

PUC

MARIA ALICE LUSTOSA DE ABREU

IMAGEM DO TERAPEUTA EM FUNÇÃO DE TEMPO DE TERAPIA E PROFISSÃO DE
PESSOAS SOMETIDAS À ABORDAGEM TERAPÊUTICA CENTRADA NO CLIENTE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 31 de julho de 1979

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Av. Marques de São Vicente, 225 - CEP 22453

Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 A162i TESE UC

Título Imagem do terapeuta em função de tempo de terapia e prof



Ex.2 PUCB

0027115

Be
PUC

D O A Ç Ã O

UC16617-7

MARIA ALICE LUSTOSA DE ABREU

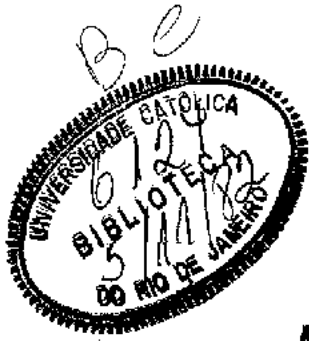
IMAGEM DO TERAPEUTA EM FUNÇÃO DE TEMPO DE TERAPIA
E PROFISSÃO DE PESSOAS SUBMETIDAS À ABORDAGEM
TERAPÊUTICA CENTRADA NO CLIENTE

Dissertação apresentada ao Depar
tamento de Psicologia da PUC/RJ
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica.

Orientador: Aroldo Rodrigues

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 31 de julho de 1979



UC 166177
27115

150
F 162i
TESE UC

À minha família, pelo incentivo,
apoio e colaboração indispensáveis
à realização deste trabalho.

- Ao orientador da Dissertação e incentivador constante: Prof. Aroldo Rodrigues.
- Aos demais membros da banca: Maria Tereza Maldonado e Raquel Rosenberg.
- A todos os professores de quem fui aluna durante o curso de graduação e Mestrado.
- À Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
- Aos amigos e companheiros de trabalho: Magale Dorfman, Marcia Tassinari, Rogério Christiano Buys e Tereza Cristina Carreteiro.
- A todos os amigos que muito me incentivaram na difícil trajetória de finalização deste trabalho.
- Aos profissionais que amavelmente colaboraram para a realização da pesquisa aqui descrita: Dario dos Santos Oliveira, Luiz Alfredo Millecco Monteiro e Maria Salete Cabral.
- Às pessoas que gentilmente fizeram parte da pesquisa aqui desenvolvida.
- À Norma Ferreria Soares por seu convívio e ajuda efetiva à realização deste.
- A meus clientes que possibilitaram o surgimento e a concretização da idéia deste trabalho, através da relação existencial vivida por nós.

Meu carinhoso agradecimento

RESUMO

O presente trabalho é um estudo sobre a mudança, em clientes de início (menos de três meses) e de final (mais de um ano) de psicoterapia, da imagem de seu terapeuta durante este tipo de processo, na abordagem Centrada no Cliente.

A hipótese levantada foi a de que clientes com menos de três meses de terapia tenderiam a possuir uma imagem "idealizada" de seu terapeuta, enquanto que os de mais de um ano tenderiam a ver seu terapeuta de uma forma mais "real". Esta mudança deveria ocorrer por dois motivos principais:

- 1) pela autenticidade do terapeuta
- 2) pela complacência doutrinal do cliente

O instrumento utilizado para verificação da hipótese foi um inventário de relacionamento confeccionado para a referida pesquisa.

Para testagem da hipótese de trabalho foi conduzida uma pesquisa empírica com 40 sujeitos e seus resultados analisados através da análise da variância num planejamento fatorial 2x2.

Os resultados não confirmaram inteiramente a hipótese levantada. Verificou-se somente que a interação entre o tipo de profissão dos sujeitos (psicólogos e não psicólogos) e o tempo de terapia (início e final) influenciavam a mudança de imagem de seu terapeuta. A interação mostrou que clientes psicólogos mudam mais do que clientes não psicólogos do início para o fim do processo terapêutico na direção de uma imagem mais real de seu terapeuta.

Críticas e sugestões para pesquisa futura são apresentadas.

ABSTRACT

This work is a study on the change possibly shown by clients who are at the beginning of therapy (i.e., less than three months) and those who are in the final stages (more than one year), insofar as the image they have of their therapist is concerned, during the therapeutic process. The therapeutic process here focused on is that of Client Centered Therapy.

The hypothesis raised was that clients with less than three months of therapy would tend to have an "idealized" image of their therapist, while those with more than one year of therapy would tend to see their therapist in a more "real" fashion. Such a change of the therapist image should occur due to two main reasons:

- 1) due to the therapist's authenticity
- 2) due to the client's "doctrinal acquiescence" (complacenic doutrinal (1)).

The instrument used to verify this hypothesis was an inventory ad hoc prepared for this investigation. An empirical test of the hypothesis was carried out with 40 subjects and the results analyzed through a 2x2 analysis of variance in a completely randomized design.

The results did not lend full support to the hypothesis raised. Only the interaction between the two variables -

length of therapy (less than 3 months or more than 1 year) and type of client (psychologists and non-psychologists) reached statistical significance. It showed that psychologist clients change more than non-psychologist clients, from beginning to end of the therapeutic process, in the direction of a more real image of their therapist.

A critical appraisal and some suggestions follow the analysis of the results.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. HISTÓRICO DA TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE.....	3
1. O período da terapia não-diretiva.....	4
2. O período da terapia centrada no cliente.....	6
3. O período da terapia experiencial.....	8
3. AUTENTICIDADE.....	14
4. A COMPLACÊNCIA DOUTRINAL.....	22
5. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	26
6. PESQUISA EMPÍRICA.....	33
A) MÉTODO.....	33
- Sujeitos.....	33
- Procedimento.....	34
a) Elaboração do inventário de relacionamento.....	35
b) Terapeutas.....	38
c) Escolha dos sujeitos e forma de aplicação dos inventários.....	38
B) ANÁLISE DOS DADOS.....	39
7. CONCLUSÕES.....	42
8. CRÍTICAS E SUGESTÕES.....	43
9. APÊNDICE.....	44
A) Inventário distribuído para o 1º grupo de juízes.....	44
B) Inventário distribuído para o 2º grupo de juízes.....	47
C) Formulação final do inventário distribuído para o grupo de sujeitos da população pesquisada.....	50
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1. INTRODUÇÃO

Muitas pesquisas têm sido feitas com o objetivo de se trazerem maiores esclarecimentos para o entendimento das engrenagens do processo terapêutico.

Um dos tópicos mais relevantes para a teoria da psicoterapia e sobre o qual poucos estudos têm sido realizados, é a imagem que o cliente, submetido a este tipo de tratamento, tem de seu terapeuta.

Na prática clínica, observamos que o terapeuta é visto, por grande parte dos clientes, como uma pessoa com "status" intelectual superior ao seu, com seus problemas emocionais resolvidos, sem conflitos, enfim, uma pessoa "sadia", em quem se pode confiar inteiramente, e até certo ponto, como um modelo a ser seguido. Esta maneira de perceber, concede ao psicoterapeuta um papel de extrema relevância nesta relação e de enorme poder.

Segundo Rogers (21), em sua teoria da terapia e da modificação da personalidade, uma das características para que o processo terapêutico se produza é que "o cliente se encontre num estado de desacordo interno, de vulnerabilidade ou de angústia". Este estado de desacordo interno é não só o que motivaria a procura de um terapeuta como também a razão pela qual o cliente tenderia a construir uma imagem do terapeuta como alguém sem problemas, com condições assim, de diminuir este seu estado de desacordo interno.

Pretendeu-se investigar, neste trabalho, a mudança que ocorre na percepção que o cliente tem de seu terapeuta (de linha centrada na pessoa), à medida que o processo psicoterapêutico vai se desenvolvendo. Isto deveria ocorrer como consequência da "autenticidade" do terapeuta, no sentido de Gendlin (17) e Rogers (26), e da "complacência doutrinal" do cliente, no sentido de Ehrenwald (1).

2. HISTÓRICO DA TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE

O presente trabalho tem por fundamento teórico e filosófico os postulados enunciados por uma das técnicas psicoterápicas existentes. Assim sendo, para o entendimento não só do conceito descrito no próximo capítulo, como das hipóteses e observações feitas neste trabalho, sentiu-se a necessidade de uma exploração do campo teórico de onde se originam ditos conceitos e hipóteses.

Este capítulo não tem por objetivo uma explanação exaustiva da teoria da terapia centrada no cliente, mas uma visão geral de seu desenvolvimento, com o intuito tanto de facilitar o entendimento das questões que serão levantadas mais tarde, como também da melhor compreensão do conceito de autenticidade que será desenvolvido a seguir.

A terapia centrada no cliente tem seu início em 1940 com Carl Rogers. A partir daí ela vem sofrendo modificações, resultantes da postulação de novos conceitos deduzidos da prática clínica, e vem mudando de designação na tentativa de melhor adequação ao seu desenvolvimento.

Visando a melhor compreensão da trajetória percorrida por esta abordagem, poder-se-ia dividi-la em três períodos abaixo designados:

- 1) de 1940 a 1945: o período da terapia não diretiva
- 2) de 1946 a 1956: o período da terapia centrada no cliente
- 3) de 1957 a: o período da terapia experiencial.

1) O período da terapia não diretiva -

Embora o início marcante das evoluções date de 1940, muita coisa importante vinha sendo feita por Rogers antes disto.

Neste primeiro período, Rogers não propõe uma teoria como fará posteriormente, mas descreve o mais simplesmente possível os fatos observados em sua prática clínica. A publicação central desta fase é o livro "Counseling and Psychotherapy" (22), embora a primeira exposição clara e completa da terapia não diretiva date de 1940 e trate-se de um artigo de quatro páginas intitulado "The process of therapy" (23).

São características desta fase dois tipos de respostas não diretivas: a) o tipo "hum-hum", que traduz a aceitação e compreensão do cliente por parte do terapeuta; b) a reflexão ou clarificação de sentimentos que consiste em expressar com palavras as atitudes essenciais implícitas das respostas do cliente, com a finalidade de que este se compreenda melhor.

Estes tipos de respostas são decorrentes da crença em ser esta a melhor forma de propiciar ao cliente o alcance gradual de "insights" dentro dele mesmo e de sua situação. O terapeuta deste período, procura facilitar este "insight" através da criação de um "setting" permissivo e não autoritário, no qual o cliente esteja livre para proceder de sua própria forma, e seguir sua própria direção. Com sua forma aceitadora e não autoritária o terapeuta tenta libertar o cliente da necessidade de se defender. A atitude principal do terapeuta é ajudar o cliente a clarificar seus sentimentos e percepções.

"Effective counseling consists of a structured, permissive relationship which allows the client to gain an understanding of himself of a degree which enables him to take positive steps in the light of his new orientation. This hypothesis has a natural corollary, that all techniques used should aim toward developing this free and permissive relationship, this understanding of self in the counseling and other relationship and this tendency towards positive self-initiated action (22).

Mesmo neste período a psicoterapia centrada no cliente exibía uma característica que definia claramente sua posição dentre os outros tipos de abordagem terapêutica. Um grande esforço foi feito por Rogers e seus colaboradores para coletar uma variedade de material psicoterapêutico no sentido de viabilizar a análise científica. O empirismo permaneceu uma parte integrante desta orientação, e é, de uma maneira geral, responsável pela natureza de constante desenvolvimento desta abordagem. As teorias e os constructos que não geravam hipóteses gerais e testáveis vêm sendo descartadas em favor dos que os fazem.

Fica fácil entender a aceitação entusiástica desta orientação pelos terapeutas deste período, se para lá nos reportarmos. As condições nos Estados Unidos, na época em que o livro de Rogers sobre a terapia não diretiva foi publicado, eram excelentes para sua aceitação. Os psicólogos clínicos e aconselhadores descobriram que a psicanálise não era inteiramente apropriada às necessidades americanas. Além disto, os analistas nos Estados Unidos formavam uma sociedade médica que excluía completamente os profissionais que não fossem desta área. Um terapeuta

poderia praticar a terapia psicanalítica, mas não poderia ser um analista, permanecendo assim um prático de segunda classe. A outra alternativa aberta para os terapeutas americanos era a psicoterapia diretiva, que era igualmente impraticável. Dar informações a pessoas de como deveriam ou poderiam mudar, não parecia modificá-las.

Assim vemos por que os psicólogos americanos estavam preparados para responder favoravelmente a uma psicoterapia que enfatizava as relações de ajuda, uma psicoterapia que rejeitava tanto o modelo médico dos analistas quanto o modelo orientativo dos terapeutas diretivos.

A nova orientação foi entusiasticamente aceita por mui-tos terapeutas, apesar de significados de conceitos não direti-vos tais como "permissividade", "clarificação" e "insight" serem retirados principalmente de exemplos ao invés de de uma integração sistemática dentro de uma estrutura teórica bem desenvolvi-da, ou de pesquisas. Os terapeutas não-diretivos eram identifi-cados, muito mais, pelo o que eles não faziam, do que pelo o que eles faziam ou deveriam fazer. Neste período, respostas terapêuticas tais como dar conselhos, expressar opiniões ou sentimentos, interpretar, e outras atividades interventivas estavam excluídas do leque de atitudes do terapeuta. A grande ênfase era dada ã auto-iniciação individual do cliente na direção do crescimento, da saúde e do ajustamento.

2) O período da terapia centrada no cliente -

A partir de 1946 as pesquisas de Rogers, sua observação da prática clínica e seu desenvolvimento pessoal, operaram gran-

des modificações na atuação do terapeuta desta abordagem. Isto fez com que um novo nome fosse dado a este enfoque como reflexo de mudanças não só teóricas como principalmente práticas. Assim, esta fase recebe a denominação de "centrada no cliente" com a publicação central sendo o livro de Rogers intitulado "Client - Centered Therapy" (24).

Nesta etapa, principalmente em seus últimos anos, Rogers consegue uma formulação muito mais teórica de sua terapia. Muitos dos conceitos são sistematizados e embasados em extensivas pesquisas. Nesta segunda fase aparecem sensíveis reformulações nas atitudes do terapeuta. Ele não mais utiliza técnicas para ajudar ao cliente a compreender-se, como nos anos anteriores. Estas técnicas são substituídas pela "compreensão empática", onde o terapeuta percebe o cliente "através dos olhos do cliente", como ele se vê a si mesmo, adotando seu quadro de referência interna. Para aumentar a reorganização e reintegração dos conceitos que o cliente tinha de si, a tarefa básica do terapeuta era remover da relação as fontes de ameaça, e espelhar para o cliente seu mundo fenomenológico. A técnica que viabilizava ao terapeuta o alcance destes objetivos não era mais a clarificação e sim a "reflexão de sentimentos".

Raskin (13) descreve esta técnica da seguinte maneira:

"... counselor participation becomes an active experiencing with the client of the feelings to which he gives expression. The counselor makes a maximum effort to get under the skin of the person with whom he is communicating, he tries to get within and to live the attitu-

des expressed instead of observing them, to catch every nuance of their changing nature: in a word, to absorb himself completely in the attitudes of the client. And in struggling to do this, there is simply no room for any other counselor attitude; if he is attempting to live the attitudes of the other, he cannot be diagnosis them, he cannot be thinking of making the process go faster. Because he is another, and not the client, the understanding is not spontaneous but must be acquired, and this through the most intense, continuous and active attention to the feelings of the other, to the exclusion of other types of attention" (as quoted in Rogers, 24, p. 29).

Já nesta fase Rogers deixa bem claro a necessidade da "genuinidade" ("genuineness") do terapeuta quando postula que o respeito e a aceitação da pessoa humana começam pelo auto-respeito e auto-aceitação. Assim, o terapeuta não poderá respeitar nem aceitar o cliente se não se aceita nem se respeita em primeiro lugar.

Ainda aqui Rogers desenvolve uma teoria de suas primeiras intuições sobre a pessoa humana, através de suas observações do processo terapêutico. Isto explica porque sua teoria da personalidade se encontra, em geral, subjacente a suas exposições sobre a teoria da psicoterapia.

3) O período da terapia experiencial -

Esta fase tem seu ponto inicial em uma conferência pronunciada por Rogers em 1957 na Convenção Americana de Psicologia.

de Nova York. O conteúdo desta conferência é publicado um ano mais tarde na revista "American Psychologist" sob o título "A process conception of psychotherapy" (25). Este mesmo artigo é incluído em 1961 em seu livro "On Becoming a Person" (20), que é o marco desta terceira fase.

Um dos impulsos que proporcionaram a evolução da psicoterapia centrada no cliente para a psicoterapia experiencial foi a tentativa feita por um grupo de terapeutas desta orientação em oferecer psicoterapia a psicóticos hospitalizados. É bom lembrar que em 1942 Rogers excluía dos candidatos à sua terapia tanto clientes desta classe como crianças. Assim, no trabalho com estes clientes hospitalizados, os terapeutas encontraram novas dificuldades, e conseqüentemente foram forçados a buscar novas maneiras de viabilizar seus esforços. Entretanto, mesmo antes da aplicação da terapia centrada no cliente a esta nova população, a ênfase neste grupo tendia a se deslocar de técnicas terapêuticas específicas (tais como reflexão de sentimentos) para um foco nas atitudes e habilidades do terapeuta que poderiam ser comunicados por uma grande variedade de comportamento deste. No seu artigo "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" (26), Rogers introduz a idéia de que, dadas certas condições básicas de terapia (fornecidas pelo terapeuta), entre elas a atitude de consideração positiva incondicional, (aceitação autêntica e indiferenciada, de todos os sentimentos experimentados pelo cliente), a compreensão empática (a tentativa sincera de compartilhar o mundo interno do cliente e comunicar seu entendimento) e a autenticidade (ser capaz de revelar seus próprios sentimentos internos), ocorreria uma mudança positiva da personalidade do cliente.

O aspecto da autenticidade merece aqui uma menção maior. Os terapeutas centrados no cliente se afastavam cada vez mais das prescrições sobre "o que fazer" e "quando fazê-lo". Encaminhavam-se para uma maior expressividade e uma comunicação mais ativa de seus próprios pensamentos e sentimentos, para seus clientes. Esta maior expressividade foi considerada essencial mais tarde no trabalho feito com clientes esquizofrênicos, especialmente cata-tônicos (18).

O conceito de experienciação foi originalmente aplicado à psicoterapia por Gendlin e Zimring (5) e em posteriores artigos Gendlin (6) o estendeu à teoria. A palavra "experienciação" refere-se tanto à teoria da experienciação quanto ao fenômeno da experienciação. Descrevendo sucintamente, este conceito refere-se à massa aperceptiva da vida subjetiva do indivíduo, a sensação interna implicitamente sentida e diretamente conhecida, a qual é a fonte dos significados pessoais.

A experienciação é um fenômeno que está constantemente ocorrendo. Ela é um processo subjetivo de referência interna. A teoria de Gendlin sobre a eficácia do cliente e do terapeuta em atividades dentro da terapia, é formulada em termos do fenômeno da experienciação.

"An effective therapeutic response refers to what the individual is now aware of. However, it does not refer simply to his words or thoughts. Rather, it refers to the present felt datum, his present experiencing... An effective therapeutic response thus aims to do three closely related things: (1) to refer directly and help the individual refer directly,

to his present experiencing, (2) to allow him to feel this present experiencing more intensely, to grapple with it, face it, tolerate it, work it through, and (3) to help him put its implicit meaning into concepts which accurately state it" (6, p. 245).

Com a aplicação da psicoterapia centrada no cliente a esquizofrênicos hospitalizados, a mudança de uma reflexão de sentimentos do cliente para uma comunicação mais ativa de aceitação e dos sentimentos do terapeuta foi acelerada. A terapia centrada no cliente, depois de mais de uma década de prática e pesquisas, demonstrou amplamente ser uma técnica efetiva para se lidar com pacientes mal-ajustados. Entretanto, quando frente a pacientes esquizofrênicos que não tinham motivação para psicoterapia e além disto, que não se expressavam verbalmente, os terapeutas centrados no cliente se depararam com um grande obstáculo e uma grande frustração em sua tentativa de responder a sentimentos verbalizados pelos pacientes. Assim, foram impelidos a procurar novas maneiras de expressar e satisfazer seus objetivos terapêuticos.

Começaram a desenvolver-se novas formas de respostas e de conceitualização da psicoterapia, no momento em que se estabeleceu a terapia face-a-face com pacientes catatônicos. Esta nova fase da terapia centrada no cliente, a fase experiencial, embora inicialmente formulada para lidar com pacientes psicóticos resistentes ao trabalho psicoterapêutico, mostrou ser de ampla utilização com outros grupos de clientes e pacientes.

Assim, neste terceiro período, sente-se nitidamente os novos rumos tomados pela psicoterapia centrada no cliente e à guisa de resumo poder-se-ia descrever sumariamente os rumos básicos ocorridos:

a) Uma variedade enorme de comportamentos do terapeuta é aceita no "setting" terapêutico (tais como expressar opiniões e sentimentos ou fazer perguntas), coisas que nos períodos anteriores eram consideradas indesejáveis.

b) Esta orientação postula certas atitudes terapêuticas (autenticidade, compreensão empática, e consideração positiva incondicional) como necessárias à iniciação e continuidade de uma efetiva relação terapêutica.

c) A flexibilidade de comportamentos do terapeuta mencionada em a) é estruturada dentro do fenômeno da experiencição. A resposta do terapeuta na relação baseia-se na sua própria experiência imediata da interação e dirige-se para o processo subjetivo do cliente.

d) Embora a terapia centrada no cliente centralize o vasto material básico com o qual o terapeuta lida - sua própria experiencição - ela vê o cliente como uma pessoa integral e biosocial. Sua construção teórica e de pesquisa visa identificar e interrelacionar os relevantes aspectos psicológico, comportamental, social e fenomenológico da psicoterapia. É acentuada a continuidade do fenômeno terapêutico e outros eventos tanto inter-pessoais quanto intrapessoais.

Nota-se, desta forma, que este período tem grande influência de Gendlin, no sentido de uma maior sistematização teórica

e maior desenvolvimento e utilização dos recursos do terapeuta. Este autor dá uma colaboração brilhante com a formulação não só de conceitos novos como também uma nova maneira de ver o processo de mudança da personalidade.

Assim, ao lado das intensas mudanças durante estes quarenta anos, uma característica marcante continua a mesma, que é por sinal, o postulado básico desta teoria: a crença na possibilidade do crescimento positivo da pessoa humana (tendência atualizante). Assim, o respeito pela pessoa humana em geral e a crença, em particular no caso do cliente, em sua capacidade de crescimento faz com que a direção do processo terapêutico fique a cargo deste, sendo a tarefa do terapeuta facilitar este andamento, ao invés de dirigi-lo. Isto se deve ao fato de que a direção do caminho que o cliente deva seguir pressupõe o conhecimento deste e do que é melhor para ele, coisas que somente o cliente sabe, e muitas vezes nem ele mesmo consegue distinguir claramente. Assim, o terapeuta não toma a direção deste processo, mas o acompanha e ajuda a encontrar seu próprio caminho, pois acredita em sua tendência atualizante.

3. AUTENTICIDADE

Como foi visto no item anterior, este conceito apareceu sistematizado em 1957 num artigo escrito por Rogers intitulado "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" (26).

Este artigo reflete a preocupação de se formular uma "teoria da terapia e da mudança da personalidade". Note-se, inicialmente, que esta teoria é de origem condicional. Enuncia-se, segundo a seguinte fórmula: se são dadas certas condições (variável independente), então um processo determinado (variável dependente) se produzirá. Se este processo (transformado em variável independente) se produz, então certas modificações da personalidade e do comportamento (variável dependente) se seguirão.

Assim, as seis condições ambientais para que o processo terapêutico do cliente se ponha em ação, descritas no artigo acima citado, são:

1) que haja uma relação, ou um contato entre duas pessoas;

2) que a primeira pessoa, que designaremos o cliente, se encontre em estado de desacordo interno, de vulnerabilidade ou de angústia. Isto é, que se encontre em estado de "incongruência";

3) que a segunda pessoa, que designaremos como terapeuta, se encontre num estado de acordo interno (isto é, de autenticidade ou congruência) - pelo menos durante o decorrer da entrevista e no que se relaciona ao objeto de sua relação com o clien

te;

4) que o terapeuta experimente sentimentos de consideração positiva incondicional a respeito do cliente;

5) que o terapeuta experimente uma compreensão empática do ponto de referência interna do cliente;

6) que o cliente perceba, no mínimo, a presença de 4 e 5, isto é, da consideração positiva incondicional e da compreensão empática que o terapeuta lhe testemunha.

O elemento central desta teoria está representado pela proposição 3, que trata do estado de acordo interno, isto é, da autenticidade do terapeuta.

Por autenticidade Rogers entende que o terapeuta seja ele mesmo em relação com o cliente, que não se esconda detrás de uma fachada, sentindo uma coisa e mostrando outra.

Antes da denominação de "autenticidade" Rogers utilizava uma expressão (genuineness) que muito se aproximava do que se entende por "sinceridade" de sentimentos e impressões. Mas, no momento em que transcreveu sua experiência em conceitos teóricos verificou que este termo não se adequava às necessidades da teoria. Isto porque a "sinceridade" diz respeito ao falar ou agir de acordo com a representação consciente, isto é, com a experiência tal como ela aparece na consciência - não necessariamente tal como é experimentada. Talvez fique mais claro para o entendimento da diferença destes dois conceitos (autenticidade e sinceridade) se utilizarmos um exemplo prático, mencionado pelo próprio Rogers. Assim, o indivíduo que se crê sem preconceitos sociais

pode, com toda sinceridade, descrever-se como não tendo preconceitos deste gênero. Suas palavras estão de acordo com seus sentimentos tal como os percebe, ainda que não necessariamente tal como se expressam no seu comportamento. Neste sentido particular todo terapeuta é, sem dúvida, sincero. Contudo, o acordo interno de que se trata aqui pressupõe que não há erro na percepção da experiência, e que sua representação é, portanto, autêntica.

Desta forma a apreensão autêntica de si corresponde bastante à compreensão de si tal qual foi descrita anteriormente. Indo-se um pouco além, seria relevante ressaltar que esta compreensão depende diretamente do nível de angústia. Assim, a quanto menos angústia esteja sujeito o indivíduo, melhor ele é capaz de se compreender. Quanto mais ele se compreende, mais próximo está de atingir o acordo interno de que se trata aqui.

Além do que foi dito no parágrafo anterior, é bom ressaltar ainda que a autenticidade, tanto quanto a empatia, não são características que se adotam à vontade. Estas duas noções não se referem simplesmente a formas de comportamento, mas à própria personalidade tal como ela se expressa na ação. Assim sendo, para que sua ajuda seja eficaz, o terapeuta não pode contentar-se em exprimir seus sentimentos, mas precisa experimentar os sentimentos que manifesta.

É importante salientar que a presença desta condição pode se limitar à relação que o terapeuta mantém com o cliente. Com efeito, não se poderia exigir do terapeuta que realizasse este acordo de modo constante. Se a permanência do acordo interno (autenticidade) fosse uma condição da terapia, simplesmente não ha-

veria terapia! Para que o fenômeno terapêutico se produza, é su ficiente que esta condição se realize durante os períodos de con tato com o cliente, isto é, durante as sessões psicoterápicas. Se as experiências que o profissional tem a respeito da pessoa em questão neste exato momento são compatíveis com a imagem que tem de si mesmo, isto é, se o terapeuta é plenamente "ele mesmo" - o fenômeno terapêutico se produzirá. Somente sobre esta base limi tada é possível conceber que seres imperfeitos possam ser capa - zes de oferecer uma assistência de ordem terapêutica a outros se - res imperfeitos.

Segundo Miguel de La Puente (12) a autenticidade "parte da integração real do terapeuta, isto é, da integração de seu mun - do experiencial e de seu mundo de representações (retiradas das experiências), de todo seu interior e de seu comportamento exte - rior, que deve ser reflexo daquele. Em outras palavras, diante do cliente em estado de incongruência ou de desintegração, tem - se que encontrar a pessoa do terapeuta em estado de congruência ou de integração".

Para Gendlin (17) autenticidade sugere que o terapeuta tenta abandonar toda artificialidade pessoal ou profissional, qual - quer manobra ou postura, e continua a ser ele mesmo. O ser ele mesmo quer também dizer que o terapeuta se torna mais expressivo. Muito mais frequentemente ele expressa seus sentimentos, sua vi - vência daquele momento, pois a todo instante lhe ocorre uma sé - rie de sentimentos e fatos. Sendo a maioria destes referentes ao cliente e ao instante presente, o terapeuta pode utilizar sua vivência deste momento, capacitando assim o aprofundamento e a continuidade da interação terapêutica.

Além disto, para o terapeuta, "autenticidade" significa que não precisa sempre aparecer sob um aspecto favorável, compreensivo, sábio ou forte. O fato de ser ele mesmo e exprimir-se abertamente liberta-o de muitos acanhamentos e artificialismos, e permite que o cliente entre em contato com outro ser humano.

Como foi citado anteriormente, o maior impulso com referência à expressividade do terapeuta teve início quando da experiência de psicoterapia realizada com esquizofrênicos hospitalizados (18). Até esta experiência, o terapeuta centrado no cliente tinha sua atuação muito limitada, funcionando, na maioria das vezes, somente como um espelho dos sentimentos do cliente. Para que funcionasse como espelho era condição básica que o cliente se expressasse verbalmente. Assim sendo, em contato com esquizofrênicos hospitalizados (principalmente catatônicos) o terapeuta não tinha como funcionar, já que estes pacientes não se expressavam verbalmente. Neste momento sentiu-se a necessidade de utilização de alguma forma de comunicação para entrar-se em contato com tais pacientes. Desta forma, a partir daí, e principalmente atualmente, vê-se quanta importância é dada à comunicação do terapeuta de seus sentimentos e vivências do momento, pertinentes à relação, usando para tal recursos não só verbais, mas também não verbais, desprezando e evitando artificialismos e fachadas profissionais.

Ao dizer-se que o terapeuta estaria livre para exprimir se abertamente poderia fazer com que, aparentemente, se destruíssem muitas das linhas mestras do comportamento terapêutico. Seria bom esclarecer que somente as atitudes básicas estão especi-

ficadas nesta teoria, e não a maneira de manifestá-las ou exprimi-las. As especificações feitas por esta teoria indicam não o quê, mas como tal auto-expressão do terapeuta pode fazer parte de um método terapêutico. Contudo, poder-se-ia, erroneamente, concluir que a um terapeuta centrado no cliente é permitido qualquer tipo de atuação. Para o esclarecimento desta conclusão errônea poderíamos citar o que Gendlin (17) denomina de "procedimento da expressividade do terapeuta". Este "procedimento" é composto de três itens que são: (1) não imposição; (2) alguns momentos de atenção interiorizada do terapeuta; (3) simplicidade sem mácula.

(1) não imposição: esta característica é de extrema importância principalmente com indivíduos defensivos, retraídos ou amedrontados. Poderia parecer estranho que um terapeuta que se exprime aberta e ativamente possa ser não impositivo. Entretanto ele pode ser mais ativo e ao mesmo tempo apresentar menos imposição e ameaça se exprimir suas imaginações e sentimentos, desejos e fatos, claramente, como afirmações a respeito de si mesmo. Desta forma ele se entrega mais abertamente, embora não se imponha à vivência do cliente. Não impõe nem força nada no espaço vivencial do cliente; não confunde acontecimentos que se passa nele com acontecimentos no cliente.

(2) alguns momentos de atenção interiorizada do terapeuta: para reagir autenticamente a partir de seu íntimo, o terapeuta necessita prestar atenção ao que aí ocorre. No momento em que interage com o cliente, grande parte do que se revela em seu íntimo liga-se a ele (suas fantasias sobre o cliente, suas rea -

ções a ele, suas observações de reações do cliente). No entanto, não são deduções sobre o cliente e sim coisas suas, que estão ocorrendo nele agora; são seus momentos vividos com o cliente. Para exprimi-los necessita de alguns momentos em que preste atenção ao que sente. Assim, geralmente descobre muitas coisas que está disposto a compartilhar. Desta forma, seria um erro dizer que ele exprime tudo o que se passa em seu íntimo, pois milhares de coisas estão ocorrendo nele a todo momento e não podem ser formuladas e nem expressas separadamente. Da mesma forma, não deixa escapar impulsivamente a primeira coisa que lhe vai pela cabeça. Ao viver interiormente alguns momentos, descobre uma resposta ao cliente, ou ao que aconteceu entre os dois naquele instante.

Estes momentos de atenção interiorizada quase sempre provocam elucidações no sentido que se tem: (a) torna-se mais autenticamente um sentimento próprio e não sobre o cliente; (b) torna se muito mais possível compartilhar o que se sente.

Assim, estas duas especificações (1) e (2) são mutuamente necessárias: a "não-imposição" exige "alguns momentos de atenção a si mesmo".

(3) simplicidade sem mácula: quando o cliente não dá ao terapeuta uma coisa íntima ou auto-expressiva é então que o primeiro precisa utilizar seu reservatório de sensações do momento para descobrir nele uma resposta para o cliente. Contudo, quando o cliente está no processo de se exprimir para o terapeuta, no interior deste encontra-se o seu sentimento das expressões daquele, e assim o terapeuta tenta comunicar ao cliente, com uma sim-

plicidade sem mácula, o que compreendeu do que ele sente e pensa.

Assim, esta terceira especificação da expressividade do terapeuta poderia ser resumida citando Gendlin (17): "ao afirmar os sentimentos ou pensamentos do cliente, quando este se exprime, em seu íntimo, o terapeuta encontra principalmente o sentido que dá à mensagem do cliente".

Desta forma conclui-se que a autenticidade está intimamente ligada à expressividade do terapeuta, e que as duas características devem caminhar sempre juntas levando-se em conta as especificações vistas acima.

4. A COMPLACÊNCIA DOUTRINAL

Temos conhecimento de que tanto a psicoterapia pré-freudiana quanto à análise freudiana em seus primeiros tempos tinham metas e motivações relativamente simples.

Desta forma, a motivação do terapeuta era curar e a do paciente era libertar-se de seus sintomas. Atualmente vemos que a relação terapeuta/cliente está condicionada por uma infinidade de fatores, tanto "conscientes" quanto "inconscientes". Podemos notar esta mudança principalmente nos autores mais recentes. Desta forma vemos a terapia centrada no cliente, e a importância que Binswanger, Boss, Trueb e outros existencialistas concedem ao encontro e à entrega pessoal no momento terapêutico.

Notamos que para Ehrenwald (1) esta nova imagem do processo psicoterapêutico vai muito além disto:

"Implica uma relação recíproca na qual as atitudes do paciente, suas reações emocionais e inclusive alguns de seus sintomas vêm parcialmente de terminados pela conduta do terapeuta, e a atitude deste para com o paciente está influenciada, por sua vez, pelo impacto da personalidade do paciente sobre o terapeuta".

A contribuição do terapeuta para este estado de coisas, ainda segundo Ehrenwald (1), pode descrever-se como complacência doutrinal do paciente. Diz o autor:

"Como uma obediência do paciente aos desejos e esperanças inconscientes do terapeuta com respeito à validade de suas teorias, e sua aparente confirmação pelas produções do paciente".

A complacência doutrinal poderia ser confundida com o conceito usual de sugestão. Entretanto, apesar de uma estreita ligação entre estes dois conceitos, eles se diferenciam pela natureza essencialmente "inconsciente" do primeiro. Este é independente da vontade deliberada do terapeuta e de suas intenções explícitas, sendo ainda que geralmente nem o terapeuta nem o cliente se dão conta da intervenção deste fator.

Esta possibilidade de intervenção sem "consciência" do terapeuta e do cliente, faz com que se falseiem os resultados da terapia. Isto já vem sendo suspeitado há muito tempo, tanto que os opositores de Freud insistiram na parte desempenhada pela sugestão na elaboração das teorias psicanalíticas. Nem o próprio Freud ignorava que a sugestão poderia representar uma possível fonte de erro em suas teorias, principalmente com relação ao papel dos traumas sexuais precoces na origem da histeria. Assim, em 1897, Freud comprovou que o relato de suas pacientes não conseguia resistir a uma verificação mais minuciosa. Concluiu que não podia mais acreditar no que lhe contavam suas pacientes neuróticas, como escreveu em uma carta a Fliess. Comprovou que tinha sido enganado por seus relatos fictícios a respeito de raptos, seduções, violentações por figuras paternas pouco escrupulosas.

A intervenção do terapeuta no relato do cliente foi amplamente comprovada, principalmente por um trabalho de Greenspon (8) onde a simples emissão em voz baixa de um grunhido do experimentador, influiu de forma característica no relato do sujeito. Desta forma, por exemplo, os grunhidos "afirmativos" indu-

ziam os sujeitos a empregar mais substantivos no plural enquanto que os grunhidos "negativos" os faziam empregar menos substantivos no plural. Esta mesma conclusão é ainda reafirmada atualmente pela literatura no campo do condicionamento onde notamos a importância dos resultados chegados por J.D. Frank (4):

"Uma pessoa pode influir na reação verbal de outra mediante sugestões muito sutis, às vezes tão discretas que não chegam ao centro de percepção consciente".

Estas observações têm importância inegável, principalmente para o entendimento de fatos tais como o de que pacientes que se submetem a um tratamento feito por um analista freudiano tem a tendência a produzir sonhos freudianos, os jungianos produzir sonhos jungianos, etc..

A existência da complacência doutrinal em psicoterapia nos poderia levar a questionar se os dados clínicos representariam produções genuínas do cliente ou se refletiriam simplesmente nossas próprias concepções. Poderíamos duvidar se nossas intervenções terapêuticas têm sido adaptadas às provas apresentadas, ou se as provas têm sido provocadas pelas intervenções que já teríamos em mente. Como podemos estar seguros de que as conclusões do terapeuta não se baseiam em suas próprias esperanças e na aparente confirmação destas pelas produções de seus clientes? Poderíamos ficar em dúvida do que apareceu primeiro: se o terapeuta com suas teorias ou o cliente com seus sintomas neuróticos. Ao lado destes importantes questionamentos devemos considerar que a presença, na mente do terapeuta, de um conjunto de idéias preconcebidas, mais ou menos sistematizadas, constitui um

requisito importante para seu êxito terapêutico. Nenhum terapeuta poderia realizar seu trabalho sem estes pressupostos. Ele necessita da orientação em um sistema coerente de suposições, o que lhe permite formar uma teoria geral do comportamento de seu cliente. Além disto, é fato incontestável que, apesar das diferentes incursões dos terapeutas por determinada escola, a psicoterapia tem constituído desde tempo muito remoto uma preocupação corrente: tem superado a prova da aplicação prática. Tem respondido às necessidades emocionais de inúmeras gerações, ainda que às vezes, com base em pressupostos teóricos inadequados.

Desta forma vemos a importância da aplicação prática do conceito entendido como complacência doutrinal, na psicoterapia, importância esta que será discutida no capítulo seguinte.

5. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os quatro capítulos anteriores foram elaborados numa tentativa de maior familiarização com o significado dos conceitos que serão unidos neste capítulo, resultando no questionamento básico deste trabalho: o cliente da abordagem centrada no cliente modifica a sua visão do terapeuta no decorrer do seu processo psicoterapêutico? Como isto se processa? É importante ressaltar que a formulação do problema está inteiramente ligada à abordagem centrada no cliente, embora não se exclua a possibilidade de aplicação a outras abordagens.

Para a formulação do problema achou-se necessário a descrição anterior de três temas principais, pelas seguintes razões:

1º tema: histórico da terapia centrada no cliente - este tema foi desenvolvido de uma forma não exaustiva com o intuito da familiarização com a aplicação prática dos conceitos atuais desta abordagem. A intenção principal foi descrever o desenvolvimento desta linha psicoterápica, tanto no sentido filosófico quanto pragmático.

2º tema: autenticidade - a operacionalização deste tema deveu-se ao importante papel que tomará, neste capítulo, a atitude do terapeuta, a qual poderia influenciar o cliente na modificação da imagem que tem daquele, durante o processo terapêutico.

Como vimos no capítulo anterior, nenhum terapeuta poderia realizar seu trabalho sem possuir um conjunto de idéias preconcebidas, mais ou menos sistematizadas. Estes critérios, isto é, a teoria na qual se apóia seu trabalho clínico, são de extre-

ma importância para seu êxito profissional. Poderíamos ir um pouco mais longe ao acreditar que esta teoria em que se apóia seu trabalho clínico deveria fazer parte da sua filosofia de vida, pois se acha que aquela forma de ver o homem é que ajudaria a seu cliente, como não considerar que seja esta a mesma forma que se aplicaria na ajuda a si mesmo? Se esta é a maneira de eu entender o meu cliente, deveria ser esta a maneira de eu me entender.

Desta forma, a abordagem centrada no cliente, e mais especificamente os pressupostos decorrentes de sua 3a. fase (experiencial), são mais do que simples aglomerados de conceitos. São antes de tudo pressupostos e crenças filosóficas. São a forma de seus seguidores verem o homem, e desta forma, verem a si mesmos.

O pressuposto básico da abordagem centrada no cliente é a crença na potencialidade positiva do ser humano. Diz Rogers (20):

"Um dos conceitos mais revolucionários que se destacam da nossa experiência clínica foi o reconhecimento progressivo de que o centro mais íntimo da natureza humana, as camadas mais profundas da sua personalidade, a base da sua "natureza animal", tudo isto é naturalmente positivo - fundamentalmente socializado, dirigido para diante, racional e realista".

Um outro aspecto importante que faz parte da gama de crenças dos terapeutas desta abordagem é a confiança na capacidade da pessoa para se autodirigir.

"Uma outra formulação ainda acentua o grau de expectativa do conselheiro em relação ao indivíduo. Esta perspectiva levanta a seguinte questão: não é a plena capacidade da pessoa para se autodirigir que o paciente responde?... Deste ponto de vista é a expectativa por parte do conselheiro de que "é capaz de se autodirigir" que representa o estímulo social a que o paciente responde" (24).

Desta forma o terapeuta centrado no cliente além de acreditar na natureza positiva do homem, acredita e espera que o homem (seu cliente) exerça a autodireção de seu processo de vida. Fica aqui bem explícito o que discutimos no capítulo anterior. Poderíamos esperar que a crença do terapeuta nesta potencialidade dupla (positiva e autodirigida) levaria o cliente, através da complacência doutrinal, à produção de dados clínicos neste sentido.

A crença na potencialidade positiva do homem faz com que o terapeuta centrado no cliente aprenda a aceitar o cliente tal qual ele é, pondo de lado toda e qualquer apreciação, e penetre no quadro de referência perceptiva do próprio cliente.

"Isto torna o cliente livre para uma nova exploração da sua vida e de sua experiência, torna-o livre para aprender nessa experiência novos significados e novos objetivos. O terapeuta deseja realmente que o resultado seja dar ao cliente plena liberdade no sentido de que organize e oriente sua própria vi-

da. Quer que seja ele a escolher objetivos... Se não for assim, parece duvidoso que a terapia seja para o cliente uma experiência profunda. O terapeuta deseja imensamente que possa ser escolhido qualquer resultado, qualquer direção. Só assim ele compreenderá a força vital da capacidade e potencialidade do indivíduo para uma ação construtiva" (24).

Na tentativa que Rogers (20) faz de explicar o que ele entende por psicoterapia fica mais uma vez nítido em que um terapeuta desta abordagem crê:

"Entendo por esta expressão (psicoterapia) as relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida... Por outras palavras, a relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo".

Assim, fica bem claro o que um terapeuta desta abordagem espera de seu cliente. Esta expectativa está intimamente ligada à filosofia que tal terapeuta possui, à sua visão de homem. Poderíamos caminhar um pouco mais dizendo que este é o objetivo último que norteia o seu trabalho.

Vimos no capítulo 3 que esta abordagem possui o pressuposto da autenticidade do terapeuta como uma das condições neces

sárias e suficientes para a terapia. Sendo assim, a aplicação prática da autenticidade implicaria na demonstração verbal e não verbal das expectativas do terapeuta, descritas acima, em muitos momentos deste processo. O ser autêntico implicaria muitas vezes em exprimir a crença na capacidade de escolha do cliente, na necessidade deste responsabilizar-se por suas decisões, e na certeza deste ser capaz de se autodirigir.

Assim, se o terapeuta realmente acredita nesta potencialidade de seu cliente, e se a autenticidade implica na possibilidade de expressão, verbal e não verbal do terapeuta, desta crença para o cliente, então o cliente sabe exatamente o que está sendo esperado dele e assim tenderia a funcionar coerente com o conceito de complacência doutrinal.

Na análise dos resultados deste tipo de terapia (20) observa-se que o cliente, durante este processo, modifica-se e reorganiza a concepção que faz de si mesmo. Desvia-se de uma idéia que o torna inaceitável aos seus próprios olhos, indigno de consideração, obrigado a viver segundo as normas dos outros. No decorrer do processo e, principalmente, o que caracteriza a finalização do mesmo, é a conquista de uma concepção de si mesmo como uma pessoa de valor, autônoma, capaz de fundamentar os próprios valores e normas em sua própria experiência.

Como podemos observar, os resultados da psicoterapia coincidem exatamente com o que o terapeuta crê e espera que seu cliente alcance e, principalmente, com o que ele venha a tornar-se no final do processo terapêutico.

Poderíamos tentar imaginar o que acontece antes, durante e depois deste tipo de processo, tanto do ponto de vista do cliente quanto do terapeuta, pois é nisto que se baseia o trabalho que será desenvolvido no próximo capítulo.

Vimos anteriormente que o que motiva uma pessoa a procurar psicoterapia é o fato de encontrar-se em estado de conflito. Entendemos conflito como sendo a existência de mais de uma solução para determinada situação, e conseqüente dificuldade de escolha de uma delas.

Segundo a teoria da dissonância cognitiva (2), uma das formas que uma pessoa tem de resolver um conflito é a atribuição à outra pessoa de características tais como superioridade intelectual, poder de resolução, que a primeira sente não possuir.

Assim, uma pessoa em estado de conflito (que chamaremos de cliente) procura uma outra pessoa (terapeuta) atribuindo à esta poderes maiores do que na realidade possui, com intuito de ver seu conflito resolvido, e motivado pela crença de que não possui condições de resolvê-lo, sendo assim necessário alguém superior para ajudá-lo. Portanto, o cliente inicia a terapia percebendo o terapeuta como uma figura poderosa, no sentido de ser mais maduro, com mais capacidade de discernimento, com maior clareza de pensamento do que ele.

Por outro lado, o terapeuta centrado no cliente acredita que o cliente tem capacidade de se autodirigir e escolher seu próprio caminho de vida.

É claro que no início do processo terapêutico as duas partes envolvidas são estranhas uma à outra. À medida que o pro

cesso vai caminhando e os dois se tornando menos estranho, o terapeuta vai podendo mostrar suas expectativas e crenças ao cliente, e este por sua vez, que percebia o primeiro como alguém superior a ele, motivado também por não conhecer o que ele realmente é, vai mudando sua percepção inicial e diminuindo seu conflito. Sua percepção vai mudando no sentido de que o terapeuta, através da autenticidade vai demonstrando que é uma pessoa igual ao cliente, que também erra, destituída de poder de resolução da vida daquele. O cliente vai, com isto, responsabilizando-se mais, na tentativa de se autodirigir, sendo que no final da terapia o cliente vê o terapeuta como uma pessoa igual a ele, menos poderosa e idealizada e mais real do que no início.

É este o problema que se vai abordar na pesquisa apresentada no próximo capítulo.

6. PESQUISA EMPÍRICA

Este capítulo tem por objetivo descrever todos os passos percorridos para a realização da pesquisa feita com intuito da verificação da ocorrência da hipótese levantada no capítulo anterior.

A) MÉTODO

Sujeitos - Na escolha dos sujeitos foram levadas em conta certas características, com a intenção de controlar a ocorrência de possíveis interferências de variáveis indesejáveis. Desta forma, foram escolhidos sujeitos com as seguintes características:

- a) Número: foram distribuídos 40 inventários.
- b) Idade: a faixa etária escolhida foi a de 18 a 30 anos.
- c) Sexo: foram distribuídos inventários tanto para pessoas do sexo feminino, quanto do masculino, perfazendo um total de 17 homens e 23 mulheres.
- d) Tipo de abordagem terapêutica: só foram aplicados inventários a pessoas que fizessem terapia centrada no cliente.
- e) Tempo de terapia: escolheram-se dois grupos de diferente tempo de terapia: - sujeitos com até 3 meses e
- sujeitos com mais de um ano
- f) Tipo de terapia: só foram aplicados inventários a clientes de terapia individual.
- g) Profissão: os inventários foram distribuídos a clientes de diferentes tipos de profissão, os quais foram classificados em dois grupos principais: - psicólogos (em nº de 16)
- não psicólogos (em nº de 24)

Procedimento

a) Elaboração do Inventário de Relacionamento -

Para a coleta dos dados desejados pensou-se na elaboração de um questionário que se adequasse a este objetivo. Para isto foi utilizado um inventário americano (26) como modelo. A partir dele foram criadas afirmações relativas a idéias que se imaginava que clientes teriam sobre seu terapeuta e sua relação com este.

O questionário inicial (vide apêndice) constava de 30 afirmações referentes a impressões do cliente sobre seu terapeuta e sua relação com ele, e foi aplicado a um grupo de 4 juízes (todos psicólogos com mais de 5 anos de experiência clínica), de abordagem centrada no cliente. O questionário pedia que os juízes classificassem o grau de transparência do terapeuta, considerando que as afirmações seriam respostas de clientes relativas ao maior ou menor grau de transparência de seu terapeuta. A intenção em avaliar esta característica devia-se à crença de esta estar intimamente ligada ao tempo de terapia de cada cliente, isto é, numa relação psicoterápica inicial (até 3 meses) devido ao fato de cliente e terapeuta serem desconhecidos, o terapeuta tenderia a ser menos transparente resultando na concretização da idealização feita pelo cliente de que seu terapeuta fosse uma pessoa superior, com seus problemas psicológicos resolvidos; por outro lado, numa relação psicoterápica mais adiantada (correspondendo ao final de terapia, isto é, com mais de um ano), terapeuta e cliente se tornam mais conhecidos sendo o terapeuta mais transparente, o que resultaria na visão "real" por parte do cli-

ente, de seu terapeuta, isto é, como uma pessoa não superior, também com dificuldades psicológicas.

A análise das classificações feitas pelos juízes resultou na escolha de 20 afirmações. Destas, 7 eram relativas à maior transparência do terapeuta o que corresponderia a respostas de clientes em final de terapia, e 5 à menor transparência, correspondentes a respostas de clientes em início de terapia, com uma concordância de 100% entre os juízes. O próximo maior grau de concordância entre os juízes correspondia a 75% e, portanto, foram escolhidas três afirmações de maior e cinco de menor transparência. As afirmações escolhidas deste inventário foram as que se seguem:

Respostas com 100% de concordância entre os juízes:

a) Resposta de maior transparência:

- 1) Sinto que meu terapeuta é real e genuíno comigo.
- 2) Nunca senti que meu terapeuta tenta esconder dele ou de mim, algo que ele sente em relação a mim.
- 3) Acho que meu terapeuta exprime suas verdadeiras impressões ou sentimentos comigo.
- 4) Vejo que meu terapeuta está disponível para expressar qualquer coisa relacionada comigo que esteja em seu mente, incluindo qualquer sentimento sobre ele ou sobre mim.
- 5) Sinto meu terapeuta muito próximo de mim, e acho que ele se sente da mesma forma.
- 6) Eu e meu terapeuta temos uma profunda amizade um pelo outro.
- 7) Parece-me que meu terapeuta tem dificuldades, isto é, acho que ele também tem problemas sérios como eu.

b) Respostas de menor transparência:

- 1) Na minha relação com meu terapeuta, acho-o muito superior a mim.
- 2) Seria muito constrangedor para mim, encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- 3) Espero que meu terapeuta encontre as respostas para os questionamentos que me venho fazendo há muito tempo.
- 4) Acho meu terapeuta muito superior a mim, e imagino que, por isto ele me ache muito infantil por sentir e dizer as coisas que digo e sinto.
- 5) Invejo meu terapeuta pois acho que ele é uma pessoa madura e que não tem problemas como eu.

Respostas com 75% de concordância entre os juizes:

a) Respostas de maior transparência:

- 1) Eu e meu terapeuta caminhamos sempre juntos nas descobertas que faço sobre mim.
- 2) Imagino que não seria nada desagradável encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- 3) Acho que eu e meu terapeuta temos diferentes posições perante a vida, mas estas diferenças não interferem na compreensão que ele tem sobre as coisas que penso e sinto.

b) Respostas de menor transparência:

- 1) Sinto que meu terapeuta é uma pessoa sem problemas.
- 2) Acho que meu terapeuta sabe mais sobre mim do que eu mesmo.
- 3) Acho que meu terapeuta é a única pessoa que poderia solucionar meus problemas.
- 4) Acho meu terapeuta muito mais maduro do que eu.
- 5) Sinto-me muito constrangido em contar muitas coisas minhas para meu terapeuta.

Assim, obteve-se o primeiro inventário definitivo, com - posto portanto de 20 afirmações (vide apêndice). Este foi aplicado em 8 juizes, sendo 4 clientes de início de terapia na abordagem centrada no cliente e 4 de final de terapia na mesma abordagem.

Pela análise das respostas desta aplicação constatou-se a inexistência de uma diferença significativa entre as respostas de clientes de início e de final de terapia. Ocorreu então a hipótese da possibilidade de que a profissão dos juizes (todos eram psicólogos clínicos da abordagem centrada no cliente) pudesse estar interferindo em suas respostas, já que através da teoria estudada por eles, sabiam o que esperar de um profissional "ideal" desta abordagem, e poderiam estar respondendo a esta imagem "ideal" e não "real" (seu terapeuta). Outra hipótese levantada foi a de que o intuito do inventário (averiguação da imagem que clientes de início e final de terapia têm de seu terapeuta) pudesse estar sendo descoberto e, portanto, influenciando de alguma forma os resultados. A partir destas duas hipóteses levantadas foram feitas então duas modificações no inventário inicial, sendo uma relacionada à sua elaboração e outra à sua aplicação. Assim, foi elaborado um novo inventário, o qual continha as 20 afirmações componentes do primeiro misturadas a mais 20 traduzidas do inventário americano que serviu como modelo inicial. Desta forma, objetivou-se a não descoberta de seu intuito, pois com as afirmações acrescentadas não se tinha interesse algum de classificação e sim de descentralização do objetivo do inventário.

A reformulação com respeito à aplicação objetivou-se na escolha de sujeitos que fossem psicólogos e outros que não fos -

sem desta profissão, na tentativa de minimizar a influência que esta profissão pudesse estar tendo nas respostas.

Além destas modificações, mais outras duas foram feitas. A primeira dizia respeito à afirmação número 15 deste inventário, a qual continha uma negativa dupla em sua redação, sendo refeita neste sentido, passando a ser a de número 23 no novo inventário elaborado. Uma outra modificação foi feita nas instruções, onde foi incluída uma explicação para que o inventário não fosse respondido levando em conta o terapeuta "ideal" mas sim o "real" e "atual" da pessoa que estivesse respondendo.

Desta forma obteve-se o inventário definitivo (vide apêndice), constando de 40 afirmações e das modificações acima descritas.

b) Terapeutas -

Foram escolhidos sete terapeutas de abordagem centrada no cliente, com mais de 4 anos de experiência clínica, na intenção de distribuir os inventários a seus clientes.

c) Escolha dos Sujeitos e Forma de Aplicação dos Inventários -

Foi pedido aos terapeutas que selecionassem clientes com as características descritas na página 33, e que a eles distribuíssem o inventário comunicando que este fazia parte de uma tese de Mestrado de uma colega e que eles poderiam optar em respondê-lo ou não. Caso concordassem em colaborar, a pesquisadora estaria à disposição para posteriores explicações que os sujeitos sentissem necessárias, com relação ao objetivo do inventário.

Desta forma, cinco dos terapeutas optaram em distribuir e receber os inventários de seus clientes. Dois dos terapeutas preferiram que tanto a distribuição quanto a arrecadação fossem feitas pela pesquisadora, após sua seleção e comunicação ao cliente.

B) ANÁLISE DOS DADOS

O primeiro passo para chegar aos resultados foi dado quando da classificação das respostas dadas pelos sujeitos ao inventário distribuído. A escala foi corrigida de tal forma que quanto maior o escore do sujeito mais próximo ele estaria do que se esperava de um cliente com mais de um ano de terapia, o que se chamou de final de terapia.

Após a obtenção dos escores correspondentes a cada um dos 40 sujeitos, eles foram distribuídos em quatro grupos:

- a) sujeitos com menos de 3 meses de terapia
- b) sujeitos com mais de um ano de terapia
- c) sujeitos psicólogos
- d) sujeitos não psicólogos

Verificamos assim, tratar-se de um experimento fatorial num planejamento totalmente aleatório, com duas variáveis de dois níveis cada, a saber:

- A - tempo de de terapia
- A₁ - menos de três meses - início
- A₂ - mais de um ano - final
- B - profissão
- B₁ - psicólogo
- B₂ - não psicólogo

As hipóteses nulas levantadas foram as seguintes:

$$1) \mu_{A1} = \mu_{A2}$$

$$2) \mu_{B1} = \mu_{B2}$$

$$3) \mu_{A1 B1} = \mu_{A1 B2} = \mu_{A2 B1} = \mu_{A2 B2}$$

Após a aplicação da análise estatística adequada chegou-se ao seguinte quadro:

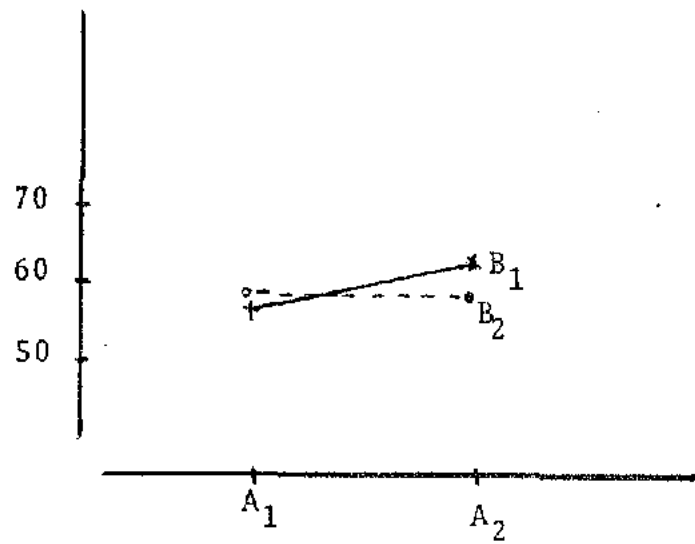
SUMÁRIO DA ANÁLISE DA VARIÂNCIA

Fonte	SG	GL	MQ	F
A	39,2	1	39,2	<1
B	25,9	1	25,9	<1
AXB	577,6	1	577,6	12,83*
ERRO	1620,1	36	45	
TOTAL	1722,4	39		

Consultando-se a tabela da distribuição amostral de estatística F de Snedecor verificou-se que, para 1 e 36 gl, a nível de 0,05 para α , o valor de F correspondente é de 4,11. Já para nível de 0,01 para α , F corresponde a 7,39.

Portando, as duas primeiras hipóteses nulas levantadas ($\mu_{A1} = \mu_{A2}$ e $\mu_{B1} = \mu_{B2}$) foram aceitas, enquanto que a terceira vista acima ($\mu_{A1 B1} = \mu_{A1 B2} = \mu_{A2 B1} = \mu_{A2 B2}$) foi rejeitada,

A figura abaixo mostra a interação obtida.



7. CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados apresentada no capítulo anterior, algumas conclusões podem ser tiradas.

Verificou-se que tanto o tempo de terapia (início e final) quanto a profissão dos clientes (psicólogos e não psicólogos) isoladamente, não suscitam diferenças significativas no que diz respeito à média de mudança de imagem do terapeuta para o cliente. O que explicou basicamente a variabilidade dos resultados foi a interação entre estas duas variáveis.

Assim, concluiu-se que a diferença entre psicólogo e não psicólogo não foi significativa, entretanto, a interação demonstra que a visão do terapeuta no início e no final da terapia não é independente do fato do cliente ser ou não psicólogo. Enquanto que os não psicólogos praticamente não modificam a imagem de seu terapeuta no início e no final do processo, há uma tendência dos psicólogos, no sentido esperado, isto é, a mudar para uma imagem mais "real" de seu terapeuta no final da terapia.

8. CRÍTICAS E SUGESTÕES

Em vista dos resultados analisados nos dois capítulos anteriores, teríamos algumas observações a fazer, no que se refere a possíveis influências externas aos resultados e no que diz respeito a sugestões para posteriores pesquisas.

No que tange a críticas, observam-se principalmente duas, que são as que se seguem:

1) Número de sujeitos: considerou-se que talvez o número de 40 sujeitos fosse pequeno para a observação de influências significativas. Entretanto, dado o fato da experimentadora conhecer poucos psicólogos clínicos que trabalhem nesta abordagem no Rio de Janeiro, foi difícil conseguir um maior número de sujeitos.

2) Forma de distribuição dos inventários: dado que os inventários versavam exclusivamente sobre a relação cliente/terapeuta e da forma como o cliente se sentia em relação ao terapeuta, questiona-se a possibilidade de interferência nas respostas dos sujeitos, uma vez que eles entregavam os inventários respondidos aos respectivos terapeutas. Fica assim levantada a hipótese de que, uma vez que a maior parte dos terapeutas poderia ler os inventários respondidos, seus clientes pudessem estar sendo influenciados em sua forma de respondê-los.

Com referência à sugestão para posterior pesquisa, pensou-se na aplicação do inventário aqui apresentado a diversas formas de abordagem terapêutica, na intenção de verificar a existência de algum tipo de influência na mudança da imagem do terapeuta para clientes de diferentes abordagens clínicas.

9. APÊNDICEA) INVENTÁRIO DISTRIBUÍDO PARA O 1º GRUPO DE JUÍZESINVENTÁRIO DE RELACIONAMENTO

Este questionário fará parte de uma pesquisa que pretende analisar a mudança de imagem que o cliente tem de seu terapeuta, durante o período psicoterápico. Para que este inventário possa ser aplicado, está sendo pedido a alguns juizes que analisem os itens que o compõem e que os classifiquem. Esta classificação diz respeito à separação dos itens que seriam indicativos de respostas dadas por clientes que acham seu terapeuta transparente e clientes que não vêm seu terapeuta como transparente.

Por transparência entende-se a capacidade do terapeuta em exprimir coerentemente, no terreno verbal e não verbal, seus sentimentos, suas vivências reais do momento, destituído de fachadas e artificialismos. Ou seja, transparência seria uma combinação do conceito de "autenticidade" e do de "auto-expressão" do terapeuta.

Assim, marque na margem esquerda de cada item as seguintes letras, de acordo com as classificações abaixo:

T: item indicativo de resposta de um cliente que acha o terapeuta transparente.

NT: item indicativo de resposta de um cliente que acha o terapeuta não-transparente.

Y: item impossível de ser discriminado o tipo de terapeuta.

Por favor, não deixe nenhum item sem ser marcado.

- ___ 1) Sinto que meu terapeuta é real e genuíno comigo.
- ___ 2) Parece-me que meu terapeuta não se recusa a falar sobre qualquer coisa que seja importante para nossa relação.
- ___ 3) Sinto que meu terapeuta é uma pessoa sem problemas.
- ___ 4) Nunca senti que meu terapeuta tenta esconder dele ou de mim algo que ele sente em relação a mim.
- ___ 5) Acho meu terapeuta inteiramente ele na nossa relação.
- ___ 6) Na minha relação com meu terapeuta, acho-o muito superior a mim.
- ___ 7) Espero algum dia alcançar o grau de maturidade e serenidade para enfrentar as dificuldades da vida, que acho que meu terapeuta possui.
- ___ 8) Gostaria de ser como meu terapeuta, pois ele me parece uma pessoa sem dificuldades intransponíveis.
- ___ 9) Acho que meu terapeuta exprime suas verdadeiras impressões ou sentimentos comigo.
- ___ 10) Vejo que meu terapeuta está disponível para expressar qualquer coisa relacionada comigo que esteja em sua mente, incluindo qualquer sentimento sobre ele ou sobre mim.
- ___ 11) Acho que meu terapeuta sabe mais sobre mim do que eu mesmo.
- ___ 12) Eu e meu terapeuta temos um relacionamento muito aberto.
- ___ 13) Sinto-me distante de meu terapeuta.
- ___ 14) Acho meu terapeuta muito parecido comigo em termos de atitudes.
- ___ 15) Eu e meu terapeuta caminhamos sempre juntos nas descobertas que faço sobre mim.
- ___ 16) Sinto meu terapeuta muito próximo de mim, e acho que ele se sente da mesma forma.
- ___ 17) Seria muito constrangedor para mim, encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- ___ 18) Entre mim e meu terapeuta existe uma grande diferença: acho-o muito mais saudável mentalmente do que eu.

- ___ 19) Espero que meu terapeuta encontre as respostas para os questionamentos que me venho fazendo há muito tempo.
- ___ 20) Eu e meu terapeuta temos uma profunda amizade um pelo outro.
- ___ 21) Acho que meu terapeuta é a única pessoa que poderia solucionar meus problemas.
- ___ 22) Imagino que não seria nada desagradável encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- ___ 23) Acho meu terapeuta muito mais maduro do que eu.
- ___ 24) Parece-me que meu terapeuta tem dificuldades, isto é, acho que ele também tem problemas sérios como eu.
- ___ 25) Acho meu terapeuta muito superior a mim, e imagino que por isto ele me ache muito infantil por sentir e dizer as coisas que digo e sinto.
- ___ 26) Imagino que meu terapeuta tenha estudado muito para ter o alto grau de conhecimento de si que possuí. Espero alcançar isto também, depois de alguns anos de psicoterapia.
- ___ 27) Sinto-me muito constrangido em contar muitas coisas minhas para meu terapeuta.
- ___ 28) Acho que eu e meu terapeuta temos diferentes posições perante a vida, mas estas diferenças não interferem na compreensão que ele tem sobre as coisas que penso e sinto.
- ___ 29) Sinto que meu terapeuta não omite determinadas coisas a seu respeito, o que me deixa vê-lo como uma pessoa integral.
- ___ 30) Invejo meu terapeuta pois acho que ele é uma pessoa madura e que não tem problemas como eu.

B) INVENTÁRIO DISTRIBUÍDO PARA O 2º GRUPO DE JUÍZES
INVENTÁRIO DE RELACIONAMENTO

A lista de afirmações que se segue é composta por uma variedade de maneiras que uma pessoa pode sentir ou comportar-se em relação a uma outra.

Você deve considerar cada uma das afirmações como se referisse ao atual relacionamento com seu terapeuta.

Marque, na margem esquerda de cada afirmação, o quanto ela lhe parece verdadeira, classificando-a em +2, +1, -1, -2, para representar as seguintes respostas:

+2: Sim. Sinto fortemente que isto é verdadeiro.

+1: Sim. Sinto que isto é verdadeiro.

-1: Não. Sinto que isto não é verdadeiro.

-2: Não. Sinto fortemente que isto não é verdadeiro.

Por favor, não deixe de marcar nenhuma das afirmações.

Tempo de terapia:

Veze por semana:

- ___ 1) Sinto que meu terapeuta é real e genuíno comigo.
- ___ 2) Nunca senti que meu terapeuta tenta esconder, dele ou de mim, algo que ele sente em relação a mim.
- ___ 3) Sinto que meu terapeuta é uma pessoa sem problemas.
- ___ 4) Acho que meu terapeuta exprime suas verdadeiras impressões ou sentimentos comigo.
- ___ 5) Na minha relação com meu terapeuta, acho-o muito superior a mim.
- ___ 6) Acho que meu terapeuta sabe mais sobre mim do que eu mesmo.
- ___ 7) Vejo que meu terapeuta está disponível para expressar qualquer coisa relacionada comigo que esteja em sua mente, incluindo qualquer sentimento sobre ele ou sobre mim.
- ___ 8) Seria muito constrangedor para mim, encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- ___ 9) Eu e meu terapeuta caminhamos sempre juntos nas descobertas que faço sobre mim.
- ___ 10) Sinto meu terapeuta muito próximo de mim, e acho que ele se sente da mesma forma.
- ___ 11) Espero que meu terapeuta encontre as respostas para os questionamentos que me venho fazendo há muito tempo.
- ___ 12) Eu e meu terapeuta temos uma profunda amizade um pelo outro.
- ___ 13) Acho que meu terapeuta é a única pessoa que poderia solucionar meus problemas.
- ___ 14) Acho meu terapeuta muito mais maduro do que eu.
- ___ 15) Imagino que não seria nada desagradável encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.

- ___16) Parece-me que meu terapeuta tem dificuldades, isto é, acho que ele também tem problemas sérios como eu.
- ___17) Acho que eu e meu terapeuta temos diferentes posições perante a vida, mas estas diferenças não interferem na compreensão que ele tem sobre as coisas que penso e sinto.
- ___18) Acho meu terapeuta muito superior a mim, e imagino que por isto ele me acho muito infantil por sentir e dizer as coisas que digo e sinto.
- ___19) Sinto-me muito constrangido em contar muitas coisas minhas para meu terapeuta.
- ___20) Invejo meu terapeuta pois acho que ele é uma pessoa madura e que não tem problemas como eu.

C) FORMULAÇÃO FINAL DO INVENTÁRIO DISTRIBUÍDO PARA
O GRUPO DE SUJEITOS DA POPULAÇÃO PESQUISADA

INVENTÁRIO DE RELACIONAMENTO

Sexo:

Tempo de terapia:

Veze por semana:

Profissão:

A lista de informações que se segue é composta por uma variedade de maneiras que uma pessoa pode sentir ou comportar-se em relação a uma outra.

Você deve considerar cada uma das afirmações, como se referisse ao atual relacionamento com seu terapeuta, e não como vo cê acha que deveria ser o relacionamento de vocês.

Marque, na margem esquerda de cada afirmação, o quanto ela lhe parece verdadeira, classificando-a em +2, +1, -1, -2, para representar as seguintes respostas:

+2 Sim. Sinto fortemente que isto é verdadeiro.

+1 Sim. Sinto que isto é verdadeiro.

-1 Não. Sinto que isto não é verdadeiro.

-2 Não. Sinto fortemente que isto não é verdadeiro.

Por favor, não deixe de marcar nenhuma das afirmações.

- 1) Meu terapeuta, na maioria das vezes, sabe exatamente o que eu quero dizer.
- 2) Meu terapeuta se preocupa comigo.
- 3) Vejo que meu terapeuta está disponível para expressar qualquer coisa relacionada comigo que esteja em sua mente, inclusive qualquer sentimento sobre ele ou sobre mim.
- 4) Meu terapeuta pode entender minhas palavras, mas não entende o modo como me sinto.
- 5) Nunca senti que meu terapeuta tenta esconder, dele ou de mim, algo que ele sente em relação a mim.
- 6) Algumas vezes, meu terapeuta não parece estar consciente do que ele está sentindo em relação a mim.
- 7) Na minha relação com meu terapeuta, acho-o muito superior a mim.
- 8) Sinto que meu terapeuta é uma pessoa sem problemas.
- 9) Acho que meu terapeuta exprime suas verdadeiras impressões ou sentimentos comigo.
- 10) Meu terapeuta percebe exatamente como me sinto em relação a mim.
- 11) Acho que meu terapeuta sabe mais sobre mim do que eu mesmo.
- 12) Sinto que meu terapeuta é real e genuíno comigo.
- 13) Meu terapeuta, parece, algumas vezes, irritado com algumas coisas que eu digo.
- 14) Eu e meu terapeuta caminhamos sempre juntos nas descobertas que faço sobre mim.
- 15) Acho meu terapeuta muito mais maduro do que eu.

- 16) Meu terapeuta não toma conhecimento de algumas coisas que digo ou sinto.
- 17) Sinto-me constrangido em contar muitas coisas minhas para meu terapeuta.
- 18) Parece-me que meu terapeuta tem dificuldades, isto é, acho que ele também tem problemas sérios como eu.
- 19) Meu terapeuta, na maior parte das vezes, entende o que eu quero dizer.
- 20) Meu terapeuta gosta de certas coisas minhas, e não gosta de outras.
- 21) Meu terapeuta é indiferente em relação a mim.
- 22) Invejo meu terapeuta pois acho que ele é uma pessoa madura e que não tem problemas como eu.
- 23) Imagino que não seria desagradável encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- 24) Meu terapeuta fica irritado quando peço para falar sobre certas coisas sobre ele.
- 25) Sinto meu terapeuta muito próximo de mim, e acho que ele se sente da mesma forma.
- 26) Acho meu terapeuta muito superior a mim, e imagino que por isto ele me ache muito infantil por sentir e dizer as coisas que digo e sinto.
- 27) Meu terapeuta percebe o que eu quero dizer, mesmo quando tenho dificuldades em expressar-me.
- 28) Acho que eu e meu terapeuta temos diferentes posições perante a vida, mas estas diferenças não interferem na compreensão que ele tem sobre as coisas que penso e sinto.
- 29) Espero que meu terapeuta encontre as respostas para os questionamentos que me venho fazendo há muito tempo.

- 30) Meu terapeuta olha o que eu faço, do seu próprio ponto de vista.
- 31) Meu terapeuta parece desaprovar-me em alguns momentos.
- 32) Meu terapeuta geralmente sente ou percebe exatamente o que quero dizer.
- 33) Eu e meu terapeuta temos uma profunda amizade um pelo outro.
- 34) Meu terapeuta sente uma profunda afeição por mim.
- 35) Quando estou triste ou deprimido, meu terapeuta pode reconhecer perfeitamente meus sentimentos, sem que se torne triste ou deprimido também.
- 36) O interesse do meu terapeuta em mim depende do que digo ou faço.
- 37) Seria muito constrangedor para mim, encontrar meu terapeuta fora de seu ambiente de trabalho.
- 38) Meu terapeuta se interessa verdadeiramente por mim.
- 39) Acho que meu terapeuta é a única pessoa que poderia solucionar meus problemas.
- 40) As respostas do meu terapeuta são, algumas vezes, tão automáticas que me fica difícil entendê-lo.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. EHRENWALD, J. Psicoterapia: Mito y Metodo. Ediciones Toray, S.A., Barcelona, 1968.
2. FESTINGER, L. Teoria da Dissonância Cognitiva. Zahar Editores, Rio, 1975.
3. _____ Conflict, Decision and Dissonance. Stanford University Press, Stanford, California, 1964.
4. FRANK, J.D. Persuasion and Healing. New York, Schocken, 1963.
5. GENDLIN, E.T. & ZIMRING, F. The Qualities of dimension of Experiencing and their Change. Counseling Center Discussion Papers, 1955 (1, whole nº 3).
6. GENDLIN, E.T. A Variable in the Process of Therapeutic Change, American Journal of Psychotherapy, 1961,15,233-245.
7. _____ Existencialism and Experiential Psychotherapy, em C. Moustakas (Ed.) Existential Child Therapy - New York: Basic Books, 1966,206-246.
8. GREENSPOON, J. The Reinforcing Effect of Two Spoken Sounds on the Frequency of the Responses. American Psychologist and Healing,66,409-416,1955.
9. HART, J.T. & TOMLINSON, T.M. (Ed.) New Directions in Client-Centered Therapy. Houghton Mifflin Company, Boston,1970.
10. MALDONADO, M.T. Formas de Comunicação no Atendimento Psico - lógico (apostila distribuída na PUC/RJ, 1978).
11. MAY, R. Poder e Inocência. Ed. Artenova S.A., Rio, 1974.

12. PUENTE, M. de La Carl R. Rogers: De la Psicoterapia a la Enseñanza. Editorial Razon y Fe S.A., Madrid, 1973.
13. RASKIN, M.M. The Development of non-directive Therapy. Journal of Consulting Psychology, 1948,12,92-110.
14. RICHARD, D. C. Psychotherapeutic Interaction. American J. of Psychotherapy, 1974,Vol. XXVIII, Nº 1, Abril.
15. RODRIGUES, A. Psicologia Social. Ed. Vozes Ltda.,Rio, 1972.
16. RODRIGUES, A. A Pesquisa Experimental em Psicologia e Educação. Ed. Vozes, Ltda.,Rio,1975.
17. ROGERS, C. & STEVENS, B. De Pessoa para Pessoa. Novos Umbrais, S.Paulo, 1976.
18. ROGERS, C. (Ed.) The Therapeutic Relationship and its impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press, 1967.
19. ROGERS, C. On Personal Power. Delacorte Press, N.Y.,1977.
20. _____ Tornar-se Pessoa. Moraes Editores, Lisboa, 1961.
21. ROGERS, C. & KINGET, G.M. Psicoterapia & Relações Humanas. Interlivros, M.G.,1975.
22. ROGERS, C. Counseling and Psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin, 1942.
23. _____ The Process of Therapy. Journal of Consulting Psychology, 4(5), 161-164, 1940.
24. _____ Client Centered Therapy. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
25. _____ A Process Conception of Psychotherapy. American Psychologist, 13,142-149,1958.

26. ROGERS, C. The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. Journal of Consulting Psychology, 1957 ,21,95-103.
27. ROGERS, C. & ROSENBERG, R.L. A Pessoa como Centro. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.
28. SHOSTROM, E.L. Relationship Inventory. Educational and Industrial Testing Service, San Diego, California, 1966.
29. SIMONSON, N.R. & BAHR, S. Self-Disclosure by the Professional and Paraprofessional Therapist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, Vol. 42, Nº 3, 359-363.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ,
fazendo parte da banca examinadora os seguintes professores:

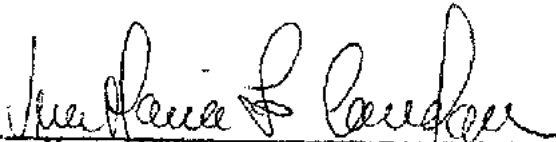

Aroldo Rodrigues


Maria Tereza Maldonado


Raquel Rosenberg

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 31/07/79


Profa. Vera Maria Ferrao Candau
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de Teo-
logia e Ciências Humanas