

11 A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental

Jocelaine Martins da Silveira

ASSUNTOS DO CAPÍTULO

- Vínculo terapêutico.
 - Contrato.
 - Cuidados éticos.
 - Motivação para a adesão ao tratamento.
 - Apresentação do clínico.
 - Fornecimento de informações e o acolhimento.
 - Estrutura dos encontros iniciais.
-

O objetivo deste capítulo é apresentar medidas e procedimentos adotados pelo clínico analítico-comportamental nos encontros iniciais do tratamento. E, sempre que possível, oferecer interpretações analítico-comportamentais sobre os eventos mais frequentes na relação terapeuta-cliente nesta fase da terapia.

Embora as sessões iniciais pareçam menos complexas que as mais avançadas na sequência do tratamento, elas acabam sendo desafiadoras para os profissionais, mesmo para os mais experientes. Isto acontece, entre outras razões, porque os clínicos ainda não dispõem de informações suficientes para prever o comportamento de seus clientes.

Além do mais, há boas razões, indicadas pela literatura sobre psicoterapia, para dedicar

atenção especial aos primeiros encontros. Quando se trata de interação terapeuta-cliente, os resultados dos estudos fazem respeitar o ditado popular segundo o qual *a primeira impressão é a que fica*. Há evidências de que eventos que ocorrem na fase inicial de uma psicoterapia podem predizer sua duração e o resultado do tratamento (Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser e Howard, 1976). Segundo os autores, depois de três sessões, a viabilidade da relação terapêutica está bastante evidente nas dimensões avaliadas no estudo. Certas dimensões aumentavam de frequência na quarta sessão e voltavam a diminuir na quinta, o que levou Saltzman e colaboradores (1976) a interpretar esses dados sugerindo que não basta saber *o que* o cliente experimenta ao longo da terapia, mas *quando* ele o faz.

As seções deste capítulo tratam de aspectos que contribuem para o bom andamento dos encontros iniciais, incluindo a promoção do vínculo terapêutico, a clareza do contrato, os cuidados éticos, a motivação para a adesão ao tratamento, o fornecimento de informações e o acolhimento, que produz conforto e esperança em quem procurou o serviço psicológico.

→ O CONTRATO

Os tratamentos clínicos, sejam na forma de uma psicoterapia ou de programas de aconselhamento e treinamento de habilidades, traduzem-se em compromissos e tarefas assumidas, tanto pelo clínico quanto pelo cliente.

Diversos eventos do contexto terapêutico podem ser utilmente interpretados em termos de regras e autorregras (Meyer, 2005). De um ponto de vista analítico-comportamental, o contrato se aproxima de uma regra

O contrato se aproxima de uma regra estabelecida e mantida pelo terapeuta e seu cliente e a aquiescência ou não a ela pode indicar instâncias clinicamente relevantes do comportamento do cliente.

estabelecida e mantida pelo terapeuta e seu cliente, e a aquiescência ou não a ela pode indicar instâncias clinicamente relevantes do comportamento do cliente. Por exemplo: des-

cumprir o pagamento de honorários, hesitar quanto às garantias do sigilo, atrasar-se, adiantar-se ou faltar às sessões, etc.

Ao trabalhar com clientes, cujo foco terapêutico é precisamente modelar o ajustamento a normas sociais, regras interpessoais e respeito ao outro, como com um grupo de adolescentes com problemas de delinquência ou um grupo de crianças com comportamentopositor, os combinados podem ser escritos em um quadro, que permanece visível durante todos os encontros. O descumprimento

de algum combinado ou o acréscimo de regras novas permite que, durante a sessão, clínicos e clientes se voltem para o quadro, lendo, discutindo e escrevendo regras novas. Os clientes podem verificar no aqui/agora da sessão as consequências para si e para os outros do seguimento ou do descumprimento de regras; podem também experimentar situações nas quais regras precisam ser instituídas, para o bem-estar do grupo.

Tsai, Kohlenberg, Kanter e Waltz (2009) afirmam que aspectos muito relevantes do comportamento do cliente podem ser notados em situações rotineiras da terapia. Segundo os autores, situações tais como a estrutura do tempo da sessão e os honorários frequentemente evocam comportamentos clinicamente relevantes.

Aspectos muito relevantes do comportamento do cliente podem ser notados em situações rotineiras da terapia.

Faz parte da conduta do clínico avaliar também, e isso pode ser feito com a ajuda de um supervisor, as instâncias de seu próprio compor-

Faz parte da conduta do clínico avaliar também as instâncias de seu próprio comportamento em relação aos mesmos eventos.

tamento em relação aos mesmos eventos. Por exemplo: se um cliente costuma se atrasar, é extremamente recomendável que o clínico avalie como está consequenciando os atrasos recorrentes (Tsai, Callaghan, Kohlenberg, Follette, Darrow, 2009; Wielenska, 2009).

No momento do contrato, o profissional garante o sigilo, combina os honorários e o modo de acertá-los, assim como sobre procedimentos quanto às faltas e reposições, além de estabelecer a periodicidade e a duração das sessões. Há ainda a necessidade de identificar a condição civil do cliente. Isto é, se o cliente for criança, adolescente ou interdito, o contrato requererá a autorização de um responsável.

No Brasil, o Código de Ética, criado pela Resolução do CFP nº 010/05, funda-

No momento do contrato, o profissional garante o sigilo, combina os honorários e o modo de acertá-los, combina também sobre procedimentos quanto às faltas e reposições, além de estabelecer a periodicidade e a duração das sessões. Há ainda a necessidade de identificar a condição civil do cliente. Isto é, se o cliente for criança, adolescente ou interdito, o contrato requererá a autorização de um responsável.

menta as questões éticas e formais do contrato do clínico com o seu cliente. O contrato, segundo o documento, estabelece de comum acordo entre o psicólogo e o cliente o objetivo, o tipo de trabalho a ser realizado e as condições de realização deste, além do acordo quanto aos honorários.

Na perspectiva analítico-comportamental, o estabeleci-

mento do contrato é funcionalmente semelhante a contingências da vida do cliente que modelaram seu comportamento de se comprometer com objetivos finais. É esperado que clientes cujo problema clínico se relaciona com falta de objetividade no trabalho ou descomprometimento nos relacionamentos afetivos exiba o mesmo padrão de comportamento diante da proposta do contrato terapêutico.

Um cliente cuja história de vida o tenha ensinado a se esquivar de compromissos, poderá ser evasivo quando indagado pelo clínico sobre o que ele quer da terapia e como vê sua parte de contribuição nesse processo. Há clientes que transferem para o clínico toda a responsabilidade do tratamento que se inicia; há os que depositam no clínico a expectativa de poder sobre o sucesso do tratamento, ou ainda os que tomam para si todas as tarefas, como se não pudessem contar com o terapeuta. Enfim, é importante observar o padrão comportamental apresentado pelo cliente em relação ao contrato porque seu comportamento é produto das contingências passadas.

Eventualmente, tem valor terapêutico retomar o contrato, por exemplo, com um

cliente pouco comprometido, estabelecendo contingências para que ele expresse claramente sua posição em relação ao compromisso com suas tarefas na terapia e se engaje no processo terapêutico. Ou, em outro exemplo, pedir para que o cliente relaxe e tente dividir com o clínico a responsabilidade pelo tratamento. Ou, ainda, que procure pensar no processo terapêutico como algo sobre o qual ambos, terapeuta e cliente, têm poder, em vez de creditar seu domínio exclusivamente ao clínico.

Algumas vezes, o cliente procura o psicólogo por indicação de alguém conhecido de ambos. De modo especial nesse caso, é prudente deixar claro o respeito ao sigilo e até mesmo, se for necessário, estabelecer combinados de procedimentos de proteção fora do contexto da sessão.

Algumas vezes, o cliente procura o psicólogo por indicação de alguém conhecido de ambos – cliente e terapeuta. De modo especial nesse caso, é prudente deixar claro o respeito ao sigilo e até mesmo, se for necessário, estabelecer combinados de procedimentos de proteção fora do contexto da sessão. Por exemplo, o clínico pode propor “Vamos adotar uma atitude discreta se nos virmos no clube: vou acenar discretamente com a cabeça”. Ao assegurar e demonstrar o sigilo, o clínico estabelece contingências que, para alguns clientes, podem ser inéditas. Um pouco de tempo é necessário até que clientes com histórias de punição do repertório de confiança comecem a relatar experiências adversas, como, por exemplo, as de abuso físico, psicológico e sexual. Clientes assim vão se expondo gradualmente à condição do sigilo e aprendem a sentir confiança no profissional, o que é, em si mesmo, um ganho terapêutico.

Um pouco de tempo é necessário até que clientes com histórias de punição do repertório de confiança comecem a relatar experiências adversas.

O sigilo é o elemento do contrato mais estreitamente ligado ao estabelecimento do assim chamado vínculo terapêutico. O combinado do sigilo estabelece contingência para a intimidade. Segundo Cordova e Scott (2001), a intimidade, em uma visão analítico-comportamental, traduz-se pelo comportamento interpessoal vulnerável à punição. Trata-se do responder a uma pessoa, em condições funcionalmente semelhantes às que no passado foram punidoras. É como se o responder íntimo fosse um tipo de variação, já que a tendência é repetir respostas de fuga/esquiva, em vez de emitir uma resposta “punível”. Quando o outro não pune, mas reforça o comportamento de arriscar, diz-se que há intimidade. Se alguém *já está abotoando o suitiã da sogra*, como descreve a expressão popular que indica intimidade, é porque está fazendo algo muito arriscado, emitindo uma resposta “punível”.

Quando o cliente é criança, adolescente ou interdito, o clínico precisa, antes de conduzir o tratamento, obter a autorização de um responsável. “Interdito”, juridicamente, significa incapacidade civil. Assim, o interdito não pode reger-se e nem a seus bens, sendo representado normalmente por um parente designado por juízo. Algumas pessoas diagnosticadas com transtorno psiquiátrico de certa severidade encontram-se nessa condição. Quando é esse o caso, o clínico deve zelar para que o responsável autorize o tratamento.

Quanto aos combinados sobre a periodicidade e duração das sessões, o profissional os faz com bastante liberdade, sendo um tanto quanto flexível. Normalmente, se um casal ou pais e filhos devem comparecer juntos às sessões, os encontros terão uma duração maior do que os usuais 50 minutos. Além disso, é muito comum que nas primeiras sessões o cliente esteja enfrentando uma crise. Assim, ao avaliar os riscos e as necessidades

do caso, o clínico poderá propor duas ou mais sessões semanais ou providenciar o serviço de acompanhamento terapêutico (veja capítulo 30). Há ainda a possibilidade de realização de atendimento domiciliar. A recomendação dos conselhos de psicologia é que o formato seja este quando a pessoa a ser atendida estiver sem condição de se locomover, devendo expressar a vontade de receber o atendimento domiciliar.

Os conselhos reconhecem a legitimidade deste tipo de atendimento em situações específicas de algum tratamento clínico, em casos de designação judicial do psicólogo ou quando este atua em programas de saúde da família.

Em quaisquer dos casos, é importante expressar claramente a frequência, a duração e as condições em que as sessões serão realizadas. Quanto ao pagamento, os conselhos dispõem de uma tabela referencial de honorários, a qual sugere valores, não estando o psicólogo obrigado a adotá-los. Muitos profissionais apoiam-se nessa tabela para estabelecer o contrato de honorários com o cliente.

Em suma, o contrato e os elementos que ele especifica, tais como o sigilo, são interpretados como possíveis contingências e, desse modo, presume-se que influenciam o comportamento do cliente desde os contatos iniciais. Sabendo disso, desde bem cedo, no curso do tratamento, o clínico providencia arranjos para que o comportamento do cliente se altere em uma direção terapêutica.

É comum que as sessões ocorram no mínimo uma vez por semana, sendo ampliado quando se tratar de casos que precisam de maiores cuidados. Em alguns casos um acompanhamento maior é exigido, assim, o terapeuta poderá fazer uso do serviço de acompanhamento terapêutico.

Os conselhos dispõem de uma Tabela Referencial de Honorários, a qual sugere valores, não estando o psicólogo obrigado a adotá-los.

→ A APRESENTAÇÃO DO CLÍNICO

Embora normalmente os relatos anedóticos sejam unidirecionais, permanecendo focados no comportamento e apresentação pessoal do cliente, o primeiro contato terapeuta-cliente tem um impacto importante para ambos. O efeito do contato inicial sobre o clínico tam-

Os sentimentos e impressões do terapeuta em relação ao cliente, tanto podem fundamentar a formulação de hipóteses importantes para a avaliação do caso clínico quanto podem instigar questões para seu próprio desenvolvimento pessoal.

bém deve ser levado em conta. Os sentimentos e impressões do terapeuta em relação ao cliente tanto podem fundamentar a formulação de hipóteses importantes para a avaliação do caso clínico quanto podem instigar questões para seu próprio

desenvolvimento pessoal (Banaco, 1993; Braga e Vandenberg, 2006).

Em geral, no momento da apresentação do clínico, o profissional se mostra disponível para responder às dúvidas do cliente quanto a sua formação, sua orientação teórica e até mesmo sobre características pessoais, tais como se tem filhos, se é casado, entre outras.

A primeira sessão é especial no sentido de que o clínico precisa consequenciar adequadamente respostas do cliente que o surpreendem. Uma situação desse tipo foi vivida pela autora na sessão inicial com uma mulher muito bonita. Ela disse, logo nos instantes iniciais: “Estou me submetendo à quimioterapia por causa de um tumor na mama. O tratamento é muito desagradável, a boca fica seca e perdi todo o meu cabelo. Veja aqui!”. O tempo para ela levar a mão na cabeça e mostrar como havia ficado parecia imensamente mais rápido do que aquele que a terapeuta precisava para ensaiar uma expressão tranquila.

Há várias outras revelações que os clientes preferem fazer logo nos instantes iniciais

para que a queixa possa ser entendida pelo clínico: “Bem, primeiro você precisa saber que eu sou soropositivo por contaminação vertical”; “Tentei suicídio há

poucos dias, por isso minha família me trouxe aqui”; “Apaixonei-me por um colega do trabalho e meu marido não sabe”; “Descobri que o meu atual companheiro está se aproximando indevidamente de minha filha”. Enfim, algumas condições ou eventos ocorridos recentemente na vida

do cliente se relacionam com a queixa que ele vai apresentar e, por isso, eles nos revelam nos instantes iniciais da sessão. O clínico pode procurar supervisão para conduzir as demais sessões iniciais ou até mesmo encaminhar o caso a outro colega que julgue mais apto para lidar com aquelas questões, se considerar que as revelações do cliente lhe são impactantes.

As curiosidades do cliente sobre a vida pessoal do clínico também podem tomar o profissional de surpresa. Frequentemente, o cliente supõe que a experiência pessoal do clínico favorece a compreensão do quanto está sofrendo. Às vezes, o cliente faz as perguntas para o clínico ou procura descobrir o que quer, explorando indiretamente o assunto. São comuns perguntas do tipo: “Você tem filhos? De que idade?”; “Você é casada?”; “Você é separada?”; “Você é católica?”; “Você conhece aquele bar GLS?”; “Você tem namo-

O clínico poderá ser solicitado a falar de sua formação profissional, orientação teórica e método de trabalho, sendo indicado responder às questões.

O cliente pode ou não revelar informações importantes na primeira sessão, isso dependerá de muitas condições, por exemplo, o quanto ele confia no clínico e/ou o grau de sofrimento dele, etc.

O clínico pode [e deve] encaminhar o caso a outro colega que julgue mais apto para lidar com aquelas questões, se considerar que as revelações do cliente lhe são impactantes.

rado?"; "Você é curitibana?"; "Você é behaviorista?".

Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009) descrevem uma interação típica de uma sessão inicial, a qual ocorreu entre a primeira autora, M. Tsai, e uma cliente de 34 anos com queixa de depressão e hábito de fumar. A profissional respondeu às perguntas da cliente a respeito de sua pessoa. O objetivo, nesse caso, era fomentar, desde este momento inicial, interações genuínas e íntimas.

Terapeuta: "Eu quero responder qualquer pergunta que você tenha a meu respeito. Você não sabe muito a meu respeito".

Cliente: "Eu vejo que você também está afiliada à Universidade de Washington, além de estar na clínica particular. O que você faz lá?".

Terapeuta: "Eu sou supervisora de clínica. Supervisiono estudantes de graduação, dou aulas lá sobre a Psicoterapia Analítico-Funcional – FAP e também estou envolvida com programa de pesquisa".

Cliente: "Ah. Legal".

Terapeuta: "Mais alguma pergunta sobre minha formação e experiência?" (p. 151).

Então, M. Tsai relata um pouco mais sobre sua experiência profissional e, depois, faz perguntas sobre a cliente. Não há uma regra sobre o modo ou o quanto um clínico deve expor a seu próprio respeito para o cliente. O que fundamenta sua conduta quanto a esse aspecto é o objetivo que ele tem em cada interação.

Estudos sugerem que o modo como o cliente percebe o profissional é preditor de sua adesão ao tratamento, ou seja, apresenta correlação com o cumprimento das tarefas da

terapia (Sheel, Seaman, Roach, Mullin e Mahoney, *apud* Silveira, Silvaes e Marton, 2005). Esses dados fazem supor que o clínico precisa estar atento ao tipo de impressão que causa no cliente desde o primeiro encontro. Os cuidados quanto à apresentação pessoal do clínico, sua postura, seus gestos e o modo como interage com o cliente devem expressar segurança, disponibilidade afetiva, cordialidade, atenção e competência.

Assim como no contrato, durante as interações de apresentação do clínico, interpretações sobre o comportamento do cliente e de contingências que o mantêm podem ser feitas. Por exemplo, um cliente pouco afetivo, que se esquia de relacionamentos íntimos e que faz isso adotando uma postura objetiva e resolutiva, pergunta ao profissional: "Você é comportamental, não é? Eu procurei essa abordagem que não fica perdendo tempo com bobagens. Sei que você vai resolver meu problema". O clínico utiliza as interações de sua apresentação ao cliente como base para interpretações do problema clínico e para o estabelecimento de contingências para novos repertórios que se aproximam das metas terapêuticas.

É possível que o cliente faça perguntas sobre a vida pessoal do clínico. Em tais situações, o profissional poderá ou não respondê-las, sendo um critério, possível, respondê-las se for terapêutico para o cliente e se não causar constrangimento ao profissional.

Os cuidados quanto à apresentação pessoal do clínico, sua postura, seus gestos e o modo como interage com o cliente devem expressar segurança, disponibilidade afetiva, cordialidade, atenção e competência.

→ A ESTRUTURA DOS ENCONTROS INICIAIS

Adotou-se neste capítulo a expressão "encontros iniciais" para designar um primeiro con-

junto de sessões que se diferencia das seguintes por enfatizarem a apresentação entre o profissional e o cliente, o estabelecimento do contrato terapêutico e a coleta de dados – que resultará na formulação do caso clínico.

Nas clínicas-escola, o clínico, em geral, já dispõe do relatório de uma triagem realizada com o cliente, antes do início da terapia, o qual oferece elementos para se preparar para interações iniciais. Nas clínicas particulares, o cliente faz um contato telefônico para o agendamento da sessão informando, na secretaria, se é autoencaminhado, indicado por alguém conhecido ou ainda encaminhado por outros profissionais.

Muitas vezes, o contato telefônico é feito diretamente para o profissional. Segundo Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009), até mesmo ainda durante o contato telefônico com o cliente potencial o clínico pode iniciar o estabelecimento de um relacionamento intenso, aproveitando que, muitas vezes, por meio do contato telefônico, o cliente informa a razão por que está procurando terapia.

Para o atendimento infantil, as clínicas de treinamento costumam solicitar aos pais que compareçam sem a criança à primeira entrevista, para, então, agendar a sessão com a criança, que será um tanto quanto planejada e estruturada (Silveira e Silvaes, 2003).¹ Silveira e Silvaes (2003) apresentam uma lista de atividades lúdicas e seus possíveis empregos nas sessões de entrevista clínica inicial com crianças. Além disso, nesse próprio livro é possível encontrar uma seção inteira dedicada ao trabalho com crianças (vide Seção I da Parte III).

Os objetivos indispensáveis no primeiro encontro com o cliente, após o contato telefônico, são: acolher, promover confiança na pessoa do terapeuta, instilar esperança quanto a possibilidades de mudanças e obter informações relevantes sobre o grau de sofrimento e sobre expectativas quanto ao tratamento que se inicia. Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlen-

berg (2009) recomendam, entre as tarefas da primeira sessão, o estabelecimento de um ambiente confiável, seguro e que instile esperança.

É também o momento de identificar riscos para o cliente ou para pessoas próximas dele. Por exemplo, quando há ideiação suicida, é importante saber se o cliente mora com alguém ou se tem rede de apoio social, e contatá-la, se necessário. Ou, em outro caso, supondo que uma mãe relate se sentir deprimida a ponto de negligenciar os cuidados de seus filhos, os riscos para as crianças precisam ser considerados e minimizados rapidamente.

Este primeiro contato constitui o início da chamada Entrevista Clínica Inicial (ECI, Gongora, 1995) e não tem a pretensão de esgotá-la. Gongora (1995) e Silvaes e Gongora (1998) apresentam um *checklist* para desempenho do clínico ao conduzir a ECI. A ECI foca a queixa e dados a ela relacionados e identifica expectativas do cliente sobre o tratamento. As perguntas abertas do começo da ECI permitem algo que se aproxima de um operante livre. Ao deixar que o cliente fique à vontade para falar no começo da entrevista, o clínico terá uma amostra de compor-

Os objetivos indispensáveis no primeiro encontro com o cliente, após o contato telefônico, são: acolher, promover confiança na pessoa do terapeuta, instilar esperança quanto a possibilidades de mudanças, obter informações relevantes sobre o grau de sofrimento e sobre expectativas quanto ao tratamento que se inicia. ... É também o momento de identificar riscos para o cliente ou para pessoas próximas dele.

É preferível que no início o clínico opte por fazer questões abertas, facilitando relatos mais amplos do cliente, o que dará ao clínico uma amostra de como o cliente se comporta. Durante este período o clínico deve atentar ao que o cliente está verbalizando, tanto seu conteúdo como a função, além de observar a forma como ele age durante a entrevista.

tamentos. Assim, pode observar o que o cliente verbaliza e faz, isto é, observa o conteúdo e a função das suas verbalizações. A ECI termina com a decisão acerca da indicação ou não do caso para algum tratamento psicológico.

O envolvimento de outra pessoa na entrevista é uma decisão a ser tomada nos con-

O clínico deve identificar quando for necessário ou não envolver outras pessoas no processo clínico e tomar essa decisão juntamente com o cliente.

tatos iniciais. Por exemplo, a avó, que passa boa parte do tempo cuidando da criança que foi levada à terapia, poderá ser convidada para uma sessão e contri-

buir, fornecendo informações sobre a rotina e especificidades do comportamento do neto em casa.

O passo seguinte é identificar relações comportamentais mais estreitamente ligadas ao sofrimento do cliente, aumentando a compreensão dos eventos já identificados na ECI. Nessa fase, o cliente vai descrevendo os

O passo seguinte é formular a análise do comportamento-alvo, ou seja, identificar as relações comportamentais ligadas ao sofrimento do cliente, e que por vezes difere da queixa apresentada.

eventos que o fazem sofrer, sua história de vida, suas relações na família original e atual e possíveis repetições do “problema” com pessoas e ambientes distintos, o que resulta em um autoconheci-

mento essencial para as fases seguintes do tratamento. Neste ponto, as informações e interações com o cliente diferenciam a *queixa clínica* e o *problema clínico*. Por exemplo, a queixa do cliente é “solidão”, mas o problema de interesse clínico é o que o cliente faz que mantém um contexto que o faz sentir solidão.

Conforme Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009), nas sessões iniciais, o clínico tem o objetivo de se estabelecer como um potencial reforçador positivo,

para fundamentar um relacionamento autêntico que influenciará a mudança clínica.

O cliente costuma falar sobre muitos assuntos durante os primeiros encontros e o tempo da sessão, em geral, parece pouco. O clínico pode aproveitar essa motivação

As peculiaridades do cliente podem ser exploradas para ajudar na avaliação e gerar autoconhecimento.

para falar, recomendando tarefas para casa, tais como escrever uma autobiografia, preencher inventários (que permitam esse tipo de aplicação), responder a questionários, selecionar fotos de situações ou pessoas relacionadas ao tema que foi tratado, etc. As peculiaridades do cliente podem ser exploradas para ajudar na avaliação e gerar autoconhecimento. Por exemplo: um cliente que é escritor poderá ser convidado a trazer seus contos na sessão seguinte. O clínico pode pedir que os pais tragam o boletim da criança, ou algum caderno, para completar a compreensão acerca do desempenho acadêmico, enfim, diversos recursos externos à sessão podem ajudar o clínico a compreender seu cliente e a agilizar a coleta de dados. A resolução CFP Nº 001/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.

O evento do contexto terapêutico que indica a conclusão das sessões iniciais é o acordo entre terapeuta e cliente, tácito ou ostensivo, quanto ao problema clínico e o reconhecimento da importância de um posicionamento ou plano de ação ante as dificuldades apresentadas. Nesse momento, o clínico dispõe de informações sobre os principais eventos componentes de uma interpretação analítico-comportamental do caso.

Concluindo, em um processo clínico analítico-comportamental, terapeutas e clientes se transformam mutuamente durante as interações no contexto terapêutico, mesmo naquelas que parecem preliminares. Ao apresentar-se para o cliente e estabelecer o

contrato do tratamento, o clínico observa e interpreta os comportamentos do cliente, se possível promovendo, desde então, mudanças terapêuticas. Quanto à estrutura das sessões iniciais, elas progridem da apresentação entre terapeuta e cliente até uma compreensão do problema clínico, possibilitando o planejamento de intervenções futuras.

→ NOTA

1. Uma descrição didática da entrevista clínica inicial com crianças e adultos pode ser encontrada em Silveira e Gongora (1998).

→ REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2(1), 71-79.
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. M. A. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23, 307-314.
- Brasil (2005). *Resolução nº 10, de 27 de agosto de 2005, aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Acessado em 24 out, 2009, em <http://www.crp.org.br/portal/orientacao/codigo.aspx>
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.
- Gongora, M. A. N. (1995). *A entrevista clínica inicial: Análise de um programa de ensino*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e autorregras no laboratório e na clínica. In J. Abreu-Rodrigues, & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre: Artmed.
- Saltzman, C., Luetgert, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44, 546-55.
- Silveira, E. F. M., & Gongora, M. N. A. (1998). *Psicologia clínica comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças* (vol. 1). São Paulo: Edicon.
- Silveira, J. M., & Silveira, E. F. de M. (2003). Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: Um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, et al. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (vol. 11, pp. 272-281). Santo André: ESETEC.
- Silveira, J. M., Silveira, E. F. de M., & Marton, S. A. (2005). A entrevista clínica inicial na percepção de terapeutas iniciantes e pais: Aliança terapêutica na entrevista clínica inicial. *Encontro*, 9(11), 12-19.
- Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2009). Supervision and therapist self-development. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 167-198). New York: Springer.
- Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. J. (2009). The course of therapy: Beginning, middle and end phases of FAP. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 145-166). New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: Five rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Wielenska, R. C. (2009). Jovens terapeutas comportamentais de qualquer idade: Estratégias para ampliação de repertórios insuficientes. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 286-296). São Paulo: ESETEC.