadas pelo profissional e as mudanças ocasionadas

no comportamento do cliente, são importantes, mas pouco se estuda sobre os efeitos da psicoterapia nos comportamentos do profissional. O que a relação mobiliza na pessoa do psicoterapeuta, o quanto isso pode ser benéfico para sua melhoria enquanto pessoa e profissional. A troca na relação psicoterapêutica não constitui apenas relação profissional de contratante e contratado, prestação e uso de serviços, restrito ao aporte financeiro, mas na relação como um todo. Se estabelece vínculo, afetividade, respeito, mutualidade, reflexão, autoconhecimento, admiração, ressignificação, autoanálise, autocríticos, revisão de autorregras, autocorreção por ampliação de repertório comportamental, autorrealização por acesso a reforçadores, controle e contracontrole (Skinner, 1953, 2003; 1974, 2006; 1978, Kohlenberg e Tsai, 1991, 2001, 2006).

Para Lettner (1998) o sucesso da psicoterapia está diretamente ligado à qualidade da relação psicoterapêutica, negligências nessa relação, podem levar a não obtenção de resultados satisfatórios. A visão que o cliente possui da relação, é o que efetivamente favorece para que o tratamento aconteça. O autor pontua que um resultado psicoterapêutico satisfatório se deve em parte às características do psicoterapeuta, algumas destas são: empatia, aceitação, compreensão, escuta, observação sem julgamentos, autenticidade, autoconfiança, flexibilidade na aplicação das técnicas e abertura ao diálogo, que permitam participação ativa do cliente. O autor ainda aponta que os psicoterapeutas avaliados como calorosos, amigáveis, comprometidos, tolerantes, não reprovadores e interessados, são os que têm maiores sucessos nos resultados dos tratamentos de seus clientes.

Deangelis (2019) ainda faz menção de alguns fatores de relevância na consideração dos valores e resultados de uma psicoterapia baseada no relacionamento entre psicoterapeuta e cliente: “[...] a relação terapêutica é tão poderosa, senão mais poderosa, do que o método de tratamento particular que um terapeuta está usando” (Deangelis, 2019 p. 2). O psicoterapeuta não é: “[...] o diretor ou comandante do relacionamento” (Horvath, [s.d.] como citado em

Deangelis, 2019, p. 3). A relação psicoterapêutica é uma relação de mão dupla, em que o psicólogo e o cliente são parceiros iguais. Sendo que o psicólogo é quem estuda o processo e tem em suas mãos as técnicas aplicáveis e como dar a direção ao processo, deve tomar a iniciativa de transparência e de forma contínua promover a aproximação do cliente: “Os terapeutas tornam essa postura aparente de maneira contínua, por exemplo, revelando seus sentimentos quando apropriado e ativamente solicitando feedback dos pacientes sobre como a terapia está indo” (Deangelis, 2019, p. 3). Sobre a relação, Horvath ([s.d] como citado em Deangelis, 2019, p. 4) diz que o relacionamento psicoterapêutico é o que conecta o psicoterapeuta e o cliente: “É fundamental no sentido de ser o cavalo que vem antes da carruagem, com a carruagem sendo as intervenções”. E: [...] quando os terapeutas compartilham seus sentimentos sobre o paciente [...] o funcionamento da saúde mental do paciente e o insight melhoram (*Psychotherapy*, 2018 como citado em Deangelis, 2019, p. 4). E por fim a colaboração mútua, impacta nos resultados: “[...] os resultados da terapia são aprimorados quando o terapeuta e o paciente concordam e colaboram com os objetivos do paciente” (*Psychotherapy*, 2018 como citado em Deangelis, 2019, p. 4).

A relação psicoterapêutica é tratada de maneira mais aprofundada na FAP - Psicoterapia Analítica Funcional, uma das terapias ativas, parte da terceira onda das psicoterapias cognitivas comportamentais. Surgiu nos Estados Unidos a partir de estudos desenvolvidos por Robert J. Kohlenberg e Mavis Tsai, os quais uniram a teoria que conheciam, com origem em Skinner e os longos anos de experiências na clínica comportamental (Kohlenberg e Tsai, 2001). Para a TAC – Terapia Analítico-Comportamental, a análise funcional é uma ferramenta importante e recomendada por Skinner (1953, 2003), portanto a usa na clínica, bem como a relação psicoterapêutica sugerida na FAP, não sendo uma novidade e nem uma terapia, mas uma ferramenta. Os autores e idealizadores da FAP, entendem que a relação terapêutica é uma relação de intimidade que ocorre entre duas pessoas em sessão e pode ser generalizada ou

estendida como a relação que o cliente possa ter fora da sessão, como se comportar em relação a outras pessoas, na FAP a relação terapêutica é a própria terapia (Kohlenberg & Tsai, 1994, 1995, 2001).

Para Pitanga (2019) o psicoterapeuta deve ter coragem, amor e consciência. Coragem se refere ao psicoterapeuta agir de forma terapêutica, mesmo correndo riscos de ser mal interpretado pelo cliente em algumas de suas intervenções. Coragem para vencer o medo em favor do cliente, ultrapassando situações de estimulações aversivas em si mesmo e no cliente. Amor é o reforço positivo que o terapeuta passa a ser. Para Moreira e Medeiros (2007) o terapeuta deve promover consequências e reforçar diferencialmente todos os comportamentos próximos do objetivo. O reforço diferencial é realizado paralelamente com a extinção, o comportamento indesejado deixa de ser reforçado, entrando em extinção e o reforço diferencial passa ser dado, selecionando o novo comportamento (Moreira e Medeiros, 2007). Ainda, para Pitanga (2019), ter consciência, significa que o terapeuta deve fazer análise funcional em todo percurso do processo terapêutico. O terapeuta observa os comportamentos do cliente e os seus próprios, verificando se os procedimentos e técnicas estão alcançando os resultados esperados (Baum, 2006, Vandenberghe, 2017, Pitanga, 2019, Skinner, 1953, 2003).

Para Skinner (1974, 2006, p. 130) “O que uma pessoa é, de fato, pode significar o que seria se pudéssemos tê-la visto antes de seu comportamento ter sido submetido à ação de um ambiente”. O que o terapeuta não pode desconsiderar é o ambiente da relação, ao analisar seu cliente. É fato de que o terapeuta é e proporciona ambiente favorável para que os comportamentos indesejáveis ocorram e possam ser analisados, isso na FAP é tratado como comportamentos que possivelmente possam ocorrer com outras pessoas, por isso a análise é importante, mas não pode ser feita como julgamento do cliente, pois há de ser levado em conta elementos próprios da relação, isso pode ser conferido com a fala de uma pesquisadora do assunto:

“O terapeuta deve estar sempre atento às consequências que suas próprias ações geram no cliente e compreender que essa relação é importante e real para seu cliente. Para isso, cuidados devem ser tomados pelo terapeuta no manejo dessa interação” (Vilas-Boas, 2012, p. 2).

A FAP compreende os comportamentos do cliente e do terapeuta como sendo modelados pelas contingências de reforçamento de relações passadas, de modo que estímulos atuais evocam comportamentos funcionalmente semelhantes aos evocados previamente (Kohlenberg e Tsai, 2001). Para Villas-Boas (2012) mesmo que os comportamentos do cliente na sessão, não seja idêntico topograficamente aos de fora da sessão, possivelmente serão iguais ou parecidos em relação às consequências que o mantém, o que na FAP é chamado de função, com base no behaviorismo radical de Skinner (1953, 2003) e conforme a teoria da abordagem psicológica de Análise do Comportamento, é sempre bom o terapeuta se recordar que trabalha com probabilidades e não com certezas. Não há nada de novo na FAP que Skinner não tenha falado, por isso a TAC ainda é, além de a base, a mais completa terapia em relação às ondas posteriores de terapias comportamentais (Skinner, 1953, 2003; Skinner, 1957, 1974, 2006).

Na TAC, uma questão importante na relação é a ética no atendimento ao cliente. A ideologia pessoal dos analistas do comportamento e a ideologia profissional de uma área científica, a Análise do Comportamento, é uma das preocupações. A Análise do Comportamento utiliza técnicas e instrumentos de avaliação e intervenção individuais e sociais. Os papéis da pessoa e do profissional estão incluídos no mesmo indivíduo, que é o terapeuta, cabe a ele diferenciar suas atitudes e agir eticamente. O profissional deve estar atento que seus serviços são dirigidos a indivíduos que fazem parte de uma sociedade pluralista, aberta, que está em constantes mudanças, resultado da ação individual sobre o coletivo e do coletivo sobre

o individual. As pessoas emitem comportamentos e sentimentos que os acompanham (Guilhardi, 1995; Skinner, 1953, 2003).

O controle dos comportamentos humanos e o impacto direto sobre a sociedade e da sociedade sobre os indivíduos de acordo com Guilhardi (1995) necessita de definições e considerações. Dorna e Mendéz (1979, p. 110 como citado em Guilhardi, 1995, p. 2), “explica que controle no sentido científico é epistemológico, evocando aceitação do princípio determinista”. Assim sendo, “o princípio empírico é a relação funcional entre os eventos naturais, entre esses, o comportamento humano”. Ainda, o mesmo autor, citando Brandura (1969, pp. 82, 84 e 85 citado por Guilhardi, 1995, pp. 2-3) “considera que um comportamento ético pode ser questionando, se o que exerce poder de influenciar outros, o faz beneficiando o controlador ou o controlado”. Rejeitar o controle não fará com que o indivíduo não seja controlado. A questão ética não é discutir se o comportamento do homem está sob controle, mas por quem e para qual fim. A preocupação ética do terapeuta deve estar conectada com a busca de alívio do controle opressor, mesmo que o controlado tenha permitido o controle, buscar entender se isso beneficia ou não o controlado é o papel da psicoterapia (Skinner, 1953, 2003; Guilhardi, 1995).

Ao tratar de psicoterapia, Skinner (1953, 2003) ainda considera que o psicoterapeuta ético, dispõe de técnicas de entrevistas para conhecer o histórico de vida do cliente, fazer diagnóstico, mas que não deve focar seu trabalho nisso, mas na psicoterapia. Uma ciência do comportamento não reúne apenas os problemas e os deixa ao acaso ou ao bom senso. “A coleção de fatos é apenas o primeiro passo em uma análise científica. Demonstrar as relações funcionais é o segundo” (Skinner, 1953, 2003, p. 401). O psicoterapeuta é um agente controlador e a própria psicoterapia exerce essa função, controle não é para o mal ou bem, mas a favor de quem. Por isso, é ético o psicoterapeuta sempre perguntar a si mesmo, quem é o seu cliente, para quem está trabalhando. Geralmente o controle está ligado à moral e a ética de

grupos sociais, beneficiando indivíduos e a coletividade (Guilhardi, 1995). Ao chegar na psicoterapia, o cliente se encontra em posição aversiva ao controle de circunstâncias, agências e ao próprio psicoterapeuta, desta forma Skinner (1953, 2003) aponta o fato de que o psicoterapeuta pode usar isso em benefício do cliente, uma forma é fazer promessas de alívio. O cliente voltar para psicoterapia depende de uma série de fatores, entre os quais Skinner elenca:

“As promessas de auxílio [...], o prestígio do terapeuta, relatórios de melhora em outros pacientes, ligeiros sinais de melhora no próprio paciente, indícios da sabedoria do terapeuta em outras matérias [...] o terapeuta pode usar variáveis que estão ao seu alcance no controle pessoal, ou como um membro do grupo ético, ou que se deriva de sua parença com membros da família do paciente [...]” (Skinner, 1953, 2003, p. 402).

O psicoterapeuta pode e precisa estabelecer vínculo e aproximação com o cliente, não para ser mais uma representação das agências de controle que exercem controles excessivos, mas para ser uma ajuda para contracontrole, conduzindo o cliente por meio do autoconhecimento ao autocontrole, aliviando desta forma, os efeitos dos controles aversivos vivenciados até então, abrindo possibilidades de acesso aos reforçadores e a autorrealização. Desde o início, a postura do psicoterapeuta deve ser de aproximação, utilizando o controle a favor do cliente.

“[...] o poder inicial do terapeuta não é muito grande. [...] o efeito que ele deve conseguir requer tempo, sua primeira tarefa é assegurar-se de que haverá tempo disponível. O terapeuta usa seja qual for o poder limitado que originalmente possui para assegurar-se de que o paciente continuará a ter contato com ele - que o paciente voltará

para continuar o tratamento. Contudo, à medida que o tratamento progride seu poder aumenta [...] “ (Skinner, 1953, 2003, p. 402).

O padrão moral de um indivíduo e grupo social é determinado pela cultura. Quando se considera grupo social, moral e ética, há de se levar em conta o controle exercido pelo grupo aos indivíduos. Skinner (1953, 2003), ao comentar sobre psicoterapia, insere a discussão de que grupos e as agências de controle governamentais, religiosas, familiares, patrões e sócios, são responsáveis por restringir comportamentos dos indivíduos. Os subprodutos resultantes são fugas, revoltas, resistências passivas, medo, ansiedade, ira e raiva. Os vícios em drogas são apontados pelo autor como sendo efeito do controle, doenças como asma e uma série de sofrimentos, como respostas ao controle excessivo. “Os subprodutos do controle que incapacitam o indivíduo ou que são perigosos seja para o indivíduo seja para os outros, constituem o campo da Psicoterapia” (Skinner, 1953, 2003, p. 393).

O psicoterapeuta deve entender que controle e manipulação do comportamento são duas coisas bem diferentes. O controle é ético e a manipulação não é ética. Mesmo que o psicoterapeuta entenda com relação ao seu repertório de comportamento moral e ético, o que possa ser bom para o cliente, conduzir a relação de modo a manipular o comportamento do cliente é antiético e desaconselhado, inclusive se a manipulação se der com base em seus valores pessoais e não nos valores importantes para o cliente. Nesse sentido, Guilhardi (1995) citando Dorna e Mendéz (1979, p. 112) “expõe que controle de comportamento é epistemológico e fruto de mecanismo natural de experimentação, já a manipulação do comportamento se refere a modificação do ambiente ou do comportamento, com a intenção deliberada, influenciando sobre o cliente, sem seu consentimento”. “Isso é invasão de privacidade, abuso de poder e influência, portanto, antiético” (Skinner, 1953, 2003; Guilhardi, 1995).

O terapeuta deve ser uma escuta não punitiva, não emitir julgamentos ou reprovação, como controle aversivo nas sessões. “O controle aversivo do terapeuta pode dificultar a mudança terapêutica ou prejudicar as relações ao provocar a emissão de comportamentos de fuga e esquiva [...]”. (Tozze, Bolsoni-Silva, Garcia, Nunes, 2015, p. 13). Essa posição é uma conquista que exige do terapeuta uma postura ética, perseverante, de forma a se colocar como não punitivo, não apenas no autodeclarar-se, mas no agir com cliente:

“[...] o próprio terapeuta constitui uma audiência não-punitiva. O processo através do qual isso acontece pode levar tempo. Do ponto de vista do paciente, o terapeuta em princípio é apenas mais um membro de uma sociedade que tem exercido excessivo controle. É tarefa do terapeuta colocar-se em situação diferente” (Skinner, 1953, 2003, p. 403).

O autor ainda pontua que o psicoterapeuta não critica o cliente e não faz objeções a nenhum de seus comportamentos, ressaltando a necessidade de se autocontrolar ao querer fazer correções gramaticais ou lógicas, o que exige preparo por parte do profissional, tanto na formação, quanto na experiência, a ponto de agir com assertividade e autocontrole e não como reprovação ao comportamento do cliente:

“Não aponta erros de pronúncia, gramática ou lógica. Particularmente, evita qualquer sinal de contra agressão quando o paciente de alguma maneira critica-o ou o ofende. O papel de não punir fica mais claro quando o terapeuta frequentemente responde de modo incompatível com a punição, por exemplo, retruca com uma ostensiva demonstração de amizade um ataque agressivo, ou trata sumariamente com

um casual “Isso é interessante”, o relato pelo paciente de um comportamento punível” (Skinner, 1953, 2003, p. 403).

O mesmo autor ainda considera que a relação psicoterapêutica proporciona ambiente natural para que os comportamentos reprimidos anteriormente, se apresentem, desta forma, estes podem ser analisados e ressignificados na psicoterapia. O profissional deve ter entendimento dos fatos ocorridos na história de vida do cliente, nas sessões e não o tomar como sendo pessoais, as críticas e as afrontas do cliente:

“[...] o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não-punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do paciente [...] O paciente também pode começar a descrever tendências atuais para se comportar de modo punível: pode falar errado, illogicamente, ou em termos obscenos ou blasfematórios, ou pode criticar ou insultar o terapeuta” (Skinner, 1953, 2003, p. 403)

Outros comportamentos verbais e não verbais podem aparecer na relação psicoterapêutica e Skinner (1953, 2003) finaliza que a postura do psicoterapeuta vai influenciar diretamente no resultado. Os resultados podem ser de resistência ou terapêuticos, a depender da postura do psicoterapeuta:

“[...] o terapeuta tiver sucesso na manutenção de sua posição como não-punidor, o processo de redução do efeito da punição se acelera [...]. Se, contudo, o terapeuta se torna crítico, ou pune de outra forma, ou ameaça punir [...], o processo pode cessar repentinamente. A condição aversiva que se origina para reverter a tendência algumas vezes se denomina “resistência”. Há um segundo estágio no processo terapêutico. O

aparecimento do comportamento previamente punido na presença de uma audiência não-punitiva torna possível a extinção de alguns efeitos da punição. Esse é o principal resultado da terapia. [...] sente-se menos errado, menos culpado, ou menos pecador” (Skinner, 1953, 2003, p. 404).

Por ser uma relação de intimidade, talvez a mais íntima de todas as relações, exposição ou auto revelação por parte do cliente e do terapeuta, envolvimento emocional e até mesmo sexual deve ser considerado, sendo pouco abordado na literatura, assim como a relação psicoterapêutica em si, principalmente na língua portuguesa. O histórico do cliente e do psicoterapeuta são fatores a serem levados em conta. A própria relação estabelecida, de empatia, aceitação e admiração pode ocasionar a atração, geralmente por parte do cliente para com o terapeuta, embora se tenha relatos que o inverso possa ocorrer (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2001, 2006). Estímulos discriminativos, estado de privação, condição de relação conjugal/sentimental tanto do terapeuta, quanto do cliente com seus parceiros, admiração recíproca e a aproximação da relação terapêutica, pode promover as relações múltiplas, entendidas por um grupo de pesquisadores como sendo proibidas pelo código de ética do psicólogo (CFP, 2005), pela APA (Associação Americana de Psicologia), desaconselhadas pelo código de ética dos analistas do comportamento (Bach, 2014, 2016), no entanto os textos dos documentos de ética e regulamentação, não deixam claros quais os tipos de relações podem interferir no processo terapêutico e que são proibidos ou desaconselhados. De forma geral, relações múltiplas são todas aquelas que possam interferir na qualidade e na ética do atendimento dos serviços prestados. O Código do psicólogo diz: “Ao psicólogo é vedado [...] Estabelecer com a pessoa atendida, familiar ou terceiro, que tenha vínculo com o atendido, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado” (CFP, 2005, p. 10).

A discussão a esse respeito é incipiente, ou de forma muito restrita e tímida na literatura analítica comportamental. A psicanálise de Freud chama a relação fantasiosa entre cliente e terapeuta de transferência: “em 1915 Freud a chamou de amor de transferência e a descreveu como transferência erótica de cliente e terapeuta, no qual o cliente se revela como apaixonado pelo seu terapeuta” (Isolan, 2005, p. 2). O terapeuta precisa reconhecer que a admiração do cliente não é pela sua pessoa, mas pelo que ele representa, pelos efeitos positivos da relação psicoterapêutica, pela capacidade intelectual do psicoterapeuta. Freud explica que forças da natureza se fazem presentes por meio da transferência e o terapeuta pode usar elementos da revelação do cliente para entender com o que exatamente está trabalhando, usando a transferência erótica para melhor compreender o cliente. Clientes que têm coragem de auto revelar-se, encontraram ambiente de liberdade na psicoterapia e isso pode ser valorizado pelo psicoterapeuta (Isolan, 2005).

Para Pérez-Roja, Palma, Bhatia, Norvoo, Hayes e Celso (2017), os terapeutas devem ter cinco qualidades e essas cinco qualidades podem ser agrupadas em dois fatores: “Entendendo a si mesmo e o cliente” (Pérez-Roja et al., 2017, p. 1). O equilíbrio é sempre necessário, psicoterapeutas focam suas atenções nos clientes, mas não devem se esquecer que eles mesmos fazem partes da relação e não somente o cliente, como visto na citação anterior. Ainda nesse sentido, De-Farias (2010, p. 86) diz: “estratégia seria estar ciente que o relacionamento entre terapeuta e cliente existe para benefício de último”. Se tratando de questões éticas de intimidade na relação psicoterapêutica a autora e colaboradores consideram o seguinte:

“[...] clientes que se envolvem sexualmente com seus terapeutas. Segundo Peck (1978, como citado em Kohlenberg e Tsai, 1991, 2001), o terapeuta só deve, após uma cuidadosa avaliação, envolver-se sexualmente com o seu cliente se for em benefício deste [...] A principal questão aqui é saber até que ponto o terapeuta tem o direito de

saber o que é melhor para o cliente. E, se for melhor para o cliente envolver-se sexualmente, por exemplo, em que medida tal envolvimento é melhor para o terapeuta? Ou ainda, esse fato não comprometeria a relação terapêutica e os princípios éticos associados à mesma?” (De-Farias, 2010, pp. 86-87).

É polêmico o envolvimento sexual, mas a atenção, inclusive em assuntos relacionados aos sentimentos de cliente para com terapeuta pode ser terapêutico: “Um terapeuta que dá atenção [...] é alguém naturalmente reforçador, ou governado pelo que é melhor para o cliente” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 35). O texto discutido por De-Farias (2010, pp. 86-87) acima, diz respeito aos excertos de Kohlenberg e Tsai (1991, 2006) abaixo transcritos, inclusive a citação de Peck (1978), embora a impressão da citação seja de 1991, 2001, a reimpressão de 1991, 2006, traz o mesmo relato:

“[...] os clientes poderiam ser facilmente abusados e feridos. Clientes que se envolvem sexualmente com seus terapeutas são um destes casos. Peck (1978) discutiu muito bem porque é difícil conceber que um cliente se beneficie do relacionamento sexual com o terapeuta” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, pp. 35-36).

O texto citado por De-Farias (2010, pp. 86-87) como citado em Kohlenberg e Tsai (1991, 2001) de Peck (1978), na reimpressão de 1991, 2006, é o seguinte:

“[...] após cuidadoso e sistemático exame, que o crescimento [...] do meu paciente seria substancialmente beneficiado pelo nosso relacionamento sexual, eu aceitaria a ideia. No entanto, em quinze anos de atividade profissional, nunca encontrei um caso assim, e acho difícil imaginar que isto sequer seja possível. Antes de mais nada,

o papel de um bom terapeuta é ser um bom pai, e os pais não se relacionam sexualmente com os filhos por uma série de razões, todas bastante fortes. A tarefa de um pai é estar a serviço da criança, e não usá-la para sua satisfação pessoal. Cabe ao terapeuta servir ao cliente, sem fazer uso dele para preencher suas necessidades. A tarefa paterna é encorajar a criança em direção à independência, e o terapeuta deve seguir este exemplo. É difícil entender que um terapeuta que se relaciona sexualmente com um cliente não o fizesse por razões pessoais, ou que estivesse, por meio de tal atitude, promovendo a independência do cliente” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 36).

Notadamente, nenhum dos textos amparam a ideia de que o psicoterapeuta possa manter relações sexuais com seu cliente em benefício do último. Tem muitas variáveis a serem analisadas na questão para que isso fosse possível, atração mútua, não apenas para resolver problemas unilaterais, possíveis sentimentos de utilitarismo, exploração e abuso de poder de influência e de informações privilegiadas, em ambos, com impacto e prejuízos maiores no cliente. O cliente é vulnerável, ocupa posição de quem deve ser protegido e não usado, abusado e explorado. Na necessidade de relações sexuais terapêuticas, as conversas sobre o assunto nas sessões deveriam encorajar o cliente a buscar uma pessoa para se relacionar, que não seja o psicoterapeuta. A atração sexual pelo psicoterapeuta não é de fato pelo envolvimento com este, mas para generalizar o comportamento em outros ambientes e relações compatíveis. Conversar sobre sentimentos, fantasias e possibilidades, sendo o profissional um “modelo” ou exemplo direto, empodera o cliente na ação em outro contexto, e, por isso, pode ser importante para a psicoterapia, desde que se tenha segurança de ambos os lados. Tanto Peck (1978), quanto Kohlenberg e Tsai (1991, 2001, 2006) têm como inconcebível a ideia de relação sexual prática, entre psicoterapeuta e cliente. Para esclarecer ainda mais o ponto de vista dos autores, deve-se observar a citação abaixo:

“[...] o comportamento que ocorre durante a sessão intensifica os sentimentos entre cliente e terapeuta, pode acontecer como resultado uma atração sexual entre os dois indivíduos. Mesmo pensando que discutir esses sentimentos pode ser uma possibilidade de progresso terapêutico, agir é contra-terapêutico e antiético. Uma questão semelhante existe quando o cliente tem problemas sexuais. Um terapeuta ingênuo ou “interesseiro” pode argumentar que, de acordo com os princípios da FAP, a melhor intervenção seria envolver-se sexualmente com o cliente, pois os comportamentos clinicamente relevantes somente surgiriam no relacionamento sexual. Ao contrário, nessa situação, a melhor intervenção é a terapia sexual do cliente com uma pessoa significativa. Como sexo entre cliente e terapeuta parece ser reforçamento arbitrário fornecido pelo terapeuta, o cliente, mais cedo ou mais tarde se sentirá explorado e traído. Isto é confirmado pelo número crescente de processos por prática indevida da profissão, movidos pelos clientes contra seus terapeutas, por ter havido relações sexuais entre eles” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 212).

Kohlenberg e Tsai (1991, 2006) ainda apontam outros elementos éticos importantes na relação psicoterapêutica, o que é ético e antiético, abaixo serão expostos alguns destes elementos, sendo que, é anti-ético aquilo que é reforçador para uma ou mais partes da relação e prejudicial para as outras partes:

“[...] Um determinado evento pode ser um reforçador para: 1) o comportamento do cliente, 2) o comportamento do terapeuta. 3) o bem-estar dos membros do grupo profissional, 4) o bem-estar dos membros da sociedade como um todo, e 5) a sobrevivência da cultura. Os problemas éticos ocorrem quando os reforçadores a longo

prazo são positivos para um ou mais de um desses cinco grupos, mas não para todos”
(p. Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 212).

O profissional deve zelar pela imagem da categoria, os conflitos individuais precisam ser superados pela ética da profissão em relação aos demais. Quando prejudicar o cliente ou atender a uma demanda do cliente que conflita com a postura ética da profissão, a conduta em relação aos demais profissionais deve dirigir as reflexões para ação:

“contingências conflitantes para o terapeuta individual e o grupo profissional. [...] a definição de ética [...] um conjunto de orientações para a conduta, essencial para “manter a integridade e coesão da profissão” [...], salienta a importância dos reforçadores para o grupo profissional em geral [...]” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 210).

Os clientes estão sensíveis diante do psicoterapeuta, esperam ajuda e confiam que serão tratados com honestidade, competência e autenticidade. O psicoterapeuta jamais deverá se utilizar da vulnerabilidade do cliente para exploração, isso, em todos os sentidos, sejam de influência, sexualmente ou financeiramente:

“[...] nos procuram, sofrendo e com necessidade de conforto e orientação, eles são particularmente sensíveis à influência do terapeuta. Os psicoterapeutas estão na posição de auxiliar a produzir grandes mudanças nesse período tão vulnerável da vida dos clientes, mas o contrário, a possibilidade de prejudicar, também existe”. [...] (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 210).

Há outros cuidados a serem tomados para evitar rupturas, considerando elementos que podem ocasionar fuga/esquiva do processo psicoterapêutico. Importante o psicoterapeuta ser sensível e perceber os efeitos benéficos e prejudiciais da relação. Aquele que busca ajuda na psicoterapia, se tiver que abandonar o processo por desacordo ou insucesso, sentirá dores mais intensas que as que o trouxe para psicoterapia. Vejamos o contexto da citação abaixo:

“As variáveis controladoras existentes na sessão terapêutica podem ser muito poderosas. Os procedimentos [...] tendem a produzir reações emocionais intensas [...] o cliente pode aprender pela primeira vez a confiar em outro ser humano. [...] Reflexões controladoras presentes na sessão podem ser extremamente aversivas e produzir efeitos prejudiciais para o cliente, como intenso afeto negativo e repertórios associados de fuga e esquiva. Assim, o cliente pode abandonar a terapia e [...] evocar esquiva e fuga acompanhada de dor” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, pp. 210-211).

Destaca-se aqui uma frase importantíssima: “o cliente pode aprender pela primeira vez a confiar em outro ser humano”. O psicoterapeuta deve ser ético, não manter uma relação com o cliente apenas pelo lado comercial, da necessidade de recebimentos para honrar com compromissos de aluguéis, funcionários ou renda pessoal. Deve olhar para o histórico do cliente e verificar se a terapia está fazendo bem ou mal, ou ainda, se a relação se desgastou e não beneficia mais o cliente, nesse caso o encerramento é necessário. Os autores da FAP aconselham encerrar com processos psicoterapêuticos sem resultados e ainda mais, orientar clientes a tomarem iniciativas de encerramento:

“[...] relação terapeuta-cliente pode resultar na continuação de tratamentos ineficientes. [...] o cliente cujos problemas estão centrados em sua incapacidade para

terminar relacionamentos destrutivos, [...] durante uma terapia ineficiente. [...] o cliente permanece na terapia quando seria melhor terminar [...] o papel do terapeuta como especialista/autoridade diminui a probabilidade do cliente ter a iniciativa de terminar, [...] ele foi advertido contra deixar a terapia prematuramente” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 212).

O terapeuta não pode promover a tirania, sua presença e postura não deve ser intimidatória, tal como algumas pessoas leigas, cientistas e professores se apresentam em determinadas relações (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006). O cliente não é obrigado a copiar seu padrão de moral, ética e comportamento, embora a modelagem e a modelação ocorram no processo de forma natural e instrumentada com a devida ética (Skinner, 1953, 2003). No Behaviorismo Radical não há padrão de comportamento que deva estar no repertório dos indivíduos, assim, todo tipo de discriminação racial, cultural, religiosa, gênero, orientação sexual, idade, deficiência ou pertencimento a qualquer outro grupo, não pode fazer parte da relação de profissionais behavioristas radicais. A teoria é neutra nas questões mencionadas e a TAC – Terapia Analítico-Comportamental é behaviorista radical. (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006).

O psicoterapeuta, por pertencer a determinada cultura, pode reforçar o que a sua cultura idealiza, isso é antiético e contraproducente. Seria bom que profissionais pudessem ter supervisões e se possível, como sugerido pelos autores, sessões gravadas em vídeos para análise e correção destes desvios de objetivos, ouvir os clientes, o que sentem em relação a postura do profissional, pode ser muito importante para o próprio profissional e para a relação psicoterapêutica. O próprio profissional deve se interessar por essa supervisão e buscar auxílio em outros profissionais e questionar o cliente a respeito. A qualidade dos profissionais

entregues para a sociedade deveria ser uma preocupação dos cursos de formação (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006).

Os abusos podem existir, sejam eles de poder, de influência, de prestígio e para garantir a ética no tratamento psicoterapêutico, o profissional deve ser sensível às contingências do cliente. Relações verticais tendem a abusar do poder, a horizontalização da relação seria importante para produção de resultados para ambos, isso sem medo de perda de prestígio por parte do profissional:

“Tirania emocional [...] o abuso de poder pelos terapeutas em detrimento de seus clientes. [...] abuso é construído dentro da própria psicoterapia porque o poder entre terapeuta e cliente não é balanceado. [...] relação terapêutica [...] no acolhimento, atenção e preocupação do terapeuta [...] qualidades só podem existir entre as pessoas quando a relação é entre iguais. A psicoterapia é, segundo a conclusão de Masson (p. 251), "uma profissão que depende, para existir, da miséria das pessoas" e é, por sua própria natureza, corrompida e falha. Os abusos mental, emocional, físico e sexual cometidos na profissão [...] limitar o abuso de poder na nossa profissão” (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, p. 213).

Embora o psicoterapeuta seja parte da relação, o serviço é prestado em favor do cliente e toda melhora na qualidade de vida do cliente, deve reforçar o profissional:

“[...] No mundo real, relacionamentos reais são iguais em alguns aspectos e desiguais em outros. [...] em termos de equilíbrio do poder, nossa visão é de que o desequilíbrio não pode ser considerado bom, mau, ou neutro, sem se estabelecer o contexto. Se o poder desequilibrador é terapêutico ou não, depende da natureza do

problema do cliente e da resposta contingente do terapeuta. Se o problema do cliente é evocado por uma diferença de poder, então a diferença do poder que ocorre na terapia pode ser uma condição necessária [...] No ambiente de tratamento, a assertividade e independência do cliente poderiam ser fortalecidas se o terapeuta fosse reforçado pela melhora. No entanto, se o terapeuta falha em fazer isso, e no lugar reforça a ausência de poder do cliente, então existe o abuso. [...] abuso que pode ocorrer na terapia é quando a ação do terapeuta é controlada por outros reforçadores e não pelo progresso do cliente. Na prática clínica particular, por exemplo, o pagamento ao terapeuta é contingente a manter o cliente em terapia [...] Mais problemáticos ainda do que dinheiro são outros reforçadores possíveis para o terapeuta, como a subserviência do cliente, sua admiração, civilidade, paquera, masculinidade, feminilidade [...] outras maneiras precisam ser encontradas para garantir a prática terapêutica: 1) bom treino clínico, consciência e sensibilidade; 2) ter o comportamento exigido do cliente no seu próprio repertório; 3) ser uma pessoa capaz de ser reforçada pela melhora do cliente e não por outros reforçadores contraterapêuticos”. (Kohlenberg e Tsai, 1991, 2006, pp. 214-215 - grifo-nosso).

Muitos fatores quebram vínculos ou aliança na psicoterapia. Os principais são: discordância quanto a objetivos no processo terapêutico, a interpretação incorreta de algo que o psicoterapeuta tenha falado, ou a desconfiança dos rumos do processo terapêutico. Estudos mostram que resolver essas lacunas chamadas de rupturas, ajudam a obter melhores resultados (*Psychotherapy*, 2018 como citado em Deangelis, 2019).

Para Eubanks et al (2018), há dois tipos de rupturas, as de confronto e as de abstinências. As de confronto, são marcadas por expressões externas de raiva nos clientes, como acusações ou questionamentos do psicoterapeuta; as de abstinência, ocorrem quando os clientes se afastam

do psicoterapeuta ou de um aspecto de si mesmos, por exemplo, quando temem as críticas do psicoterapeuta ou têm medo de mergulhar em um assunto doloroso. As pistas de que os clientes podem estar caminhando para tais rupturas incluem recuar no silêncio e não se envolver totalmente no tratamento. É preciso reconhecer o que está acontecendo e a partir disso, lidar com o fato de forma terapêutica, visando modificar as impressões e comportamentos de ambos. As rupturas podem ser pela postura do psicoterapeuta ou pôr o cliente estar entrando em contato com áreas dolorosas de sua própria história de vida, ou ainda, pelos dois fatos. A forma de lidar com essas rupturas por parte do psicoterapeuta, pode ser explicar suas falas, justificar suas tarefas, ser objetivo, conferir a clareza dos objetivos dos dois, melhor se as orientações forem fornecidas por escrito, como preconiza o Bacb (2014, 2016).

Não se deve aplicar nenhuma intervenção sem que os objetivos sejam claros, aceitos e autorizados pelo cliente. Os objetivos podem ser renegociados com o cliente ao longo do processo, de forma que fique claro a direção da psicoterapia. Eubanks et al (2018) ainda encoraja a discussão mútua sobre os motivos da ruptura e a ruptura em si. Enfrentar um conflito e trabalhar com ele pode proporcionar o crescimento de todos os envolvidos. Talvez os clientes não estariam em terapia se não tivessem sentimentos e emoções negativas para enfrentar. Alguns psicoterapeutas ficam frustrados com resultados do processo ou de sua própria vida e isso pode ser entendido pelos clientes que algo esteja errado com eles (clientes), nesses casos, os terapeutas devem verificar seus sentimentos de distração, reações e tédios. Os terapeutas devem estar cientes de que os clientes entendem suas reações por meio de falta de contato visual, postura corporal, expressões faciais e tom de voz (Goldfried ([s.d.] como citado em Deangelis, 2019).

Norcross et al (2017) expõem que o cliente pode até “brincar” de encerrar a terapia, querendo permanecer, mas ter medo de aprofundar em uma área difícil para ele. Nesse momento o psicoterapeuta pode auto revelar-se, compartilhando seus sentimentos de perdas em alguma

área, se estiver triste por algum motivo, sem nenhum medo de abrir isso com seu cliente. Ainda pode ser importante a discussão de questões que possam não terem sido encerradas, fazendo um resumo do progresso no processo terapêutico, como uma linha do tempo, pontuando os avanços e resultados. Ainda para os mesmos autores, há ações que podem melhorar os resultados para os pacientes, entre elas podem estar o discutir como foi a terapia, as sessões, discutir o funcionamento futuro, ensinar o cliente usar novas habilidades, colocar o desenvolvimento pessoal como um processo contínuo, antecipando crescimento, falar sobre encerramento da terapia, refletir sobre os ganhos da terapia para o cliente, expressando orgulho em seu progresso e relacionamento mútuo.

CONCLUSÃO

Verificou-se que o behaviorismo tem sido um esforço de cientificar as ações em psicologia, a história da criação e desenvolvimento da filosofia behaviorista foi se aproximando cada passo de uma ciência completa do comportamento humano. Atualmente, ao estudar as terapias que os autores chamam de ondas ou gerações dentro da teoria que Skinner chamou de terapias comportamentais, se percebe o quão distante estão aqueles que julgam a abordagem comportamental fria e inflexível.

A clínica comportamental com crianças, adultos e idosos, se propõe a analisar de perto os comportamentos, a partir do método científico, fazer análises funcionais e intervir no ambiente, de forma que os comportamentos desejáveis aos clientes sejam inseridos e manifestos, beneficiando os próprios clientes e as pessoas que os cercam, sendo que os resultados obtidos podem ser estendidos a todos os envolvidos, incluindo o psicoterapeuta, que é parte integrante da relação psicoterapêutica na clínica comportamental, tema que foi percorrido neste trabalho.

Diante da pesquisa realizada e de acordo com o objetivo proposto inicialmente, embora autores consagrados tenham afirmado que é incipiente as pesquisas sobre a relação psicoterapêutica e os efeitos desta no processo psicoterapêutico, os autores deste trabalho perceberam o quanto é rico e complexo o campo de atuação do clínico comportamental, tendo como foco a relação e o vínculo entre cliente e psicoterapeuta. Com a relação psicoterapêutica, poderiam serem tratados outros elementos importantes, sendo alguns deles: comportamento verbal, estímulos discriminativos, esquemas de reforçamento, controle aversivo, contracontrole, processos de condicionamento, aquisição e extinção, regras, autorregras, os comportamentos governados por regras e os comportamentos modificados por contingências, mas que neste trabalho não foram conceituados, discutidos e aprofundados especificamente.

Conclui-se que todo estudante de psicologia e profissional pesquisador, deveriam ter contato com a Análise do Comportamento e sua filosofia que é o Behaviorismo Radical, no tocante a relação psicoterapêutica. Isso ajudaria aproximar os psicólogos e a prática psicológica do campo científico, afetivo, relacional, ético e com resultados psicoterapêuticos para o cliente, psicoterapeuta, categoria profissional, círculo relacional do cliente e toda a sociedade. Entende-se que o assunto relação psicoterapêutica na clínica comportamental é amplo, merecendo aprofundamento crítico-reflexivo e que a pesquisa aqui exposta é apenas um ensaio nesse sentido, instigando discussões e a continuidade em outros trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. R; Abreu, J. H. S. (2020) La cuarta generación de terapias conductuales. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 185-205. Disponível em:<https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/la-cuarta-generacion-de-terapias-conductuales.pdf>. Acesso em: 25/09/2021.
- Ardila, R. (2013) Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia. J. B. Watson. *A psicologia experimental e o condutismo 100 anos depois*. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v13n1/artigos/html/v13n1a19.html>. Acesso em 04/10/2021.
- Bacb - *Behavior Analyst Certification Board* (2014). Aprovado pelo Conselho de Diretores do BACB em 7 de agosto de 2014. © 2014 Behavior Analyst Certification Board,® Inc. (BACB®), Todos os direitos reservados. Versão 20 de janeiro de 2016.
- Baum, W. W. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. (M. T. A. Silva, G. Y. Tomanari & E. E. Z. Tourinho, trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. W. (2006). *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução (2ª ed.)*; tradução Maria Tereza Araújo Silva [et al.]. Porto Alegre: Artmed (originalmente publicada em 2005).
- Borges, N. B. (Organizador) et al. (2014). *Comportamento em Foco 4. – São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC*, 2014. 250 p. Disponível em:< <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/141622281567a93-3aae65d.pdf>>. Acesso em 25/06/2021.
- Catania, A. C. *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília-DF: agosto de 2005.

De-Farias, A.K.C.R. (Organizador) (2010). *Análise comportamental clínica*. [recurso eletrônico] : aspectos teóricos e estudos de caso / Ana Karina C. R. de-Farias & colaboradores. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

Deangelis, T. (2019) Melhores relacionamentos com os pacientes levam a melhores resultados. Um bom relacionamento é essencial para ajudar o cliente a se conectar, permanecer e obter o máximo da terapia. *American Psychological Association*. Data de criação: 1º de novembro de 2019. Vol. 50, No. 10. Versão para impressão: página 38. Disponível em: <https://www.apa.org/monitor/2019/11/ce-corner-relationships>. Acesso em 15/08/2021.

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Reparo de ruptura de aliança: uma meta-análise. *Psychotherapy*, 55 (4), 508-519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Garcia, M. R. (2007) O Percurso Histórico da Terapia Comportamental. *Revista Terra e Cultura* - Número 44 - Ano 23. Janeiro a Julho de 2007. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1226/1120>. Acesso em 20/09/2021.

Guilhardi, H. J. (1997). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica? Em Banaco, R. A. (Org.), *Sobre o Comportamento e Cognição: Aspectos Teóricos, Metodológicos e de Formação em Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental*. pp. 322-337. Santo André, SP: ARBytes Editora.

Guilhardi, H. J. (PDF). (1995) Aspectos Éticos e Técnicos da Prática Psicoterápica: a Visão Comportamental. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento e Instituto de Análise de Comportamento Campinas - SP. Disponível em: <https://aedmoodle.ufp->

- a.br/pluginfile.php/415517/mod_resource/content/1/Guilhardi_1995.pdf. Acesso em: 25/09/2021.
- Isolan, L. R. (2005) Transferência Erótica. Artigos de Revisão. Revista de Psiquiatria. *Rio Gd. Sul* 27 (2) • Ago 2005, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101810820-05000200009>>. Acesso em 01/10/2021.
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. Perspectivas em análise do comportamento. *Perspectivas vol.6 no.2* São Paulo 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217735482015000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25/09/2021.
- Kerbaux, R. R. (1999) Pesquisa em terapia comportamental: Problemas e soluções. Em Kerbaux, R. R., e Wielenska, R. C. (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva da reflexão teórica a diversidade na aplicação. Vol 4*, 1ª ed., pp. 61 68. Santo André, SP: Arbytes Editora.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N.S. Jacobson (Org.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4,175-201.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (2001) *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: Editores Associados.
- Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (2006). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: Editores Associados.
- Lettner, H. W. (1998) *Avaliação comportamental: Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Psy.
- Matos, M. A. (1997). O behaviorismo metodológico e suas relações com o mentalismo e o behaviorismo radical. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição*, Vol. 1 (pp.57- 67). Santo André (SP): Arbytes Editora.
- Moreira, M. B., Medeiros, C. A. (2007) *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nishikawa, E., Fiore, M. L., Hardt, O. (2017) História da psicanálise. Histeria e borderline Mo(vi)mentos da clínica psicanalítica. *Jornal de Psicanálise* 50 (93), 273-289. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v50n93/v50n93a22.pdf>. Acesso em: 04/10/2021.
- Norcross, J. C., Zimmerman, B. E., Greenberg, R. P., & Swift, J. K. (2017). Todos os terapeutas fazem isso ao se despedir? Um estudo de semelhanças em comportamentos de rescisão. *Psychotherapy*, 54 (1), 66-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/pst0000097>. Acesso em: 02/08/2021.
- Pérez-Rojas, A. E., Palma, B., Bhatia, A., Jackson, J., Norwoo D, E., Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2017). O desenvolvimento e validação inicial da Escala de Gestão de

Contratransferência. *Psychotherapy*, 54 (3), 307–319. Disponível em:

<https://doi.org/10.1037/pst0000126>. Acesso em: 02/08/2021.

Pitanga, A. V. (2019) Relação Terapêutica na Análise do Comportamento: Aspectos de Coragem, Amor E Consciência. Disponível em:

<http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/1125> . Acesso em 04/10/2021.

Rafihi-Ferreira, R., Santos, D. R., Alckimin-Carvalho, F., Soares, M. R. Z. (2016) Clínica Analítico-Comportamental no Brasil: Histórico, Treinamento e Supervisão.

Perspectivas em análise do comportamento. Versão On-line ISSN 2177-3548.

Perspectivas vol.7 no.2 São Paulo jul./ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18761/pac.2016.001>. Acesso em:25/09/2021.

Rangé, B. (1995). Relação Terapêutica. em Range, B. (ORG.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. p. 43-66. Campinas, Editorial PSY.

Raue, P. J., Goldfried, M. R. (1994) The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy.

Em Horvath, A. O., Greenberg, L. (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. pp. 131-152. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, Inc.

Regra, J. A. (2000). Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 2(1), 79-101.

Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v2i1.291>. Acesso em: 11/08/2021.

Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354.

Silvares, E. F. M., Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. 1ª. Edição. São Paulo: Edicon.

Shinohara, H. (2000). Relação Terapêutica: O que Sabemos Sobre Ela? Em Kerbauy, R. R. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição*. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol 5, 1ª ed., pp. 229-233. Santo André: Ed. SET

Souza, C. R. A., Coelho, D. M. (2012) O Neutro em psicanálise: da técnica à ética. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000100007>. Acesso em: 02/07/2021.

Skinner, B. F. (2003) *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B-6MZeBCnwUbKOVpMNjhlNmhLQmM/view>. Acesso em: 19 março 2019.

Skinner, B. F. (1957) *Verbal Behavior*. Cambridge, MA: B. F. Skinner Foundation.

Skinner, B. F. (1978) *O comportamento verbal*. Tradução de Maria da Penha Villalobos - São Paulo: Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo.

Skinner, B. F. (2006) *Sobre o Behaviorismo*. Tradução Maria da Penha Villalobos. 10ª. edição 2006. 10ª. impressão 2019. São Paulo: Cultrix, 1974/2006. 218 pp.

Tozzi, K. F., Bolsini-Silva, A. T. Garcia, V.A., Nunes, P. L. (2015) Análise da interação terapeuta-cliente em sessões iniciais de atendimento. *Perspectivas* vol.6 no.1 São Paulo.

Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482015000100003>. Acesso em 27/09/2021.

Vandenberghe, L., Viegas, M. (2001) Behaviorismo: reflexões acerca da sua epistemologia. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva Comportamental*. vol.3 no.2 São Paulo dez. 2001. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200002. Acesso em: 04/10/2021.

Vandenberghe, L. (2017). Três faces da Psicoterapia Analítica Funcional: Uma ponte entre análise do comportamento e terceira onda. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Vol XIX no 3, 206-219.

Villas-Boas, A. (2012) Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Entendendo o cliente na relação terapêutica. *Portal Comporta-se*. 07/08/2012. Disponível em: <https://comportese.com/2012/08/07/psicoterapia-analitica-funcional-fap-entendendo-o-cliente-na-relacao-terapeutica>. Acesso em: 15/08/2021.

Watson, J. B. (2008). Clássico traduzido: a psicologia como o behaviorista a vê (publicado originalmente em 1913). *Temas em Psicologia*. vol.16 no.2 Ribeirão Preto 2008.
Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008-000200011. Acesso em: 04/10/2021.