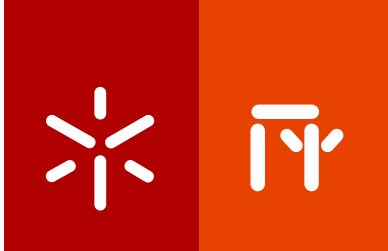




Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Armanda Paula Cunha Gonçalves

Narrativas ocultas no encontro terapêutico:
O que terapeutas e clientes não revelam
em psicoterapia



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Armanda Paula Cunha Gonçalves

Narrativas ocultas no encontro terapêutico:
O que terapeutas e clientes não revelam
em psicoterapia

Tese de Doutoramento em Psicologia
Área de Conhecimento de Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Fernandes
e do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

Agosto 2008

DECLARAÇÃO

Nome: ARMANDA PAULA CUNHA GONÇALVES

Endereço Electrónico: armanda.braga@gmail.com

Telefone: 918265766

Nº de Bilhete de Identidade: 10818491

Título da Tese de Doutoramento:

Narrativas ocultas no encontro terapêutico - O que terapeutas e clientes não revelam em psicoterapia

Orientadores:

Professora Doutora Eugénia Fernandes

Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2008

Ramo de conhecimento do Doutoramento:

Psicologia, Área de conhecimento de Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE

APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO

ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

A elaboração desta dissertação de doutoramento foi apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, através da bolsa de doutoramento com a referência SFRH/BDI/1108/2002.

RESUMO

Tradicionalmente, a auto-revelação dos clientes é considerada como benéfica e um dos objectivos centrais da psicoterapia (Hill & O'Grady, 1985; Martin, 1984; Stiles, 1987), enquanto, no reverso, a ocultação tem sido interpretada como uma forma de resistência e conseqüentemente prejudicial. Ora, neste âmbito torna-se difícil integrar os resultados que denotam que os clientes, não obstante revelarem muito, também ocultam informação (cf. Hill, Thompson & Corbett, 1992; Kelly, 1998; Regan & Hill, 1992). Em relação aos terapeutas e ao processo de auto-revelação não existe igual consonância de perspectivas, tratando-se de um tema controverso (Hill & Knox, 2002). A ocultação dos terapeutas no encontro terapêutico tem sido ainda menos explorada, tanto no domínio teórico, como no domínio empírico. Estas discrepâncias e ambigüidades justificam a relevância do estudo deste tema. Assim, na parte teórica deste trabalho procurámos enquadrar os fenómenos em estudo, explorando a relação entre as diferentes abordagens terapêuticas e a auto-revelação/ocultação de terapeutas e clientes em psicoterapia, reflectindo acerca das mudanças no interior destas abordagens e dos desafios que se colocam aos terapeutas neste domínio. Seguidamente, procurámos apresentar e reflectir sobre a multiplicidade de variáveis estudadas em associação a estas práticas, assim como sobre o impacto destas no processo e no resultado terapêuticos.

No plano empírico, o presente estudo centra-se na exploração de diferentes aspectos da experiência de ocultação em psicoterapia, inquirindo para o efeito diádes de terapeutas e clientes sobre “não ditos” ocorridos durante a conversação terapêutica. Em termos da metodologia de investigação, optamos por uma metodologia exploratória, pelo que a recolha de

dados privilegiou o relato dos intervenientes no processo terapêutico mediante a utilização de uma entrevista semi-estruturada, referente aos não ditos ocultados, aplicada a 11 díades em terapia individual, durante o decurso do processo terapêutico, nomeadamente na 4^a, na 8^a e na 12^a sessões. Os dados recolhidos foram analisados, seguindo os pressupostos e procedimentos da análise interpretativa fenomenológica (A.F.I.) (cf. Wertz, 2005), explorando os conteúdos e as funções dos não ditos. Entre as conclusões que retiramos dos resultados alcançados, destacamos a ocorrência frequente do fenómeno de ocultação no processo terapêutico, tanto na experiência de terapeutas como de clientes. Sintetizando os principais resultados do estudo qualitativo sobre os conteúdos dos não ditos, constatamos a predominância da ocultação de conteúdos negativos por parte de ambos os participantes. Em relação aos terapeutas, estes ocultam significativamente mais conteúdos relacionados com as dificuldades percebidas nos clientes, e no caso destes, assume destaque a ocultação de preocupações ou dificuldades com aspectos processuais. Quanto às motivações para recorrer à ocultação, encontramos motivos caracterizados como *Reflexivos* e *Estratégicos*. No domínio *Reflexivo*, os resultados evidenciam o predomínio da ocultação dos terapeutas por motivações associadas ao *Terapeuta*. Igualmente, dado o interesse em compreender o impacto destes fenómenos em termos do processo e do resultado da psicoterapia, procurámos formar e contrastar grupos e casos com resultados divergentes (bom resultado/resultado pobre) no processo terapêutico. Partindo da reflexão acerca do significado destas categorizações e da sua evolução ao longo do processo terapêutico, procurámos reflectir sobre os principais desafios que se colocam actualmente na prática clínica e na formação e supervisão de terapeutas neste âmbito.

ABSTRACT

Traditionally, clients' self-disclosure is considered beneficial and one of the central aims of the psychotherapeutic process (Hill & O'Grady, 1985; Martin, 1984; Stiles, 1987), while, in the reverse, clients concealment has been interpreted as a form of resistance and therefore detrimental. However, in this scope it's difficult to integrate the empirical results that show that clients, although being self-disclosing, also conceal information (cf. Hill, Thompson & Corbett, 1992; Kelly, 1998; Regan & Hill, 1992). In relation to the therapists and the process of self-disclosure we didn't found equal accord of perspectives, remaining a controversial subject (Hill & Knox, 2002). Therapists' concealment remains even less explored, as much in the theoretical as in the empirical domain. These discrepancies and ambiguities justify the importance of the study of this subject. Thus, in the theoretical part of this work we tried to grasp the phenomenon in study, exploring the relation between the different therapeutic approaches and therapists' and clients' self-disclosure and concealment in psychotherapy, pondering about the main changes in the realm of those approaches and about the challenges that therapists face in this domain. Next, we tried to look at the multiplicity of dimensions that have been studied regarding these practices, as well as to its' impact in the psychotherapy process and outcome.

In the empirical plan, the current study focus on the examination of diverse aspects of the concealment experience in the therapeutic process, by means of inquiring therapists and clients counselling dyads about the occurrence and effects of those "things left unsaid" in the therapeutic conversation. In terms of the inquiry methodology, we chose an exploratory methodology, so in terms of the data collection we privileged the reports of the

participants in psychotherapy, by means of using a semi-structured interview concerning the things left unsaid. We applied this interview to eleven individual psychotherapy dyads, during the course of the therapeutic process, namely at the 4th, 8th and 11th sessions. The data that were collected were analysed accordingly to the principles and procedures of the Interpretative Phenomenological Analyses (I.P.A.) (cf. Wertz, 2005), exploring both the contents and functions of those things left unsaid. Among the conclusions that we reached, we would like to point the elevated occurrence of the concealment phenomenon in the psychotherapeutic process, both in the clients' and in therapists' experience. Summarizing the main results of the qualitative study about the contents of the things left unsaid, we point to the predominance of the concealment of negative contents on the part of both participants. In relation to the therapists, they concealed significantly more contents related with the difficulties perceived in the clients, and in the case of these, it assumes prominence the concealment of concerns or difficulties with procedural aspects. With reference to the reasons to use self-concealment, we found reasons characterized as *Reflective* and *Strategic*. In the *Reflective* domain, the results support the predominance of the therapists' concealment for motivations associates to the *Therapist*. Equally, given the interest in understanding the impact of this phenomenon in terms of the psychotherapy process and outcome, we tried to delineate and contrast divergent groups and cases in terms of the therapeutic outcome (good and poor outcome). Based on our reflections concerning the meaning of this categorization and its evolution throughout the therapeutic process, we tried to consider the main challenges that these results currently place, both in terms of clinical practice and in the context of therapists' formation and supervision.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO.....	9
CAPÍTULO I – AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: ABORDAGENS TEÓRICAS.....	11
1. Auto-revelação e ocultação na abordagem psicodinâmica.....	14
1.1. Princípios psicodinâmicos para o tratamento: o ecrã vazio, neutralidade, abstinência e anonimato do terapeuta.....	14
1.1.1. Posição “clássica” sobre auto-revelação do analista.....	16
1.1.2. Analistas “rebeldes” e auto-revelação do analista.....	17
1.1.3. Posição “moderada” sobre auto-revelação do analista.....	19
1.1.4. Abordagem analítica relacional e os movimentos inter-subjectivos contemporâneos.....	22
1.1.5. Psicoterapias dinâmicas breves.....	24
1.2. Auto-revelação, resistência e negação do paciente.....	25
2. Auto-revelação e ocultação na abordagem humanista.....	29
2.1. Princípios humanistas para o tratamento: empatia, congruência e aceitação positiva incondicional.....	29
2.2. O papel do terapeuta e do cliente e a auto-revelação/ ocultação na abordagem humanista e experiencial.....	31

3. Auto-revelação e ocultação na abordagem comportamental e cognitiva-comportamental.....	35
3.1. O papel do terapeuta e do cliente e a auto-revelação/ ocultação nas abordagens comportamental, cognitiva e cognitivo-comportamental.....	35
3.2. A auto-revelação/ ocultação no exemplo da terapia racional – emotiva de Albert Ellis.....	37
3.3. A auto-revelação/ ocultação no exemplo da teoria cognitiva de Aaron Beck.....	39
3.4. Vantagens <i>vs.</i> riscos da auto-revelação na terapia cognitivo-comportamental.....	41
4. Auto-revelação e ocultação no construtivismo.....	46
4.1. A psicoterapia no mundo pós-moderno.....	46
4.2. A auto-revelação no exemplo dos modelos de reconstrução narrativa.....	48
5. Auto-revelação e ocultação na abordagem feminista.....	53
5.1. O princípio da igualdade de gênero: implicações para a intervenção terapêutica.....	53
5.2. O princípio da igualdade na abordagem feminista: da igualdade de gênero à igualdade na relação terapêutica.....	57
5.3. A igualdade na relação terapêutica e a auto-revelação do terapeuta.....	61
6. Auto-revelação e ocultação na abordagem da terapia familiar.....	65
6.1. Auto-revelação do terapeuta e terapia familiar.....	65

6.2. Auto-revelação do terapeuta nas escolas clássicas de terapia familiar.....	67
6.3. Auto-revelação do terapeuta nos modelos de terapia familiar construtivistas.....	69
7. Reflexão final sobre a auto-revelação e a ocultação em psicoterapia.....	73

CAPÍTULO II – AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: ESTUDOS EMPÍRICO.....81

A. Auto-revelação e ocultação em psicoterapia: Resultados da investigação sobre os terapeutas.....	81
1. Estudos sobre a frequência da auto-revelação/ ocultação dos terapeutas..	85
2. Estudos sobre os temas revelados/ ocultados pelos terapeutas.....	88
3. Estudos sobre os factores que afectam a auto-revelação/ ocultação dos terapeutas.....	92
3.1. Orientação teórica do terapeuta.....	93
3.2. Nível de experiência do terapeuta.....	93
3.4. Factores pessoais do terapeuta.....	94
3.5. Variáveis dos clientes.....	95
4. Efeitos da auto-revelação/ ocultação dos terapeutas.....	97
4.1. Efeitos da auto-revelação do terapeuta segundo a investigação com <i>design</i> análogo.....	98
4.2. Efeitos positivos da auto-revelação do terapeuta no contexto real de psicoterapia.....	100
4.3. Efeitos mistos ou negativos da auto-revelação do terapeuta.....	105
4.4. Efeitos da ocultação do terapeuta.....	107

5. Reflexão final sobre a investigação referente à auto-revelação/ ocultação dos terapeutas em psicoterapia.....	111
B. Auto-revelação e ocultação em psicoterapia: Resultados da investigação sobre os clientes.....	123
1. Estudos sobre a frequência de auto-revelação/ ocultação dos clientes....	125
2. Estudos sobre os temas revelados/ ocultados pelos clientes.....	131
3. Estudos sobre os factores que afectam a auto-revelação/ ocultação dos clientes.....	136
3.1. Género.....	136
3.2. Duração da psicoterapia e qualidade da relação terapêutica.....	139
3.3. Sentimentos de vergonha e deferência.....	140
3.4. Características pessoais e de personalidade dos clientes.....	142
3.5. Contínuo importância – trivialidade.....	144
3.6. Lei, confidencialidade e auto-revelação.....	146
3.7. Características do terapeuta.....	147
4. Efeitos da auto-revelação/ ocultação dos clientes.....	150
4.1. Efeitos da auto-revelação/ ocultação segundo o paradigma da escrita expressiva.....	150
4.2. Efeitos da auto-revelação/ ocultação no contexto da psicoterapia.....	154
4.2.1. Auto-revelação e resultados terapêuticos positivos.....	155
4.2.2. Ausência de associação entre auto-revelação e resultados terapêuticos.....	155
4.2.3. Ocultação e resultados terapêuticos positivos.....	156
4.2.4. Auto-revelação dos clientes e emoções.....	160

5. Processos associados à auto-revelação/ ocultação dos clientes.....	164
5.1. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: catarse.....	164
5.2. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: processamento cognitivo.....	166
5.3. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: dessensibilização sistemática.....	167
5.4. Auto-revelação dos clientes: intimidade e identidade.....	170
5.5. Ocultação dos clientes: a teoria de auto-apresentação.....	171
6. Reflexão final sobre a investigação referente à auto-revelação/ ocultação dos clientes em psicoterapia.....	176

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO.....	187
CAPÍTULO III – OBJECTIVOS E MÉTODO.....	189
1. Objectivos e questões do estudo.....	191
2. Metodologia.....	192
2.1. Estudo piloto.....	192
2.2. Caracterização dos participantes.....	195
2.2.1. Caracterização demográfica dos terapeutas.....	196
2.2.2. Caracterização demográfica dos clientes.....	197
2.3. Instrumentos.....	199
2.3.1. Entrevista semi-estruturada sobre os não ditos na sessão terapêutica.....	199
2.3.2. Questionário de caracterização demográfica.....	203
2.3.3. Inventário de Aliança Terapêutica.....	203

2.3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	205
2.4. Procedimentos.....	207
2.4.1. Procedimentos de recolha de dados.....	207
2.4.2. Instruções aos participantes.....	209
2.5. Procedimentos de análise de dados.....	210
2.5.1. Unidades de análise.....	210
2.5.2. Procedimentos da Análise Fenomenológica Interpretativa (A.F.I.).....	211
2.5.3. Marcadores empíricos de mudança.....	214
a. Formação de grupos contrastantes.....	216
2.6. Estratégias de validação.....	219
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO.....	221
A. Resultados das medidas de auto-relato.....	223
1. Valores de sintomatologia (B.S.I.).....	223
2. Aliança terapêutica: a perspectiva do cliente e do terapeuta.....	225
B. Resultados do estudo qualitativo acerca dos não ditos no processo terapêutico.....	228
1. Resultados da análise e codificação do conteúdo dos não ditos.....	228
2. Resultados da análise e codificação da função dos não ditos.....	243
3. Discussão do estudo qualitativo sobre os não ditos no processo terapêutico.....	263
C. Resultados da constrastação de grupos no estudo acerca dos não ditos no processo terapêutico.....	278

1. Resultados dos não ditos em psicoterapia – Contrastação dos grupos de terapeutas e clientes.....	279
1.1. Diferenças na experiência de ocultação entre clientes e terapeutas: análise comparativa da ocorrência e frequência dos não ditos.....	279
1.2. Análise dos conteúdos ocultados por terapeutas e clientes.....	280
1.3. Análise da função dos não ditos ocultados por terapeutas e clientes.....	283
2. Resultados dos não ditos em psicoterapia – Evolução de dois processos terapêuticos.....	287
2.1. O exemplo do Terapeuta 1 e do Cliente A.....	288
2.2. O caso do Terapeuta 10 e do Cliente J.....	292
3. Resultados dos não ditos em psicoterapia – Contrastação dos grupos Cmc E Smc.....	300
3.1. Diferenças na experiência de ocultação entre os grupos Cmc e Smc: análise comparativa da ocorrência e frequência dos não ditos.....	300
3.2. Análise do conteúdo dos não ditos ocultados por terapeutas e clientes nos grupos Cmc e Smc.....	301
3.3. Análise da função dos não ditos de terapeutas e clientes nos grupos Cmc e Smc.....	302
4. Discussão dos resultados dos não ditos em psicoterapia – Contrastação dos grupos Cmc e Smc.....	305
D. Limitações do estudo e sugestões de novos trabalhos.....	331
E. Conclusão geral.....	337
BIBLIOGRAFIA.....	350
ANEXOS.....	390

ÍNDICE DE QUADROS, GRÁFICOS E ANEXOS

Quadro 1: Caracterização dos modelos feministas.....	60
Quadro 2: Caracterização dos modelos terapêuticos quanto à auto-revelação do terapeuta.....	74
Quadro 3: Caracterização dos terapeutas em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, prática profissional.....	196
Quadro 4: Caracterização dos terapeutas em função das variáveis: formação acadêmica, orientação teórica base, abordagem preferencial utilizada no caso.....	197
Quadro 5: Caracterização dos clientes em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão.....	198
Quadro 6: Caracterização dos clientes em função das variáveis: diagnóstico, experiência prévia em psicoterapia e medicação.....	199
Gráfico 1: Valores da sub – escala do I.G.S. (B.S.I.) em relação ao ponto de corte calculado a partir da fórmula de Jacobson e Truax (1991).....	217
Quadro 7: Resultados nos marcadores empíricos de melhoria clínica.....	218
Gráfico 2: Valores do B.S.I. nos clientes Smc.....	223
Gráfico 3: Valores do B.S.I. nos clientes Cmc.....	224
Gráfico 4: Valores do B.S.I. nos clientes desistentes.....	225
Gráfico 5: Valores Totais da W.A.I. no grupo Cmc (clientes E, G, J; terapeutas 5, 7, 10).....	226
Gráfico 6: Valores Totais da W.A.I. no grupo Smc (clientes A, C, H, I, N; terapeutas 1, 3, 8, 9, 14).....	226

Gráfico 7: Valores Totais da W.A.I. no grupo das desistências (Clientes B, F, M; Terapeutas 2, 6, 13).....	227
Quadro 8: Análise do conteúdo dos não ditos dos terapeutas.....	238
Quadro 9: Análise do conteúdo dos não ditos dos clientes.....	241
Quadro 10: Análise da função dos não ditos dos terapeutas.....	253
Quadro 11: Análise da função dos não ditos dos clientes.....	256
Quadro 12: Síntese dos conteúdos dos não ditos dos terapeutas.....	258
Quadro 13: Síntese dos conteúdos dos não ditos dos clientes.....	260
Quadro 14: Síntese das funções dos não ditos de terapeutas e clientes.....	261
Gráfico 8: Dimensões dos conteúdos dos não ditos de terapeutas.....	281
Gráfico 9: Dimensões dos conteúdos dos não ditos dos clientes.....	281
Gráfico 10: Categorias dos conteúdos dos não ditos dos terapeutas.....	282
Gráfico 11: Categorias dos conteúdos dos não ditos dos clientes.....	282
Quadro 15: Comparação das diferenças entre o conteúdo dos não ditos de terapeutas e clientes.....	283
Gráfico 12: Categorias da função dos não ditos dos terapeutas.....	284
Gráfico 13: Categorias da função dos não ditos dos clientes.....	284
Quadro 16: Comparação das diferenças entre a função dos não ditos de terapeutas e clientes.....	285
Gráficos 14 e 15: Terapeuta 1 – Conteúdo dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	289
Gráficos 16 e 17: Terapeuta 1 – Função dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	290
Gráficos 18 e 19: Cliente A – Conteúdo dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	291

Gráficos 20 e 21: Cliente A – Função dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	292
Gráficos 22 e 23: Terapeuta 10 – Conteúdo dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	293
Gráficos 24 e 25: Terapeuta 10 – Função dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	294
Gráficos 26 e 27: Cliente J – Conteúdo dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	295
Gráficos 28 e 29: Cliente J – Função dos não ditos emergentes no decurso do processo terapêutico.....	296
Quadro 17: Comparação das diferenças no conteúdo dos não ditos nos grupos de terapeutas Cmc e Smc.....	301
Quadro 18: Comparação das diferenças no conteúdo dos não ditos nos grupos de clientes Cmc e Smc.....	302
Quadro 19: Comparação das diferenças na função dos não ditos nos grupos de terapeutas Cmc e Smc.....	303
Quadro 20: Comparação das diferenças na função dos não ditos nos grupos de clientes Cmc e Smc.....	303

ANEXOS

Anexo I - Entrevista semi-estruturada sobre os momentos significativos da sessão terapêutica.....	391
---	-----

Anexo II – Entrevista semi-estruturado sobre os não – ditos na sessão terapêutica.....	393
Anexo III - Ficha de caracterização demográfica - clientes.....	395
Anexo IV - Ficha de caracterização demográfica – terapeutas.....	396
Anexo V - Formulário de consentimento de participação na investigação. 397	
Anexo VI - Conteúdos dos não ditos revelados por terapeutas e clientes.....	398
Anexo VII - Conteúdos dos não ditos percebidos no outro.....	402
Anexo VIII - Função dos não ditos reveladas por terapeutas e clientes.....	405
Anexo IX - Função dos não ditos percebidos no outro.....	409

INTRODUÇÃO

A revelação dos nossos pensamentos e sentimentos íntimos representa um importante fenômeno sociológico e psicológico, tanto no âmbito das relações informais do cotidiano como no contexto da relação terapêutica. De forma natural e espontânea, na relação com os outros questionamos o que devemos ou não revelar, o significado ou a veracidade do que nos dizem, assim como os possíveis efeitos da auto-revelação ou da ocultação de informação pessoal.

Em termos históricos, a prática da auto-revelação remonta aos filósofos estoicos (II A.C.). No entanto, ao longo dos últimos dois milênios, foi a importância atribuída pela cultura ocidental, a esta prática que levou autores como Foucault (1988; cf. Georges, 1995) a apelidar os ocidentais de “animais confessionais”. A importância e o valor pessoal e social, geralmente atribuídos à auto-revelação, ultrapassam o argumento da longevidade, decorrendo da associação desta prática a efeitos positivos como a auto-compreensão do ser humano, a resolução de faltas ou dificuldades e ao efeito de catarse. Aliás, esta valoração positiva da catarse resultante da auto-revelação está bem patente nos rituais de confissão implementados desde a antiguidade pelas Igrejas Católica e Protestante (Farber, 2006), que podem ser considerados como os precursores dos modernos tratamentos psicológicos, na medida em que enfatizam a necessidade de revelar para curar (Foucault, 1988).

Em termos sociais a concepção predominante acerca do fenômeno de ocultação é arraigadamente moralista, sendo esta prática tradicionalmente

concebida como um comportamento furtivo, mentiroso ou de negação. Curiosamente, no domínio da psicologia encontramos uma igual influência desta visão, como ilustram as frequentes referências a conceitos como “culpa”, “embaraço” ou “negação” a respeito deste fenómeno. Por exemplo, Jung (1933; cf. Ellenberger, 1970) equiparava os segredos a um veneno e Norton, Feldman e Tafoya (1974, *cit. in* Book, 1989), num trabalho sobre os efeitos dos segredos no qual solicitava a estudantes universitários que revelassem por escrito e anonimamente os seus segredos, os segredos de natureza positiva foram classificados como “não – segredos”.

Paralelamente à concepção tradicional dos segredos e da ocultação como negativos, encontramos uma visão, ainda que menos expressiva, dos segredos e da ocultação como algo precioso, não meramente numa perspectiva de controlo de danos, mas como importantes para o nosso sentido de privacidade e de individualidade (Book 1989), o que se torna ainda mais compreensível perante uma simples questão: *quem seria capaz de revelar tudo sobre si aos outros?*

O conceito de auto-revelação foi introduzido no domínio da psicologia pelo psicólogo e terapeuta humanista Sidney Jourard (Jourard & Lakasow, 1958; *cit. in* Jourard, 1968), como equivalente ao “*process of making the self known to others*” (Jourard & Lakasow 1958, pp. 91, *cit. in* Jourard, 1968), tendo o trabalho do autor a mais-valia de ter dotado de um cariz técnico actividades quotidianas reconhecidas em expressões populares como “dar a conhecer” ou “partilhar informação” (Antaki, Barnes & Leudar, 2005). Assim, no domínio da psicologia, a “auto-revelação” é entendida como “o acto de revelar informação pessoal sobre o próprio ao outro” (Collins & Miller, 1994),

ou “o acto de revelar informação pessoal ou o que não está disponível e acessível a outros” (Gilbert & Horenstein, 1975), ou “a comunicação verbal de informação pessoal sobre o próprio da pessoa A para a pessoa B” (Wheless & Grotz, 1976), ou ainda “o processo de revelar de forma deliberada informação acerca do próprio que é significativa e que não seria normalmente conhecida por outros” (Adler & Towne, 1999).

No pólo oposto das práticas comunicacionais, na não-revelação, encontramos estratégias de comunicação que visam evitar ser conhecido pelos outros, tais como comportamentos de mentira (apresentar informação falsa), de defensividade (manter a distância interpessoal entre comunicadores), ou de mera ocultação (não apresentar deliberadamente informação, não havendo necessariamente intenção de enganar ou ludibriar), constituindo este último o foco do presente trabalho (Antaki, Barnes & Leudar, 2005). E, se numa perspectiva atribucional disposicional, esta prática é compreendida como a predisposição para ocultar informação pessoal perturbadora e potencialmente embaraçante (Larson & Chastain, 1990; Kelly & Achter, 1995), pelo contrário, numa perspectiva situacional a ocultação não é uma medida da pessoa, mas do que acontece nas relações (desde o quotidiano à relação terapêutica), sendo um processo tão natural como a auto-revelação, como práticas comunicacionais dialécticas que se mantêm numa relação dialéctica ao invés de posições dicotómicas (Geller, 2003).

Neste trabalho consideramos a auto-revelação como um fenómeno de natureza interaccional, ou seja, uma actividade que desempenhamos quando em interacção, dentro de um determinado contexto e com consequências (Antaki, Barnes & Leudar, 2005), considerando ainda que dada a natureza

dialéctica dos fenómenos de auto-revelação e ocultação, estendemos esta compreensão à última, salientando deste modo o carácter de acção subjacente a estes fenómenos, inclusive da ocultação. Contudo, afastamo-nos da perspectiva tradicional que estipula uma relação linear entre o uso da auto-revelação como estratégia para comunicar disponibilidade interpessoal e a ocultação para permanecer um enigma ou parecer algo que não se é (Barnett & Sharp, 1973), considerando antes ambos os fenómenos como práticas comunicacionais.

Em síntese, e pondo de lado a questão relativa à natureza positiva ou negativa da auto-revelação ou da ocultação, consideramos ambos os fenómenos como práticas comunicacionais interaccionais e interpessoais (cf. Orange & Stolorow, 1998), que implicam um processo de tomada de decisão acerca das fronteiras entre o mundo privado e o mundo exterior, bem como dos potenciais benefícios e efeitos nefastos decorrentes. Assumindo a auto-revelação como equivalente a dar a conhecer o que era previamente “não público”, deliberadamente ocultado ou mantido em segredo (William Safire, 1999; *cit. in* Farber, 2006), esta “desfaz” o silêncio, o afastamento ou a ignorância, implicando uma distinção entre o que pensamos e o que verbalizamos, mediando a relação entre o mundo interno e pessoal e o mundo externo. Esta definição encerra uma oposição fundamental entre o que é dito e o que não é dito, expondo a natureza dialéctica dos fenómenos de auto-revelação e ocultação (Geller, 2003).

Atendendo à natureza relacional e ao objectivo intrínseco do encontro terapêutico, a psicoterapia surge como um contexto natural para reflectir acerca da natureza e impacto destes fenómenos, sendo que, até ao presente,

se denota uma clivagem nos desenvolvimentos teóricos e empíricos neste domínio. Assim, assinalamos o vasto leque de produções teóricas dedicadas à postura de auto-revelação do terapeuta, e a quase “invisibilidade” do cliente. Concomitantemente, destacamos o predomínio dos trabalhos teóricos e empíricos sobre a experiência de auto-revelação, em contraposição ao foco de interesse recente sobre a ocultação. Estas disparidades evidenciam também uma importante omissão dos trabalhos desenvolvidos neste domínio, em que tanto os fenómenos como os participantes do processo terapêutico são estudados isoladamente, constituindo este aspecto uma das motivações centrais para a realização deste trabalho.

O presente estudo centra-se na exploração empírica da relação entre a experiência de ocultação no âmbito da psicoterapia e o seu significado, em termos do processo e da relação terapêutica, para os participantes no processo terapêutico. Mais especificamente, pretendíamos compreender melhor diferentes aspectos da experiência dos fenómenos de ocultação e de auto-revelação, auscultando diádes de terapeutas e clientes em psicoterapia sobre os conteúdos ocultados e revelados por clientes e terapeutas na psicoterapia, e sobre a função dos “não ditos” na conversação terapêutica. Estes dois objectivos centrais eram ainda articulados com questões acerca da percepção dos elementos da díade terapêutica acerca dos não ditos do outro elemento, e da possibilidade dos não ditos se transformarem em revelações no decurso do processo terapêutico. Subjacente a estas questões pretendíamos desenvolver uma micro-teoria integradora da experiência de ocultação de clientes e terapeutas, e em particular da função destas práticas no encontro terapêutico. Igualmente, dado o interesse em compreender o impacto destes fenómenos em

termos do resultado do processo terapêutico, procuramos analisar casos contrastantes em termos do resultado do processo terapêutico.

Atendendo a estes objectivos esta dissertação encontra-se organizada em duas partes.

A Parte A integra dois capítulos que dizem respeito à exposição do enquadramento teórico sobre o tema em estudo, auto-revelação e ocultação em psicoterapia, bem como à revisão da investigação sobre o tema.

No primeiro capítulo apresentamos os “diferentes olhares” teóricos sobre a auto-revelação e a ocultação de terapeutas e clientes em psicoterapia, procurando, de forma sintética, relacionar os princípios epistemológicos e metodológicos subjacentes a cada abordagem psicoterapêutica com o respectivo posicionamento teórico sobre cada um dos temas. Concomitantemente, partindo da reflexão acerca da evolução histórica sobre estas práticas, procuramos reflectir sobre os principais desafios que se colocam na prática clínica actual neste âmbito.

No segundo capítulo dedicado exclusivamente à investigação sobre o tema, procedemos a uma nova subdivisão para dar a atenção devida aos participantes em psicoterapia, terapeuta (A - Resultado da investigação sobre os terapeutas) e cliente (B - Resultado da investigação sobre os clientes). Entre outros aspectos, gostaríamos de destacar a análise acerca da frequência da auto-revelação e da ocultação, dos temas tipicamente revelados ou ocultados por terapeutas e clientes, assim como do impacto destas práticas no processo e resultado terapêuticos.

A parte B foca o estudo empírico realizado, atendendo à história da investigação e às opções metodológicas que poderiam ser relevantes.

Considerando a complexidade do nosso objecto de estudo e o contexto de descoberta em que o trabalho se inscreve, concebemos uma nova metodologia para estudar os não ditos no processo terapêutico, que aplicamos junto de 11 díades de terapeutas e clientes em psicoterapia, em diferentes momentos temporais do processo terapêutico.

Ainda nesta parte, procedemos à exposição das principais conclusões obtidas com o trabalho realizado, procurando reflectir sobre as contribuições de natureza metodológica, bem como sobre as aprendizagens decorrentes desta investigação e das implicações tanto para a prática clínica como para a formação de terapeutas.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

CAPÍTULO I

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: ABORDAGENS TEÓRICAS

O contexto terapêutico, sendo um contexto relacional por excelência, marcado por especificidades como o princípio da confidencialidade e o objectivo de ajuda, assumiu-se como um contexto único para o estudo dos processos de auto-revelação e de ocultação. Tradicionalmente os clientes procuram a psicoterapia para falarem, em particular para falarem de si próprios. Este princípio, além de corresponder às expectativas de clientes e terapeutas, constitui o foco da intervenção dos últimos, que procuram fomentar e incentivar este processo, na medida em que as informações reveladas pelos clientes (e.g., memórias, sentimentos, pensamentos, sonhos, segredos) constituem o objecto da psicoterapia (Stiles, 1995).

O pressuposto da auto-revelação integral e sem censura dos clientes em psicoterapia, uma das premissas do trabalho de Freud, persiste na actualidade, uma vez que a maioria das psicoterapias, designadamente as de natureza verbal, depende da vontade e capacidade dos clientes em revelar informação pessoal e íntima. De acordo com os princípios da psicoterapia tradicional, quanto mais abertos e reveladores forem os clientes acerca dos seus pensamentos e sentimentos mais e melhor o terapeuta poderá ajudar, cabendo a este ser o mais claro possível quanto às suas intenções para assegurar a colaboração e envolvimento dos clientes no processo (Hill & O'Grady, 1985; Hill, 1994). No reverso deste fenómeno temos os

comportamentos de ocultação dos clientes, historicamente interpretados como formas de resistência e conseqüentemente prejudiciais para o processo terapêutico, cabendo ao terapeuta identificar e confrontar esses comportamentos para ajudar os clientes. Subjacente a esta noção, encontramos um dos pressupostos reconhecidos e partilhados por diferentes perspectivas terapêuticas, i.e., a concepção de que não obstante todas as diligências dos terapeutas, os clientes não falam de tudo abertamente durante o encontro terapêutico.

Em relação aos terapeutas e ao processo de auto-revelação, ou seja, às afirmações do terapeuta que revelam algo pessoal acerca do próprio (Hill & Knox, 2002), não existe igual consonância de perspectivas no domínio da psicoterapia, tratando-se de um tema controverso, marcado por múltiplas questões, desde a definição do fenómeno ao julgamento acerca da sua inconveniência *vs.* utilidade. Quanto à sua definição, que iremos detalhar em pormenor no próximo capítulo sobre investigação, deparamo-nos na literatura com referências a um conjunto de respostas que abrangem um vasto território, desde aspectos específicos da natureza da psicoterapia, a respostas consistentes com a maneira de ser do terapeuta, podendo ser desencadeadas pelos clientes ou constituírem reacções espontâneas aos sentimentos e comportamentos dos últimos, de natureza factual ou emocional, revelando aspectos da vida particular do terapeuta ou referentes ao papel profissional, visando dar suporte, conselho ou com o intuito de normalizar comportamentos que os clientes consideram aberrantes. Quanto à inconveniência ou utilidade deste fenómeno, encontramos nos diferentes modelos terapêuticos posições divergentes e mesmo antagónicas, desde a defesa da total e absoluta

neutralidade, abstinência e anonimato do analista, convencionadas por Freud, à noção de que a auto-revelação do terapeuta não só é inevitável, como um aspecto central do processo terapêutico, constituindo a mera presença do terapeuta uma forma de comunicar informação ao cliente (Bridges, 2001). Estas posições contrárias decorrem das sucessivas mudanças no domínio da psicologia e da psicoterapia, designadamente a mudança de foco do campo intrapsíquico para o domínio interpessoal, assim como do volume de estudos nos últimos 30 anos que evidenciam com clareza a importância da relação no sucesso terapêutico (cf. Horvath & Bedi, 2002).

Paralelo ao desenvolvimento dos modelos de psicoterapia ao longo das últimas décadas, também o contexto meta-teórico que informa e constrange a prática clínica comportou alterações. A partir de domínios como os estudos legais (Levinson, 1989), a antropologia (Mead, 1939), a crítica literária (Derrida, 1981) e a filosofia da ciência (Woolgar, 1989), surgiu uma posição crítica da noção tradicional de verdade (cf. Neimeyer, 1993), contrapondo que o que pensamos saber se baseia nas nossas suposições e não na verdade, dado que a realidade apenas pode ser conhecida indirectamente e de forma incompleta, e que, conseqüentemente, as pessoas vivem em termos da sua realidade fenomenológica (Richert, 1999). Neste novo paradigma, terapeutas e clientes reconhecem e exploram as influências mútuas da presença activa do terapeuta no diálogo terapêutico, pelo que a auto-revelação deixa de ser percebida como um processo unilateral em psicoterapia, com o cliente como único emissor e o terapeuta como receptor. Nesta relação mútua, o papel e a comunicação do terapeuta também importam e a auto-revelação e a

ocultação são parâmetros naturais do comportamento quer dos clientes quer dos terapeutas.

1. Auto-revelação e ocultação na abordagem psicodinâmica

1.1. Princípios psicodinâmicos para o tratamento: o ecrã vazio, neutralidade, abstinência e anonimato do analista

Os termos “psicanálise” e “psicodinâmico”, aplicados com frequência indiferenciadamente (Bordin, 1980), correspondem, o primeiro a uma das múltiplas abordagens agregadas sob o domínio psicodinâmico, e o último ao conjunto de abordagens que fazem das dinâmicas psicológicas inconscientes o seu campo de intervenção. As abordagens psicodinâmicas, não obstante a diversidade (e.g., escola psicanalítica tradicional, a psicologia do *ego*, a teoria das relações objectais, a escola interpessoal, a escola do *self*, a terapia dinâmica breve), subscrevem princípios basilares como a crença em determinantes inconscientes motivadores do comportamento, a organização desenvolvimental em estádios (psicossexual (e.g., Freud, 1923/1961); psicossocial (e.g., Erikson, 1950)), a interacção de determinantes instintivos, sociais e biológicos, e a primazia das funções mentais (incluindo processos e estruturas mentais) como determinantes dos comportamentos, pensamentos e sentimentos (cf. Robbins, 1989).

Na obra de Freud (1900/1953), criador da psicanálise, o volume de trabalhos sobre os aspectos técnicos da psicanálise é pouco significativo

quando comparado com a quantidade de trabalhos referentes aos princípios meta-psíquicos (Farber, 2006). No entanto, enquanto as teorias acerca destes princípios foram alvo de sucessivas revisões, as regras acerca da prática terapêutica assumiram um carácter definitivo, designadamente as indicações relativas à postura, ao papel e à tarefa do analista (Farber, 2006). E não obstante Freud, no seu exercício profissional, ter utilizado a auto-revelação (cf. Hill & Knox, 2002; Lane & Hull, 1990), na escrita adoptou uma posição contrária, advogando contra o seu uso, prescrevendo uma postura pautada pela neutralidade, abstinência e anonimato, comparando o analista a um ecrã vazio situado atrás do divã, a quem caberia reflectir o que o paciente projecta.

Esta postura do analista era convencionada como essencial para a descoberta, interpretação e resolução adequadas dos conflitos internos dos pacientes, manifestos nos sonhos ou nos processos transferenciais, que deveriam ser salvaguardados da influência do analista, com o propósito de evitar quaisquer interferências no tratamento. Como refere Jackson (1990) “os terapeutas devem revelar pouco (...) para que os pacientes possam revelar mais” (pp. 94), constituindo a auto-revelação do paciente e o subsequente processo de interpretação o cerne do trabalho analítico, particularmente a interpretação da transferência, entendida como a representação no presente de padrões de relações, derivados das relações precoces do paciente com figuras significativas (Georgaca, 2003). Assim, a transferência, ou a representação desses padrões no contexto facilitador da relação terapêutica, possibilitaria a exploração, reconhecimento e desmantelamento dos padrões relacionais perturbadores, de forma a aumentar a auto-consciência do paciente e a possibilitar novas formas de relacionamento (Georgaca, 2003).

Qualquer interferência do analista implicava o risco de desestabilizar o padrão de transferência, impossibilitando o seu reconhecimento, identificação e exploração pelo paciente.

1.1.1. Posição “clássica” sobre auto-revelação do analista

Reconhecendo a impossibilidade do total anonimato do analista, dado que múltiplos aspectos não são passíveis de ocultação (e.g., gênero, idade aproximada, aparência física, saúde, informação adquirida através de outros), os analistas tradicionais recomendam a abstenção de qualquer auto-revelação intencional e a manutenção de fronteiras claras e rígidas como sendo determinantes para o processo e resultado terapêutico (Langs, 1975; cf. Johnston & Farber, 1996).

Estas directrizes de Freud tornaram-se indubitavelmente no modelo mais seguido no domínio psicodinâmico. Todavia, olhando retrospectivamente para a história desta abordagem, co-existiram no seio deste domínio posturas diferentes acerca da auto-revelação do analista, no que Farber (2006) classifica como posição “clássica”, “rebelde” ou “moderada”.

Na posição “clássica”, qualquer afirmação ou comportamento do analista que violasse a neutralidade, anonimato e abstinência, bem como qualquer intervenção divergente da facilitação da projecção dos pacientes ou da interpretação da transferência, constituía uma contaminação do tratamento (Farber, 2006), sendo a interdição à auto-revelação do analista extensível a qualquer tipo de informação, inclusive ao reconhecimento de erros. A auto-revelação do analista era assim considerada como uma troca de

papéis no âmbito do processo terapêutico com efeitos nefastos como a sobrecarga do paciente, o desvio da atenção para as necessidades e sentimentos do analista, a obstrução de oportunidades de aprendizagem, a sobre-identificação com o analista e mesmo uma porta para a sedução (cf. Aron, 1996). Esta postura desencadeou diversas críticas dentro e fora da abordagem analítica (cf. Lane & Hull 1990), tendo a postura “clássica” sido acusada de “hipocrisia profissional”, promotora de vazio e distância na relação terapêutica.

1.1.2. Analistas “rebeldes” e auto-revelação do analista

De acordo com Farber (2006), a par da rigidez da posição “clássica”, coexistiram práticas controversas dos designados analistas “rebeldes”, que desafiavam as recomendações de Freud, como no exemplo da análise mútua. Obviamente, que numa análise mais detalhada sobre o comportamento de Freud percebemos que este foi o primeiro a quebrar os princípios da distância profissional (e.g., mostrando fotografias aos pacientes, emprestando livros, oferecendo prendas ou ajuda financeira, conversando sobre temas fora do âmbito da terapia, analisando amigos e a própria filha) (Hill & Knox, 2002), pelo que os seus princípios acerca do dever de opacidade dos analistas contrastavam com o próprio comportamento de auto-revelação.

No entanto, autores como Ferenczi (1926; cf. Farber, 2006; Lane & Hull 1990), movidos pela preocupação com o bem-estar dos pacientes, pela frustração com as restrições impostas pela abordagem clássica e pelo desejo de desmistificar o papel do analista, diluíram significativamente mais as

fronteiras da relação terapêutica. Ainda que fiel às teorias analíticas, Ferenczi discordava das técnicas tradicionais, defendendo os benefícios de práticas como a auto-revelação do analista, em contraposição à “passividade” intrínseca ao papel tradicional do analista. Quanto ao anonimato e neutralidade tradicionais, assumia também uma postura crítica, considerando-as formas de “vazio”, e a abstinência como uma forma de repressão, criando um ciclo vicioso em que os pacientes percebiam o anonimato e abstinência do analista como aceitação e reprimiam quaisquer críticas em relação ao analista, que por sua vez ocultava os sentimentos verdadeiros (positivos e negativos) em relação ao paciente, numa cultura de negação, separação e má compreensão.

Ferenczi (cf. Lane & Hull 1990) sugeria um novo modelo de análise, marcado pela união entre analista e paciente como o agente curativo da terapia. Para agilizar o tratamento e alcançar uma cura mais célere propôs a adoção de “técnicas activas”, com ordens e proibições intencionais do analista para guiar a terapia para uma síntese mais concreta dos *insights*, assim como revelações explícitas acerca da contra-transferência. Defendia igualmente a análise mútua, baseado na ideia de que os analistas, ao exporem as fraquezas e sentimentos, removiam o secretismo da relação terapêutica e cultivavam um ambiente de confiança na díade encorajador da exploração do paciente. Ferenczi utilizou a análise mútua com Elizabeth Severn, num processo em que alternavam o papel de analista e paciente, revelando aberta e mutuamente todos os conflitos internos, sentimentos e pensamentos. No entanto, não obstante a satisfação com os resultados iniciais, este trabalho de análise mútua terminou com Ferenczi a admitir sentir-se exausto e humilhado

pelo trabalho, reconhecendo as vantagens da análise convencional em detrimento da análise mútua.

Segundo Farber (2006), o benefício mais importante desta posição “radical” terá sido indubitavelmente a apreciação da relação terapêutica assim como da presença activa do analista na relação, dado que a cura do paciente pressupunha a participação e reconhecimento mútuo dos pensamentos, sentimentos e necessidades, no contexto de uma relação de crescente intimidade. Esta disponibilidade de exposição do analista constituiria o agente curativo da terapia, normalizando as experiências do paciente e promovendo um contexto relacional seguro. Porquanto, e apesar das dificuldades expostas, estas posições extremas contribuíram para a mudança de perspectiva acerca da auto-revelação do analista.

1.1.3. Posição “moderada” sobre auto-revelação do analista

No domínio psicodinâmico, com as escolas relacional e inter-subjectiva, assistimos a uma mudança do primado dos *drives* internos inconscientes para o primado da relação. E, ainda que autores como Reisner (1991) considerem Freud o precursor destes movimentos e da teoria das relações objectais, indicando que estes seriam aspectos das suas teorias menos apreciados, existe um consenso generalizado em torno da atribuição a Klein (1964; cf. Farber, 2006) do papel de fundadora da teoria das relações objectais e da mudança do foco do trabalho dinâmico dos impulsos para os objectos, postulando a “internalização do objecto” (i.e., internalização de representações

ou imagens de outros significativos) como o suporte no qual assentam todas as relações sociais (Robbins, 1989), inclusive a relação terapêutica.

Com base em conceitos como identificação projectiva, ruptura e colocação de afectos intoleráveis no outro, a autora aboliu a neutralidade do terapeuta ao preconizar que os sentimentos intensos dos pacientes acerca dos terapeutas poderiam corresponder à manifestação das defesas do paciente. Assim, ainda que Klein (1964; cf. Farber, 2006) advogasse as ideias “clássicas” acerca da abstinência e neutralidade do analista e da não revelação dos afectos do último, ao colocar o analista susceptível aos conflitos e desejos intrapsíquicos do paciente e ao considerar o analista como o objecto mais significativo na vida do paciente, alvo das estratégias de defesa que acompanham os impulsos que orientam o contacto com outros significativos, a autora abriu o sistema terapêutico para as abordagens subsequentes que preconizam a importância da influência mútua nas interacções paciente e analista.

Winnicott (1965; cf. Jackson, 1990), o teórico britânico das relações objectais, defendia a importância do ambiente terapêutico e do papel do analista na criação e manutenção do ambiente ideal para facilitar o trabalho analítico. Estabelecendo um paralelismo entre as relações na infância e a diáde terapêutica, considerava a última uma recriação da unidade de cuidados primários em que caberia ao analista criar um ambiente seguro, protegendo o paciente de quaisquer intrusões, para colmatar as necessidades desenvolvimentais não satisfeitas na infância. A interpretação do analista perde assim o estatuto de estratégia terapêutica preferencial, sendo comutada pela interacção mútua na diáde terapêutica, na qual o analista responde às

necessidades não satisfeitas do paciente, minimizando quaisquer intrusões que constituam uma ameaça para o *self* em desenvolvimento. No que concerne especificamente à auto-revelação do terapeuta, Winnicott, considerando adequado o seu uso em perturbações graves como na esquizofrenia, com pacientes menos perturbados assumia uma posição conservadora, novamente reforçando a importância de criar um ambiente livre de intrusões.

Sullivan (1953; cf. Robbins, 1989), que paralelamente aos autores britânicos iniciava a sua separação da tradição “clássica”, contestava o foco excessivo de Freud nos impulsos intrapsíquicos, salientando, ao invés, o papel dos determinantes contextuais da personalidade. Na abordagem interpessoal, baseada no pressuposto de que a personalidade emerge como função da qualidade e natureza das interações sociais, distingue-se a relação interpessoal entre analista e paciente como o determinante mais importante do resultado terapêutico (Greenberg & Mitchel, 1983), atribuindo ao terapeuta um papel de co-participante na psicoterapia, valorizando a auto-revelação, em particular acerca do reconhecimento de erros terapêuticos ou de dificuldades e estados emocionais do terapeuta derivados de problemas na sua vida particular (Mitchell & Black, 1995).

Em suma na posição “moderada”, estes e outros autores detiveram um papel relevante na mudança de uma psicologia de um para uma psicologia de duas pessoas, consolidada nos movimentos inter-relacionais e inter-subjectivos da psicanálise, defensores de um novo papel para o analista, do valor da contra-transferência e da auto-revelação do analista.

1.1.4. Abordagem analítica relacional e os movimentos intersubjectivos contemporâneos

Na actualidade, a maioria dos terapeutas relacionais defendem a necessidade de re-avaliar os ideais psicodinâmicos tradicionais que postulam a rigidez de fronteiras na relação terapêutica e o perigo de qualquer interferência do analista do processo terapêutico. A partir do trabalho prévio dos teóricos das relações objectais britânicos, dos teóricos americanos interpessoais e dos teóricos do *self*, os terapeutas analíticos relacionais encontraram terreno comum na oposição à teoria dos impulsos e na ênfase na interacção *self* – outro, pelo que tendem a ser críticos da perspectiva de Freud acerca do papel do analista. Desafiando a noção de que a não revelação do analista constitui abstinência e neutralidade, argumentam que nem a decisão de revelar nem a decisão de ocultar são neutras, sendo ambas formas de comunicação (cf. Orange & Stolorow, 1998).

Com estas mudanças, o foco clínico passou para a vinculação e para as relações interpessoais, e o papel do analista mudou, no sentido em que se tornou um participante activo, usando a subjectividade como dado e como instrumento no processo terapêutico. Os comportamentos e as palavras de ambos os participantes passam a ser examinadas no âmbito da relação terapêutica, para determinar como são co-criadas, recebendo a subjectividade do analista e a sua participação no processo um papel importante, pelo que a auto-revelação do analista não só se tornou permitida como desejável (Fosha, 2000).

A este mesmo respeito, Renick (1995) sustenta que os analistas mais do que descartarem o princípio do anonimato devem contrariá-lo, criticando o anonimato sob o qual os analistas se escondiam, sugerindo não só ser defensivo como impossível, “uma ficção disfarçada de proibição” (p. 476). E se a posição clássica defendia o anonimato para prevenir que os pacientes dessem uma atenção desnecessária ao analista, para Renick (1999) essa postura desencadeava precisamente o oposto, advogando, tal como Aron (1996), que quanto mais o analista está disposto a reconhecer e explorar a sua presença na terapia, menos espaço consome e mais espaço fica para o paciente. A consciência deste acerca do analista e do que este pensa, alivia a necessidade de fantasiar acerca desses temas e deixa portanto mais espaço para o paciente se focar nos próprios assuntos. Assim, toda a intervenção requer um certo grau de auto-revelação do terapeuta que terá ainda como efeito que os pacientes façam o mesmo.

Assim, os processos de contra-transferência, considerados por Freud como indicadores de conflitos não resolvidos do analista e conseqüentemente prejudiciais para o trabalho analítico (cf. Farber, 2006), são, actualmente, diferenciados em sentimentos atribuídos à reacção do analista ao paciente, sentimentos do analista desencadeados pelas características do paciente, e por último sentimentos específicos da díade (Homlqvist & Armelius, 1996). Como tal, e em contraposição à noção clássica, a contra-transferência é compreendida como parte da resposta emocional do analista ao paciente e como instrumento para compreender as necessidades e dinâmicas dos pacientes.

Apesar da oposição à postura tradicional, nesta perspectiva não existem regras, nem posições certas ou erradas acerca da auto-revelação do terapeuta, sendo uma decisão a ponderar caso a caso, tanto mais que a auto-revelação do terapeuta adquire significado no contexto específico da relação e não como técnica (Bromberg, 1994). Todavia, a auto-revelação, anteriormente considerada uma intrusão e uma força de contaminação, passou a intervenção com potencial de permitir um conjunto de vantagens, como a resolução de impasses no tratamento, de fomentar a criação mútua de informação, de ajudar os pacientes a formularem experiências previamente inconscientes e de promover a relação terapêutica (Aron, 1996; Gerson, 1996; Jackson, 1990; Safran & Muran, 2000a; Zeddies, 1999).

1.1.5. Psicoterapias dinâmicas breves

A maioria das terapias dinâmicas breves integrou na prática terapêutica a subjectividade e as experiências emocionais do analista, procurando ligar *insights* cognitivos com a revivência simultânea do afecto, o uso liberal da interpretação da transferência e a revelação da contra-transferência (Farber, 2006). Estas abordagens ofereceram ao debate acerca da auto-revelação e ocultação do analista uma metodologia sistemática e teoricamente fundamentada de intervenção, integrando os significados e afectos do analista, sem comprometer as bases do trabalho dinâmico.

A terapia breve para regulação da ansiedade de McCullough (1997) e a terapia dinâmica experiencial breve de Fosha (2000) constituem dois exemplos de terapias dinâmicas breves que promovem a auto-revelação do analista. A

este respeito, McCullough (1997) considera a auto-revelação útil e uma alternativa adequada à distância e frieza da posição analítica tradicional, facilitadora do tratamento ao fornecer aos pacientes *feedback* necessário e informação de outra forma inacessível.

Fosha (2000) desenvolveu um modelo assente na convicção de que as experiências afectivas que ocorrem no contexto de uma relação segura promovem a mudança e a cura. Neste processo, também a auto-revelação do analista desempenha uma função importante, assumindo inclusive um cariz prescritivo, como na revelação afectiva em que o analista revela as suas respostas emocionais ao paciente reconhecendo o impacto deste na relação terapêutica, com intuito de promover a consciência de sentimentos e necessidades de intimidade e proximidade anteriormente não satisfeitas. Fosha (2000) defende ainda a auto-revelação referente ao reconhecimento de erros, limitações e vulnerabilidades, definindo o compromisso do analista com o tratamento, e libertando-o da vergonha que muitas vezes acompanha erros e lapsos técnicos. A auto-revelação assume-se como ferramenta para contrariar a onipotência terapêutica, promovendo uma diferenciação e individuação saudável, reforçando o poder dos pacientes para reconhecerem as suas forças.

1.2. Auto-revelação, resistência e negação do paciente

A perspectiva psicanalítica tradicional estipulava uma relação inversa entre o conhecimento do paciente acerca do analista (e.g., vida pessoal, pensamentos, sentimentos) e a capacidade deste para desenvolver a transferência (Lane & Hull, 1990). Freud (1912/ 1958a; cf. Farber, 2006)

advogava este pressuposto, apontando o risco da auto-revelação do analista contaminar a transferência do paciente, considerando que qualquer intromissão dos pensamentos, necessidades ou experiências do analista diminuía a capacidade do paciente revelar o seu mundo interno, particularmente os elementos irracionais ou vergonhosos. Pelo contrário, ao paciente competia revelar os pensamentos mais íntimos, como se percebe pela natureza da associação livre, cabendo ao analista fomentar e incentivar a revelação do paciente sobre “tudo o que lhe vem à cabeça”. Esta indicação explícita e autoritária do que os pacientes deviam comunicar ilustra a importância da auto-revelação, assim como a natureza unidireccional que caracteriza as terapias psicanalíticas tradicionais. Ainda acerca da auto-revelação dos pacientes, esta abordagem assume que esta se torna progressivamente mais profunda ao longo da terapia e com o fortalecimento da relação terapêutica, possibilitando deste modo o confronto das resistências e a emergência de *insights* úteis.

Na perspectiva dinâmica tradicional, a resistência dos pacientes, percebida como o evitamento inconsciente ou a distração do trabalho analítico, constituía o maior obstáculo para o trabalho terapêutico e também para a auto-revelação. Tendo como objectivos minimizar ou evitar a ansiedade relacionada com desejos inconscientes, evidenciando o esforço do paciente em reprimir impulsos intrapsíquicos em conflito com expectativas sociais e auto-percepções (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). E, ainda que na prática clínica evocar a resistência do paciente fosse normal e uma componente desejável da intervenção terapêutica, útil para a definição do diagnóstico e para, através da interpretação, promover o desenvolvimento intrapsíquico, era no entanto

importante ter cuidado com intervenções como interpretações prematuras ou quebras na neutralidade terapêutica (e.g., dar conselhos, auto-revelação), consideradas como desadequadas por acarretarem o risco de provocarem ou aumentarem desnecessariamente a resistência.

Síntese

O interesse pela auto-revelação do analista no domínio psicodinâmico surge associado à mudança de paradigma dentro da própria comunidade psicodinâmica, que abandonando a primazia da teoria dos impulsos, passou para uma orientação interpessoal, cujo foco reside nas interações entre analista e paciente e no que se pode aprender nessa interação. Conseqüentemente, o anonimato e abstinência do analista deixaram de ser considerados atributos úteis, desejáveis e necessários para a interpretação com clareza da transferência (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003).

Assim, acerca da postura tradicional de abstinência do analista, é assinalada a possibilidade desta provocar a re-actuação dos traumas da infância dos pacientes reforçando as suas inibições (Jacobs, 1999). De igual forma, a neutralidade e não auto-revelação do analista são acusadas de perturbar os pacientes, estimulando o desejo de saber mais acerca do analista e conseqüentemente desviar o foco do analisando para o analista, criando o efeito que pretendiam evitar (Aron, 1996). Por fim, a postura de “ecrã vazio” é igualmente acusada de desempenhar uma função defensiva, com o propósito de proteger o analista de críticas dos pacientes (Ferenczi, 1926; cf. Farber, 2006), contribuindo e promovendo a idealização do analista (Renik, 1995).

Contemporaneamente, os modelos psicodinâmicos preconizam que o analista deve assumir um papel activo, interessado, empático e genuíno na transmissão dos seus sentimentos em relação ao processo e conteúdo do que ocorre na psicoterapia, sendo a abertura e auto-revelação do analista ingredientes relevantes deste novo paradigma de cura. O principal argumento contra a auto-revelação do analista prende-se com a possível dificuldade em discriminar as motivações subjacentes e com a possibilidade desta prática obscurecer as necessidades do paciente e criar confusão em ambas as partes (Hanly, 1998; Langs, 1975; cf. Johnston & Farber, 1996). Todavia, Wasserman (1999) contra-argumenta, apontando que o super-ego do analista funcionará como mecanismo de controlo dos seus impulsos no contexto da análise, num trabalho de colaboração, em que paciente e analista são ambos igualmente responsáveis pela revelação acerca da natureza da relação de tratamento.

No que concerne ao papel do paciente, denotamos, associado à posição “clássica”, uma grande exigência quanto à auto-revelação de informação íntima e de informação acerca do passado, reflectindo o foco desta abordagem na capacidade do paciente aprender e mudar através da revelação e compreensão de comportamentos passados (Farber, 2006). Já as terapias dinâmicas contemporâneas enfatizam o papel de ambos os participantes e da postura de abertura acerca do processo que se desenrola entre eles, sendo a informação acerca do presente tão importante como a informação acerca do passado (Robbins, 1989). Em virtude destas mudanças nos papéis de analistas e pacientes, a relação terapêutica passa a ser vista como veículo central para a mudança na teoria psicanalítica.

2. Auto-revelação e ocultação na abordagem humanista

2.1. Princípios humanistas: empatia, congruência e aceitação positiva incondicional

O domínio das terapias humanistas reúne abordagens diversas como a terapia centrada no cliente (Rogers, 1942, 1961; cf. Watson, 2006), a terapia da *Gestalt* (Perls, Hefferline & Goodam, 1951; cf. Wagner-Moore, 2004), a terapia existencial (Yalom, 1980) e a terapia experiencial (Greenberg, Elliott & Liater, 1994). Fundada por Carl Rogers, nos finais das décadas de 50 e 60, a abordagem humanista, também conhecida como terapia “centrada no cliente” ou “não directiva”, surge com o intuito de se diferenciar da prática psicodinâmica, postulando o princípio do potencial universal para um crescimento saudável e criativo (Rogers, 1942, 1951; cf. Hill, 2004). Esta abordagem assenta em premissas centrais como a empatia, a congruência e a visão positiva do cliente, consideradas como as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (Rogers, 1957).

A primeira destas premissas, a empatia, é definida por Rogers (1980; cf. Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002) como a capacidade e disponibilidade do terapeuta para tentar compreender os pensamentos e sentimentos do cliente a partir da perspectiva deste, sem todavia perder o seu próprio ponto de vista. Do mesmo modo, a empatia corresponde à capacidade do terapeuta ver através dos olhos do cliente, entrando no mundo perceptivo dele, sensível ao fluxo contínuo de significados, para compreender o quadro de referência interno do cliente.

Quanto à congruência, assumindo a procura de ajuda terapêutica como indiciador de um estado de incongruência interna, marcado por sentimentos de vulnerabilidade ou ansiedade (Rogers, 1957), o terapeuta precisa de entrar na relação de modo congruente, consciente acerca de si próprio durante o encontro e comunicando ao cliente a sua humanidade (Drewery, 2005). A congruência envolve portanto a auto-consciência e a disponibilidade do terapeuta para partilhar esta consciência no momento, não implicando uma revelação indulgente ou ventilação emocional, mas contrariando o engano do cliente acerca dos sentimentos do terapeuta, em especial quando estes constituem um potencial obstáculo para a aceitação e compreensão empática do cliente (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002).

Por último, mas não menos importante, Rogers (1975; cf. Farber & Lane, 2002) defendia a adopção por parte do terapeuta de uma visão positiva sobre o cliente, tratando-o como uma pessoa com valor, manifestando preocupação, apreciação, interesse e respeito. Esta formulação precede o conceito de “aceitação positiva incondicional”, que se refere à extensão com que o terapeuta experiencia aceitação relativamente a todos os aspectos do cliente, sem condições de aceitação, valorizando a pessoa tal como ela é.

Com fundamento nestes três princípios, a perspectiva humanista preconiza que no encontro terapêutico o terapeuta se junta ao cliente e mediante a experiência de empatia, congruência e aceitação positiva incondicional possibilita o seu crescimento (Drewery, 2005). Do mesmo modo, rejeita a neutralidade e distância do terapeuta como facilitadores do crescimento e defende que o terapeuta não é mais especialista que o cliente e que, pelo contrário, o tratamento do cliente deve ser pautado por uma postura

de carinho, respeito e aceitação, aspectos essenciais para facilitar o desenvolvimento psicológico e permitir ao cliente alcançar o seu potencial (Farber & Lane, 2002).

2.2. O papel do terapeuta e do cliente e a auto-revelação/ ocultação na abordagem humanista e experiencial

A terapia centrada na pessoa (Rogers, 1951; cf. Hill, 2004) tinha como objectivo facilitar aos clientes o acesso à experiência fenomenológica, para que pudessem desenvolver a capacidade inata para avaliar a experiência e a consequente capacidade de fazer escolhas adequadas para a auto-realização, competências perdidas ou distorcidas ao longo do processo de desenvolvimento para acomodar as exigências e condições ambientais. Afastando-se do modelo patológico, e enfatizando a resiliência e competências dos clientes, esta abordagem visa a promoção do desenvolvimento da auto-consciência e consequente desenvolvimento de uma atitude positiva em relação ao *self*, disputando as condições de valor, facilitando o desenvolvimento de estilos de processamento emocional e cognitivo diferentes, validando a experiência e promovendo a autonomia dos clientes (Watson, 2006).

Neste processo, os terapeutas humanistas rejeitam a ideia do terapeuta como um especialista em favor de uma relação entre cliente e terapeuta pautada pela igualdade, num trabalho colaborativo em que o último pretende entrar no mundo experiencial do cliente como uma pessoa real (Bugental & McBeath, 1995; Richert, 1999; Yalom, 1980), distanciando-se da

artificialidade e barreiras colocadas pela especialidade e poder profissionais, respeitando as perspectivas e competências únicas de cada um. A interpretação fenomenológica da experiência pessoal, subjacente à teoria de Rogers (cf. Hill, 2004), defende a possibilidade da partilha da experiência do outro e, sob as condições adequadas, transmitir compreensão. Igualmente, sendo os problemas dos clientes definidos em termos de incongruência e a terapia como um processo para atingir congruência, a capacidade do terapeuta para conhecer, se apropriar e expressar os sentimentos sem receios torna-se fundamental, servindo a congruência e transparência do terapeuta como modelo para o cliente, que através do reconhecimento deste carácter verdadeiro consegue ser mais aberto acerca da sua própria experiência no contexto terapêutico (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002).

No entanto, apesar da indicação para que o terapeuta utilize a experiência pessoal no processo terapêutico para reflectir as experiências do cliente, subjacente ao conceito de congruência, Rogers (1957, p. 98) clarifica que “o objectivo não é para o terapeuta exprimir ou revelar os seus sentimentos pessoais, mas essencialmente que não deve enganar o cliente acerca do próprio”, recomendando a abstenção de auto-revelações acerca de informações pessoais, não obstante o próprio Rogers, por vezes, ter quebrado esta orientação (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003).

Ainda no domínio humanista, temos a terapia experiencial, uma abordagem actual no campo experiencial-humanista, que procurou integrar as tradições da terapia centrada no cliente com algumas técnicas da *Gestalt*. Mantendo a tensão criativa entre a defesa de uma relação terapêutica genuína e empática e uma postura mais activa do terapeuta (Wagner-Moore, 2004),

esta abordagem tem como foco as emoções, enfatizando quer a relação, quer o processo de reflexão acerca das emoções na criação de novos significados (Elliott & Greenberg, 2004). Na mesma medida, assume o princípio de que os clientes compreenderão melhor as emoções e necessidades através de um processo de descoberta e não através do *insight* ou interpretação, no contexto de uma relação empática e facilitadora (Greenberg & Rice, 1997), pautada pela autenticidade, realismo e mutualidade do terapeuta, pré-requisitos para a abertura, confiança e intimidade do cliente, com subseqüentes ganhos na auto-compreensão e mudança (Hill & Knox, 2002).

Dada a importância e reconhecimento desta abordagem em relação à relevância do conhecimento tácito dos clientes, a adoção do papel de especialista por parte dos terapeutas é percebida como uma falta de respeito e de invalidação da experiência dos clientes. Reconhecendo o potencial curativo da relação terapêutica, o terapeuta assume o papel de especialista sobre o processo e não sobre a experiência do cliente. Mesmo que o terapeuta na abordagem experiencial trabalhe de forma mais directiva que na terapia centrada na pessoa, as intervenções directivas de conteúdo são supostamente usadas com ponderação e sob a forma de hipóteses (Wagner-Moore, 2004). Em suma, mais do que aceitar a auto-revelação do terapeuta, é defendido o potencial desta intervenção, operacionalizada na atitude genuína e na consideração positiva do terapeuta em relação aos clientes (Robitschek & McCarthy, 1991), como fulcral para o desenvolvimento do cliente e para a desmistificação do processo terapêutico.

No que concerne ao papel do cliente e à auto-revelação, distanciando-se da associação livre, as terapias humanistas-experienciais prescrevem a

honestidade verbal assente na autenticidade (Farber, 2006), assumindo que a experiência tácita se torna disponível para a consciência no contexto de uma relação interpessoal de suporte e segurança, considerando que o diálogo terapêutico deixa de ser autêntico, perdendo o seu carácter curador se os participantes no processo revelarem algo diferente do que estão a sentir, não requerendo necessariamente uma auto-revelação detalhada do passado dos clientes.

Síntese

Globalmente, a perspectiva humanista-experiencial é orientada para a pessoa, vista de forma holística e não em função do sintoma, tendo como objectivo a compreensão da experiência subjectiva do cliente, devendo o terapeuta procurar entrar no mundo privado e compreender o quadro de referência interno deste, suspendendo qualquer tipo de julgamento, no contexto de uma relação de igualdade (Hill, 2004). Ainda na actualidade, a terapia humanista e o trabalho de Rogers permanecem como mais do que uma prestação histórica, persistem como uma contribuição relevante no corrente século (cf. Kirschenbaum & Jourdan, 2005), com um fluxo contínuo de publicações teóricas e de artigos empíricos e clínicos nas revistas de psicoterapia. De entre as inúmeras e importantes contribuições que esta abordagem aportou para o campo da psicoterapia, destacamos a visão do potencial de desenvolvimento dos clientes e o papel do terapeuta como ouvinte apoiante, aceitante e preocupado (Cepeda & Davenport, 2006).

Abordagens mais recentes, como a terapia experiencial (Greenberg, Elliott & Liater, 1994; cf. Kirschenbaum & Jourdan, 2005), que retiveram a

visão fenomenológica de Rogers e as técnicas criativas de Pearls (Pearls, Hefferline, & Goodman, 1951; cf. Wagner-Moore, 2004), consideram a relação entre terapeuta e cliente um dos aspectos centrais da psicoterapia (Yontef & Simkin, 1989). Contrariando a visão tradicional vigente que apontava a capacidade técnica do terapeuta como aspecto único diferenciador da terapia eficaz (Farber & Lane, 2002), esta abordagem considera que a relação terapêutica por si só constitui um factor crítico para o sucesso do processo terapêutico (Drewery, 2005), numa relação real entre cliente e terapeuta, constituindo-se o encontro terapêutico como uma experiência de validação emocional.

3. Auto-revelação e ocultação na abordagem comportamental e cognitivo-comportamental

3.1. O papel do terapeuta e do cliente e a auto-revelação/ ocultação nas abordagens comportamental, cognitiva e cognitivo-comportamental

A terapia comportamental, assente nos princípios e procedimentos do condicionamento clássico e do condicionamento operante (cf. Gonçalves, 1990), surge nos finais da década de 50 em contraposição à psicanálise, ao existencialismo e ao humanismo (Goldfried, 2003). Nesta abordagem, o uso da auto-revelação do terapeuta foi fortemente criticado por Wolpe (1984), que não a considerava uma técnica comportamental. Todavia, esta postura crítica recebeu múltiplas objecções por parte de autores como Goldfried e Davison

(1994), que enquadram esta intervenção no paradigma comportamental de acordo com o princípio comportamental do reforço. Também Bandura (1986), em relação à revelação de informações externas à relação terapêutica, enquadra a auto-revelação do terapeuta no paradigma comportamental segundo o princípio da modelagem, salientando a eficácia deste modelo de aprendizagem como uma forma de transmitir valores, atitudes e padrões de pensamento e comportamento.

Em meados da década de 60 surge o primeiro trabalho crítico sobre a terapia comportamental, que defende a integração na terapia comportamental da teoria cognitiva da aprendizagem (Goldfried, 2003; Wilson & Agras, 1992). A introdução de constructos cognitivos na terapia comportamental constituiu uma mudança conceptual e metodológica importante, dado que, enquanto a terapia comportamental, baseada no condicionamento clássico e operante, focava o que era dado a observar, postulando uma relação estímulo resposta simples (E – R) no condicionamento clássico e uma relação estímulo - resposta – consequência (E - R – C) no condicionamento operante, com a mudança para uma orientação cognitivo-comportamental o modelo foi expandido para estímulo – organismo – resposta – consequência (E – O – R – C) (Goldfried, 2003).

No que concerne à auto-revelação do terapeuta, as abordagens cognitiva e cognitivo-comportamental consideram que a interacção terapêutica oferece uma amostra do comportamento do cliente e que o terapeuta, intencionalmente ou não, constitui um modelo, pelo que deve monitorizar este impacto e procurar modelar comportamentos, atitudes e emoções capazes de promover o progresso (Goldfried & Davison, 1994). Do mesmo modo, o

terapeuta deve também monitorizar as suas reacções emocionais e comportamentos para perceber como foram provocadas pelo cliente. De acordo com estas premissas, através da revelação do impacto pessoal e da resposta diferencial aos comportamentos adequados e inadequados na sessão, o terapeuta pode contribuir para eliminação dos últimos.

3.2. Auto-revelação e ocultação na terapia racional – emotiva de Albert Ellis

No caso concreto da terapia racional emotiva (T.R.E.) de Ellis (1988; 1991) assente na visão fenomenológica do filósofo Epictetus, segundo o qual "as pessoas não são perturbadas pelas coisas que lhes acontecem mas pela visão que constroem dessas coisas" (Wessler, 1992, pp. 162), o postulado central é que as perturbações emocionais decorrem da transformação de desejos de sucesso, aprovação e prazer em necessidades, deveres e obrigações absolutas (Ellis, 1999).

Esta perspectiva sobre a auto-revelação decorre da visão de falibilidade humana (Ellis, 1988), segundo a qual todos os seres humanos são iguais na sua humanidade, pelo que o terapeuta não tem mais valor que o cliente, detendo porém maior conhecimento sobre os problemas emocionais. Este conhecimento pessoal e técnico pode ser usado terapeuticamente quando as dificuldades dos clientes são similares às do terapeuta. Assim e dado o cariz educacional do trabalho do terapeuta, este é incentivado a auto-revelar as experiências pessoais positivas de controlo emocional em que aplicou as técnicas do modelo. Designadamente através da auto-revelação, o último deve

ilustrar como aplicou a T.R.E. para ultrapassar essas dificuldades, apresentando um modelo de *coping* e não de mestria, enfatizando a humanidade partilhada e não a diferença de competência. Esta auto-revelação visa igualmente reforçar a relação terapêutica, ilustrando a humanidade do terapeuta, ao mesmo tempo que possibilita a modelagem da resolução de dificuldades emocionais, inspirando a confiança dos clientes acerca da resolução das suas dificuldades.

No que concerne à auto-revelação do cliente, no exemplo do modelo da T.R.E., dada a natureza estruturada da terapia, a auto-revelação do cliente é alvo de restrições, cabendo ao terapeuta a orientação deste processo. Primeiro através da indicação para o cliente focar um problema de cada vez, segundo, na avaliação do problema segundo o modelo ABC, começando por C, ou seja, pelas respostas emocionais perturbadoras, encorajando a maior especificidade possível sobre estas respostas, avaliando a adequação entre as respostas e o acontecimento (Dryden, 1990). Naturalmente, que neste procedimento é aconselhada flexibilidade, atendendo a factores como as características e necessidades dos clientes, assim como ao momento do processo terapêutico. Estes preceitos visam evitar irrelevâncias no processo ou desvios do rumo traçado. Com este propósito, Dryden (1990) indica que mesmo que alguns clientes pudessem beneficiar de uma abordagem menos estruturada, o ideal é iniciar com uma aplicação rígida do modelo e nas fases intermédia e final abdicar da directividade encorajando o cliente a auto-estruturar a revelação, tendo igualmente subjacente o intuito de promover a autonomia na utilização das estratégias adquiridas no processo terapêutico.

3.3. Auto-revelação e ocultação na teoria cognitiva de Aaron Beck

A terapia cognitiva de Beck (1976) atribui ao terapeuta um papel marcadamente educacional, em que este deve ajudar o cliente a examinar os pensamentos, nomear a distorção, examinar evidências, desafiar afirmações absolutas e examinar alternativas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990). Para a eficiência da terapia, numa fase posterior do trabalho terapêutico, importa também atender à reestruturação dos esquemas e atitudes disfuncionais responsáveis pelos pensamentos automáticos (Beck et al., 1979), em particular nas perturbações de personalidade, onde os esquemas disfuncionais assumem um papel prevalente, sendo a identificação e mudança desses esquemas central para o tratamento (Beck & Freeman; 1990; Young, 1990).

Todavia, o sucesso deste modelo está intrinsecamente ligado à solidez da relação terapêutica, definida como uma condição necessária para a terapia cognitiva (Beck, Emery & Greenberg, 1985) e assente num processo de “empirismo colaborativo” (Beck, 1976), em que cliente e terapeuta trabalham em conjunto no estabelecimento de objectivos, na recolha sistemática e no exame de informação a favor ou contra as crenças do cliente, como no método científico de teste de hipóteses. Assim, o terapeuta continua a deter um papel directivo no que concerne ao treino e ensino de competências (Robins & Hayes, 1993), sem no entanto sobrepor o valor das técnicas cognitivas ao papel da relação.

No que concerne à auto-revelação do terapeuta, também com propósitos educativos, este pode e deve partilhar experiências de vida que ajudem o

cliente a encontrar novas soluções para as suas dificuldades, assim como proceder a revelações acerca da reacção ao cliente (Farber, 2006). Nesta perspectiva, além da exploração das relações fora da terapia, a relação terapêutica em si oferece uma oportunidade para compreender e alterar esquemas e comportamentos interpessoais (Liotti, 1991; Safran & Segal, 1990), geralmente mantidos pelo comportamento interpessoal compensatório de outros. Como esclarecem Safran e Segal (1990), é importante que os terapeutas atendam aos próprios sentimentos e tendências de acção em relação ao cliente, procurando depois desligarem-se desta interacção para não perpetuarem o ciclo interpessoal e metacomunicarem sobre os seus sentimentos e tendências com o cliente. Através deste *feedback* aberto e honesto acerca dos tipos de resposta que o comportamento do último desencadeia no terapeuta, este esclarece o cliente acerca da forma como os outros podem responder ao mesmo comportamento.

Quanto à auto-revelação dos clientes, as características epistemológicas do modelo referentes à natureza das dificuldades dos clientes (modelos desadaptados de pensamentos, sentimentos e comportamentos), à natureza do trabalho terapêutico (substituição dos esquemas negativos) ou ainda ao papel do terapeuta (papel activo na procura das asserções subjacentes aos esquemas), afectam a natureza desta auto-revelação, que valoriza a exploração destes mesmos esquemas em detrimento da auto-revelação e exploração de memórias e histórias de vida.

3.4. Vantagens vs. riscos da auto-revelação na terapia cognitivo-comportamental

Perante a diversidade de modelos e terapias que integram o domínio cognitivo-comportamental, podemos diferenciar esta abordagem pelo foco que mantém nos processos e estruturas mentais como determinantes do comportamento. No entanto, para responder às exigências do trabalho clínico e aos desafios teóricos e empíricos, longe de se manter um sistema fechado, integrou conceitos e técnicas de outras abordagens, tal como denota o reconhecimento e integração de aspectos importantes de outras orientações, em particular a importância conferida à relação terapêutica (Robins & Hayes, 1993).

Esta abordagem, considerando a interacção terapêutica como uma amostra do comportamento do cliente fora da terapia (Goldfried & Castonguay, 1993), vê o impacto deste no terapeuta como equivalente às reacções de outros significativos do cliente, fora do contexto terapêutico, constituindo a percepção dos terapeutas dos próprios sentimentos e subsequente revelação uma ferramenta terapêutica importante para ajudar a identificar e confirmar o que acontece tanto na esfera interpessoal do cliente, como na própria relação terapêutica (McCullough, 2000). Esta abertura emocional actua como um guia para a clarificação do que acontece durante a sessão, através da qual o cliente recebe *feedback* sobre as potenciais reacções positivas ou negativas em outras relações, desenvolvendo uma visão mais realista do seu comportamento interpessoal, aprendendo a lidar e gerir de modo eficiente as reacções emocionais (Fodor, 1987). Goldfried (2003) considera este objectivo

particularmente importante no trabalho com perturbações de personalidade, como no exemplo dos narcisistas que são cegos à forma como o seu comportamento é visto por outros. Este tipo de intervenção é também importante nos casos de perturbações de personalidade *borderline*, frequentemente associados a ambientes familiares em que as reacções aos comportamentos não eram comunicadas ou normalizadas, inibindo a tomada de consciência do impacto do comportamento nos outros, com prejuízos graves para as relações interpessoais (McCullough, 2000).

Concomitantemente, dada a importância atribuída pela terapia cognitiva-comportamental às expectativas positivas e à motivação para a mudança (Prochaska & DiClemente, 1992), a auto-revelação do terapeuta acerca da forma como ultrapassou dificuldades pessoais constitui uma fonte de confiança e expectativas positivas em relação à mudança para o cliente, facilitando a adesão terapêutica e promovendo a própria relação terapêutica. Adicionalmente, a auto-revelação do terapeuta pode tornar-se numa importante ferramenta terapêutica junto de clientes com dificuldades ou receios quanto à expressão emocional. Nestes casos, a expressão emocional do terapeuta no contexto da relação terapêutica pode ser de grande utilidade, demonstrando que é seguro expressar emoções e vulnerabilidades (Farber, 2006).

Mesmo quando na interacção terapêutica o impacto do cliente é essencialmente negativo, a auto-revelação do terapeuta assume igual ou talvez maior importância, sendo este *feedback* sobre os comportamentos problemáticos essencial para o processo de mudança. Naturalmente que este tipo de auto-revelação é mais complexo, em particular para terapeutas pouco

experientes, exigindo mais cuidados, atendendo às possíveis reacções negativas que pode desencadear. Por exemplo, a crítica do terapeuta pode produzir sentimentos de defensividade ou raiva ou ainda criar constrangimentos na relação, (Farber, 2006). Safran e Segal (1990) referem acerca do trabalho sobre momentos de ruptura, onde há evidências de sentimentos negativos dos clientes acerca da relação ou da terapia, que a auto-revelação do terapeuta é particularmente importante, permitindo, além da continuidade do trabalho terapêutico, novas oportunidades para desafiar os esquemas cognitivo-interpessoais. Simultaneamente, o terapeuta, não obstante todos os cuidados, também pode gerar dificuldades na relação terapêutica, desencadeando situações de conflito ou de impasse. Safran e Muran (2000) referem por exemplo que os sentimentos de frustração do terapeuta podem, ainda que inadvertidamente, causar danos na relação terapêutica, suscitando culpa no cliente. Também nestes casos importa que os terapeutas revelem estes sentimentos e metacomuniquem sobre eles e acerca dos danos na relação, aceitando responsabilidade pela contribuição para esse dano, sem no entanto invalidar a percepção do cliente. Assim, a revelação de afectos e reacções negativas do terapeuta parece oferecer oportunidades significativas de mudança, quando devidamente acautelados alguns cuidados, como evidenciar que o comportamento da pessoa não a define e seguir à revelação de aspectos negativos a convicção do terapeuta de que o cliente consegue mudar através da aplicação adequada e consistente das estratégias do modelo (Farber, 2006).

Apesar dos méritos terapêuticos que esta abordagem atribui à auto-revelação do terapeuta, Dryden (1990) adverte contra o uso indiscriminado

desta intervenção, definindo as circunstâncias em que considera preferível a não revelação. Designadamente, sugere que a auto-revelação do terapeuta na fase inicial da terapia pode ser considerada pelos clientes como um comportamento desadequado, ou mesmo uma ameaça à relação terapêutica, tal como a revelação a clientes com um estilo de relação formal. Adverte também contra a revelação de informações que os clientes possam usar em prejuízo dos próprios ou do terapeuta. Wallen, DiGiuseppe e Dryden (1992) também admoestam para os riscos e prejuízos do excesso de auto-revelação, podendo o cliente sentir que não é importante e que o terapeuta lhe retira espaço no processo terapêutico.

Entre os motivos que considera justificativos da ocultação, Dryden (1990) refere que os terapeutas podem ter dificuldades em revelar os seus problemas, a forma como os ultrapassaram ou as suas reacções pessoais devido à necessidade de serem vistos como competentes pelos clientes, pela necessidade de aprovação ou porque são movidos pela crença de que os terapeutas não devem ter problemas psicológicos.

Síntese

Na abordagem cognitivo-comportamental, não obstante a diversidade de técnicas designadas como promotoras de mudança, cabe à qualidade da relação terapêutica um papel importante, sem a qual nem a mais eficaz técnica terá impacto. Neste prisma, a auto-revelação do terapeuta é considerada uma ferramenta importante para fortalecer a relação terapêutica, facilitar os processos de mudança (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter,

2003), comunicar a humanidade ou o impacto positivo ou negativo do comportamento do cliente (Robins & Hayes, 1993).

Os mecanismos terapêuticos de reforço e de modelagem ilustram como a auto-revelação pode proporcionar *feedback* do impacto interpessoal do comportamento do cliente, promover expectativas positivas e motivação (Prochaska & DiClemente, 1992), fortalecer a relação terapêutica (Safran & Segal, 1990), normalizar os comportamentos (Dryden, 1990), reduzir os medos e modelar modos de funcionamento mais eficazes (Farber, 2006). Apesar destas vantagens, importa não esquecer a salvaguarda de questões como o tempo e a quantidade de auto-revelação do terapeuta, os limites da fronteira terapêutica ou a motivação terapêutica subjacente como importantes guias orientadores na decisão acerca da adequação ou não da auto-revelação dos terapeutas (Dryden, 1990; Wallen, DiGiuseppe & Dryden, 1992).

Quanto à auto-revelação dos clientes, apesar das dificuldades decorrentes de sentimentos de vergonha, necessidade de aprovação ou relutância em participar no processo terapêutico (Dryden, 1990), esta detém um importante papel no processo terapêutico, em particular na exploração das dificuldades presentes dos clientes em detrimento da exploração do passado (Farber, 2006).

4. Auto-revelação e ocultação no construtivismo

4.1. A psicoterapia no mundo pós-moderno

O construtivismo inscreve-se num contexto cultural pós-moderno, reflectindo mudanças na vida política, intelectual e social, sendo caracterizado pelo pluralismo, democracia, mobilidade e marcado pela emergência de uma nova consciência social de que existem múltiplas realidades. Este pressuposto acerca dos sistemas de crenças e realidades enquanto construções sociais, implica que os produtos do pensamento humano são produtos do seu tempo e lugar, tal como as teorias da psicoterapia (Neimeyer, 1993).

No domínio da psicologia, o conhecimento, saindo da arena do dualismo observador/observado, torna-se um processo de co-construção que decorre não do exame de estruturas profundas, latentes ou inconscientes, mas da interacção entre indivíduos, tornando-se o contexto e a relação com os outros fundamentais no processo de construção de significados. A linguagem, anteriormente considerada como instrumento de acesso a uma realidade pré-discursiva, um meio para aceder a factos de primeira ordem (pensamentos, comportamentos), no contexto do construtivismo constitui-se como um mediador intra e interpessoal possibilitando a construção compartilhada de significados (Gonçalves, 2000). Subsequentemente a estas mudanças epistemológicas, as teorias construtivistas adoptaram modelos diferentes na avaliação e intervenção psicológicas, visando avaliar e facilitar a mudança em sistemas mais amplos de constructos pessoais e sociais (Kelly, 1955; cf. Neimeyer, 1988) ou narrativas pessoais (Howard, 1990; White & Epston,

1990), ao invés de unidades de pensamento circunscritas. Assumindo um objectivo mais criativo que correctivo, a psicoterapia procura neste enquadramento promover um desenvolvimento mais amplo das construções do cliente ao invés de eliminar ou rever as distorções. Adoptando uma postura mais exploratória que directiva (Neimeyer, 1993), estas mudanças profundas nos sistemas super-organizadores são vistas como mudanças de segunda ordem nos sistemas de crenças, em que os sistemas mudam qualitativamente e de forma descontínua, em termos das regras ou ordem que governam a sua estrutura (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Estas mudanças têm naturalmente impacto nos princípios que orientam a intervenção do terapeuta, como o foco nos significados pessoais e nas afirmações implícitas, o recurso a metáforas e imagens idiossincráticas, assumindo as intervenções dos terapeutas um cariz mais reflexivo e pessoal, ao invés de persuasivo, analítico, instrutivo ou técnico. Concomitantemente, a resistência do cliente também assume um significado diferente, sendo nesta perspectiva conceptualizada como uma forma de auto-protecção em momentos em que a terapia ameaça processos superiores ou centrais (Neimeyer, 1993). Em consonância com estas transformações, na relação terapêutica é rejeitada a visão do terapeuta especialista, passando a relação entre cliente e terapeuta a ser marcada pelo reconhecimento da igualdade dos participantes num trabalho colaborativo (Mahoney, 1991; Richert, 1999).

4.2. A auto-revelação nos modelos de reconstrução narrativa

Quando falamos de terapia narrativa, estamos a referenciar diferentes modelos que comungam do princípio que a estrutura da vida humana é inerentemente narrativa e que as pessoas constroem e são construídas pelas histórias que vivem e pelas histórias que contam. Como descreve Mair (1988), as nossas histórias são habitações, nós vivemos em e através de histórias, que formam o mundo, sendo que não conhecemos outro mundo senão o que é formado pelas histórias (Richert, 1999).

Esta analogia entre a vida e histórias ou textos, que são co-construídos pelos protagonistas e pela cultura onde vivem, reconhece que estas narrativas pessoais nem sempre detêm a qualidade de boa literatura, como a coerência, clareza, relevo e impacto. Neste registo, a história de uma vida pode tornar-se incoerente, opressiva ou circular, requerendo uma leitura des-constructiva das asserções que a limitam (Neimeyer & Raskin, 2000). Assim, na perspectiva narrativa, a disfunção decorre da geração ou pelo menos da aceitação de uma história na qual o protagonista está constrangido e na qual certas possibilidades não estão sequer abertas à consideração, ou o que White (1993) designa de narrativas “*disempowering*”.

A reconstrução terapêutica torna-se necessária quando as pessoas se identificam com os problemas e ficam sujeitas a uma narrativa dominante que desqualifica, limita, nega ou constrange a identidade (White & Epston, 1990). Nesta perspectiva, a psicoterapia constitui-se como um espaço de interpretação e diálogo entre terapeuta e cliente, em que a posição do cliente é respeitada e considerada como válida, não como uma ilustração de

incoerência narrativa ou patologia (Anderson & Goolishian, 1992). Através de um processo de negociação e co-construção de modos alternativos, viáveis e sustentáveis de ser (Cecchin, 1992), este trabalho tem como propósito promover o desenvolvimento do sentido de *self* do cliente como agente, construtor de escolhas que minimizam a possibilidade de ser aprisionado pelas construções ineficientes do passado. Assim, as intervenções do terapeuta são vistas como um esforço para ajudar o cliente a integrar experiências ou significados não articulados que lhe permitem lidar melhor com problemas (Richert, 1999), no contexto de uma relação transparente, marcada pela colaboração, que respeita as perspectivas e competências únicas de cada um, distanciando-se da artificialidade e barreiras colocadas pela especialidade e poder profissionais.

O papel do terapeuta neste processo é de, ao ouvir o cliente, estar atento à forma como os discursos culturais dominantes moldaram a narrativa pessoal e de que forma contribuíram para os problemas que o trouxeram para o tratamento (Freedman & Combs, 1996), inclusive mediante o recurso à auto-revelação ajudar o cliente a des-construir estas narrativas. Os terapeutas que trabalham nesta perspectiva podem e devem ajudar activamente os clientes a “desenvolver histórias alternativas” que os libertem do conhecimento unitário que domina as suas vidas, recorrendo a estratégias como a externalização do problema e o uso intensivo de questões abertas (Epston, 1993; Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990), assim como à partilha de comentários escritos do terapeuta entre as sessões, entre outros materiais escritos (Freedman, Epston & Lobovits, 1997; White & Epston, 1990).

De modo menos explícito, dado que esta abordagem reconhece que o terapeuta não entra na relação despojado de ideias, experiências ou construções privilegiadas e concebe o conhecimento como um processo auto-referencial, podemos considerar que qualquer análise do terapeuta acerca do cliente não é objectiva e é sempre uma auto-revelação, tanto do mapa teórico como do mapa pessoal do terapeuta. O processo social através do qual convergem as descrições do cliente e terapeuta constitui, em simultâneo, os constrangimentos e possibilidades para a mudança, sendo ainda importante atender que as construções do terapeuta estarão também dependentes da forma como os clientes as irão interpretar (Fruggeri, 1992).

Neste âmbito, um dos principais obstáculos ao sucesso deste trabalho reside precisamente nos discursos dominantes acerca da terapia e dos terapeutas que colocam o terapeuta numa posição privilegiada em relação ao cliente e que interferem com a capacidade do primeiro para estabelecer o tipo de relação que a teoria narrativa considera essencial para a mudança (White, 1993). Segundo o autor, as determinações sociais resultantes de práticas linguísticas no interior das ciências, fomentam a crença que os membros dessas disciplinas têm acesso a conhecimento objectivo e não enviesado sobre a realidade e sobre a natureza humana. No caso da psicoterapia, que o terapeuta tem acesso a conhecimentos e verdades que o cliente não tem. Nos modelos narrativos é dever do terapeuta desafiar explicitamente essas determinações, processo que se torna ainda mais complexo quando os clientes integram e acreditam na veracidade dessas determinações e consequentemente convidam o terapeuta a assumir a identidade de especialista (White, 1993). Igualmente, a identidade profissional do terapeuta

encoraja-o a aceitar este papel de especialista, em particular os profissionais que trabalham sobre pressupostos que detêm conhecimento objectivo, o que dificulta a reflexão crítica acerca da sua posição. Todavia, ao ceder a este convite, o terapeuta coloca o cliente numa posição de subordinação e perpetua a situação que esta perspectiva considera responsável pelos problemas dos clientes.

A auto-revelação, a abertura e transparência do terapeuta são apontadas por White (1993) como os recursos disponíveis, capazes de desafiar este discurso dominante e facilitar a construção de uma relação verdadeiramente útil. No mesmo sentido, a participação do cliente e do *feedback* sobre a experiência deste em terapia devem ser encorajados, assim como a avaliação do impacto da terapia sobre a sua vida e o questionamento do terapeuta sobre a condução da terapia.

Síntese

O construtivismo, mais que uma teoria é um paradigma epistemológico no qual se realiza a terapia (Neimeyer, 1993). As teorias inseridas neste enquadramento sustentam que a viabilidade de qualquer construção decorre das consequências para o indivíduo ou para o grupo que a adopta provisoriamente (cf. von Glasersfeld, 1984), assim como da coerência geral com o sistema de crenças pessoais ou sociais no qual está integrado (Neimeyer & Harter, 1988).

O conhecimento, como produto da construção social, emerge num processo hermenêutico de interpretação-acção e não no vácuo, pelo que as descrições do terapeuta-observador não são meras abstracções,

correspondendo a realidades socialmente construídas, sendo as crenças que constituem essas realidades geradas nos processos comunicacionais. Deste modo, a interpretação é sempre um diálogo entre terapeuta e cliente e não o resultado de narrativas predeterminadas pelo modelo teórico do terapeuta, que com os seus princípios e verdades aprioristas constroem o processo de compreensão, explicação e interpretação da realidade.

Nesta perspectiva, as "acções do terapeuta comunicam curiosidade abundante e genuína" (Anderson & Goolishian, 1992, pp. 29), exprimindo "necessidade de saber mais acerca do que foi dito, ao invés de transmitir opiniões e expectativas preconcebidas acerca do cliente, do problema, ou do que deve ser mudado" (ibidem, pp. 29). Tal não significa que o terapeuta não traz algo único para a relação, mas que a sua mestria decorre, não de versões descritivas e explicativas da terapia, mas antes da capacidade em se movimentar fluidamente na relação enquanto colaborador da construção mútua de novos futuros (Gergen & Warhus, 2001). O conhecimento é, assim, sempre interpretativo e a linguagem e a história, simultaneamente, condição e limitação para esse mesmo conhecimento. O terapeuta é despido do papel tradicional de analista objectivo de estados mentais, constituindo de certa forma as interpretações terapêuticas auto-revelações do terapeuta (McNamee & Gergen, 1992).

A identidade do terapeuta, também inserida neste processo de construção social, implica que a mudança deixe de ser vista unilateralmente, sendo abandonada a metáfora do terapeuta como arquitecto da mudança (Fruggeri, 1992). O ponto de partida para a mudança será sempre a visão do cliente acerca do seu mundo, cabendo ao terapeuta o papel de facilitador da

conversação terapêutica. Como refere Guilfoyle (2003), este modelo diferencia-se precisamente pelo facto de procurar criar as condições para o cliente assumir o papel de actor da sua vida, co-contando, co-desenvolvendo, co-revelando as suas “histórias preferenciais”, ao invés de desempenhar um papel de actor em histórias que lhe são impostas externamente.

Assim, esta abordagem propõe um modelo de lateralidade, respeitante da posição e perspectivas dos indivíduos, ou seja, do conhecimento que detêm antes de entrarem em terapia, sendo validada a expressão de diferentes vozes, sem defesa da supremacia da voz do especialista e das suas intervenções técnicas, contrariando a estrutura "*top-down*" que caracteriza o domínio da saúde mental ocidental e, redireccionando a relação terapêutica para a "heterarquia" (Gergen & Warhuus, 2001).

5. Auto-revelação e ocultação na abordagem feminista

5.1. O princípio da igualdade de género: implicações para a intervenção terapêutica

A filosofia feminista, representada por perspectivas complexas e fluidas, procura explicar a natureza, causas e consequências da opressão feminina e desenvolver estratégias no sentido da liberalização da mulher. Foi neste contexto e a partir das críticas do movimento feminista à maioria das terapias tradicionais da época, considerando que estas preceituavam e fomentavam o ajustamento da mulher a um estatuto opressivo ao invés de as apoiarem no

reconhecimento da igualdade (Brown & Walker, 1990), que a abordagem feminista em psicoterapia se desenvolveu nos Estados Unidos nos finais da década de 60 e início dos anos 70.

Fundadas em perspectivas políticas e sociológicas feministas e não numa teoria psicológica específica (Brown, 1990), as diferentes escolas da terapia feminista reflectem o cariz multifacetado das filosofias subjacentes, com distintas concepções da natureza do conhecimento, experiências, atitudes e conseqüentemente com diferentes posturas e actividades implementadas na psicoterapia (Enns, 1992). Assim, as primeiras formas de terapia feminista emergiram precisamente a partir dos grupos de promoção da consciência do movimento feminista (Freeman, 1984), que perante as evidências das mudanças sociais experienciadas pelas mulheres que participaram nesses grupos, passaram a ser recomendados como coadjuvantes ou mesmo como alternativas à psicoterapia tradicional. A experiência desses grupos e conseqüente compilação de histórias individuais de mulheres sobre o impacto negativo das práticas sexistas na saúde mental das mulheres, particularmente em como o uso de “rótulos” de doença mental constituía uma estratégia para manter as mulheres nos papéis sociais prescritos (cf. Kaplan, 1983; Caplan, 1984), foi fundamental para determinar temas comuns na existência das mulheres que permitiram compreender as raízes e o impacto deste tipo de opressão no contexto da psicoterapia, permitindo elaborar uma prática terapêutica alternativa.

Entre as diversas filosofias, o feminismo liberal é considerado a corrente predominante, com raízes nas filosofias individualistas dos séculos XVIII e XIX (cf. Enns, 1992), encarando a subordinação da mulher como consequência de

constrangimentos legais, económicos e culturais, defendendo a igualdade dos direitos civis e de oportunidades através da reforma dos sistemas políticos e legais. O feminismo cultural (Enns, 1992) defende uma transformação cultural à semelhança do modelo matriarcal, postulando o carácter distinto e único da experiência da mulher e da força tradicional feminina, focando menos a mudança política, aspirando a uma mudança cultural através da infusão na sociedade de valores femininos. O feminismo radical assume que as distinções e restrições de género permeiam “naturalmente” quase todos os aspectos da vida (Enns, 1992), sendo a opressão da mulher a maior forma de opressão, com raízes no modelo patriarcal, defendendo a abolição dos papéis de género definidos culturalmente, fontes de distorção da personalidade e de suporte do sistema patriarcal. Por último, o feminismo social considera que a opressão da mulher, além do género, também é moldada pela raça, nacionalidade e classe, sendo o estatuto de género definido pelas relações sociais, integradas em dinâmicas culturais e em sistemas que organizam a produção social (Enns, 1992), defendendo a reestruturação das esferas de vida pessoal e pública não apenas da legislação de direitos individuais.

Assim, fazendo eco das implicações destas divisões para a psicoterapia, a filosofia liberal feminista assume os pressupostos do modelo humanista no que se refere ao princípio que todas as pessoas devem ser livres para atingir o seu potencial (Gilbert, 1981). De igual modo, assume os princípios da abordagem cognitivo-comportamental, compreendendo os problemas como padrões aprendidos de pensamentos e comportamentos, sendo as técnicas cognitivo-comportamentais vistas como ferramentas úteis para construir

aprendizagens e experiências de re-socialização correctivas e assim ultrapassar *défices* resultantes das restrições de género.

Já a terapia feminista cultural, defende a reformulação das abordagens terapêuticas tradicionais numa perspectiva centrada na mulher (Gilligan, 1982; Miller, 1986), enfatizando aspectos como o reconhecimento e valorização das capacidades relacionais da mulher ou as dinâmicas da relação mãe/filha. As intervenções típicas desta abordagem envolvem a compreensão do papel da cultura nas dificuldades das mulheres, a identificação das competências relacionais, a descoberta do *self* verdadeiro sem enfiamento cultural e o reforço mútuo através da associação a outras mulheres.

As terapias feministas radicais e socialistas consideram um fracasso o encontro da terapia feminista com a abordagem humanista (Greenspan, 1983). Embora reconheçam a importância de uma relação de igualdade alimentada pela empatia, congruência e aceitação positiva incondicional, consideram que a abordagem humanista não é suficiente para fornecer uma análise sócio-política e desenvolver actividades de promoção da consciência, uma vez que não questiona os valores masculinos imbuídos na psicoterapia nem contribui para a mudança da sociedade, perpetuando o “encaixe” das mulheres no mundo masculino (Greenspan, 1983). Assim, as terapias feministas radicais e socialistas enfatizam a importância do conhecimento pessoal e único das mulheres, desconsiderado na sociedade patriarcal. No entanto, a terapia feminista radical rejeita com mais veemência as abordagens predominantes da terapia, como a terapia psicodinâmica feminista assente nas definições tradicionais de feminilidade e na reificação da maternidade (Fine & Gordon, 1989). Por sua vez a terapia socialista, enfatizando distinções

económicas, de classe e raciais que moldam o indivíduo e a construção de género, defende que os fenómenos psicológicos devem ser compreendidos no contexto histórico, situacional, social e político, realçando a análise das relações de poder. Ainda que considerem a psicoterapia um método útil, consideram-na também um método incompleto para a mudança social, de classe e das estruturas políticas, argumentando a favor da organização comunitária para a satisfação das necessidades básicas, da mudança nos sistemas de poder e da criação estruturas sociais que permitam viver produtivamente (Nes & Ladicola, 1989).

Como retratámos, no domínio feminista, surgiram diversas terapias que partilhando os mesmos princípios, divergem nas descrições relativas a aspectos como o crescimento humano, o desenvolvimento, a patologia e as estratégias de intervenções adequadas (Brown, 1990). Neste último aspecto, encontramos como denominador entre as abordagens referidas a análise do papel de género, a técnica mais usada neste domínio, que envolve trazer à consciência das clientes expectativas de género não conscientes (Rawlings & Carter, 1977; cf. Enns, 1992).

5.2. O princípio da igualdade na abordagem feminista: da igualdade de género à igualdade na relação terapêutica

Na base das terapias feministas surge o princípio de que a diferença de direitos entre homens e mulheres em diversos contextos, desde o social ao político, económico e educacional, requer do terapeuta uma tomada de posição e acção, constituindo este modelo de proactividade uma das características

centrais e diferenciadores desta abordagem no domínio da psicoterapia. Em virtude do desenvolvimento no contexto de uma abordagem política e em oposição aos modelos terapêuticos tradicionais da época, não é desconforme que esta abordagem adoptasse uma definição de fronteiras na relação terapêutica menos rígida. Tanto mais que, para as terapeutas feministas, o desenvolvimento de uma relação de igualdade entre cliente e terapeuta é fulcral para a criação de um modelo diferente para o desenvolvimento relacional na vida do cliente. Atendendo não apenas às diferentes formas de opressão e discriminação experienciadas pelas mulheres, como também a possíveis desequilíbrios de poder na relação terapêutica esta abordagem visa dar às mulheres poder para definirem o significado das suas vidas.

Apesar da diversidade de princípios filosóficos subjacentes às terapias feministas, Gilbert (1980) identificou dois que unem as psicoterapias feministas, nomeadamente a relação entre o pessoal e o político e a igualdade na relação cliente e terapeuta. Assim, as terapeutas feministas liberais reconhecem a relação entre os problemas das mulheres e os seus ambientes e procuram promover a consciência acerca da influência destas condições sociais, ajudando-as a realizar escolhas baseadas nas forças e interesses pessoais. Os desvios das prescrições sociais de género são vistos como positivos e benéficos, tendo como base o que funciona para cada um. O princípio de que o pessoal é político é implementado quando as pessoas agem sobre as oportunidades e direitos de que dispõem, e uma relação terapêutica igualitária é definida quando o terapeuta monitoriza o comportamento pessoal para assegurar que não influencia as clientes, nem mesmo de forma coberta, respeitando a capacidade destas fazerem escolhas de vida satisfatórias,

valorizando a auto-determinação, inclusive quando optam por um estilo de vida tradicional (Enns, 1992).

Os terapeutas feministas culturais reconhecem igualmente a importância do auto-conhecimento e da escolha pessoal, mas assumem um papel mais activo quanto à re-avaliação das forças tradicionais femininas como a empatia, a cooperação e as competências relacionais. Esta atitude, está consonante com a forma como interpretam o princípio de que o pessoal é político, dado considerarem que os valores tradicionais femininos devem servir para desenvolver redes de afirmação e suporte entre as mulheres, que por suas lhas proporcionem poder para influenciar e reformar uma cultura que valoriza o individualismo e a competição. Em termos da igualdade na relação terapêutica, baseiam a ligação cliente e terapeuta - mulher no conhecimento pessoal e partilha de aspectos comuns da vida, e conseqüente aceitação incondicional, confiança e sensibilidade à cliente, numa relação que se aproxima das características da relação maternal (Chaplin, 1988). Como resultado, as mulheres aprendem a reconstruir e reavaliar o *self* interno que frequentemente rejeitaram para sobreviverem na cultura contemporânea. Assim, a igualdade consiste em ser amada e ajudada a crescer por outra mulher, numa relação em que uma das pessoas é a beneficiária primária, mas ambas, cliente e terapeuta, são emocionalmente tocadas e experienciam empatia e cuidado real (Jordan, 1991).

Por fim, os filósofos feministas radicais e socialistas que defendem uma mudança radical dos papéis de género, das instituições e da sociedade, entendem o princípio de que o pessoal é político como uma indicação para o envolvimento da terapeuta na acção social em defesa das clientes e das

mulheres em geral. Além da tarefa de facilitar a tomada de consciência das mulheres acerca do impacto do condicionamento social que lhes é imposto, argumentam que os terapeutas se devem envolver em análises sócio-políticas dos problemas das mulheres, identificando de forma explícita e activa como o sexismo influencia as suas vidas, encorajando a confrontação activa de circunstâncias opressivas. Uma relação de igualdade, nestas abordagens, significa que a cliente é a melhor especialista. Os terapeutas adoptam a auto-revelação e revelam os seus valores de forma explícita com intuito de desmistificar a relação, atribuir poder às clientes e enfatizar os aspectos comuns entre as mulheres.

Quadro 1: Caracterização dos modelos feministas

Feminismo liberal	Feminismo cultural	Feminismo radical	Feminismo socialistas
A subordinação da mulher como consequência de constrangimentos legais, económicos e culturais.	Postula o carácter distinto e único da experiência e força da mulher.	Considera a opressão da mulher com raízes no modelo patriarcal.	Estatuto de género definido pelas relações sociais, integradas em dinâmicas culturais.
Defende a reforma dos sistemas políticos e legais.	Defende uma transformação cultural à semelhança do modelo matriarcal.	Defende a abolição dos papéis de género definidos culturalmente.	Defende a reestruturação das esferas de vida pessoal e pública
Assume os pressupostos humanistas e técnicas cognitivo-comportamental.	Defende uma perspectiva centrada nas capacidades específicas da mulher	Enfatiza a importância do conhecimento pessoal/ único das mulheres.	Considera a psicoterapia um método incompleto para a mudança.

Feminismo liberal	Feminismo cultural	Feminismo radical
<p>Visa promover a consciência da influência das condições sociais.</p> <p>O terapeuta não influencia as clientes, valorizando a auto-determinação.</p>	<p>Assume um papel activo na re-avaliação das forças tradicionais femininas.</p> <p>Ligação baseada no conhecimento pessoal/ partilha de aspectos comuns da vida.</p>	<p>Assumem papel activo na análise sócio-política dos problemas das mulheres.</p> <p>O terapeuta adopta a auto-revelação de forma explícita com intuito de desmistificar a relação, atribuir poder às clientes e enfatizar os aspectos comuns entre as mulheres</p>

5.3. A igualdade na relação terapêutica e a auto-revelação do terapeuta

As terapias feministas surgem enquanto tal na segunda geração do movimento feminista americano, na década de 80 (Brown & Walker, 1990) integrando outras mudanças no campo da psicoterapia, desenvolvendo um modelo de terapia baseado na importância da auto-revelação e do uso do *self* do terapeuta como elementos centrais da terapia feminista. Entre os múltiplos indicadores deste primado da igualdade na relação terapêutica temos a eliminação de quaisquer diferenças de estatuto no interior da relação, simbolizado no tratamento do terapeuta pelo primeiro nome, com intuito de enfatizar a igualdade entre os papéis de terapeuta e cliente e a humanidade da relação, em detrimento do carácter técnico ou de especialidade (Farber, 2006).

Tendo a diminuição da diferença de poder entre cliente e terapeuta como princípio basilar, a auto-revelação do terapeuta constitui outra das

estratégias centrais para concretizar este intento, designadamente, a auto-revelação que dá a conhecer os valores do terapeuta e os abre ao escrutínio e discussão pelo cliente. Com intuito de promover o poder dos clientes, esta abordagem recomenda que o terapeuta revele intencionalmente além da formação, experiência profissional e da forma como desenvolve o trabalho terapêutico, os valores pessoais, preconceitos, opiniões e sentimentos sobre temas políticos e emocionais (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003), podendo ainda a revelação estender-se a aspectos como crenças, estilo de vida, história religiosa e de classe social (Hill & Knox, 2002; Knox & Hill, 2003), para o cliente poder tomar uma decisão informada sobre se o terapeuta irá intervir de forma imparcial perante determinado assunto.

Globalmente, as diferentes terapias feministas atribuem diversos benefícios ao uso adequado da auto-revelação do terapeuta (Mahalik, VanOrmer & Simi, 2000), tais como a transmissão de valores feministas, igualar o poder na relação terapêutica, facilitar o crescimento do cliente, fomentar o sentimento de solidariedade entre cliente e terapeuta, ajudar o cliente a encarar a situação pessoal com menos vergonha, encorajar sentimentos de libertação e reconhecer a importância da relação real entre ambos. No entanto, os críticos desta abordagem apontam os riscos inerentes à sobreposição entre a vida pessoal e profissional do terapeuta, alertando para o facto desta distância reduzida poder ser tão prejudicial como a distância grande a que a perspectiva se opunha e uma falha ética no que concerne à violação das fronteiras na relação terapêutica (Lerman & Potter, 1990).

Os potenciais inconvenientes de uma auto-revelação tão ampla do terapeuta são reconhecidos e assumidos como uma dificuldade pelos

terapeutas desta abordagem (Brown & Walker, 1990). Entre estes podemos especificar o risco de sobregeneralização por parte do terapeuta da sua experiência e subsequente desvalorização das diferenças nas necessidades do cliente ou o facto da auto-revelação do terapeuta se tornar numa forma simplista de transmitir empatia e conexão entre pessoas com características diferentes, podendo criar sentimentos de alienação no cliente. Para minimizar estes e outros riscos, tal como em outras abordagens, os autores feministas referem a necessidade da reflexão ponderada dos terapeutas sobre a motivação para a auto-revelação, apontando justificações adequadas para o uso desta intervenção. Designadamente, integram essa listagem, o objectivo de tentar tornar o terapeuta mais humano e real e a diminuição do sentimento de isolamento, decorrentes da percepção que o terapeuta enfrenta os mesmos problemas. Em contraponto a revelação ao serviço das necessidades de intimidade, cuidado e validação do terapeuta (Brown & Walker, 1990) são consideradas desadequadas.

No entanto, e ainda que mantendo a natureza educativa da relação e o primado da revelação de aspectos como valores e orientação do terapeuta, nos modelos mais recentes verificou-se uma importante transição, em que ao invés de caber ao terapeuta determinar a extensão e conteúdo da revelação, se encoraja e dá permissão ao cliente para pedir informação, pessoal e profissional, segundo as suas necessidades, o que faz ainda mais sentido se pensarmos que um dos objectivos centrais desta abordagem é precisamente dotar o cliente de poder.

Síntese

Mais que uma abordagem técnica, a perspectiva feminista era inicialmente uma filosofia sob cujo prisma se realizava a terapia, tendo como base a crítica política das terapeutas feministas em relação às práticas de sexismo em diversas instituições sociais, que era extensiva ao domínio da psicoterapia, acusada de contribuir para o controlo social da liberdade de acção e auto-determinação da mulher, decretando um papel de género rígido para a mulher como determinante para a saúde mental.

A respeito desta postura crítica, é exemplar a objecção das terapias feministas ao modelo de diagnóstico categorial tradicional, considerado problemático, primeiro pelo carácter sexista e opressivo (cf. Caplan, 1984), segundo por contribuir para a diferenciação de poder entre cliente e terapeuta, dado que no processo de avaliação e diagnóstico tradicional o terapeuta pensava numa linguagem não acessível ao cliente. Assim, com o intuito de se demarcar da herança da abordagem dinâmica no domínio da psicoterapia, marcada pela natureza desigual do poder, a abordagem feminista tinha e tem como objectivo equilibrar a relação terapêutica, atendendo aos elementos que fomentam esta desigualdade (Greenspan, 1986), enfatizando a capacidade e o dever do terapeuta em ajudar os clientes a encontrarem alternativas disponíveis ao invés de se submeterem passivamente a normas e estereótipos sexistas. Este tipo de trabalho alargou-se posteriormente a outros grupos sociais e minorias, como a etnia ou a classe social, sendo que os terapeutas no movimento feminista consideram que qualquer terapia deveria integrar este tipo de análise política.

Nesta perspectiva, o cliente é definido como especialista nas suas necessidades e valores, sendo a especialidade do terapeuta restrita ao conhecimento específico de algumas competências que facilitam o desenvolvimento dos objectivos do cliente. Sendo o objectivo da terapia feminista dar poder ao cliente para compreender melhor as raízes culturais e sociais do seu mal-estar Brown e Walker (1990) sugerem que esta terapia pode ser percebida como “um grupo de promoção de consciência de dois”. Consequentemente, o diálogo terapêutico neste contexto é visto como um diálogo entre iguais, sendo fundamental para tal a auto-revelação do terapeuta, tal como a partilha de vulnerabilidades e dilemas, como forma de validar a realidade do cliente e o sentimento de universalidade.

6. Auto-revelação e ocultação na abordagem da terapia familiar

6.1. Auto-revelação do terapeuta e terapia familiar

Em virtude da predominância da psicanálise, desde o início do século até à década de 40, no domínio da psicoterapia, muitos dos primeiros terapeutas familiares tiveram formação ou foram influenciados por esta abordagem. Nesse período, os estudos sobre família escasseavam, centrando-se os primeiros na comunicação normal e patológica na família, em particular na associação entre comunicação familiar e esquizofrenia.

A mudança do pensamento analítico para o pensamento sistémico (Relvas, 1999) estabeleceu a impossibilidade de separar o indivíduo do meio,

postulando que ambos evoluem e mudam reciprocamente, passando o acento tônico do estudo do indivíduo isolado para o estudo das relações e interações, assumindo igual relevância o contexto no qual ocorrem as interações, perdendo sentido a causalidade linear, substituída pela causalidade circular. Concomitantemente, surge um novo conceito de doença mental em que o sintoma é compreendido como um comportamento (comunicacional) lógico e coerente, com uma função no contexto onde aparece (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), e o doente como um dos elos de um todo interativo disfuncional, no qual se assume como portador de sintoma. A disfuncionalidade do todo é percebida como resultado dos movimentos homeostáticos que este todo desenvolve com o objectivo de manutenção.

No que concerne ao posicionamento acerca da auto-revelação dos terapeutas no contexto da abordagem familiar, os teóricos desta perspectiva assumiram múltiplas e diferentes posições (Roberts, 2005), desde a defesa de fronteiras rígidas relativamente à revelação do terapeuta tanto na psicoterapia como na supervisão por parte de Haley, à defesa da transparência do terapeuta acerca dos modelos teóricos, valores pessoais e experiências de vida que influenciam as suas práticas e crenças na abordagem narrativa. As divergências quanto à forma como estes e outros modelos lidam com a auto-revelação do terapeuta é patente no uso diferencial de conceitos como “uso do *self*”, “*joining*”, “mutualidade” e “práticas de descentração”, denotando-se uma correspondência entre as mudanças nestas terminologias e as mudanças na atitude quanto à auto-revelação (Roberts, 2005).

6.2. Auto-revelação do terapeuta nas escolas clássicas de terapia familiar

Os dois modelos iniciais predominantes de terapia familiar, estrutural e estratégico, rejeitaram muitas das propostas da psicoterapia dinâmica tradicional (Haley, 1976; Minuchin, 1974), mas mantiveram uma posição similar no que concerne à auto-revelação do terapeuta. Designadamente, estes modelos ignoravam e desconsideravam aspectos pessoais como valores, crenças e família de origem dos terapeutas como parte da contribuição que estes aportavam para a terapia.

Como exemplo desta posição tradicional, a utilização do *self* do terapeuta apenas era permitido como facilitador da tarefa de *joining*, não devendo ser confundido com a auto-revelação das experiências pessoais do terapeuta, desencorajada no modelo estrutural por atrair atenção para o terapeuta e distrair a família do processo (Roberts, 2005). Assim, as histórias da vida do terapeuta eram usadas como instrumentos de *joining* (Colapinto, 1991, pp. 436) e o *self* do terapeuta deveria ser apresentado de forma geral, com o propósito de manter a atenção num elemento do sistema terapêutico, a família, evitando a introdução de elementos distractivos ou que diluíssem o poder do terapeuta para entrar no sistema familiar. Temáticas como hierarquias, fronteiras e controlo do terapeuta sobre o que é dito e feito no processo terapêutico eram centrais nos modelos estratégico e estrutural, e, mesmo quando se enfatizavam aspectos relacionais, era com o intuito de manter a posição de poder e responsabilidade do terapeuta. Esta postura era extensiva ao treino e formação no âmbito destes modelos, que excluía a

auto-revelação e análise da história, valores e crenças dos terapeutas da experiência de aprendizagem, limitando a auto-revelação do terapeuta a uma técnica restrita ao serviço da promoção do *joining*.

No modelo experiencial simbólico, que preconizava o uso de um co-terapeuta, Carl Whitaker propunha um grau elevado de auto-revelação, tanto à família como ao co-terapeuta em frente da família, com o intuito de oferecer à família um modelo de separação e *joining* intermitente (Roberto, 1991) e para modelar a mudança nas fronteiras. A auto-revelação do terapeuta era compreendida como um catalisador das observações terapêuticas, saturando de afecto a interacção. Ao expressar a sua intimidade e subjectividade, o terapeuta facilitava a emergência da subjectividade e mesmo a irracionalidade do sistema familiar. Este modelo propunha igualmente elevados níveis de auto-revelação no âmbito do treino e da formação dos terapeutas.

Do mesmo modo, no modelo transgeracional de Bowen (cf. Relvas, 1999) a auto-revelação do terapeuta era apresentada como parte substancial do treino e supervisão, preconizando que a compreensão dos conceitos do modelo exigia a sua experiência e exploração emocional (Kerr, 1981). Assim, neste modelo a auto-consciência e a auto-revelação eram enfatizadas no treino e supervisão, dada a importância atribuída ao conhecimento das experiências e estágio do ciclo de vida do terapeuta e o seu *interface* com o ciclo de vida da família.

6.3. Auto-revelação do terapeuta nos modelos de terapia familiar construtivistas

Na década de 60 ocorre uma nova mudança na terapia familiar, enfatizando a importância de ideias, crenças, sentimentos, valores, mitos (Hoffman, 1986) e nos processos através dos quais as famílias negociam uma realidade comum (Neimeyer, 1993). Esta mudança, comum às terapias sistêmicas e às terapias construtivistas, assume que os problemas existem no contexto dos significados e não nas sequências de comportamentos familiares patológicos que explicam o funcionamento do sintoma.

Inspirados por von Glasersfeld (1984), von Foerster (1981) e por Maturana e Varela (1987), os terapeutas sistêmicos conceptualizam os sistemas familiares como fechados à informação e impossíveis de serem alterados por entidades externas, colocando o terapeuta familiar como membro activo do sistema terapêutico familiar. No exemplo da teoria dos constructos pessoais da família (Feixas, 1990; Procter, 1991) os problemas familiares são percebidos como determinados pela linguagem, cabendo ao terapeuta o papel de desafiar subtilmente os acordos mantidos na linguagem que constroem e mantêm as relações dos membros da família. Uma das técnicas mais utilizadas nesta construção conversacional de significado é o questionamento circular (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980; Tomm, 1987), que, conjuntamente com outras intervenções (e.g. prescrição de rituais terapêuticos simbólicos), visam facilitar a aceitação familiar da responsabilidade epistemológica para a existência de múltiplos significados e a

abertura que permita abandonar o anterior sistema de construção de significados e de comportamentos.

Andersen (1992), com o modelo das equipas reflexivas, pretendia precisamente um contexto de tratamento mais colaborativo, pelo que neste modelo os membros das equipas, ao invés de transmitirem mensagens à família através do telefone ou em discussões privadas com o terapeuta atrás da janela unidireccional, comunicam as suas ideias na presença da família. Ilustrando o grau de abertura em relação à auto-revelação dos terapeutas preconizada neste modelo, estas conversas podem incluir a partilha de histórias pessoais consideradas úteis face aos dilemas familiares, sendo os membros da família convidados pelo terapeuta a comentarem o que ouviram e a solicitarem mais informação.

Na mesma linha, no âmbito do modelo narrativo da re-autoria com famílias, White (White & Epston, 1990) introduz os conceitos de transparência e as práticas de descentralização. O termo “transparência” alarga a auto-revelação do terapeuta tanto a aspectos de natureza teórica como à experiência com outros clientes, com o objectivo de clarificar para os clientes a origem das ideias dos terapeutas. A “descentralização” (Roberts, 2005), referente à mudança nas dinâmicas de poder em terapia, implica uma visão dos clientes como especialistas que têm muito para partilhar com outros clientes através de diversos dispositivos. No mesmo sentido os membros da equipa são convidados a colocar questões aos colegas perante a família enfatizando o que aprendem com estas.

Os terapeutas familiares feministas defendem directamente a auto-revelação (Brown, 1994; Mahalik, van Ormer & Simi, 2000), visando

desmistificar qualquer forma de terapia, aumentar a colaboração, afirmar as experiências comuns e diferentes das mulheres e reconhecer o potencial de poder, sendo frequentes as descrições sobre como a mutualidade e a empatia são suportadas na auto-revelação na literatura feminista.

Síntese

No domínio da terapia familiar encontramos diferentes perspectivas sobre a auto-revelação do terapeuta, na sua maioria fundamentadas em posições teóricas e experiências clínicas e não tanto em estudos empíricos acerca da eficácia da transparência e da revelação. Genericamente, podemos considerar que os modelos sistémicos, a partir da década de 80 e 90 apresentam uma visão positiva da auto-revelação do terapeuta, desde a formação e supervisão dos terapeutas, como no contacto com a família, como ilustram os modelos das equipas reflexivas de Andersen (1992) e o modelo da re-autoria de White (White & Epston, 1990), defensor da transparência sobre as crenças teóricas e valores do terapeuta.

Tal como nas abordagens discutidas ao longo deste capítulo, também na terapia familiar encontrámos referências quanto à importância da avaliação do impacto concreto desta intervenção e da necessidade de procurar antecipar eventuais benefícios e desvantagens do seu uso no contexto familiar específico. A este respeito, Roberts (2005) alerta para a possibilidade da revelação do terapeuta ser sentida simultaneamente de forma positiva e negativa no sistema familiar, sentida como útil, por exemplo, ao ajudar a compreender melhor a experiência emocional e prejudicial por gerar uma atitude de preocupação em relação ao terapeuta. De igual modo, um elemento

da família pode avaliar a auto-revelação como útil e outro como uma violação das fronteiras. A noção de risco está intrinsecamente associada ao diferencial de poder existente na relação terapêutica. Assim, nestas abordagens, como em outras já citadas, uma das principais recomendações quanto à auto-revelação dos terapeutas prende-se com a importância de focar as dificuldades dos clientes para minimizar o risco de, ainda que inadvertidamente, o sobrecarregar. O risco surge também quando as histórias reveladas pelo terapeuta estão tão ligadas às histórias das famílias que se torna difícil perceber qual a história que está a ser “tratada”, ou quando o terapeuta revela pensando contribuir para a diminuição da diferença de poder no sistema terapêutico e a família interpreta como desinteresse, ou o terapeuta na revelação exagera nas observações ilustrando precisamente as diferenças em termos de educação e poder. Daqui decorre a importância reforçada de avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios da auto-revelação, ponderando designadamente que pontos de vista podem ser comunicados, como podem diferentes clientes reagir e a necessidade de disponibilizar diferentes perspectivas no processo de auto-revelação.

No reverso, dado o potencial da auto-revelação para promover um sentimento de conexão e retirar os clientes, neste caso o sistema familiar, da posição *one-down*, não se pode simplesmente rejeitar esta intervenção, importando analisar os efeitos das revelações e da transparência nos vários membros da família, ou seja, atender e perceber o *feedback* dos clientes (em termos do comportamento verbal e não verbal) para avaliar o impacto e decidir como melhor prosseguir com esta intervenção.

7. Reflexão final sobre a auto-revelação e a ocultação em psicoterapia

A psicoterapia, tal como a maioria das interações sociais, é regida por convenções sobre fronteiras pessoais, subentendidas como um sentido de limite ou território que não deve ser excedido ou violado (Johnston & Farber, 1996), sendo que muitas das divergências entre os modelos da psicoterapia decorrem do facto da auto-revelação dos terapeutas cair no espaço de fronteira entre o comportamento pessoal e profissional (Farber, 2006). Frick (1994) define estas fronteiras como o conjunto de regras que estabelecem a relação profissional como separada de outras relações e protege os clientes de serem prejudicados. Esta primeira fronteira na psicoterapia visa portanto diferenciar os comportamentos apropriados e inapropriados dos participantes no processo terapêutico, funcionando a auto-revelação do terapeuta como uma intervenção que testa os limites destas fronteiras, criando uma certa tensão entre espontaneidade e restrição na comunicação.

Quando comparámos as diferentes abordagens terapêuticas quanto à conceptualização e posicionamento, explícito ou implícito, acerca dos fenómenos de auto-revelação e ocultação do terapeuta em psicoterapia, constatámos existir uma heterogeneidade de posições relativamente a estes processos. Esta diversidade verifica-se não apenas entre os diferentes domínios teóricos, mas também entre os diferentes modelos no interior de cada abordagem, decorrentes das especificidades inerentes aos pressupostos teóricos de cada modelo, assim como da evolução natural no domínio da psicologia e da psicoterapia com a integração e assimilação de importantes

dados da investigação (e.g. primazia da relação terapêutica; cf. Horvath & Bedi, 2002), sem esquecer as importantes mudanças paradigmáticas que influenciaram o domínio das ciências nos últimos anos. Para auxiliar à síntese e contrastação destas diferenças, intentamos extrapolar a diferenciação de Farber (2006) referente à postura dos modelos psicodinâmicos quanto à auto-revelação dos terapeutas para as restantes abordagens terapêuticas. Assim, agregamos os modelos com uma postura “clássica”, que sustentam os ideais de não auto-revelação de Freud. Igualmente, designamos de “moderados” os modelos que, acreditando no potencial curativo da relação terapêutica, defendem uma postura autêntica do terapeuta na relação e consideram a auto-revelação como uma intervenção importante para a concretização desse objectivo. Por último, caracterizamos como “radicais” as abordagens cujas práticas idiossincráticas de auto-revelação testam as fronteiras da prática clínica (cf. Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização dos modelos terapêuticos quanto à auto-revelação do terapeuta

Modelos “clássicos”	Modelos “radicais”	Modelos “moderados”
Analistas clássicos	Analistas rebeldes	Abordagem humanista e experiencial
Posição psicodinâmica intermédia	Feministas radicais e socialistas	Abordagem cognitivo-comportamental
Abordagem comportamental	Terapia familiar experiencial simbólica; transgeracional	Abordagem psicodinâmica contemporânea/ Terapias dinâmicas breves
Terapia feminista liberal		Feministas culturais
Terapia familiar estrutural e estratégica		Abordagem construtivista

Entre os modelos que preconizam a posição “clássica” encontramos obviamente a psicanálise tradicional que, seguindo as orientações do fundador, defende uma postura de neutralidade, abstinência e anonimato, proibindo qualquer auto-revelação do terapeuta, inclusive o reconhecimento de erros (Farber, 2006). A auto-revelação do terapeuta era considerada como uma sobrecarga para o paciente, desviando a atenção, obstruindo oportunidades de aprendizagem, inibindo as fantasias e contaminado a transferência (Aron, 1996). No mesmo sentido, analistas como Klein (1964; cf. Farber, 2006), Winnicott (1965 cf. Jackson, 1990) e Sullivan (1953; cf. Robinson, 1989), não obstante as diferenças em termos dos pressupostos teóricos, mantinham as reservas quanto à auto-revelação, advertindo contra o risco de inibir a capacidade do paciente reconhecer e reaver sentimentos e defendendo um ambiente livre de intrusões. Esta total oposição à auto-revelação do terapeuta é também patente na terapia comportamental (Wolpe, 1984). Do mesmo modo a terapia feminista liberal assume esta posição ortodoxa, exigindo que o terapeuta monitorize o comportamento pessoal para assegurar que não influencia os clientes (cf. Enns, 1992). Igualmente, os terapeutas familiares estruturais e estratégicos, para evitarem o risco de atrair atenção para o terapeuta, distrair a família do processo (Colapinto, 1991) ou de enfraquecer o poder do terapeuta, advogam uma postura próxima da abordagem dinâmica, prescrevendo a indicação para os terapeutas ignorarem aspectos pessoais como valores, crenças e família de origem (Haley, 1976; Minuchin, 1974).

No pólo oposto temos os modelos “radicais”, que assentes em princípios teóricos totalmente divergentes, partilham uma visão similar acerca da relação

terapêutica e da função da auto-revelação do terapeuta nesse processo. Integramos neste grupo os analistas defensores do uso de “técnicas activas” e da análise recíproca como Ferenczi (cf. Farber, 2006), que propunha a revelação explícita dos processos de contra-transferência, com intuito de acabar com o secretismo em torno da psicanálise e de desmistificar o papel do analista. Igualmente, no domínio das terapias familiares, entre os modelos mais tradicionais, o modelo experiencial simbólico e o modelo de terapia transgeracional preconizavam um elevado grau de auto-revelação tanto no treino, como na supervisão e no contacto com a família (Roberts, 1991). Esta postura é igualmente comungada pelos modelos de terapia feminista radical e socialista, que convidam o terapeuta a adoptar um papel de activista social na defesa dos interesses dos clientes e a auto-revelação explícita de valores pessoais para desmistificar a terapia e reconhecer o potencial de poder dos clientes (Brown, 1994; Mahalik, van Ormer & Simi, 2000).

Entre os modelos “moderados”, situam-se os modelos humanista e experiencial, que preconizam o uso da experiência do terapeuta na sessão para reflectir as experiências do cliente, excluindo todavia a revelação de informação pessoal (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003). Este uso da experiência do terapeuta pretende servir como modelo para o cliente, facilitando a abertura no processo terapêutico (Klein, Kolden, Michels e Chisholm-Stockard; 2002). No mesmo sentido, os diferentes modelos cognitivistas e cognitivo-comportamentais, defendem a auto-revelação condicionada do terapeuta (Farber, 2006, Robins & Hayes, 1993; Safran & Segal, 1990; Prochaska & DiClemente, 1992). Consideramos também “moderados”, os terapeutas feministas culturais, pois ainda que advoguem um

papel activo do terapeuta no apoio à mulher na re-avaliação das forças tradicionais femininas (Chaplin, 1988) e na transmissão de valores feministas (Mahalik, VanOrmer & Simi, 2000), advertem contra a sobreposição entre a vida pessoal e profissional terapeuta (Lerman & Potter, 1990) ou para a sobre-generalização da experiência do terapeuta e conseqüente desvalorização das necessidades do cliente (Brown & Walker, 1990).

Na mesma linha, os modelos da psicanálise contemporânea, defensores da subjectividade e co-participação do analista no tratamento, consideram a auto-revelação do terapeuta não só aceitável como desejável (Fosha, 2000), de modo a permitir a resolução de impasses, ajudar na formulação de experiências previamente inconscientes e na promoção da relação terapêutica (Aron, 1996; Gerson, 1996; Jackson, 1990; Safran & Muran, 2000; Zeddies, 2000). Igualmente, os autores das terapias dinâmicas breves advogam a auto-revelação (McCullough, 1997; Fosha, 2000), designadamente das respostas emocionais do terapeuta em relação ao paciente, reconhecendo o impacto deste na relação terapêutica, assim como o reconhecimento de erros, limitações e vulnerabilidades (Fosha, 2000). Neste modelo a auto-revelação do analista oferece uma alternativa adequada à distância e frieza da posição analítica tradicional (McCullough, 1997), atribuindo poder aos pacientes, em contraposição à onnipotência terapêutica proposta no modelo tradicional.

Na abordagem construtivista, defensora da igualdade dos participantes no processo terapêutico (Mahoney, 1991; Richert, 1999), o trabalho do terapeuta é considerado como intrinsecamente reflexivo e pessoal, co-desenvolvido no âmbito de uma relação transparente, distante da artificialidade e barreiras resultantes da adopção de um papel de especialista

(Richert, 1999). No exemplo dos modelos de terapia familiar construtivistas, a igualdade e abertura do terapeuta estão bem patentes no modelo das equipas reflexivas (Andersen, 1992), designadamente no convite aos co-terapeutas para comunicarem as suas ideias na presença das famílias, inclusive a partilha histórias pessoais que julguem de utilidade face aos dilemas da família (Andersen, 1992). Tal como no modelo humanista e existencial, é preconizada uma relação igualitária entre cliente e terapeuta, em contraponto aos modelos psicodinâmicos tradicionais, que, embora não directivos, promovem uma relação hierárquica.

Quanto à ocultação do terapeuta, quando os diferentes modelos terapêuticos se pronunciam explicitamente acerca do significado ou impacto desta postura ou comportamento, o que acontece raras vezes, essa conceptualização acerca da ocultação contrasta com o respectivo posicionamento relativo à auto-revelação. Assim, os analistas rebeldes, que rejeitam a ocultação do terapeuta, tal como ilustra a aceitação da terapia mútua, alegam que esta serve como estratégia de protecção dos analistas em relação às críticas dos pacientes (Ferenczi, 1926; cf. Lane & Hull 1990). No mesmo sentido, os autores das abordagens psicanalíticas contemporâneas consideram que a ocultação promove a idealização do analista (Renik, 1995). Em suma, as abordagens psicodinâmicas contemporâneas rejeitam o binómio não revelação/ neutralidade, apontando o processo de decisão subjacente a cada uma destas práticas e conseqüentemente a sua natureza intrinsecamente comunicacional (cf. Orange & Stolorow, 1998). Similarmente, a abordagem construtivista considera que a ocultação do terapeuta acentua o diferencial de poder na relação terapêutica, colocando o terapeuta numa

relação privilegiada em relação ao cliente, inibindo a construção de uma relação real e igualitária, considerada essencial para a mudança.

Contrastando com o volume de trabalhos teóricos acerca da auto-revelação do terapeuta e da polémica e contradições associadas quanto aos eventuais benefícios ou desvantagens decorrentes, as referências explícitas referentes à auto-revelação do cliente são escassas, o que na nossa opinião traduz uma certa homogeneidade e naturalidade quanto à forma como os diferentes modelos terapêuticos encaram este fenómeno. Assim, e revendo a noção de ocultação dos clientes em psicoterapia ao longo dos tempos e dos diferentes modelos, num primeiro momento, nas terapias psicanalíticas tradicionais, a ocultação equivalia à noção de material que deveria ser revelado e como tal associado ao fenómeno da resistência terapêutica (cf. Antaki, Barnes & Leudar, 2005). No humanismo é considerada como um entrave ao crescimento (Watson, 2006), enquanto no cognitivismo a ocultação decorre do evitamento, falta de motivação, reactividade do cliente ao trabalho terapêutico (Mahoney, 1991). No âmbito das teorias construtivistas, torna-se difícil estabelecer uma relação linear e antagónica entre auto-revelação e ocultação do cliente. Assumindo o equilíbrio da relação de poder entre cliente e terapeuta, o primeiro pode decidir o que é importante ou não contar em psicoterapia, rejeitando a ideia de que os clientes agem em psicoterapia contra o processo de mudança (cf. Frankel & Levitt, 2006). Reconhecendo que a ocultação do cliente pode criar uma redução da multiplicidade de posições narrativas e conseqüente rigidificação, pondo em risco a capacidade de criar novas histórias, tal como numa história literária não existe uma única história

verdadeira e independente, também no contexto da conversação terapêutica não existe uma verdade a ser descoberta (Lax, 1992), sendo a história narrada pelo cliente em psicoterapia continuamente recriada e reconstruída no contexto da relação terapêutica.

CAPÍTULO II

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: ESTUDOS EMPÍRICOS

A. AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS TERAPEUTAS

Como vimos anteriormente, o vaticínio de Freud (1912/ 1958) de que “o analista deve permanecer opaco, e como um espelho reflectir somente o que lhe é mostrado” (p. 117), foi interpretado, no domínio da psicanálise, como uma incumbência para os terapeutas revelarem o mínimo possível, em termos de informação pessoal e da expressividade emocional. Esta recomendação, associada a noções clássicas como neutralidade e anonimato, exigia aos terapeutas uma postura de “ecrã vazio”, no qual os pacientes poderiam projectar impulsos e fantasias, acabando por influenciar a prática terapêutica muito para além do domínio da abordagem psicodinâmica.

Assim, a ocultação do terapeuta raramente foi justificada ou sequer questionada, tanto no domínio teórico, como no domínio empírico. A ocultação do terapeuta era considerada uma “posição por defeito”, um aspecto do contexto no qual a psicoterapia se desenrola (Langs, 1979), ou então, advogada enquanto requisito ético da psicoterapia (Gutheil & Gabbard, 1993). No contexto da psicoterapia actual, a maioria dos terapeutas, inclusivamente no domínio psicodinâmico, subscreve conceitos como reciprocidade, mutualidade, responsividade, simetria e inter-subjectividade na relação

terapêutica, sendo a adopção desses princípios relacionais congruente com uma postura terapêutica marcada pela autenticidade, transparência, verdade e igualdade. Consequentemente, em termos da prática clínica, surge uma maior atenção ao papel da comunicação não verbal no diálogo terapêutico e ao uso intencional da auto-revelação dos terapeutas como instrumento terapêutico. De facto, a auto-revelação dos terapeutas, é, nos nossos dias, uma das práticas terapêuticas mais controversas, apoiada entusiasticamente por uns e contestada por outros.

Na revisão da literatura sobre o tema encontrámos, como referimos no primeiro capítulo, uma multiplicidade de definições e divisões referentes ao conceito. Por exemplo, Weiner (1983) defende que o conteúdo da auto-revelação pode incluir “sentimentos”, “atitudes”, “opiniões”, “associações”, “fantasias”, “experiências” ou “histórias” dos terapeutas, ocorrendo quando os últimos oferecem mais que a sua especialidade profissional, ou seja, quando são intencionalmente abertos e genuínos com os clientes. Por sua vez, Hill e Knox (2002), a partir do trabalho de Hill e O’Brien (1999), advogam a distinção de 7 subtipos de auto-revelações dos terapeutas relativas a “factos”, “sentimentos”, “*insights*”, “estratégias”, “suporte/reforço”, “desafio” e “proximidade”. Ambas as tipologias se assemelham à definição proposta por Mathews (1988), segundo a qual a auto-revelação dos terapeutas envolve a revelação de informação factual e/ou sentimentos que experienciam na sua vida, assim como sentimentos em relação aos clientes.

Do mesmo modo, Nilsson, Strassberg e Bannon (1979) diferenciaram a auto-revelação em “intrapessoal”, referente à revelação de informação acerca da vida pessoal do terapeuta fora do contexto da terapia, também designada

como “*immediacy*” (Knox & Hill, 2003), ou auto-revelação de contra-transferência (Bridges, 2001; Wilkenson & Gabbard, 1993), ou afirmações de “*self involving*” (McCarthy & Bertz, 1978); da auto-revelação “interpessoal”, que consiste na revelação de sentimentos acerca do problema do cliente ou acerca da relação, semelhante à definição de revelação de informação pessoal factual (McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989).

Já Hoffman e Spencer (1977) discriminaram a auto-revelação em termos da sua valência positiva ou negativa, referente à partilha de informação positiva acerca das experiências do terapeuta ou de informação desfavorável. Murphy e Strong (1972) e Watkins e Schneider (1989) distinguiram entre “afirmações similares”, congruentes com a experiência do cliente, e “não similares”, contrárias à experiência do cliente, equivalente à diferenciação de Barret e Berman (2001) acerca da reciprocidade da auto-revelação, i.e., em função de ocorrer na sequência de uma revelação semelhante do cliente. Hill, Mahalik e Thompson (1989) usaram uma terminologia diferente para designar as afirmações similares como “reafirmação” e as não similares como “desafio”.

Na realidade, acerca desta multiplicidade de definições, podemos declarar que na essência estas abrangem os mesmos fenómenos, pelo que para simplificar adoptaremos a divisão de Farber (2006), centrada nas duas dimensões centrais subjacentes às diversas definições de auto-revelação do terapeuta, designadamente, a auto-revelação “pessoal factual” e a auto-revelação “*self involving*”. A primeira diz respeito a factos ou informações acerca da vida pessoal dos terapeutas (McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989). A segunda dimensão, a auto-

revelação “*self involving*”, (McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989), prende-se com “a articulação dos sentimentos ou experiências presentes ou passados dos terapeutas em resposta às experiências ou sentimentos dos clientes” (Farber, 2006, p. 136). Este tipo de auto-revelação integra respostas directamente relacionadas com as afirmações dos clientes, a expressão de reacções emocionais dos terapeutas, ou reacções dos terapeutas que são diferentes da experiência dos clientes.

A panóplia de definições existentes constitui um dos maiores entraves tanto na condução de trabalhos empíricos nesta área, como na sua análise e comparação, em particular no que diz respeito à determinação da utilidade clínica desta intervenção. No entanto, apesar da controvérsia referente à adequação ou não da auto-revelação do terapeuta, esta prática criou raízes no domínio da psicoterapia, sendo considerada uma das variáveis promotoras dos resultados terapêuticos. De facto, a maioria dos terapeutas, independentemente da orientação teórica, parecem adoptar práticas de auto-revelação, desafiando normas restritivas (e.g., 60% no estudo de Simi e Mahalik (1997); 70% no estudo de Pope, Tabachnick e Keith-Spiegel (1987); 62% no estudo de Mathews (1988)). Consequentemente, no domínio empírico, os estudos acerca do tipo, frequência e consequências da auto-revelação do terapeuta aumentaram exponencialmente nas últimas décadas, contrastando com o reduzido volume de trabalhos sobre ocultação.

1. Estudos sobre a frequência da auto-revelação/ ocultação dos terapeutas

Em termos genéricos, podemos definir auto-revelação como qualquer comportamento, verbal ou não verbal, que revela informação acerca de uma pessoa (Collins & Miller, 1994). No entanto, a investigação sobre auto-revelação dos terapeutas tem focado predominantemente o comportamento verbal intencional, ou seja, as palavras utilizadas para consciente e intencionalmente comunicar informação privada acerca do próprio, excluindo as auto-revelações não intencionais e não verbais, como os exemplos referentes a roupas e decoração (Hill & Knox, 2002), na medida em que estas não são verbalizadas ou oferecidas intencionalmente num momento temporal específico e como tal são qualitativamente diferentes das primeiras.

No domínio empírico, diversos estudos procederam à análise tanto da frequência, como dos tipos de auto-revelação mais utilizados, ainda que recorrendo a diferentes instrumentos para o efeito (e.g., questionários aos terapeutas, registos dos clientes, avaliações das transcrições das sessões). As diferenças a que já aludimos em termos das definições adoptadas em cada estudo, bem como diferenças ao nível das metodologias, constituem os principais motivos que justificam a ambiguidade na interpretação dos resultados dos trabalhos sobre a frequência desta prática.

Num dos primeiros trabalhos na área, Berg-Cross (1984) encontrou níveis baixos a moderados de auto-revelação dos terapeutas (variando entre 1,49 e 2,98; sendo 1 = raramente ou nunca partilho com clientes, 3 = partilho com metade dos clientes; 5 = partilho sempre com clientes). Edwards e

Murdock (1994), num estudo posterior, com terapeutas de diferentes orientações teóricas, encontraram níveis moderados de auto-revelação ($\bar{x} = 3$; escala de 1 a 5), sendo de salientar o facto de apenas 6% dos terapeutas referirem nunca utilizar esta estratégia.

Num trabalho de revisão da literatura, Hill e Knox (2002) referem que em diversos estudos de terapia individual (e.g., Barkham & Shapiro, 1986; Elliot, Mack & Shapiro, 1987; Hill, 1978; Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady & Perry, 1988), entre 1 e 13% das intervenções dos terapeutas eram consideradas auto-revelações pelos juizes que codificaram as transcrições das sessões. Apesar de se tratar de uma percentagem reduzida, é claramente superior ao resultado do trabalho de Hill e colaboradores (1988) com o "*Hill Counselor Verbal Response Category System*", em que a auto-revelação correspondia apenas a 1% do total de respostas dos terapeutas, recebendo todavia a maior pontuação de utilidade pelos clientes, provocando também maior activação emocional em comparação com outros modos de resposta como a "aprovação", a "informação", a "orientação directa" e a "reflexão".

Ramsdell e Ramsdell (1993), estudaram a frequência da auto-revelação dos terapeutas a partir da perspectiva dos clientes, num estudo com antigos clientes (até 14 anos após a conclusão da terapia), verificando que 58% dos clientes indicam que os terapeutas auto-revelaram informação pessoal pelo menos 1 vez. Especificamente, 9% dos clientes referiram 1 vez, 34% referiram entre 3 e 4 vezes e 6% referiram 10 ou mais vezes. No entanto, sendo os dados deste estudo baseados nas memórias dos clientes, devemos considerar a possibilidade destes resultados ilustrarem a percepção dos clientes sobre auto-revelações marcantes ou a percepção global sobre a auto-revelação dos

terapeutas e não a frequência real de auto-revelações durante o processo terapêutico.

No único estudo que conhecemos que analisa em simultâneo a frequência da auto-revelação e da ocultação dos terapeutas, Hanson (2005), conduziu entrevistas junto de 18 clientes em psicoterapia e, a partir da análise das gravações das sessões, identificou e codificou os momentos que estes percecionavam como correspondentes a auto-revelações e ocultações dos terapeutas (157 incidentes), sendo evidente a superioridade dos momentos de auto-revelação (131), comparativamente às ocultações (26).

Numa perspectiva diferente, analisando o número de terapeutas que recorrem à auto-revelação, o estudo de Pope, Tabachnick e Keith-Spiegel (1987) com terapeutas familiares, sugere que cerca de 70% dos terapeutas usam a auto-revelação, pelo menos ocasionalmente. Na mesma linha, o trabalho de Mathews (1988) aponta que 62% dos terapeutas indicam revelar ocasionalmente, 3,6% revelam frequentemente e 25,5% dos terapeutas nunca ou quase nunca revelam. No trabalho de Simi e Mahalik (1997), acerca da percepção dos clientes em relação à auto-revelação do terapeuta, a maioria dos clientes (60%) refere que o terapeuta partilhou informação pessoal durante os encontros terapêuticos.

Síntese

Na análise da frequência do uso auto-revelação por parte dos terapeutas em psicoterapia encontramos dois conjuntos de dados ligeiramente diferentes. Assim, temos por um lado um conjunto de trabalhos que sugere uma frequência moderada de ocorrência da auto-revelação do terapeuta (Berg-

Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994) e, por outro lado, os trabalhos de Hill e Knox (2002) e de Ramsdell e Ramsdell (1993) que apontam a raridade deste tipo de ocorrência. Todavia, apesar destes constrangimentos, estes resultados sugerem que um número significativo de terapeutas, 65% a 75%, revela informação pessoal ocasionalmente, sendo a frequência absoluta desse comportamento relativamente baixa.

O uso de diferentes definições de auto-revelação e conseqüentemente do tipo de fenômeno abrangido pelos estudos, a diferença métrica das medidas, assim como das perspectivas tomadas nestes trabalhos (cliente ou terapeuta), compromete a análise e comparação dos dados e denota a necessidade de mais trabalhos acerca desta dimensão. No que concerne ao fenômeno de ocultação por parte do terapeuta, a necessidade de mais trabalhos é ainda mais notória dada a escassez de trabalhos sobre o tema.

Adicionalmente, poucos trabalhos detalharam a frequência com que foram utilizados os diferentes tipos de auto-revelação, pelo que os estudos acerca dos conteúdos mais e menos revelados pelos terapeutas, que analisaremos em maior detalhe no ponto seguinte deste capítulo, podem contribuir para obtermos uma representação mais clara da incidência de cada tipo de auto-revelação.

2. Estudos sobre os temas revelados/ ocultados pelos terapeutas

Wells (1994) define vários tipos de auto-revelação, cada subtipo representando um conteúdo diferente (e.g., formação e prática profissional;

circunstâncias da vida pessoal; experiências e atitudes do terapeuta; reacções pessoais ou sentimentos do terapeuta acerca dos clientes), ilustrando desde logo a diversidade de temáticas que podemos encontrar na análise dos temas ou conteúdos revelados/ ocultados pelos terapeutas em psicoterapia.

Assim, Lane, Farber e Gelso (2001) apontam como tópicos mais revelados pelos terapeutas a “orientação teórica”, as “crenças acerca da eficácia da psicoterapia” e “desculpas por erros clínicos”. Quanto aos temas menos revelados referem os “sonhos dos terapeutas”, “sentimentos de atracção física pelos clientes” e “problemas pessoais”. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores, que indicam como mais revelados os tópicos referentes ao “enquadramento profissional” (e.g., formação e orientação) e como menos comuns os que focam os “sonhos”, “fantasias pessoais”, “práticas e crenças sexuais dos terapeutas” (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994). Por exemplo, o estudo de Edwards e Murdock (1994), junto de 184 psicólogos licenciados com grau de doutoramento, com formação em diferentes abordagens teóricas, reflecte o seguinte padrão de auto-revelação dos terapeutas: “temas profissionais” (e.g., grau, experiência), “sucessos ou fracassos terapêuticos”, “relacionamentos interpessoais”, “atitudes ou sentimentos pessoais” e, em último lugar, “temas sexuais”. Knox e Hill (2003), a este mesmo respeito, descrevem o trabalho de Geller e Farber (1997), um estudo com 25 profissionais de orientação dinâmica, apontando como temas mais revelados o “reconhecimento de enganos ou erros técnicos”, a “reacção à auto-apresentação do cliente”, as “crenças sobre a eficácia da intervenção” e “informação pessoal factual” (e.g., filhos, férias, estado civil, idade). Os temas menos revelados seriam as “crenças religiosas”, a “data de nascimento” e a

“orientação sexual”. Por último, no estudo de Regan e Hill (1992) especificamente sobre ocultação dos terapeutas, ou seja, o que intencionalmente não revelam no decurso do encontro terapêutico, encontramos como tema mais ocultado pelos terapeutas as “conjecturas clínicas negativas” formuladas sobre o diagnóstico ou prognóstico dos clientes.

Apesar de alguma diversidade no que se refere à indicação dos temas concretos mais revelados ou ocultados, este conjunto de resultados parece indicar que a maioria dos conteúdos revelados, com excepção da formação e da orientação teórica, seriam enquadradas nas auto-revelações “*self involving*”. No entanto, um outro conjunto de dados parece sugerir que a auto-revelação pessoal factual também desempenha um papel significativo neste processo. Mathews (1988), por exemplo, refere que 46,1% das auto-revelações dos terapeutas consistem em “sentimentos dos terapeutas sobre a vida pessoal”, 35% reflectem “informação factual acerca da própria vida” e apenas 18,9% seriam referentes a “sentimentos em relação aos clientes”.

Knox, Hess, Petersen e Hill (1997), num estudo sobre os efeitos da auto-revelação do terapeuta na “relação real” (cf. Gelso & Carter, 1994), referem que os terapeutas participantes relatam revelar “informação pessoal não imediata e afastada da relação terapêutica” (e.g., família, actividades de lazer), assim como “dificuldades familiares similares no passado”. Dados ainda mais surpreendentes neste âmbito surgem no trabalho de Borys e Pope (1990) que referem que 40% dos terapeutas participantes no estudo revelavam pormenores de problemas pessoais actuais aos clientes.

No estudo realizado a nível nacional nos Estados Unidos sobre a prática de psicoterapia quando os clientes eram terapeutas (Norcross, Geller &

Kurzawa, 2001), os resultados sugerem que, em contraste com terapeutas que raramente trabalham com colegas, os primeiros tendem a ser mais abertos acerca de informação de cariz pessoal e mais expressivos em termos emocionais. Designadamente, revelavam mais informação pessoal acerca da própria terapia, revelavam e pediam desculpas por enganar ou erros técnicos, revelavam e discutiam aspectos referentes à investigação ou a temas teóricos. Adicionalmente, estes terapeutas, em termos da auto-apresentação, tendiam a ser menos defensivos, mais colaborantes e igualitários com os clientes.

Síntese

Na análise dos conteúdos mais revelados ou ocultados pelos terapeutas, aplicando a subdivisão em auto-revelação pessoal factual e à auto-revelação “*self involving*”, em relação à primeira os terapeutas revelam predominantemente informação referente à formação e enquadramento teórico (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994; Lane, Farber & Gelso, 2001), e, com menor frequência, informação referente a aspectos pessoais, tais como filhos, férias, estado civil e idade (Geller & Farber, 1997). No inverso, e sobre o mesmo domínio, ocultam informação relativa a experiências íntimas (e.g., sonhos, crenças sexuais; problemas pessoais), assim como acerca de sentimentos de índole sexual pelos clientes (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994; Lane, Farber & Gelso, 2001).

Na auto-revelação “*self involving*” encontramos dois temas centrais, a revelação acerca de erros técnicos e sobre as reacções aos clientes (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994; Lane, Farber & Gelso, 2001). Em

termos da ocultação, os terapeutas tendem a ocultar as conjecturas clínicas negativas sobre o diagnóstico ou prognóstico dos clientes (Regan & Hill, 1992).

No entanto, acerca da frequência de cada tipo de auto-revelação, encontramos dados algo contraditórios, pois se por um lado, um conjunto de trabalhos aponta para uma maior frequência da auto-revelação “*self involving*” (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994), por outro lado, encontramos trabalhos que sustentam a maior frequência de auto-revelação factual (Borys, & Pope, 1990; Mathews, 1988; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997), inclusive acerca de problemas pessoais actuais (Borys & Pope, 1990). Estes resultados contrariam os pressupostos da maioria das abordagens teóricas sobre o tema, pois mesmo as que aceitam e incentivam a auto-revelação do terapeuta, colocam restrições quanto a este tipo de revelação (cf. Knox & Hill, 2003).

3. Estudos sobre os factores que afectam a auto-revelação/ ocultação dos terapeutas

A discussão acerca da frequência da auto-revelação ou da ocultação dos terapeutas em psicoterapia, assim como das temáticas mais reveladas ou ocultadas, requer uma análise detalhada acerca dos factores que influenciam estas práticas e que passamos a detalhar.

3.1. Orientação teórica do terapeuta

A abordagem teórica dos terapeutas é provavelmente a variável mais discutida na literatura teórica acerca da auto-revelação dos terapeutas. Decorrente da diversidade de posições teóricas já discutidas, surge a noção de que auto-revelação e a ocultação dos terapeutas são afectadas pela orientação teórica e os resultados no domínio da investigação parecem corroborar esta leitura.

Designadamente, os terapeutas humanistas-existenciais tendem a revelar mais do que os terapeutas psicodinâmicos (Beutler & Mitchell, 1981; Edwards & Murdock, 1994; Simon, 1990). Adicionalmente, na avaliação por terapeutas experientes enquanto juizes, os terapeutas humanistas-existenciais foram avaliados como tendo um estilo mais revelador (Beutler & Mitchell, 1981), congruente com os princípios teóricos destes modelos. No estudo de Hill (Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady & Perry, 1988) a orientação teórica dos terapeutas também discriminava as técnicas que eram usadas, sendo que os psicodinâmicos usavam mais interpretação e menos auto-revelação do que os terapeutas com orientação comportamental.

3.2. Nível de experiência do terapeuta

Apesar do estudo de Simon (1990) indicar que a experiência profissional dos terapeutas não afecta a frequência de auto-revelação, Farber (2006) sugere, baseado na evidência clínica, que este factor pode influenciar o tipo e processo de auto-revelação. Especificamente, aponta que terapeutas com

menos experiência podem tentar controlar a ansiedade no processo terapêutico aderindo de forma rígida a regras e normas e conseqüentemente evitando a revelação de qualquer conteúdo pessoal. No caso de revelarem aspectos pessoais, com o intuito de estabelecerem uma relação não hierárquica e informal, poderão sentir dificuldades com auto-revelações “*self involving*”.

3.4. Factores pessoais do terapeuta

As características pessoais dos terapeutas, como o conforto com a proximidade *vs.* tensão, e as emoções que a auto-revelação desencadeia são também citados por Farber (2006) como facilitadores ou inibidores da auto-revelação. Assim, a experiência pessoal dos terapeutas com algumas problemáticas pode facilitar a auto-revelação a clientes que lidam com experiências similares. Aliás, alguns centros de tratamento (e.g., droga, perturbações alimentares) colocam como condição na selecção de profissionais a história pessoal de experiências idênticas e a disponibilidade para revelar o tratamento pessoal. Costin e Johnson (2002), a este respeito, referem que terapeutas que recuperaram de perturbações alimentares e que lidam com esse tipo de problemas no contexto terapêutico, obtêm melhores resultados em termos do processo de modelagem, no estabelecimento da relação terapêutica e no desafio da negação dos clientes, comparativamente a terapeutas que não tiveram essa experiência na história pessoal. No entanto, os mesmos autores advertem para o risco inerente de sobre-identificação, o que pode conduzir os terapeutas a assumir responsabilidade pela recuperação dos clientes ou, no

inverso, a prestar menor atenção, por considerarem conhecer os pensamentos e sentimentos dos clientes.

3.5. Variáveis dos clientes

Entre as variáveis dos clientes com potencial para afectar a revelação ou ocultação dos terapeutas, encontramos referências tanto à idade como ao tipo de diagnóstico dos clientes. No que concerne à idade, Dixon, Adler, Braun Dulit, Goldman e Siris (2001) indicam que a auto-revelação dos terapeutas é mais eficaz com clientes muito novos ou muito velhos, com clientes que esperam um elevado nível de abertura e com clientes oriundos de um meio cultural expressivo. Igualmente, clientes com um nível de pensamento concreto parecem mais permeáveis a *feedback* concreto e à sugestão de alternativas tangíveis através da auto-revelação. Lisa Greenberg (1990) contraria esta indicação quanto à auto-revelação com clientes idosos, argumentando que o isolamento social em que muitas vezes vive esta população, representa um risco acrescido para a violação das fronteiras profissionais, designadamente destes confundirem a relação terapêutica como uma relação de amizade, recomendando o evitamento de interações sociais com esta população para protecção da relação profissional.

Acerca da auto-revelação dos terapeutas com crianças e adolescentes, Papouchis (1990) refere que as crianças colocam questões pessoais com intuito de determinar o seu lugar no mundo, pelo que não responder a estas questões pode interferir com a capacidade da criança lidar com a realidade, sendo por isso a revelação promotora de confiança. O mesmo se aplica à

psicoterapia com adolescentes, cuja sobrevalorização da autonomia pode criar ressentimentos perante a expectativa frustrada de revelação do terapeuta, servindo também a auto-revelação como modelagem para a abertura e autenticidade.

Quanto ao diagnóstico, McWilliams (1994) sugere que o nível ou tipo de perturbação dos clientes também desempenha um papel moderador importante no processo de auto-revelação dos terapeutas. Assim, refere que clientes psicóticos requerem maior revelação emocional, defendendo com clientes mais saudáveis uma postura mais tradicional, para não interferir com o trabalho de exploração. Esta indicação corresponde a uma posição clássica na literatura (Winnicott, 1965; cf. Jackson, 1990), todavia não encontramos mais estudos empíricos que suportem ou contestem esta leitura sobre a auto-revelação do terapeuta em função do diagnóstico dos clientes.

Síntese

Acerca da associação entre variáveis demográficas ou de personalidade e a auto-revelação dos terapeutas, os dados empíricos parecem sustentar que o género do terapeuta não tem influência na auto-revelação (Edwards & Murdock, 1994; Robitschek & McCarthy, 1991; Simone, McCarthy & Skay, 1998), enquanto a abordagem teórica parece ter uma influência significativa, com os terapeutas humanistas-existenciais, comportamentais e feministas, tendencialmente, a revelarem mais do que os terapeutas dinâmicos (Beutler & Mitchell, 1981; Edwards & Murdock, 1994; Hill et al., 1989; Simi & Mahalik, 1997; Simon, 1990).

Quanto aos factores do terapeuta promotores da auto-revelação como o nível de experiência profissional ou a experiência pessoal com a problemática (Costin, & Johnson 2002; Farber, 2006), bem como aos factores dos clientes como a idade ou o diagnóstico (Dixon et al., 2001; McWilliams, 1994), parece-nos que a investigação neste domínio é muito mais incipiente do que a especulação teórica.

4. Efeitos da auto-revelação/ ocultação dos terapeutas

O interesse recente no domínio empírico e teórico acerca deste tema decorre precisamente do potencial terapêutico desta intervenção, historicamente vista de forma negativa. Todavia, no que concerne especificamente aos efeitos da auto-revelação ou da ocultação dos terapeutas no processo terapêutico, apenas um número reduzido de investigações avaliaram o impacto destas práticas no resultado do processo terapêutico. Ao invés, a maioria dos estudos analisou a relação entre auto-revelação e variáveis do processo terapêutico, tais como a auto-revelação dos clientes (Truax & Carkhuff, 1965), a intimidade da auto-revelação dos clientes (Barrett & Berman, 2001) e a percepção dos clientes acerca do terapeuta (Audet & Everall, 2003; Barrett & Berman, 2001; Hill, Mahalik, & Thompson, 1989). Adicionalmente, vários destes estudos foram conduzidos assentes numa metodologia análoga e não em situações reais de terapia, dificultando a conclusão sobre os efeitos destas práticas no resultado do processo terapêutico.

4.1. Efeitos da auto-revelação do terapeuta segundo a investigação com *design* análogo

Na revisão da literatura sobre investigação em condições análogas de psicoterapia, Hill e Knox (2002) concluíram que observadores não clientes tendem a avaliar a auto-revelação factual do terapeuta e afirmações de “*self involving*” favoravelmente. Dos 18 conjuntos de resultados sobre auto-revelação factual (cf. Hill & Knox, 2002), 14 apresentam uma perspectiva positiva, 3 uma percepção negativa e 1 resultados mistos. Dos 7 resultados referentes especificamente à auto-revelação “*self involving*”, 6 reportavam uma leitura positiva e 1 uma percepção negativa.

Estes resultados são congruentes com a anterior revisão da investigação análoga conduzida por Watkins (1990), que também denota a associação positiva entre auto-revelação do terapeuta e os resultados da psicoterapia. Especificamente, os terapeutas que tendem a revelar moderadamente, de forma não demasiada íntima, são vistos de forma mais favorável pelos clientes, estimulando maior auto-revelação destes. Contrariamente, os terapeutas que não revelam nada, que revelam muito, ou que revelam material muito íntimo e pessoal, são vistos negativamente pelos clientes. Designadamente, quando os terapeutas não revelam informação pessoal são sentidos como “distantes”, “desligados”, “impenetráveis”, comprometendo a relação terapêutica. Quando revelam em demasia, os clientes interpretam este comportamento como “falta de limites nas fronteiras da relação terapêutica” ou uma “mudança do foco da terapia” dos próprios para os terapeutas. A este respeito, Watkins (1990) concluiu que a revelação dos terapeutas acerca de experiências similares às

dos clientes parece ser particularmente útil, advertindo no entanto para o risco da sobrecarga dos clientes com os problemas dos terapeutas.

No mesmo sentido, Kim e colaboradores (Kim, Hill, Gelso, Goates, Asay & Harbin, 2003), num estudo com clientes estudantes universitários voluntários para uma sessão de psicoterapia, verificaram que clientes e terapeutas avaliavam como útil a auto-revelação com nível médio ou baixo de intimidade. Enquanto um nível elevado de intimidade parece surgir associado a um resultado negativo (e.g., assustar ou sobrecarregar o cliente, indicador de problemas nas relações). Todavia, parece importante que as revelações comuniquem algum grau de intimidade, dado que o impacto positivo decorre precisamente de os clientes sentirem o terapeuta “mais real” e “mais humano” e subsequentemente merecedor da sua confiança.

Atendendo ao exposto anteriormente, a investigação análoga sobre os efeitos da auto-revelação do terapeuta parece sustentar uma leitura unânime das vantagens deste tipo de intervenção, designadamente sob determinadas circunstâncias como a frequência moderada (Watkins, 1990) e um nível baixo a moderado de intimidade (Kim, et al., 2003; Watkins, 1990). No entanto, a generalização desta informação ao contexto da psicoterapia deve ser cuidadosa, tanto mais que os estudos “reais” acerca dos efeitos da auto-revelação do terapeuta nos resultados terapêuticos parecem menos consistentes que os estudos análogos (Hill & Knox, 2002; Orlinsky & Howard, 1986).

4.2. Efeitos positivos da auto-revelação do terapeuta no contexto real de psicoterapia

A investigação em psicoterapia sugere que os clientes tendem a recordar pouco do que é dito durante o processo terapêutico, sendo as auto-revelações dos terapeutas das poucas afirmações que são recordadas pelos clientes após o término da psicoterapia (Wzontek, Geller & Farber, 1995). Concomitantemente, após a experiência de psicoterapia, antigos clientes tendem a avaliar a auto-revelação dos terapeutas, inclusive de informação pessoal, como “benéfica” para o processo terapêutico (Ramsdell & Ramsdell, 1993).

Assim, quanto à percepção dos clientes sobre a auto-revelação do terapeuta, nos estudos de Hill (Hill, Helms, Spiegel, & Tichenor, 1988), os clientes avaliam a auto-revelação do terapeuta como a intervenção mais útil, entre os trinta e dois modos de respostas dos terapeutas, correspondendo também à intervenção indutora de uma experiência mais profunda na sessão (i.e., envolvimento com os sentimentos). Numa análise posterior dos mesmos dados, Hill, Mahalik e Thompson (1989) dividiram a auto-revelação do terapeuta em quatro categorias: “*involving*” (comunicação de sentimentos ou pensamentos acerca do cliente em terapia), “*disclosing*” (afirmações que revelam algo acerca da vida do terapeuta), “*reassuring*” (revelações que reforçam ou legitimam a experiência do cliente) e “*challenging*” (revelações que confrontam a perspectiva ou comportamento do cliente). Os resultados deste estudo, que utilizou o envolvimento afectivo do cliente na terapia como uma medida de resultado imediato, indicam que as auto-revelações “*reassuring*” e

as que eram simultaneamente “*involving*” e “*reassuring*”, eram classificadas como as mais úteis, tanto por clientes como terapeutas.

Num trabalho posterior sobre a frequência, impacto e utilidade das auto-revelações dos terapeutas, Knox, Hess, Petersen e Hill (1997), apontam que a totalidade dos clientes participantes descrevem a auto-revelação factual do terapeuta (e.g., informação pessoal passada) como útil, identificando múltiplos efeitos positivos, designadamente a “promoção de *insight*”, “tornar o terapeuta mais humano e real” e a “relação terapêutica mais igualitária”.

Num estudo recente de Hanson (2005), sobre a percepção dos clientes acerca dos efeitos das auto-revelações e ocultações dos terapeutas em psicoterapia, os resultados sugerem que a probabilidade dos clientes avaliarem a auto-revelação como útil era duas vezes e meio superior à avaliação como não útil, em particular no que se refere ao fortalecimento da relação terapêutica. Designadamente, os clientes avaliam a auto-revelação do terapeuta como profícua, para além da promoção da “aliança terapêutica”, para estabelecer uma “relação de igualdade”, servir como “modelagem para novos comportamentos”, “favorecer o *insight*” e a “aprendizagem”, “validar e normalizar a experiência do cliente”, assim como as suas “decisões”, “estabelecer credibilidade”, “promover a solidariedade moral” e “favorecer a transição”. No que concerne a este último aspecto, referido pela primeira vez na literatura empírica neste trabalho, parece que o uso pelos terapeutas no início e no final das sessões de “conversa de transição”, integrando pequenas revelações, é sentida como vantajoso pelos clientes para “ligar” ou “desligar” da psicoterapia (Hanson, 2005). No início da sessão permite “quebrar o gelo”, ajudando a sentir que o terapeuta “está com eles” e, no final, através do foco

em aspectos mundanos da vida do terapeuta, permite sentir o terapeuta como “humano” (Hanson, 2005).

Quanto à percepção dos terapeutas acerca da adequação e eficácia das suas auto-revelações, Pope, Tabachnick e Keith-Spiegel (1988) referem que a maioria dos terapeutas (59,4%) classifica a auto-revelação como uma técnica terapêutica “boa” ou “boa sob certas circunstâncias”. Curiosamente, no estudo anteriormente citado de Hill, Helms, Spiegel e Tichenor (1988), para os terapeutas, maioritariamente de orientação dinâmica, a utilidade da auto-revelação parecia menos clara, dado que 5 dos 8 terapeutas a classificaram como a resposta menos útil. Hill e Knox (2002) especulam que esta avaliação negativa pode decorrer da activação, no acto de revelação, de sentimentos de vulnerabilidade no terapeuta.

Estes resultados sugerem que, como em relação aos restantes aspectos da auto-revelação do terapeuta, torna-se difícil encontrar uma posição inequívoca acerca dos efeitos desta prática. Adicionalmente, como denota o trabalho de Lane, Farber e Geller (2001) a avaliação dos terapeutas acerca dos efeitos da auto-revelação parece intrinsecamente relacionada tanto com os conteúdos da revelação, como com os objectivos subjacentes. Assim, são consideradas facilitadoras do processo de mudança em psicoterapia revelações do terapeuta sobre “sentimentos de respeito e admiração pelos clientes”, “atitudes em relação à educação das crianças”, “reações emocionais aos clientes”, “opinião acerca do prognóstico”, “reações ao estilo expressivo do cliente”, “sentimentos similares aos do cliente”, “desculpas por erros” e “estratégias para lidar com *stress*” (Lane, Farber & Geller, 2001). Os autores sugerem ainda que as auto-revelações mais comuns são as que pretendem

transmitir esperança (e.g., “crenças acerca da eficácia”), as que visam fortalecer a relação terapêutica e reparar rupturas na aliança (e.g., “desculpas pelos erros”). Adicionalmente, na literatura empírica encontramos, como objectivos justificativos da auto-revelação no encontro com os clientes, aspectos como a “promoção da percepção de semelhança”, o “fortalecimento da relação terapêutica”, a “normalização das experiências dos clientes”, a “modelagem de novos comportamentos” e “oferecer novas perspectivas” (Edwards & Murdock, 1994; Simone, McCharthy & Skay, 1998).

Em termos dos efeitos da auto-revelação do terapeuta nas variáveis do processo terapêutico, entre os estudos que suportam um efeito positivo decorrente desta prática na auto-revelação dos clientes, o trabalho de Truax e Carkhuff (1965) sugere uma relação significativa entre a transparência dos terapeutas e o nível de auto-revelação ou auto-exploração dos clientes. No entanto, esta ligação não foi corroborada no estudo de Barret e Berman (2001), em que um grupo de terapeutas recebia indicações para aumentar a auto-revelação (e.g., informação pessoal, resposta emocional, reacção perante clientes), enquanto um segundo grupo era instruído a diminuir a auto-revelação, com intuito de determinar o impacto da frequência, duração e intimidade das auto-revelações do terapeuta na percepção dos clientes sobre os terapeutas, assim como na auto-revelação dos clientes. A auto-revelação dos terapeutas era ainda avaliada por observadores “cegos” (e.g., frequência, duração, intimidade das revelações, conteúdo similar), para determinar a influência desta prática em termos do resultado do tratamento e na auto-revelação dos clientes. Nos dois grupos o nível de perturbação emocional dos clientes anterior ao tratamento era igual, assim como as expectativas em

relação à frequência, duração e intimidade das revelações e à mudança. A manipulação da frequência, duração e intimidade das revelações do terapeuta, provou estar positivamente associada ao efeito do tratamento (Barret & Berman, 2001), pois os clientes na condição com elevada auto-revelação identificavam mais auto-revelação no terapeuta, concomitantemente ao relato de menos sintomas e de apreciarem mais o terapeuta. Os observadores concluíram que os terapeutas, tal como esperado, revelavam menos que os clientes, no entanto não denotaram diferenças na auto-revelação dos clientes nas duas condições. Globalmente, as auto-revelações dos terapeutas eram menos íntimas que as dos clientes, sendo que as últimas também não variavam entre condições enquanto as dos terapeutas eram mais íntimas na condição de auto-revelação. Por último, consideraram que a auto-revelação do terapeuta estava claramente associada em termos de conteúdo às auto-revelações dos clientes, e que os terapeutas com mais experiência tinham mais revelação que os menos experientes na condição de revelação.

Em suma, este conjunto de resultados proporciona-nos um enquadramento para a compreensão da auto-revelação dos terapeutas para além da influência na percepção dos clientes acerca das qualidades do terapeuta, elucidando o impacto desta prática na relação terapêutica, no processo e em menor grau no resultado. Assim, a auto-revelação do terapeuta parece melhorar a qualidade da relação terapeuta – cliente, ajudando a construir a relação e a confiança, ao mesmo tempo que permite aos clientes perceber os terapeutas como “mais reais e humanos” e a relação como “mais igual” (Knox et al., 1997; Wells, 1994). A auto-revelação parece promover o processo terapêutico, normalizando os problemas dos clientes, aumentando o

seu envolvimento e proporcionando *insight* e novas formas de pensar e comportar (Lane, Farber & Geller, 2001; Knox et al., 1997). O impacto em termos dos resultados é menos claro, parecendo que a auto-revelação pode diminuir os sintomas de mal-estar através do impacto positivo indirecto na relação (Barrett & Berman, 2001).

4.3. Efeitos mistos ou negativos da auto-revelação do terapeuta

Acerca dos efeitos da auto-revelação dos terapeutas, deparamo-nos também com resultados mistos, como o exemplo do trabalho de Wells (1994), num estudo qualitativo com oito clientes em psicoterapia, em que se verificou que enquanto alguns clientes consideravam que a relação terapêutica permanecia “igual” como resultado da auto-revelação, outros relatavam “diminuição da confiança no terapeuta” e aumento da “inibição na partilha das respostas”. Igualmente, a natureza voluntária da auto-revelação deixou os clientes desconfortáveis com as fronteiras da relação, desencadeando sentimentos de “desapontamento” ou “surpresa”.

Na mesma linha, Curtis, Field, Knaan-Kostman e Mannix (2004), num estudo com 75 terapeutas de formação dinâmica, acerca do que estes consideravam positivo e prejudicial na sua terapia, concluíram que a auto-revelação dos terapeutas, acerca de aspectos específicos da sua vida, não estava correlacionada com a percepção de mudança, enquanto a auto-revelação de sentimentos estava. Já o estudo de Braswell, Kendal, Braith, Carey e Vye (1985) aponta uma relação negativa entre frequência de auto-revelação dos terapeutas e a melhoria dos clientes, avaliada pelos terapeutas.

As dificuldades, em termos das fronteiras da relação terapêutica e da excessiva proximidade assumem-se claramente como os maiores riscos do uso da auto-revelação dos terapeutas (Audet & Everall, 2003; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997). Pelo que, Audet e Everall (2003), salvaguardando o potencial da auto-revelação do terapeuta para promover a igualdade na relação terapêutica e o reconhecimento de aspectos comuns na experiência de clientes e terapeutas, alertam para o risco desta intervenção acarretar uma diminuição da confiança na capacidade dos terapeutas e maior probabilidade dos clientes terem sentimentos de crítica em relação aos terapeutas.

Este misto de impactos positivos e negativos associado à auto-revelação do terapeuta decorre da inter-relação entre a prática da auto-revelação do terapeuta e as expectativas dos clientes. Quando estes recebem informação pessoal do terapeuta encetam um processo de avaliação com intuito de formular uma impressão sobre o profissionalismo e competência do terapeuta, atendendo ao comportamento e ao conteúdo da revelação. Neste processo, os clientes sem experiência de psicoterapia, logo com menos ideias preconcebidas, aceitam com maior facilidade a auto-revelação do terapeuta como parte da experiência terapêutica, o que não acontece com clientes com experiência prévia, que não esperam estes comportamentos e relatam sentimentos ambivalentes em relação ao terapeuta (Audet & Everall, 2003). Concomitantemente, os clientes que reconhecem este comportamento como benéfico, consideram que a auto-revelação não compromete o profissionalismo do terapeuta, sendo o oposto também verdadeiro, ou seja, aquando de uma avaliação negativa questionam o profissionalismo e competência do terapeuta,

manifestando uma diminuição de expectativas em relação à utilidade da psicoterapia.

Adicionalmente, os efeitos da auto-revelação do terapeuta no processo terapêutico interagem com o nível de intimidade, frequência, “extensão”, congruência, *timing* da revelação e ainda com a qualidade da relação terapêutica (Audet & Everall, 2003). Em termos do *timing* da auto-revelação, por exemplo, os terapeutas revelam moderadamente na fase inicial da psicoterapia com intuito de fomentar a relação ou aliviar a ansiedade dos clientes (Simone, McCarthy & Skay, 1998), por outro lado, nesta mesma fase, recorrem também à ocultação para evitar sobrecarregar os clientes (Mathews, 1989).

4.4. Efeitos da ocultação do terapeuta

A possibilidade de “retirar a atenção do cliente”, de “sobrecarregar ou confundir os clientes”, de “dissolver as barreiras entre terapeuta e cliente” ou “diminuir o tempo necessário para a auto-revelação dos clientes”, destacam-se entre as motivações mais citadas para explicar e justificar a não revelação dos terapeutas (Anderson & Mandell, 1989; Mathews, 1989; Simone et al., 1998). Todavia, apesar das advertências referentes aos riscos da auto-revelação do terapeuta, não podemos ignorar os trabalhos que apontam precisamente o oposto, ou seja, o potencial negativo da ocultação. O trabalho já citado de Hanson (2005), sobre a percepção dos clientes e impacto da ocultação dos terapeutas, demonstra precisamente este efeito, em que a ocultação foi avaliada duas vezes mais de forma negativa.

O maior impacto da não revelação foi sentido na aliança terapêutica, sendo a “falta de conexão com o terapeuta” sentida como prejudicial para a relação, para a confiança e para a própria revelação do cliente. Fosha (2004) corrobora esta noção, apontando a omissão dos terapeutas por motivos de vergonha, dúvidas, dimensões técnicas ou submissão à pressão de um papel mais neutro, como tendo um impacto negativo na sessão. Estes resultados vêm no seguimento dos estudos empíricos sobre a aliança terapêutica que apontam que esta é afectada quando as necessidades dos clientes não são correspondidas (Coady & Marziali, 1994) ou quando os terapeutas não reconhecem a relação “real” com os clientes (Ackerman & Hilsenroth, 2001). A este respeito, Safran e Muran (2000) defendem que a ocultação, designadamente de revelações “*self involving*”, pode constituir um impedimento ao progresso da terapia. No modelo dos autores sobre reparação de rupturas na aliança terapêutica, evidenciadas quando os clientes se afastam emocionalmente ou agem hostilmente no encontro terapêutico, Safran e Muran (2000) consideram a auto-revelação do terapeuta como um importante recurso na gestão destas dificuldades. Assim, o terapeuta, depois de identificar a ruptura, deve dirigir a atenção para a experiência do cliente, com intuito de o ajudar a expressar sentimentos negativos ocultos, passando seguidamente à “análise da resistência”, ajudando o cliente a reconhecer e assumir os comportamentos defensivos. Ora, em todo este processo, a auto-revelação “*self involving*” do terapeuta constitui-se como um instrumento fundamental para ajudar o cliente a assumir os sentimentos e desejos anteriormente ocultados. Concomitantemente, reconhecendo a natureza de co-construção da relação terapêutica, este modelo preconiza que o

comportamento do cliente também é influenciado pelo terapeuta, sendo portanto fundamental que este atenda à forma como afecta o comportamento dos clientes e ao papel que desempenha nas rupturas da relação terapêutica (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Safran & Muran, 2000).

Como relatamos no início deste capítulo, contrastando com o volume de trabalhos sobre a auto-revelação dos terapeutas, o número de trabalhos acerca da ocultação é bastante reduzido, sendo que a maioria destes trabalhos tem focado os conteúdos ocultados (Lane, Farber & Gelso, 2001; Regan & Hill, 1992) e menos os seus efeitos. No entanto, os trabalhos realizados até ao momento sugerem que a ocultação do terapeuta pode ter um efeito negativo no processo terapêutico, criando um sentimento de distância na relação e comprometendo a aliança terapêutica.

Síntese

Os resultados empíricos sobre os efeitos da auto-revelação e da ocultação do terapeuta parecem enfatizar a relação entre variáveis do contexto terapêutico e impacto destas práticas, na medida em que estas podem acarretar efeitos positivos e negativos, em termos da percepção das competências do terapeuta, do processo e da relação terapêutica (Audet & Everall, 2003; Knox et al., 1997; Wells, 1994). Em particular, a diferenciação acerca do tipo de impacto parece estreitamente associada às expectativas dos clientes, assim como à forma como a auto-revelação é apresentada.

Analisando a interacção entre a eficácia das auto-revelações do terapeuta e dimensões como o nível de intimidade, frequência, “extensão”, reciprocidade, *timing* da auto-revelação, no que concerne à frequência,

concluiu-se que uma baixa frequência desta prática está positivamente associada a uma avaliação positiva por parte dos clientes (Kim, Hill, Gelso, Goates, Asay & Harbin, 2003; Watkins, 1990). Concomitantemente, auto-revelações recíprocas e moderadamente íntimas, parecem ter como consequência os clientes gostarem mais dos terapeutas e terem um melhor resultado no processo terapêutico (Audet & Everall, 2003; Barret & Berman, 2001; Hanson, 2005), embora tal não pareça promover a frequência ou a intimidade das auto-revelações dos clientes. Adicionalmente, as auto-revelações de “conforto” parecem ter mais impacto positivo que as de “desafio” (Hill, Mahalik & Thompson, 1989).

Entre os efeitos decorrentes da auto-revelação dos terapeutas destacamos a “promoção da relação terapêutica, o *“insight”*, tornar o terapeuta “mais humano” e “normalizar as dificuldades do cliente” (Edwards & Murdock, 1994; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997; Simone, et al., 1998). Estes resultados são congruentes com a perspectiva que postula uma melhoria na relação terapêutica em função da auto-revelação dos terapeutas, dado que fomenta uma visão do terapeuta como mais amigável, aberto, útil e caloroso (Fosha, 2004; Safran & Muran, 2000). No entanto, parecem contrariar a ideia de que a auto-revelação dos terapeutas promove maior revelação ou maior intimidade na revelação dos clientes (Barrett & Berman, 2001).

Quanto aos efeitos a longo prazo, encontramos resultados antagônicos (Barret & Berman, 2001; Braswell, Kendal, Braith, Carey & Vye, 1985), o que pode estar associado à dificuldade inerente à determinação do impacto de uma única declaração do terapeuta em termos do resultado final do processo terapêutico (Hill & Knox, 2002). Assim, parece que os maiores efeitos da auto-

revelação ou da ocultação dos terapeutas são sentidos no âmbito da aliança terapêutica. Como descrevem Greenberg, Rice e Elliott (1993) o terapeuta deve prestar atenção às necessidades dos clientes, tal-qualmente as figuras de cuidados primários devem cuidar das necessidades das crianças. Designadamente, os clientes desejam e necessitam de sentir conforto, compreensão, aceitação, valorização e proximidade na relação com o terapeuta, devendo a decisão quanto à auto-revelação ou à ocultação ser aferida em função destas necessidades. Embora estes objectivos possam ser alcançadas sem a auto-revelação do terapeuta, a maioria dos clientes parece avaliar esta prática como uma forma eficaz de promover a proximidade e sentido de ligação, assim como um sentimento de maior igualdade (Hanson, 2005).

5. Reflexão final sobre a investigação referente à auto-revelação/ocultação dos terapeutas em psicoterapia

No pedido de ajuda dos clientes subjazem, implícitas ou explícitas, um conjunto de necessidades que podem ser respondidas mediante o recurso a diferentes respostas ou estratégias terapêuticas. Os dados da investigação no domínio da auto-revelação dos terapeutas, denotam o poder destas respostas quando são transmitidas através de auto-revelações do terapeuta (Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997). Não obstante, esta continua a ser uma intervenção controversa no domínio da psicoterapia, pelo facto de cair no espaço entre o “eu profissional” e o “eu pessoal” do terapeuta (Farber, 2006).

Perante a impossibilidade de não comunicar, compartilhamos da visão de Geller (2003) acerca da auto-revelação como uma forma própria de comunicação em psicoterapia, com um papel equivalente às clarificações, interpretações ou questões no repertório de ferramentas terapêuticas, valorizando o processo subjacente à auto-revelação em detrimento do conteúdo. Nesta óptica, o recurso intencional à auto-revelação decorre de um processo de tomada de decisão que reconhece que esta, tal como outras práticas comunicacionais em psicoterapia, pode servir diferentes objectivos. Assim, após a definição dos objectivos terapêuticos prioritários, o terapeuta passa para a selecção, entre a multiplicidade de técnicas terapêuticas, das que permitem concretizar os objectivos, sendo que, segundo Geller (2003), os terapeutas podem servir-se da auto-revelação para atingir quase todos os objectivos terapêuticos.

Dada a complexidade que envolve este tema, Peterson (2002) propõe que esta tomada de decisão quanto à auto-revelação ou à ocultação do terapeuta seja equiparada a um dilema ético. Assim, perante a impossibilidade de total ocultação, uma vez que desde o género, ao vestuário, à decoração, até ao envolvimento em actividades públicas, diversos elementos comunicam informação (Peterson, 2002), os terapeutas, neste processo de tomada de decisão, devem ponderar as implicações éticas decorrentes de cada uma das práticas. Esta decisão é mais fácil quando a auto-revelação parece nitidamente útil aos clientes, não ameaça as fronteiras terapêuticas, não tem uma motivação narcisista, ou no inverso, quando parece ultrapassar as fronteiras e é essencialmente auto-gratificante. As dificuldades surgem quando os riscos e benefícios parecem equilibrados (Marcus, 1998).

Nesta perspectiva, tanto o significado como o valor da auto-revelação e da ocultação do terapeuta são entendidos em função do contexto onde ocorrem, podendo os resultados da investigação sobre este domínio, apesar de por vezes ambíguos e contraditórios, ajudarem na reflexão sobre os factores a ponderar neste processo de tomada de decisão. Desde logo, importa atender aos objectivos que se pretendem alcançar com o uso da auto-revelação. Abreviando os resultados dos diversos trabalhos empíricos sobre o tema, decorrentes de investigações análogas ou em contexto de psicoterapia real, podemos assinalar como fundamentos para a auto-revelação do terapeuta “fomentar a percepção de similitudes entre o terapeuta e o cliente”, “modelar comportamentos apropriados”, “fomentar a relação terapêutica”, “validar a realidade ou normalizar a experiência dos clientes”, oferecer “formas alternativas de agir e pensar” e ainda o “desejo dos clientes conhecerem informação acerca dos terapeutas” (Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Hill & Knox, 2002; Lane, Farber & Geller, 2001). Já no que concerne aos motivos para se esquivarem à auto-revelação, os terapeutas parecem ocultar quando consideram que a auto-revelação favoreceria a “satisfação das próprias necessidades”, “retirava a atenção dos clientes”, ou ainda, quando acarretava o “risco de interferir com o fluxo de material dos clientes”, “diluía as fronteiras na relação”, “sobrecarregava os clientes” ou “contaminava o processo de transferência” (Anderson & Mandell, 1989; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Lane, Farber & Geller, 2001; Simon, 1990).

Em termos da posição dos clientes acerca da auto-revelação dos terapeutas, os primeiros consideram que os terapeutas revelam para

“normalizar experiências”, “tranquilizar ou ajudar a proceder a mudanças construtivas”, “tornar a relação terapêutica mais igualitária” e “servir de modelo de abertura interpessoal” (Hill & Knox, 2002; Knox et al., 1997). Quando contrastamos os dados de clientes e terapeutas encontramos uma clara justaposição nos objectivos identificados por ambos (e.g., “fortalecimento da relação terapêutica”, “alívio do sentimento de isolamento”, “normalização”, “desenvolvimento de novas formas de pensar e agir”), todos referentes a necessidades identificadas nos clientes. Este princípio de colocar as necessidades dos clientes no centro da decisão quanto à auto-revelação ou à ocultação, em detrimento das necessidades do terapeuta (e.g., necessidade de supervisão, consultadoria, terapia individual, auto-gratificação) é de resto subscrito pela maioria dos terapeutas (Brown & Walker, 1990).

Indubitavelmente que a exclusão dos factores do terapeuta e o foco único na utilidade desta intervenção para os clientes facilitaria a tomada de decisão, no entanto, em domínios como as abordagens humanista e relacional, as necessidades pessoais do terapeuta de experienciar intimidade, autenticidade e até gratificação no encontro com o cliente, são também considerados como factores legítimos para determinar a postura terapêutica quanto a estas intervenções. Este alargamento da legitimação da auto-revelação do terapeuta, patente tanto nos resultados empíricos como nos modelos teóricos, não implica todavia uma ausência de limites, mas antes a necessidade de cuidados redobrados na sua definição. Assim, por exemplo, os terapeutas devem reconhecer e assumir os seus problemas e conflitos pessoais, bem como a extensão em que estes podem interferir na capacidade

de trabalho e, se for o caso, abster-se de trabalhar ou procurar ajuda para não prejudicarem os clientes.

Quanto à postura a adoptar em circunstâncias específicas como no caso de questões directas ou solicitações dos clientes, a posição tradicional seria de recusa em responder a qualquer solicitação de informação ou *feedback*, interpretando o interesse dos clientes nos terapeutas como uma forma de resistência. Basescu (1987) desafia e questiona a lógica subjacente a esta recusa, bem como os argumentos de proteger o trabalho terapêutico de interferências e de respeitar os limites das fronteiras na relação terapêutica, considerando que esta leitura contribui para a “mistificação” da psicoterapia. No inverso, assumindo uma postura defensora da centralidade da relação terapêutica, considera que a auto-revelação em resposta directa às questões dos clientes pode constituir uma oportunidade única para fomentar a consciência destes acerca do seu papel na relação e de como são percebidos por outro significativo. Adicionalmente, a resposta a questões mundanas, pode ainda constituir uma forma dos terapeutas comunicarem aos clientes a sua importância e que as suas necessidades são respeitadas. No inverso, a recusa total de revelar pode causar ressentimentos e resistência, sendo provavelmente mais prejudicial manter a dúvida e a ambivalência do que oferecer uma resposta directa (Geller, 2003).

Retomando a questão do processo de decisão acerca da auto-revelação ou ocultação do terapeuta, importa também atender ao conteúdo da comunicação para definir a aceitabilidade ou não da auto-revelação (Peterson, 2002). Assim, globalmente, tanto a auto-revelação pessoal factual como a auto-revelação “*self involving*” acarretam um risco e um potencial elevado. Em

termos dos benefícios associados, as primeiras têm o potencial de re-estabelecer ou fortalecer a relação de intimidade e as segundas de transmitir informação acerca do papel e impacto dos clientes, como não recebem em outros contextos. Concretamente, em relação à auto-revelação de informação pessoal factual (e.g., formação, prática profissional, procedimentos de intervenção) denotamos um certo consenso na literatura empírica quanto à sua adequação, designadamente com o intuito de facilitar a tomada de decisão informada dos clientes quanto à participação na intervenção (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994; Epstein, 1994; Lane, Farber & Gelso, 2001), sendo no entanto as auto-revelações “*self involving*” consideradas como mais úteis e mais frequentes, numa maior proporção de terapeutas (Knox, et al., 1997).

A respeito de alguns trabalhos que indicam uma maior incidência de auto-revelações factuais em detrimento das revelações “*self involving*” (Borys, & Pope, 1990; Knox, et al., 1997). Knox e colaboradores (1997) atribuem estes resultados aos processos de recordação dos clientes, designadamente à possibilidade destes recordarem mais as revelações históricas do terapeuta, enquanto as “*self involving*”, com uma ocorrência mais rápida ou mais breve, são esquecidas ou integradas na impressão global acerca da relação terapêutica. Quanto ao facto dos clientes apontarem também as auto-revelações factuais como as mais úteis, os autores atribuem esta percepção de utilidade à possibilidade destas proporcionarem uma visão mais completa dos terapeutas, enquanto as auto-revelações “*self involving*” podem ser sentidas como demasiado íntimas ou ameaçadoras e conseqüentemente não úteis.

Neste ponto assume igual importância cingir a auto-revelação “*self involving*” aos assuntos resolvidos em detrimento de dificuldades actuais, como garantia de que o foco reside nas necessidades dos clientes, assim como que os terapeutas têm distância e resolução suficientes para analisar o assunto de modo produtivo (Epstein, 1994). Naturalmente que a vivência pelo terapeuta de circunstâncias especiais (e.g., lutos, doenças) exige uma reflexão cuidada quanto à auto-revelação ou ocultação destas circunstâncias. Peterson (2002), em defesa da auto-revelação destas temáticas particulares, descreve a possibilidade desta ajudar a modelar a comunicação aberta sobre estes temas, fomentar a confiança na relação e validar a percepção dos clientes acerca de alguma eventual diferença no terapeuta. De igual modo, esta auto-revelação pode ser importante em termos da autonomia dos clientes e do consentimento informado, em particular nas circunstâncias que possam implicar uma interrupção no tratamento. No pólo negativo, pode ser contraproducente ao limitar a liberdade de expressão dos clientes (e.g., necessidades pessoais, sentimentos negativos), ou pior, se estes procurarem corresponder às necessidades de alívio ou empatia dos terapeutas.

Apesar destas ambiguidades quanto aos conteúdos, a realidade é que uma percentagem significativa de terapeutas reconhece usar a auto-revelação, sendo no entanto a frequência absoluta desse comportamento relativamente baixa (Hill & Knox, 2002; Ramsdell & Ramsdell, 1993). Curiosamente, em termos da frequência desta intervenção, mesmo quando os terapeutas são encorajados a auto-revelar, os resultados demonstram que esta continua infrequente (Barret & Berman, 2001). Assim, estes resultados parecem sustentar a importância de os terapeutas promoverem ou até aumentarem

ligeiramente o uso desta estratégia, sendo, no entanto, contraproducente um aumento drástico. Primeiro porque, como Hill (Hill, Helms, Spiegel, & Tichenor, 1988) e Watkins (1990) sugerem, a auto-revelação frequente de determinado tipo de informação pode diminuir a sua potência, e, segundo, porque pode criar nos clientes a percepção de que os assuntos dos terapeutas são relatados com muita frequência, retirando tempo aos clientes. Hill e Knox (2002) defendem precisamente a hipótese do valor desta intervenção decorrer da sua raridade, ou seja, parece que no que concerne à auto-revelação do terapeuta “*less is more*” (Geller, 2003, pp. 543).

Naturalmente que a eficácia de qualquer intervenção terapêutica decorre também da oportunidade temporal da sua implementação, pelo que importa reflectir acerca dos condicionalismos do contexto temporal (Audet & Everall, 2003; Geller, 2003; Mathews, 1989; Simone et al., 1998). Por exemplo, deixar o uso da auto-revelação para etapas adiantadas da psicoterapia pode ser contraproducente, pois a reacção dos clientes à novidade da intervenção pode sobrepor-se ao conteúdo da mensagem, podendo desencadear receio ou ameaça. Assim, concretizando alguns destes efeitos interactivos entre a auto-revelação do terapeuta e o *timing* do processo terapêutico relativamente à fase inicial, a auto-revelação parece importante para fomentar a relação terapêutica e para aliviar a ansiedade dos clientes (Simone et al., 1998). Na fase intermédia, em particular as afirmações “*self involving*”, permitem a identificação de aspectos problemáticos da relação que impedem a concretização dos objectivos terapêuticos. Finalmente, na fase final do processo, assumindo que a auto-revelação diminui a distância emocional entre clientes e terapeutas, traduz uma postura mais democrática e mais próxima,

esta prática pode permitir celebrar ganhos ou comunicar afectos de forma recíproca, enfatizando a intimidade (Geller, 2003).

De facto, a investigação evidencia esta tendência para o aumento da auto-revelação dos terapeutas na fase final da psicoterapia (Hill & Knox, 2002), com o intuito de discutir a sua experiência e a experiência dos clientes no processo, por considerarem importante os clientes sentirem os terapeutas como reais, genuínos e autênticos, para desmistificar o papel de terapeuta e o processo terapêutico e atribuírem poder aos clientes para fomentar o crescimento após terapia. Analogamente, a revelação gradual de informação pessoal de natureza inócua ao longo do processo (e.g., férias, filhos, acontecimentos públicos) parece importante para confirmar a humanidade do terapeuta e aferir as reacções dos clientes antes de proceder a revelações com maior nível de intimidade (Geller, 2003). Este tipo de auto-revelação parece também útil nos momentos iniciais das sessões para “quebrar o gelo” e fomentar a proximidade, enquanto no final, focando aspectos mundanos, reafirma a humanidade do terapeuta (Hanson, 2005).

Todavia, o facto da auto-revelação dos terapeutas satisfazer estes requisitos não elimina os riscos subjacentes, tais como a possibilidade da auto-revelação criar falsas expectativas (e.g., acerca da relação terapêutica ou de mais revelações) ou desentendimentos (e.g., a possibilidade das revelações serem entendidas como reforço e posteriores não revelações como punição; serem entendidas como críticas ou falta de compreensão) (Hill, 1998). Assim, Knox, Hess, Petersen e Hill (1997) apresentam um padrão narrativo de auto-revelação útil para os terapeutas, iniciando com a escolha do momento para a auto-revelação, que deve ser associada à discussão de assuntos pessoais

importantes similares. Ou seja, é fundamental existir uma ligação clara entre o conteúdo da auto-revelação e as preocupações dos clientes, para facilitar que estes percepcionem a auto-revelação como uma estratégia de normalização ou de tranquilização. Ainda para promover este impacto positivo, os terapeutas devem, após a revelação, retomar o foco do discurso nos clientes e questionar o impacto da auto-revelação.

Acerca do fenómeno oposto, ou seja da ocultação, Fosha (2004) defende que com esta intervenção o terapeuta fecha o fluxo de ressonância diádica com consequências negativas em termos do processo terapêutico. A ocultação de pensamentos e sentimentos pode ser frustrante para terapeutas e clientes, dado que os clientes são privados de um *feedback* natural (muitos beneficiam de *feedback* directo, explícito e imediato da forma como têm impacto no outro, mais do que do *insight*), assim como de formas adequadas de comunicar material delicado. A ocultação dos terapeutas acerca das suas frustrações ou necessidades dificulta também a expressão dos clientes de sentimentos negativos em relação ao terapeuta, podendo inibir a resolução de problemas na relação (Safran & Muran, 2000). A incapacidade ou inabilidade em discutir “assuntos delicados”, como emoções negativas, ocorre quando nenhum dos membros da díade quer assumir o peso de tomar decisões e agir de forma que pode causar vergonha ou culpa num ou em ambos os participantes. Sendo de valorizar o tacto e cuidado devido nessas situações, a tendência de evitar qualquer conflito limita a possibilidade de expressão e crescimento (Geller, 1994). Quando, contrariamente, os terapeutas seguem a tendência para a revelação sentem que a terapia progrediu e “aprofundou-se”, podendo, nesta perspectiva, as terapias “paradas” ser resultado de um ciclo vicioso de

evitamento mútuo do risco de revelar, tornando-se experiências mútuas de tédio, sendo que as reticências dos terapeutas em exprimir as suas posições dentro das sessões podem causar o fim precoce da psicoterapia.

Apesar das ambiguidades e incertezas que permanecem sobre os processos de auto-revelação e ocultação dos terapeutas em psicoterapia, sinal indubitável da necessidade de mais investigação, qualquer decisão sobre estas práticas deve ser enquadrada no contexto de cada relação terapêutica, sendo que o uso competente da auto-revelação parece depender essencialmente da capacidade dos terapeutas acomodarem de forma flexível o seu nível de revelação, profundidade do envolvimento e expressividade, às necessidades idiossincráticas dos clientes e a cada etapa do processo terapêutico. Assim, a ponderação, reflexão e intencionalidade destacam-se como características centrais deste processo de tomada de decisão, também em contraste com momentos de auto-revelação espontânea (Geller, 2003).

Por último, as mudanças no contexto cultural em que vivemos, com a transformação nos conceitos de privacidade, que estiveram na base de princípios como repressão, resistência e anonimato, devem também ser ponderadas na reflexão acerca das mudanças no domínio da auto-revelação e ocultação dos terapeutas. De facto, na actualidade, estamos inseridos numa cultura que encoraja manifestações públicas de abertura, de que constituem prova um conjunto de programas de televisão e filmes que ilustram o modo como a informação privada passou para o domínio público. Consequentemente, assistimos à democratização da informação e a uma informalidade crescente no âmbito das relações interpessoais, de que a relação terapêutica, apesar das suas especificidades, não é isenta.

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS TERAPEUTAS

B. AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA: RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS CLIENTES

Introdução

Como referimos no capítulo anterior, os primeiros trabalhos empíricos sobre a auto-revelação no domínio interpessoal datam das décadas de 50 e 60, com os estudos de Jourard (1959, 1971; cf. Farber, 2006; Jourard, 1968). No domínio da psicoterapia, a investigação sobre auto-revelação/ocultação no processo terapêutico é bastante mais recente, datando da década de 80 o início dos trabalhos nesta área com o grupo de Clara Hill.

A investigação no domínio da psicoterapia desenvolveu-se historicamente em dois domínios de interesse distintos: os resultados, focando as mudanças no final do processo terapêutico, e o próprio processo terapêutico, focando variáveis e acontecimentos ocorridos no contexto da sessão terapêutica (cf. Fernandes, 2001). Além da diferença nos objectivos, estas abordagens distinguiam-se pelo recurso a metodologias diferenciadas, privilegiando a investigação centrada nos resultados uma abordagem quantitativa, por contraposição a uma abordagem compreensiva no domínio da investigação centrada no processo. Acerca desta última, depois do foco inicial em aspectos como as características do cliente, as condições necessárias e suficientes para a mudança e o estabelecimento de relações causais entre variáveis do processo e resultados globais, verificou-se, nos últimos anos, uma diversificação no campo de interesses. Designadamente,

passou a abranger aspectos como análises sequenciais das respostas do terapeuta e do cliente e análises dos processos e tarefas terapêuticas (Fernandes, 2001), com o intuito de alargar o conhecimento sobre o processo de mudança em psicoterapia assim como a compreensão da própria experiência de psicoterapia.

Estas transformações no domínio da investigação em psicoterapia introduziram mudanças em termos dos objectivos e das metodologias utilizadas, como o foco no estudo dos fenómenos psicoterapêuticos no contexto onde naturalmente ocorrem, privilegiando o relato dos agentes no processo terapêutico e a sua experiência (cf. Elliott & James, 1989; Hill, 1994; McLeod, 1990) e o recurso a metodologias das ciências naturais e das ciências humanas (Polkingorne, 1988; Rennie & Toukmanian, 1992).

Especificamente, no que concerne à ocultação dos clientes em psicoterapia, os primeiros trabalhos surgiram no âmbito da investigação sobre o processo terapêutico, designadamente com os trabalhos sobre os processos cobertos dos participantes (e.g., intenções dos terapeutas (Hill & O'Grady, 1985), reacções dos clientes (Elliot, 1985; Hill, Helms, Spiegel & Tichenor, 1988). Em comum, estes trabalhos defendiam a asserção de que para obter uma compreensão mais completa do processo terapêutico era necessário considerar os processos cobertos dos participantes, tendo como fundamento os modelos cognitivo-mediacionais (Hill & O'Grady, 1985; Martin, 1984), que descreviam a interacção entre os comportamentos abertos e cobertos de terapeutas e clientes. Segundo o modelo, as intenções dos terapeutas conduzem-nos a determinadas intervenções, verbais e não verbais, que subsequentemente produzem reacções nos clientes. Por sua vez, os

comportamentos dos clientes evocam reacções nos terapeutas e conduzem por conseguinte à revisão das intenções terapêuticas. No entanto, os resultados das primeiras investigações acerca dos processos cobertos em psicoterapia evidenciaram que os clientes ocultavam sentimentos negativos do terapeuta, sem que este tenha consciência do facto (Hill, 1989), contrariando as premissas do modelo supra-identificado que preconizava que quanto maior a abertura e revelação dos clientes acerca dos seus pensamentos e sentimentos mais e melhor o terapeuta poderia ajudar.

Ora, no âmbito deste modelos, tornou-se difícil integrar os resultados que denotam que os terapeutas nem sempre têm consciência das reacções dos clientes, ou que os últimos ocultam as suas reacções, na medida em que o processo de *cura* em psicoterapia estava intrinsecamente associado à auto-revelação e ao material que era disponibilizado no âmbito da relação terapêutica (Hill & O'Grady, 1985; Martin, 1984). De certo modo, foi esta controvérsia que desencadeou o recente interesse no domínio da investigação em psicoterapia acerca do tipo, extensão e efeitos da auto-revelação e da ocultação dos clientes no processo terapêutico.

1. Estudos sobre a frequência de auto-revelação/ ocultação dos clientes

De acordo com os pressupostos tradicionais sobre a psicoterapia, os clientes devem adoptar uma postura de “abertura” e “revelação” para beneficiarem do processo terapêutico (Hill & O'Grady, 1985; Hill, Thompson,

Cogar & Denman, 1993; Martin, 1984; Stiles, 1987). Assim, a auto-revelação dos clientes acerca de pensamentos, sentimentos e percepções, constitui-se um dos objectivos centrais da psicoterapia, enquanto indicador da exploração do quadro de referência interno, do assumir de responsabilidade por sentimentos e intenções, da aprendizagem sobre solução de problemas ou do desenvolvimento de uma compreensão mais profunda das dificuldades (Farber, 2006). Igualmente, estes pressupostos convencionam os comportamentos de ocultação dos clientes como estratégias de negação, resistência, engano ou manipulação e conseqüentemente prejudiciais para o processo terapêutico (Hill & O'Grady, 1985; Hill, Thompson, Cogar & Denman, 1993; Martin, 1984; Stiles, 1987).

De facto, os resultados da investigação sobre as intenções dos clientes comprovam que, independentemente da abordagem terapêutica, os clientes manifestam intenções de auto-revelação em 40% a 60% das afirmações proferidas no contexto terapêutico (McDaniel, Stiles & McGaughey, 1981; Stiles & Shapiro, 1994). Este elevado índice de intenções de auto-revelação parece diferenciar o papel de “cliente” de outros papéis sociais em que a revelação também ocorre mas com menor frequência (e.g. doente, testemunha em tribunal), suportando a tese de que a auto-revelação está no cerne da psicoterapia (Stiles, 1995).

Num conjunto de trabalhos mais recentes, Farber e Hall (cf. Farber & Hall, 2002; Hall & Farber, 2001), num estudo com 147 pacientes em psicoterapia de longa duração, usando o “*Disclosure – to – Therapist Inventory – Revised*” (DTI – R; Hall & Farber, 2001), um questionário desenvolvido para avaliar o grau de auto-revelação dos clientes em psicoterapia acerca de um

conjunto de tópicos de elevada a moderada intimidade, os clientes consideram fazer uma revelação moderada ($\bar{x} = 3,2$ numa escala de 5). Destes estudos também decorre a indicação de que os clientes encaram a terapia como um local seguro para discutirem temas íntimos ($\bar{x} = 5,85$ numa escala de 1 a 7), designadamente para revelarem “acerca de quem são” (72% a 80%). Relativamente às dificuldades subjacentes ao processo de tomada de decisão sobre a auto-revelação, os clientes entram para a terapia com uma atitude positiva em relação à auto-revelação (70%) e avaliam a manutenção de segredos inibidora do trabalho terapêutico (70,6%) (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

Todavia, apesar deste leque de resultados ilustrativos da importância da auto-revelação dos clientes em psicoterapia, a respeito da frequência da ocultação, encontrámos trabalhos como o de Weiner e Shuman (1984), realizado junto de 425 clientes e que aponta que 42% dos clientes admitiam ter ocultado informação dos terapeutas, sugerindo que também a ocultação detém um papel significativo na experiência dos clientes. De facto, o valor mais baixo de ocultação foi registado no estudo de Pope e Tabachnick (1994) em que apenas 20% dos clientes admitiu ocultar algo importante do terapeuta. Todavia, este último trabalho foi realizado junto de uma amostra de terapeutas enquanto clientes de psicoterapia, o que poderá ter influenciado o baixo nível de ocultação registado.

Assim, nos primeiros trabalhos empíricos sobre os processos cobertos dos clientes em psicoterapia, Hill e colaboradores (Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O’Grady & Perry, 1988; Hill, 1989), usando o “*Client Reactions*

*System*¹, concluíram que os clientes ocultavam mais “reações negativas” que qualquer outro tipo de reação, e que, ainda que os terapeutas reconhecessem a ocorrência de ocultação, não conseguiam identificar o momento ou o conteúdo da mesmas (Hill, 1989). Adicionalmente, quando reconheciam a ocultação, destas “reações negativas” dos clientes, avaliavam as suas intervenções subsequentes como menos “úteis”. Para aprofundar o conhecimento sobre estes resultados, o grupo de Hill desenvolveu um conjunto de investigações sobre os processos cobertos em psicoterapia e sobre a percepção dos processos cobertos por parte do outro elemento da díade.

Thompson e Hill (1991) conduziram um estudo, utilizando entrevistas pós-sessão, em sessões únicas de terapia, com recurso a voluntários, em que solicitavam aos clientes que avaliassem a utilidade de cada intervenção terapêutica, e aos terapeutas, além da avaliação da utilidade da própria intervenção, solicitavam que avaliassem a reação percebida no cliente. Os resultados indicam 50% de consonância entre a avaliação do terapeuta e do cliente. No entanto, tal como na investigação anterior, o valor de consonância divergia conforme o tipo de reação dos clientes, sendo superior relativamente a reações como “Trabalho terapêutico”, “Suporte” e “Não reação”, e menor acerca de reações como “Desafio” e “Reação negativa”, evidenciando as dificuldades dos terapeutas na identificação das reações negativas dos clientes.

¹ O “*Client Reactions System*”, foi desenvolvido por Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O’Grady e Perry (1988) e revisto posteriormente por Hill (1989), consistindo num questionário de auto-relato que representa um total de 21 reações dos clientes no contexto do encontro terapêutico, 14 positivas e 5 negativas, agrupadas em 5 *clusters*: “Suporte” (compreensão, suporte, esperança, alívio); “Trabalho terapêutico” (pensamentos e sentimentos negativos, melhor auto-compreensão, clarificar, sentimentos, responsabilidade, desbloquear, novas perspectivas, educação, novos comportamentos); “Desafio” (provocação); “Reações negativas” (medo, pior, bloqueio, sem direcção, confuso, mal compreendido); “Sem reação”.

Num estudo posterior, especificamente sobre os processos de ocultação em psicoterapia, Hill, Thompson e Corbett (1992) diferenciaram os processos cobertos dos clientes em (1) “reações ocultas” (pensamentos e sentimentos dos clientes em relação a intervenções específicas do terapeuta), (2) “não ditos” (pensamentos e sentimentos activados na sessão) e (3) “segredos” (experiências, sentimentos ou factos de vida). Estes três tipos de fenómenos diferem em termos temporais (i.e. na extensão temporal em que o cliente guarda a informação) e representam formas distintas de os clientes ocultarem sentimentos e pensamentos privados do conhecimento do terapeuta. De acordo com os resultados deste trabalho, 14% das reações dos clientes eram ocultadas e destas 6% eram negativas (Hill, Thompson & Corbett, 1992).

Num novo estudo sobre não ditos, usando o “*Things Left Unsaid Inventory*” (Regan & Hill, 1992), uma medida de auto-relato com questões abertas para suscitar informação dos clientes e terapeutas acerca do que era experienciado mas não revelado durante a sessão, os clientes ocultavam tanto “pensamentos” como “sentimentos”, sendo a maioria dos “não ditos” de cariz negativo, sendo que apenas 17% destes eram identificados pelos terapeutas. Num estudo posterior de Hill, Thompson, Cogar e Dennan (1993), sobre a percepção dos participantes em psicoterapia relativamente aos próprios processos e aos processos cobertos do outro (reações do cliente, intenções do terapeuta), mas desta vez em processos reais de terapia de longa duração, no que concerne aos clientes, os resultados indicam que dois terços dos clientes (65%) admitiam ocultar algo durante a sessão e cerca de metade (46%) reconhecia manter segredos. Também a investigação de Kelly (1998), com foco nos segredos relevantes para a terapia ocultados e nos motivos para a

ocultação, corrobora estes resultados, na medida em que dos 42 participantes no estudo, 25 clientes (59,5%) indicaram que não mantinham segredos para com o terapeuta, enquanto 17 (40,5%) assumiam guardar um segredo importante do terapeuta.

Este conjunto de resultados, em particular o trabalho de Kelly, lançou uma acesa controvérsia quanto à frequência da ocultação dos clientes em psicoterapia, como denota o intenso debate na literatura sobre o assunto (Hill, Gelso & Mohr, 2000; Kelly, 1998; 2000a, b). Enquanto Kelly (1998; 2000a) considera a ocultação um fenômeno frequente e de difícil reconhecimento por parte dos terapeutas, Hill, Gelso e Mohr (2000) advogam que os clientes ocultam pouco em psicoterapia, citando os resultados anteriormente descritos do estudo de Hill, Thompson e Corbett (1992). Adicionalmente, Hill, Gelso e Mohr (2000) contestam a leitura de Kelly (1998) acerca do próprio trabalho, em que esta aponta a ocultação como um fenômeno muito frequente em psicoterapia, lembrando a superioridade da percentagem dos clientes que não mantinham segredos do terapeuta em relação aos que ocultavam segredos. Hill, Gelso e Mohr (2000) usam ainda como argumento para contestar a leitura de Kelly (1989) o conjunto de estudos sobre a frequência da ocultação dos clientes por sessão, cujos resultados são consensuais e apontam que os clientes apenas ocultam do terapeuta um não dito por sessão (Farber, Berano & Capobianco, 2004; Hill, Thompson, Cogar & Denman, 1993; Regan e Hill, 1992).

Síntese

Quando procuramos determinar a frequência da ocultação e da auto-revelação dos clientes em psicoterapia, atendendo ao conjunto de estudos acima mencionados, somos levados a concluir que entre 40% a 50% dos clientes ocultam informação relevante em psicoterapia.

Apesar da controvérsia em torno desta leitura, os resultados acerca da intenção como do comportamento de auto-revelação dos clientes sugere que a maioria dos clientes revela as suas experiências pessoais e que a auto-revelação dos clientes é superior à ocultação. Naturalmente que este resultado não causa qualquer estranheza, dada a natureza do trabalho terapêutico, designadamente a expectativa “natural” no domínio da psicoterapia da auto-revelação dos clientes. Precisamente por este motivo é que os resultados apontados acerca da ocultação nos parecem significativos, ao evidenciarem que uma proporção significativa de clientes em psicoterapia também parece omitir conscientemente informação relevante ao terapeuta (e.g. reacções, pensamentos, sentimentos, segredos) e que os terapeutas têm grandes dificuldades em perceber estas reacções ocultas.

2. Estudos sobre os temas revelados/ ocultados pelos clientes

A investigação sobre a auto-revelação dos clientes em psicoterapia debruça-se igualmente sobre o conteúdo ou temas que são discutidos e omitidos no encontro terapêutico.

O “*The Self Disclosure Questionnaire*” (Jourard & Lasakow, 1958; cf. Hall & Farber, 2001) foi o primeiro instrumento de auto-relato construído para avaliar a auto-revelação, no caso no domínio interpessoal. Jourard desenvolveu este questionário a partir de uma questão que colocou a um conjunto de amigos - “O que sabem acerca de mim?”, ignorando todos os potenciais problemas inerentes a esta metodologia (e.g., viés da amostra, viés do investigador), transformando as respostas na primeira versão do instrumento.

No que concerne à ocultação, o trabalho de Weiner e Shuman (1984), numa ampla amostra de clientes em psicoterapia, oferece uma categorização dos conteúdos não revelados pelos clientes em oito domínios: “Pensamentos violentos”, “Actos violentos”, “Pensamentos sexuais”, “Actos sexuais”, “Aspectos financeiros”, “Possíveis crimes”, “Uso de drogas ou medicamentos”, “Temas idiossincráticos”. Já o trabalho de Hall e Farber (2001) na construção do “*The Disclosure to Therapist Inventory - R*” avalia em simultâneo a extensão da auto-revelação e da ocultação dos clientes sobre temas com diferentes graus de intimidade. O desenvolvimento deste questionário decorreu da percepção que instrumentos como o “*The Self Disclosure Questionnaire*” (Jourard & Lasakow, 1958; cf. Hall & Farber, 2001) mantinham um foco excessivo na sexualidade, excluindo temáticas mais relevantes como o aborto, o abuso sexual ou o processo de envelhecimento. No “*The Disclosure to Therapist Inventory - R*” (Hall & Farber, 2001), nove dos itens derivam do questionário de Jourard, sendo os restantes itens acrescentados para reflectirem temáticas tipicamente alvo de discussão em psicoterapia, organizados em nove temas: “Preocupações existenciais”, “Sexualidade”,

“Narcisismo”, “Emoções negativas”, “Procriação”, “Intimidade”, “Transferência”, “Dinheiro” e “Questões corporais”.

De entre estes temas, e de acordo com a perspectiva dos clientes em psicoterapia, a quem era solicitado para avaliarem a extensão com que determinado tema era ou não discutido em psicoterapia, o “Afecto negativo” (\bar{x} = 3,74; DP = 0,73) e a “Intimidade” (\bar{x} = 3,81; DP = 0,71) correspondem aos temas mais discutidos e a “Sexualidade” (\bar{x} = 2,62; DP = 0,96) e a “Procriação” (\bar{x} = 2,64; DP = 0,83) aos temas menos discutidos (Hall & Farber, 2001). Igualmente, e no que concerne às temáticas particulares ocultadas, os trabalhos conduzidos, no contexto da terapia de grupo, por Yalom (1970; cf. Hill, Thompson, Cogar & Dennen, 1993) e por Norton, Feldman e Tafoya (1974; cf. Farber, 2006) apontam que os participantes ocultavam “segredos sexuais” e “sentimentos de inadequação” ou “alienação”. Na mesma linha, mas no contexto de terapia individual, no estudo de Hill (Hill et al., 1993) metade dos clientes admitiu manter segredos de natureza “sexual” ou referentes a “sentimentos de fracasso”. Estes dados como referimos são consonantes com os resultados do trabalho já citado de Hall e Farber (2001), que indica que os clientes ocultam ou discutem menos aspectos referentes a “sentimentos ou fantasias sexuais em relação ao terapeuta”, “interesse em pornografia”, “hábitos na casa de banho”, “sentimentos ou experiência em relação à masturbação” e “aspectos do corpo de que não gostam”. Por sua vez, no estudo de Kelly (1998), os 17 participantes que reconheciam guardar um segredo importante do terapeuta apontavam como temas mais ocultados as “dificuldades relacionais” (desejar a pessoa errada ou dificuldades numa relação secreta) e as “questões de natureza sexual”.

Nos estudos conduzidos por Hill e colaboradores (1992; 1993) e por Thompson e Hill (1991), verificou-se que os clientes ocultavam mais “reações negativas”, tais como “sentimentos de medo”, “confusão”, “incompreensão ou bloqueio”, que “reações positivas” como sentir-se “apoiado”, “compreendido” ou com “esperança”. Adicionalmente, Hill e colaboradores (1993) verificaram que, tal como na psicoterapia breve, nos processos de longa duração, os clientes ocultavam mais “reações negativas” que “reações positivas”. No entanto neste segundo contexto, e contrariamente aos dados das investigações em terapia breve, os resultados indicam que os clientes também ocultavam reações acerca de “trabalho terapêutico”. Novamente, estes dados são consistentes com os trabalhos de Rennie (1992, 1994), baseados no processo de recordação interpessoal (Kagan, 1975; *cit. in* Elliott, 1986)², que demonstram que os clientes funcionam em dois níveis simultâneos, um de cooperação e agradabilidade e um nível concomitante de ressentimento e dúvida, no qual evitam revelar sentimentos negativos (Rennie, 1994).

Por último, quanto aos conteúdos revelados, os resultados de um trabalho de Orlinsky e Howard (1975; Hall & Farber, 2001) acerca de experiências terapêuticas típicas, indicava que os clientes falavam mais em psicoterapia de “sentimentos e atitudes acerca dos próprios”, “actividades sociais”, “relacionamentos com amigos e conhecidos”, assim como de “relações com figuras significativas”. Curiosamente, estes conteúdos são bastante próximos aos do trabalho de Hall e Farber (2001), em que os clientes em psicoterapia indicavam revelar mais sobre “aspectos da personalidade de que

² No processo de recordação interpessoal (Kagan, 1975) os clientes reviam a gravação da sessão com a indicação de que parassem quando recordassem sentir qualquer coisa de interesse ou significativo em termos da forma como estavam a pensar e sentir durante a sessão.

não gostam, os preocupam ou consideram dificuldades”, “características dos pais de que não gostam”, “sentimentos de desespero ou depressão”, “sentimentos de raiva em relação aos pais” e “sentimentos de raiva em relação ao companheiro”.

Síntese

Atendendo a este conjunto de resultados parece-nos seguro afirmar que os clientes em psicoterapia tendem a revelar mais acerca de temas como o desapontamento e a frustração (com o próprio ou outros significativos), assim como sobre os sentimentos de depressão ou raiva (acerca do próprio, dos pais, ou do companheiro) e ocultam aspectos relacionados com a sexualidade, dificuldades relacionais ou sentimentos de fracasso. Curiosamente, estes resultados actuais parecem consonantes com o trabalho de há 30 anos (cf. Orlinsky e Howard, 1975; Hall & Farber, 2001). Resulta também destes trabalhos a evidência de que, independentemente da abordagem teórica ou da duração da psicoterapia, certos temas, como as questões de natureza sexual, surgem sempre como as mais difíceis de abordar pelos clientes. A estes resultados não será alheio o contexto cultural que constrange o que é correcto revelar e os limites da revelação, inclusive no contexto da psicoterapia.

3. Estudos sobre os factores que afectam a auto-revelação/ ocultação dos clientes

Tal como em relação aos terapeutas, a investigação sobre a auto-revelação e a ocultação dos clientes tem analisado um conjunto de variáveis demográficas e de personalidade que parecem afectar estas práticas.

3.1. Género

O género dos participantes foi um dos primeiros factores apontados na investigação como susceptível de influenciar a auto-revelação em contextos não terapêuticos (Jourard & Lasakow, 1958; Jourard, 1971; cf. Dindia & Allen, 1992), apontando que as mulheres revelavam mais do que os homens. Esta discrepância na tendência para a auto-revelação era imputada às diferenças nos papéis de género, que determinam que o homem pareça mais duro, objectivo e sem emoções, dificultando o reconhecimento e a revelação da sua experiência interna. Ora, dada a conceptualização da auto-revelação como um índice de abertura e a abertura como um factor de bem-estar, Jourard (1971; cf. Dindia & Allen, 1992) advogava que os homens teriam mais problemas físicos e emocionais do que as mulheres em virtude das restrições à auto-revelação impostas pelo papel masculino. Esta hipótese não tem todavia recebido confirmação inequívoca, como denota a meta-análise conduzida por Hosman (1986; cf. Dindia & Allen, 1992) sobre diferenças de género na auto-revelação. De acordo com os resultados do *effect size* calculado no trabalho de Hosman, ainda que as mulheres revelassem um pouco mais que os homens (r

= 0,07), esta tendência tem sofrido mudanças ao longo dos anos dado que a diferença registada nas décadas de 70 e 80 ($r = 0,07$) era inferior ao valor registado na década de 60 ($r = 0,10$). No entanto, este trabalho recebeu diversas críticas, em particular por excluir os estudos realizados mas não publicados sobre o tema, suscitando dúvidas quanto a uma possível sobre-estimação da diferença da revelação em função do género, inviabilizando a generalização das conclusões (cf. Dindia & Allen, 1992).

Sobre o mesmo tema, uma revisão de 205 estudos (datados de 1958 a 1989) efectuada por Dindia e Allen (1992) confirma a leitura de que as mulheres revelam mais do que os homens, salvaguardando no entanto, que este efeito é influenciado por variáveis moderadoras. Designadamente, os resultados indicam que as diferenças na revelação em função do género são moderadas pelo género do receptor, pela interacção do efeito da relação com o receptor (estranho *vs.* relação) e pelo tipo de medida de auto-revelação (auto-relato *vs.* observação). Assim, Dindia e Allen (1992) consideram que as mulheres revelam mais que os homens em díades do mesmo sexo e em díades do sexo oposto. No entanto, esta diferença é menor nas díades do mesmo sexo, pois as mulheres não revelam mais a mulheres do que os homens a homens. Adicionalmente, as mulheres revelam mais em díades com quem mantêm uma relação (e.g. amigos, pais, esposo), independentemente do tipo de medida usada, e também revelam mais a estranhos em estudos com medidas de observação. Todavia, nos estudos com recurso a medidas de auto-relato, os homens revelam tanto quanto as mulheres a estranhos.

Apesar deste conjunto de resultados apontar no sentido de uma maior revelação no género feminino, estes dados, além de não serem exclusivos do

contexto terapêutico, não nos permitem perceber se esta magnitude de diferença é suficiente para afectar quer o processo quer os resultados terapêuticos, tanto mais que na investigação no domínio da psicoterapia, a maioria dos trabalhos (Hill et al. 1992, 1993; Kelly, 1998) não examinou a influência do género dos clientes na auto-revelação ou ocultação.

Por outro lado, os poucos estudos que consideram esta variável parecem contradizer a noção de que a revelação é superior nas mulheres, como o exemplo, o trabalho de Weiner e Shuman (1984), com uma amostra de clientes em tratamento ambulatorio de psiquiatria, que aponta que as mulheres revelam menos que os homens, principalmente temas de natureza sexual, enquanto os homens focam menos assuntos relacionados com violência. No estudo já mencionado de Hall e Farber (2001), sobre os factores que afectam a revelação no contexto terapêutico, não foram encontradas diferenças significativas de auto-revelação entre homens e mulheres, quer em termos do volume, quer da dificuldade em discutir temas íntimos. As únicas diferenças encontradas são referentes aos temas “desejo de ter ou medo de não poder ter filhos por razões físicas ou falta de parceiro”, “dificuldades pré-menstruais” e “natureza da relação sexual”, em que atendendo à própria natureza dos primeiros temas, as mulheres apresentam um índice de revelação superior. O único item em que os homens revelavam mais era tocante ao interesse em pornografia. No mesmo estudo, foi igualmente analisado se a configuração de género na diade terapêutica tinha algum tipo de impacto na revelação. No factor “Procriação” e “Questões corporais” as mulheres revelavam mais do que os homens com terapeutas de ambos géneros

e, relativamente às questões corporais, os homens revelavam mais com terapeutas mulheres do que com terapeutas homens.

3.2. Duração da psicoterapia e qualidade da relação terapêutica

O tempo de duração da psicoterapia corresponde a um dos factores habitualmente apontado como moderador da auto-revelação, segundo o pressuposto de que quanto mais tempo o cliente se mantém em psicoterapia mais oportunidades tem para revelar (Seligman, 1995), podendo inclusive alargar o domínio de temas abordados ou permitir aprofundar a discussão sobre as áreas de maior preocupação. De facto o estudo empírico de Hall e Farber (2001), parece corroborar esta noção, pois na análise dos factores preditores da revelação encontraram uma relação significativa da duração da terapia ($t = 7,12$; $p < 0,001$) com a auto-revelação dos clientes.

A qualidade da relação terapêutica, indispensável no processo de mudança (Horvath & Bedi, 2002), é também vista como impulsionadora da auto-revelação no processo terapêutico. O trabalho acima citado de Hall e Farber (2001) sustenta esta associação, uma vez que também encontraram uma associação positiva entre a aliança terapêutica ($t = 4,15$; $p < 0,001$) e a auto-revelação dos clientes. Igualmente, Patte e Farber (2004) denotam como clientes com boa aliança terapêutica reportavam baixa discrepância entre o tempo dispendido na sessão e a importância atribuída aos temas discutidos, tal como os clientes que relatavam uma ligação positiva ao terapeuta, em momentos de auto-revelação, avaliavam o tratamento como tendo mais sucesso. Corroborando a importância destas dimensões relacionais na auto-

revelação e na ocultação dos clientes, a investigação de Farber, Berano e Copabianco (2004) sobre as dificuldades associadas ao acto de auto-revelar, aponta o medo da reacção do terapeuta e o medo da própria reacção como promotores da ocultação em 80,9% dos clientes. Deste prisma, parece natural que a maioria dos clientes, 77,8%, considere que as competências relacionais (e.g., aceitação) do terapeuta são facilitadoras da auto-revelação.

3.3. Sentimentos de vergonha e deferência

Os sentimentos de vergonha e embaraço dos clientes são analogamente apontados como inibidores da auto-revelação (cf. Farber, 2006). Este pressuposto é confirmado nos estudos de Hill, Thompson, Cogar e Dennan (1993) e de Kelly (1998), em que os sentimentos de vergonha dos clientes constituem os principais motivos para a ocultação de segredos em relação aos terapeutas.

Todavia, esta associação é contestada no estudo Farber e Hall (2002), que não estabelece uma relação significativa entre a predisposição para a vergonha e a ocultação. Quando o impacto destes sentimentos são estudados, tendo em consideração o tempo decorrido em psicoterapia e a sequência de fases através das quais os clientes implementam a decisão de auto-revelar, Farber, Berano e Capobianco (2004) constataram que, para 77,8% dos clientes, esta decisão era influenciada pela avaliação positiva das competências relacionais do terapeuta (e.g. aceitação, compreensão, atitude empática, não julgamento) e, para 65% dos clientes, pelo desejo de alívio. Pelo contrário, a ocultação, como referimos anteriormente, era motivada, para

80,9% dos clientes, pelo receio da reacção do terapeuta ou do próprio, especificamente pelo sentimento de vergonha. Apesar deste resultado, aquando da avaliação dos dez sentimentos tipicamente associados à auto-revelação os sentimentos positivos continuavam a ser avaliados pelos clientes com maior intensidade (Farber, Berano & Capobianco, 2004), inclusive em detrimento do sentimento de vergonha.

Quanto à compreensão do papel da “deferência” dos clientes em relação ao terapeuta, uma característica basilar da percepção dos clientes sobre a relação com o terapeuta, e mediadora do processo de auto-revelação ou ocultação em psicoterapia, o trabalho de Rennie (1994) oferece-nos um importante contributo para a sua compreensão. Definida como a submissão a um estatuto, competência, ou julgamento superior atribuído a outro, no caso da diáde terapêutica ao terapeuta, este conceito de “deferência” tem recebido pouca atenção na literatura, comparando com outros conceitos considerados influentes na relação do cliente com o terapeuta, tais como transferência, resistência, *empowerment*, aliança terapêutica.

Esta formulação de deferência na relação terapêutica, está associada ao modelo de “polidez social” de Brown e Levinson (1987), segundo o qual, na interacção com os outros, designadamente quando ponderamos seguir comportamentos potencialmente ameaçadores para o outro (e.g., pedir um favor, criticar), estrategicamente adoptamos diferentes estratégias, que podem variar desde o confronto, ao silêncio ou à “polidez negativa”. Esta última, correspondente à decisão de não invalidar a pretensão do ouvinte e até mesmo de promover a auto-determinação do deste às custas do próprio. Rennie (1994) considera a “deferência” como uma forma de “polidez negativa” no processo

terapêutico, como ilustram os resultados do seu trabalho acerca da experiência de 14 clientes em psicoterapia, no qual estes, embora abertamente manifestassem cooperação e agradabilidade, experienciavam e ocultavam intencionalmente experiências associadas com ressentimentos e dúvidas em relação ao terapeuta. Designadamente, os clientes evitavam partilhar justificando não ser “o lugar deles” desafiar o terapeuta, julgarem mesquinho ou injusto criticar o terapeuta no contexto de um processo que avaliavam positivamente, recearem um efeito negativo da crítica na relação ou por reconhecerem ao terapeuta o direito de falhar (Rennie, 1994).

No estudo de Hill, Thompson, Cogar e Dennan (1993), sobre pensamentos cobertos e segredos, nas motivações dos clientes para a ocultação, podemos estabelecer um paralelismo entre quatro das motivações apontadas e o conceito de “deferência”: o terapeuta não entender; não perguntar ou não parecer interessado; insegurança em relação aos próprios sentimentos; confiança que o terapeuta coloca as questões importantes. Igualmente, no trabalho de Farber, Berano e Copabianco (2004) metade dos clientes justificavam a não revelação com receio da reacção do terapeuta. Assim, a “deferência” dos clientes no contexto da relação terapêutica, parece intrinsecamente ligada às especificidades do papel de cada um dos participantes. Consequentemente, de forma bastante natural, os clientes, ao assumirem o papel de “cliente”, devido à “deferência”, acabam por restringir a auto-revelação, em particular de informação negativa, na interacção com o terapeuta.

3.4. Características pessoais e de personalidade dos clientes

Atendendo à influência das características pessoais dos clientes encontramos trabalhos que evidenciam a importância de aspectos como a vinculação segura dos clientes (Mikulincer & Nachson, 1991) e o grau de auto-consciência (Archer, Hormuth & Berg, 1982) como facilitadores da ocultação. Quanto à ansiedade, esta parece facilitar a auto-revelação nos homens e inibir nas mulheres (Snell, Miller, Belk, Garcia-Falcon & Hernandez-Sanchez, 1989).

No domínio da psicologia da saúde e dos estilos de personalidade, na definição da personalidade Tipo A encontramos referência a traços de hostilidade, desconfiança interpessoal, preocupação e temperamento depressivo, com reduzida predisposição para a revelação (cf. Smith, 1992; Smith & Pennebaker, 2001), enquanto no perfil de personalidade com Tipo C, são referenciadas características como simpatia, cooperação e tendência para suprimir a expressão de emoções negativas (Greer & Watson, 1985; Temoshok, 1987).

O nível de conforto com a revelação de material perturbador, parece também afectar de forma significativa a auto-revelação e a ocultação dos clientes (cf. Farber 2006), dada a evidência de que alguns clientes tendiam a ocultar inclusive informação medianamente íntima, por ser contrário às suas atitudes e valores partilhar informação pessoal fora da constelação familiar. No inverso, outros clientes podem apresentar-se de forma surpreendentemente reveladora, mesmo acerca de informação emocionalmente intensa e negativa (Coates & Winston, 1987; Kahn, Achter & Shambaugh, 2001; Larson & Chastain, 1990; Mikulincer & Nachson, 1991). Estas diferenças na tendência

para a auto-revelação podem resultar de um conjunto diverso de factores, como a pertença a um ambiente familiar caracterizado pela abertura ou com uma vinculação segura, possuírem um sentido do *self* forte ou uma rede de suporte social extensa ou pelo facto de terem experiência prévia em psicoterapia (Farber, 2006).

No reverso, temos a associação entre auto-revelação e mal-estar preconizada por Hoyt (1978), que alegava que os indivíduos que revelavam mais poderiam estar menos capacitados para tomar decisões acerca da informação que gostariam de manter privada ou menos capazes de desafiar as expectativas do terapeuta sobre a auto-revelação. Em suma, o desconforto dos clientes na auto-revelação, poderá estar relacionada com factores como a diferença de poder na relação terapêutica (Hill et al., 1988; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997), com a necessidade de privacidade, controlo ou independência, com o não estar preparado para trabalhar sobre a temática ocultada (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994) ou ainda com a percepção de que o terapeuta não é capaz de ajudar (Rennie, 1994).

3.5. Contínuo importância – trivialidade

Nesta análise importa igualmente ponderar a importância atribuída pelos clientes ao tema revelado ou pelo contrário ao tema ocultado. Assim, temas muito pessoais (e.g., histórias de abuso, segredos familiares) podem ser dolorosos ou vergonhosos e subsequentemente mais difíceis de revelar, mesmo numa relação de confiança, em contraposição a temas menos intensos que podem ser discutidos com maior facilidade (Farber, 2006). Associado a este

aspecto, a acessibilidade da informação também parece afectar a disposição para a revelação ou para a ocultação, porquanto um cliente motivado pode evidenciar dificuldades na auto-revelação decorrente de dificuldades no processo de recordação, codificação ou atribuição de significado.

Com base no “*The Disclosure to Therapist Inventory - R*” (Farber & Hall, 2002; Hall & Farber, 2001), Farber e Sohn (1997) questionaram 50 clientes em terapia de longa duração, não apenas sobre a extensão da revelação com base nos 101 tópicos do questionário, mas também sobre a importância atribuída a cada tópico, com intuito de analisar possíveis discrepâncias entre estes factores. Os resultados confirmam que a importância atribuída pelos clientes aos conteúdos parece afectar de forma significativa a revelação e a ocultação. Assim sendo, relativamente a conteúdos como “sentimentos de inadequação ou fracasso”, “preocupação com o desempenho sexual”, “masturbação”, “experiência de abuso na infância” ou “natureza das relações sexuais”, parece ocorrer uma “discrepância negativa”, os clientes conferiam muita importância a estes temas mas revelavam pouco (Farber & Sohn, 1997). No pólo oposto, temos um padrão de “discrepância positiva”, referente a “sentimentos de querer magoar alguém”, “fantasias de vingança” ou “sentimento de não valor”, cujo volume de revelação excedia o valor atribuído pelos clientes aos conteúdos, sugerindo que conteúdos associados a impulsos ou acontecimentos reactivos parecem facilitar a exploração, dada a pouca importância atribuída pelos clientes a estes conteúdos (Farber & Sohn, 1997; Farber, 2003).

Analogamente, a urgência atribuída ao tema também parece influenciar a revelação e a ocultação. Assim, clientes que surgem na terapia com urgência

e necessidade de discutir temáticas específicas, em virtude por exemplo da intensidade dos sintomas, tendem a falar abertamente, enquanto os clientes que entram em terapia sem um objectivo ou dificuldade definidos, parecem manifestar dificuldades em aprofundar os temas (cf. Farber, 2006).

3.6. Lei, confidencialidade e auto-revelação

As obrigações legais e éticas dos terapeutas podem também afectar a auto-revelação e a ocultação dos clientes em psicoterapia, pois os terapeutas não podem oferecer total e absoluta confidencialidade, cumprindo as determinações dos códigos de ética (“Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses” – 2008; *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* - APA, 2002), que exigem que os terapeutas informem os clientes dos limites impostos ao princípio da confidencialidade (e.g., situações de disputas em tribunais de divórcio, de custódia, de risco próprio ou para outrem, de crimes sexuais), para que estes possam tomar uma decisão informada acerca da informação a revelar.

Apesar da escassez de trabalhos empíricos sobre o impacto das limitações éticas e legais na auto-revelação, os resultados do estudo de Muehleman, Pickens e Robinson (1985) sugerem que fornecer esta informação a potenciais clientes (estudantes com depressão média) não acarreta uma redução na mesma. No entanto, são imprescindíveis novos estudos, tanto com clientes em terapia, como com clientes sob a alçada do sistema legal, para estabelecer com segurança se esta variável pode ou não influenciar a auto-revelação ou a ocultação dos clientes.

3.7. Características do terapeuta

A tendência de revelação ou de ocultação dos clientes surge ainda associada a um leque de variáveis do terapeuta (cf. Farber, 2006), desde a própria auto-revelação, à natureza da sua resposta (e.g., afirmação, silêncio, confrontação, esclarecimento), assim como à atitude deste na sequência da revelação dos clientes. A este respeito, Farber, Berano e Capobianco (2004) demonstram claramente a importância da procura e obtenção de aprovação do terapeuta após a revelação, indicando que 60% dos clientes referiam esperar aprovação após a revelação, 70,6% referiam receber esta aprovação e 78,9% dos clientes estimavam que os resultados positivos obtidos facilitaram posteriores revelações, quer com o terapeuta, como com outros significativos. Assim, quando os clientes têm experiências de sucesso associadas à revelação, em que independentemente do grau de dificuldade obtêm benefícios, tendem a continuar a revelação. Por outro lado, os clientes cuja experiência de revelação é pautada pela vergonha, desespero ou percepção de insensibilidade por parte do terapeuta, tendem a fechar-se (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

Síntese

Sendo incontestável a importância das variáveis moderadoras no processo de auto-revelação e de ocultação em psicoterapia, os dados que obtivemos na revisão da literatura empírica sobre o tema, além de não extinguirem o role de variáveis passíveis de estudar, deixam também algumas dúvidas acerca das variáveis supra mencionadas. Por uma lado, se encontrámos um conjunto de variáveis cuja influência no processo de

revelação e de ocultação em psicoterapia parece incontestável, como o caso da aliança terapêutica e da duração da terapia, em relação a variáveis como o gênero e o sentimento de vergonha dos clientes, os estudos não parecem confirmar de forma inequívoca os resultados esperados.

Assim, em relação à qualidade da relação terapêutica, esta parece influenciar a auto-revelação ao facilitar uma atmosfera potenciadora da auto-exploração (Farber, Berano & Copabianco, 2004; Patte & Farber, 2004). Igualmente, um processo temporalmente mais longo parece permitir maior espaço e tempo para a auto-exploração (Hall & Farber, 2001). Concomitantemente, os dados da investigação apontam um conjunto de outros factores susceptíveis de influenciar a tendência para a auto-revelação ou para a ocultação dos clientes, tais como as características pessoais dos clientes (e.g., estilo de vinculação segura (Mikulincer & Nachshon, 1991); o nível de conforto com a revelação de material perturbador (Coates & Winston, 1987; Kahn, Achter & Shambaugh, 2001; Larson & Chastain, 1990; Mikulincer & Nachson, 1991)), a importância atribuída pelos clientes ao tema revelado (Farber & Sohn, 1997; cf. Farber, 2003) e, por fim, às variáveis do terapeuta (e.g., auto-revelação do terapeuta, resposta do terapeuta, atitude na sequência da revelação (Farber, Berano & Copabianco, 2004)).

Já no que respeita ao gênero dos agentes do processo terapêutico, não obstante as múltiplas investigações referentes às diferenças nas reacções emocionais de homens e mulheres na forma como processam e reagem a acontecimentos de vida, no interior da psicoterapia, e no que toca ao fenómeno em questão, homens e mulheres parecem revelar as mesmas preocupações universais. Uma possível explicação para a ausência de

diferenças de revelação em função do género, prende-se com a possibilidade dos homens que procuram terapia pertencerem a um subgrupo com expectativas e valores diferentes, sendo o próprio pedido de psicoterapia uma evidência desta tendência de desafio em relação às normas sociais de autonomia e revelação. Outro possível factor que pode ter criado algum enviesamento nos resultados da investigação apresentada prende-se com o facto de alguns estudos integrarem como participantes profissionais da área da saúde mental no papel de clientes, naturalmente mais socializados com a prática da revelação.

Também em relação ao papel do sentimento de vergonha como inibidor da revelação, os resultados dos trabalhos sobre o tema ainda que denotem uma associação entre estes, apontam todavia para um possível enviesamento na leitura da importância desta emoção (Farber, Berano & Capobianco, 2004). Assim sendo, ainda que os sentimentos de vergonha e vulnerabilidade na presença de outro pareçam relevantes no processo de tomada decisão acerca da revelação, estes não são os únicos nem os mais importantes sentimentos presentes, dado que os sentimentos positivos decorrentes da auto-revelação foram avaliados pelos clientes como mais importantes (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

4. Efeitos da auto-revelação/ ocultação dos clientes

Ainda que a “cura pela fala” implicitamente postule os efeitos benéficos da auto-revelação dos clientes, mantém-se na actualidade e desde os primórdios do trabalho de Freud e dos seus contemporâneos (e.g., Ferenczi) o debate acerca dos efeitos benéficos ou nefastos desta prática no âmbito da psicoterapia. Genericamente, podemos diferenciar entre uma facção defensora do valor de falar para “curar feridas” ou reduzir o risco de problemas futuros, em contraposição a uma facção crítica que reclama que a total abertura dos clientes em psicoterapia acarreta um potencial negativo. Em termos empíricos, encontrámos suporte para ambas as posições, impossibilitando uma tomada de posição inequívoca e evidenciando a necessidade de mais investigação acerca do tema.

4.1. Efeitos da auto-revelação/ ocultação segundo o paradigma da escrita expressiva

Pennebaker desenvolveu um vasto conjunto de trabalhos empíricos acerca dos efeitos de terapêuticos da auto-revelação, tendo como base uma tarefa escrita de auto-revelação³ (Pennebaker, 1985; 1989; 1995; 1997; Pennebaker & Beall, 1986; Petrie, Booth & Pennebaker, 1998; Pennebaker, Hughes & O'Heeron, 1987; Slatcher & Pennebaker, 2006). Subjacente a esta vasta linha de trabalhos, encontramos o pressuposto de que a auto-revelação

³ A estrutura da tarefa escrita de auto-revelação consiste em escrever, em privado, num mínimo de 3 a 5 dias, por um tempo mínimo de 20 minutos, sobre uma experiência emocional *stressante*.

permite aliviar o esforço inerente à inibição de pensamentos, sentimentos ou memórias e conseqüentemente diminuir o *stress*. Estes resultados são demonstrados no estudo de Pennebaker e Beall (1986), realizado junto de uma amostra de 46 estudantes universitários, a quem era solicitado para escreverem acerca duma experiência traumática ou acerca de tópicos triviais. Os resultados sugerem que a auto-revelação de experiências traumáticas, através da escrita e anonimamente, embora inicialmente desconfortável, permitia diminuir as visitas ao médico e obter melhorias na percepção da saúde, sendo que a manutenção destes efeitos a longo prazo decorria da revelação não apenas dos factos do acontecimento, mas das emoções desencadeadas pelo mesmo.

Nos últimos anos, diversos estudos replicaram esta metodologia até ao presente, tendo a maioria reafirmado os resultados positivos decorrentes do exercício de auto-revelação. Globalmente estes estudos apontam benefícios em domínios tão diferentes como a saúde física (Smyth, 1998) e emocional (Leopore, Silver, Wortman & Wayment, 1996; Sloan & Marx, 2004), o sistema imunológico (Pennebaker, Kiecolt-Glaser, Galser, 1988; Smith & Pennebaker, 2001), a redução do número de consultas médicas (Greenberg & Stone, 1992; Richards, Beal, Seagal, & Pennebaker, 2001), a redução do absentismo laboral (Francis & Pennebaker, 1992), ou a obtenção mais rápida de emprego pelos desempregados (Spera, Buhrfeind & Pennebaker, 1994). Neste paradigma existem evidências de melhorias em populações tão divergentes como estudantes, presos, sobreviventes do holocausto, indivíduos com cancro da próstata e da mama, em países como o México, Japão, Espanha, Itália e a Nova Zelândia (cf. Smyth & Pennebaker, 2001).

Esta estratégia é particularmente útil para pessoas que pensam excessivamente acerca do trauma ou que persistem em falar acerca do mesmo após várias semanas, sem quaisquer benefícios. Nesta perspectiva, a repetição constante da mesma história significa que a pessoa está “presa” e não consegue obter os benefícios da revelação. Esta estratégia é também útil aquando da inexistência de uma rede de apoio ou um contexto aceitante e receptivo para a expressão verbal, com a vantagem adicional de permitir evitar o receio de consequências sociais negativas (e.g., vergonha), por vezes associadas à auto-revelação (Smyth, 1998).

Perante a minoria de trabalhos cujos resultados não replicaram esta associação entre auto-revelação escrita e medidas de bem-estar (Greenberg & Stone, 1992; Murray & Segal, 1994), Pennebaker e Smyth (2001) argumentam que tais discrepâncias decorrem de diferenças nos procedimentos dos estudos que afectam os resultados dos mesmos. A meta-análise conduzida por Smyth (1998) dá sustentação a este argumento, assim como o produto central deste conjunto de estudos que evidenciam que escrever acerca de acontecimentos traumáticos ou *stressantes* é proveitoso.

Dada a simplicidade e eficácia da tarefa, que ainda por cima assume contornos não médicos, esta rapidamente foi divulgada e aceite como uma ferramenta de “cura” eficaz, útil para qualquer circunstância, assente no princípio de que o acto de auto-revelar constitui um agente terapêutico poderoso. E, embora estes estudos não tenham envolvido clientes em psicoterapia, são muitas vezes citados como prova indirecta da eficácia da auto-revelação em psicoterapia.

Porém, apesar das evidências de que escrever acerca do trauma pode ser benéfico, devemos ponderar cuidadosamente antes de extrair ilações destes resultados para o contexto terapêutico, desde logo em virtude das diferenças entre a tarefa de escrita na qual os estudos se baseiam, e a auto-revelação no contexto da psicoterapia. Assim, dada a especificidade da tarefa de auto-revelação proposta por Pennebaker (1985), é importante referir que se trata de uma tarefa privada, estudada numa população de sujeitos de investigação, focando em particular experiências traumáticas. Em contraponto, a auto-revelação em psicoterapia reveste-se de um cariz eminentemente interpessoal, conduzida por clientes reais (que muitas vezes não conseguiram benefícios em revelar a um não profissional) e acerca de uma multiplicidade de experiências e dificuldades.

O trabalho de Pennebaker e colaboradores (1987), em que procuraram avaliar o impacto associado à confissão de experiências traumáticas com um grupo de indivíduos saudáveis, atendendo ao contexto de revelação, em que criaram duas condições de auto-revelação distintas: uma para um gravador no interior de cubículo, outra para um “confessor” silencioso atrás de uma cortina, corrobora esta diferenciação. Assim, no segundo grupo estava precisamente em causa a diferença entre falar “sozinho” e falar na presença de outra pessoa. Os resultados confirmaram que a presença do confessor tinha impacto na auto-revelação, tanto ao nível físico (diminuição da condutividade galvânica da pele), como ao nível do próprio discurso. Ao falarem para um confessor os sujeitos tentavam controlar indicadores de afecto como a voz trémula, o choro, ou o uso da primeira pessoa, comparativamente com o grupo que realizava a tarefa sozinho. Não obstante, não foram encontradas

diferenças no grau de *stress* e de intimidade subjacente aos temas revelados. Em suma, sendo a auto-revelação um fenômeno intrinsecamente social, dado que habitualmente não falamos acerca das nossas experiências pessoais num cubículo de alumínio, a mera presença de outrem, mesmo em silêncio, parece favorecer a ocultação e inibir a revelação, pelo que não podemos extrapolar os benefícios associados a esta tarefa para a auto-revelação no contexto da psicoterapia.

4.2. Efeitos da auto-revelação/ ocultação no contexto da psicoterapia

Contrastando com o volume de investigação acerca da auto-revelação no paradigma da escrita expressiva (cf. Sloan & Marx, 2004; Sloan, Marx & Epstein, 2005), a investigação acerca dos efeitos da auto-revelação e da ocultação no contexto específico da psicoterapia são escassos. Adicionalmente, atendendo às discrepâncias subjacentes aos estudos sobre este fenómeno no contexto terapêutico (e.g., auto-revelação *vs.* ocultação, clientes *vs.* voluntários, resultados imediatos na sessão *vs.* resultado final), a articulação e comparação destes trabalhos torna-se uma tarefa complexa, sendo a conclusão quanto aos efeitos positivos ou negativos destas práticas no mínimo ambígua.

Os resultados da revisão da investigação de Farber e Kim (2004) sobre a relação entre auto-revelação e resultados terapêuticos, em clientes em processos de psicoterapia individual, denotam precisamente esta inconsistência, pois dos 12 estudos sobre o tema, 37% apontam um resultado

positivo, 18,5% um resultado negativo e 44,4% não evidenciam uma relação significativa. De entre os diversos estudos seleccionámos alguns para ilustrar esta ambiguidade nos resultados.

4.2.1. Auto-revelação e resultados terapêuticos positivos

Entre os trabalhos empíricos que corroboram a tradicional associação entre auto-revelação dos clientes e resultado terapêutico, encontramos o estudo de Truax e Carkhuff (1965) em terapia individual e o estudo de Anchor e Sandler (1973) com terapia de grupo. Ainda em terapia de grupo, Wright, Ingraham, Chemtob e Perez-Arce (1985) concluíram que quanto mais informação os membros do grupo ocultavam menor era a satisfação com a sessão. Nos trabalhos mais recentes que apontam os benefícios da auto-revelação em psicoterapia, o trabalho de Sohn e Farber (2003) sugere uma relação positiva entre o nível global de auto-revelação e o resultado terapêutico.

4.2.2. Ausência de associação entre auto-revelação e resultados terapêuticos

Contrariando a premissa tradicional das vantagens da auto-revelação, diversos estudos não encontraram qualquer tipo de relação entre estas variáveis, ou encontraram resultados mistos. Assim, Farber e Sohn (2001), Patte e Farber (2004; cf. Farber, 2006) e Stiles (Stiles, 1984; Stiles & Shapiro, 1994) não encontraram uma relação directa entre auto-revelação dos clientes

e resultado terapêutico. Em particular neste último grupo de estudos, não se encontrou qualquer associação entre a auto-revelação dos clientes e a avaliação do próprio, do terapeuta e de um observador externo, acerca da profundidade da sessão (Stiles, 1984), entre auto-revelação e qualquer medida de resultado (Stiles, 1984), nem entre auto-revelação e resultado em abordagens mais directivas ou mais exploratórias (Stiles, 1994). Adicionalmente, Stiles e Shapiro (1994), num estudo com 39 clientes ao longo de 16 sessões de terapia cognitivo-comportamental e interpessoal, verificaram que um aumento de auto-revelação na fase cognitivo-comportamental do tratamento estava positivamente correlacionado com um aumento da depressão. Todavia, quando consideravam a combinação das duas abordagens, não encontraram qualquer relação entre a percentagem de revelação e mudança na sintomatologia depressiva.

4.2.3. Ocultação e resultados terapêuticos positivos

Se os dados expostos, referentes à ausência de associação entre auto-revelação dos clientes e resultado terapêutico, questionam a tese dos efeitos positivos da auto-revelação no contexto terapêutico, mais controversos são os estudos cujos resultados indicam a possibilidade da auto-revelação acarretar efeitos negativos e dolorosos.

Acerca destes efeitos nocivos da auto-revelação, o trabalho de Strassberg, Roback, Anchor & Abramowitz (1975; cf. Kelly, 2000a) com pacientes esquizofrênicos hospitalizados, durante um período de dez semanas de terapia de grupo, demonstra a associação entre um índice de menor auto-

revelação e um maior progresso, patente em medidas de inteligência, de personalidade e no auto-relato de sintomas. Igualmente, num trabalho com clientes em terapia individual, Stiles (1984) não encontrou uma correlação significativa entre a percentagem de auto-revelação dos clientes e a percepção (do cliente, terapeuta ou observadores externos) acerca da profundidade e valor da sessão. Pelo contrário, os observadores avaliavam as sessões com elevada auto-revelação (relativamente ao nível habitual) como sendo mais “duras”, “desagradáveis”, “difíceis” e “perigosas”.

Os resultados mais controversos, que desafiam abertamente a leitura apriorista de que a revelação tem uma relação positiva com a mudança em psicoterapia, são da autoria de Kelly (1998; 2000a), que sugere que os clientes beneficiam em ocultar aspectos negativos ao terapeuta. Na sua investigação, numa amostra de 42 clientes em psicoterapia, administrou um questionário com perguntas abertas sobre segredos, concomitantemente com medidas de sintomatologia (B.S.I.; Derogatis, 1993), de ocultação (“*Self-Concealment Scale*” – S.C.S.; Larson & Chastain, 1990) e de desejabilidade social (“*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*” – M.C.S.D.S.; Crowne & Marlowe, 1960). Os resultados apesar de indicarem que a tendência inicial para a ocultação estava associada a uma maior sintomatologia ($\beta = -0,40$, $t(38) = -2,72$, $p = 0,01$), após o ajustamento dos valores do S.C.S. em relação aos do M.C.-Form C, ou seja, da tendência disposicional dos clientes para guardarem segredos e de se apresentarem de forma socialmente desejável, os resultados finais sugerem que os clientes que mantêm segredos relevantes em terapia apresentam valores de sintomatologia mais baixos (G.S.I. $\bar{x} = 0,81$) do que os clientes que não têm segredos (G.S.I. $\bar{x} = 1,36$).

Com base nestes resultados Kelly (1998, 2000a) alega que os clientes que escondem aspectos indesejáveis do *self* beneficiam mais da terapia e que tal decorre do facto destes não terem de lidar com antecipações de *feedback* negativo devido a comportamentos, pensamentos ou sentimentos vergonhosos. Contrariamente, por se apresentarem de forma positiva, suscitam um *feedback* positivo do qual beneficiam para a construção de uma auto-imagem positiva na presença de um outro significativo (terapeuta). Kelly (1998, 2000a) reforça esta perspectiva positiva da ocultação dos clientes em psicoterapia citando os resultados dos trabalhos de Hill (Hill et al., 1992; 1993; Regan & Hill, 1992; Thompson & Hill, 1991), para refutar a concepção de que a abertura total da parte do cliente é benéfica: com base no trabalho de Regan e Hill (1992) refere os resultados que demonstram que a maioria dos não ditos ocultados são de cariz negativo e que os terapeutas apenas identificam uma pequena percentagem do total de não ditos, sendo que, quando há acordo acerca dos não ditos, os terapeutas avaliam as sessões como mais “duras” e os clientes indicam menor satisfação com a mesma. A mesma ideia é corroborada nos trabalhos de Hill, Thompson e Corbett (1992) e de Thompson e Hill (1991), em que a consciência dos terapeutas acerca das reacções negativas dos clientes surge associada à percepção da intervenção subsequente como de menor utilidade. Novamente, acerca do trabalho de Regan e Hill (1992), Kelly (1998, 2000a) refere a relação positiva entre a proporção de não ditos com conteúdo “emocional” e a satisfação dos clientes com a terapia e com a mudança. A respeito da ocultação, Regan e Hill (1992) reconhecem que a revelação de informação emocional negativa pode causar sentimentos de

vulnerabilidade e a contenção desses sentimentos criar um efeito de segurança.

Esta hipótese da auto-apresentação (Kelly, 1998; 2000a; 2000b) é contestada por Hill, Gelso e Mohr (2000), que refutam o argumento de que a ocultação se relacione positivamente com os resultados do processo terapêutico. De acordo com os autores, a diversidade de fenômenos estudados nos trabalhos comparados por Kelly (1998) constitui um obstáculo a qualquer generalização. Adicionalmente, contestam a leitura de Kelly (1998) do próprio trabalho, designadamente a fidelidade e validade das medidas de papel e lápis utilizadas, assim como os procedimentos de cálculo dos resultados. Hill, Gelso e Mohr (2000) contra-argumentam que no trabalho de Kelly, se excluirmos o ajustamento em função da tendência pessoal para a ocultação e da desejabilidade social, a correlação entre a ocultação de segredos e o índice de sintomatologia era não significativa e negativa. Adicionalmente, ponderando a plausibilidade de haver uma associação positiva entre ocultação e resultado terapêutico, quando os clientes ocultam por motivos como considerarem que o tema está fora da especialidade do terapeuta, contestam veementemente que tal possa acontecer se a ocultação for fundamentada pela vergonha.

Também Farber (2006) critica a formulação de Kelly (1998), designadamente a asserção de que após a revelação de informação como segredos íntimos os clientes se sintam sobrecarregados com sentimentos de vergonha, apontando que no estudo de Kelly (1998), quando questionados sobre possíveis ganhos associados à revelação dos segredos, 21 dos 42 clientes antecipavam vantagens na revelação (e.g., “*feedback/ insight*”, “descarregar as emoções/ alívio”, “encontrar soluções”, “dar ao terapeuta informação que

necessita”). Adicionalmente, Farber (2006) declara que a maioria dos terapeutas seria suficientemente competente para minimizar ou mesmo ultrapassar tais sentimentos, dado o papel incontestável em psicoterapia da relação terapêutica e de ingredientes como a aceitação e a empatia do terapeuta, mesmo perante ameaças de ruptura na aliança terapêutica (cf. Safran & Muran, 2002).

4.2.4. Auto-revelação dos clientes e emoções associadas

Perante esta multiplicidade de resultados, muitos dos quais contraditórios, Farber, Berano e Capobianco (2004) postulam que a experiência e as emoções ligadas à auto-revelação e à ocultação dos clientes podem divergir em função dos momentos temporais do processo terapêutico, baseados no “modelo da febre” de Stiles (1987; 1995), que sustenta a inadequação de conjecturar uma relação directa entre auto-revelação e ocultação e resultados terapêuticos.

Na analogia da febre, Stiles (1987; 1995) reitera a importância da auto-revelação dos clientes em psicoterapia, advertindo contudo que, tal como a febre, esta poderá ser sentida simultaneamente como um sinal de perturbação e parte do processo de cura. Conforme esta proposta, no sistema homeostático de bem-estar, o *stress* promove a auto-revelação em psicoterapia, pelo que revelam mais os indivíduos mais perturbados. O desconforto emocional e a consciência dessa sensação são responsáveis pela tendência para a revelação, que por sua vez ajuda a reduzir o *stress* e em consequência a reduzir a necessidade de auto-revelação. No entanto, a auto-revelação não permite

antever um resultado positivo directo, pois como sugere o “modelo da febre”, se revela mais quem está pior, não será estranho que esses clientes tenham piores resultados terapêuticos.

Os resultados de Farber, Berano e Capobianco (2004) comprovam que durante a auto-revelação dos clientes prevalecem sentimentos como a “vulnerabilidade”, a “exposição” ou “dor” (57,1%), concomitantemente com os sentimentos de “vergonha”, “embaraço” ou “culpa” (23,8%). Não obstante, a experiência emocional imediatamente após a revelação parece ser maioritariamente positiva, pois 70% dos clientes relatavam um misto de “alívio”, “bem-estar” e “limpeza” e 85% “não se arrependem da auto-revelação”, sendo que após a revelação as emoções mais assinaladas são “alívio”, “vulnerabilidade”, “autenticidade”, “segurança” e “orgulho” (Farber, Berano & Capobianco, 2004). Adicionalmente, a maioria dos clientes considerava a psicoterapia um “ambiente seguro” para a auto-revelação, devido em particular à qualidade da relação terapêutica. Adicionalmente, apesar das evidências preliminares de que a “vergonha” e a “vulnerabilidade” também estão presentes, estas não eram as únicas emoções, nem as mais salientes, dado que os clientes também sentiam “orgulho”, “segurança”, “autenticidade” e “aprovação do terapeuta”. Mais, os clientes manifestavam que revelavam por “desejar alívio”, mais do que por “pressão para aderir a regras”, considerando importante revelar para “ser conhecido pelo terapeuta” e que a manutenção de segredos constituía um obstáculo para o trabalho terapêutico.

Atendendo precisamente à diversidade de emoções e significados associados à auto-revelação dos clientes, Farber, Berano & Capobianco (2004) apontam para a necessidade de interpretar o significado das reacções

negativas desencadeadas em função tanto do processo de tomada de decisão, como da própria revelação. Assim, defendem que no processo de auto-revelação co-existem emoções como a “vergonha” e a “vulnerabilidade” com emoções de valência positiva, sendo que no decurso do processo temporal de auto-revelação as emoções negativas ainda que não desapareçam, diminuem. Concomitantemente, as emoções positivas, tais como o “alívio” e a “autenticidade” ampliam, eclipsando a experiência de “vergonha” e de “vulnerabilidade”.

Síntese

De acordo com os dados da revisão da literatura, quer a auto-revelação quer a ocultação têm um potencial simultaneamente benéfico e prejudicial em psicoterapia. Quando consideramos as vantagens da auto-revelação, focando a perspectiva dos clientes, é plausível considerar que estes, quando procuram ajuda, acreditam nos benefícios e na utilidade da auto-revelação, pelo que muitos esperam revelar informações pessoais e subsequentemente sentem satisfação ao fazê-lo.

Quanto à perspectiva positiva da auto-revelação dos clientes no contexto terapêutico, com exceção dos trabalhos de Pennebaker (cf. Smyth, 1998), cujos procedimentos são substancialmente distintos da auto-revelação em psicoterapia, os resultados não parecem suportar uma associação clara entre auto-revelação e sucesso terapêutico. Ao referir estes resultados importa recordar as dificuldades e limitações com que muitos dos trabalhos se deparam em termos da operacionalização de auto-revelação e de resultados terapêuticos e que dificultam esta análise (e.g., não diferenciação entre

psicoterapia breve e de longa duração; confusão entre efeitos a breve e a longo prazo; não diferenciação entre conteúdos perturbadores e não perturbadores). Adicionalmente, em termos da avaliação dos resultados, diferentes estudos recorrem a fontes diversas, não atendem ao momento em que ocorre a avaliação da auto-revelação e usam diferentes medidas de resultado (e.g., sintomatologia, valor ou profundidade da sessão) (Farber, Berano & Capobianco, 2004). Especificamente no que concerne à definição de resultados terapêuticos apesar de alguns trabalhos sobre o impacto da auto-revelação atenderem a mudanças em termos de “*insight*”, “validação emocional”, “autenticidade”, “alívio”, “proximidade com o terapeuta”, a maioria foca a redução dos sintomas, em detrimento da componente experiencial.

Posto isto, parece seguro concluir que os comportamentos de auto-revelação e de ocultação dos clientes suscitam múltiplas emoções. E, se é inquestionável que, no processo de decisão quanto à auto-revelação ou à ocultação, os clientes comparam e avaliam o desejo de reduzir o mal-estar emocional e a antecipação de vergonha e vulnerabilidade na presença do outro com o potencial resultado, não podemos excluir desta equação os diversos factores já citados que moderam a relação tanto da decisão de auto-revelar ou ocultar, como os resultados decorrentes destas práticas.

5. Processos associados à auto-revelação/ ocultação dos clientes

A maioria dos trabalhos realizados neste domínio concede maior ênfase a aspectos como a frequência, o conteúdo, os factores moderadores ou os efeitos decorrentes da auto-revelação ou da ocultação dos clientes em

psicoterapia, conferindo menor atenção aos processos associados ou subjacentes a estes fenômenos. No nosso entender, o estudo da natureza dos processos de auto-revelação e de ocultação enriquece o conhecimento não só acerca do domínio das relações interpessoais, como de um dos aspectos fundamentais do processo terapêutico. Assim, com base na revisão da investigação acerca do tema, reunimos algumas hipóteses que fundamentam a compreensão dos mecanismos subjacentes a estes processos.

5.1. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: catarse

A convicção de que falar acerca dos problemas é benéfico em termos do bem-estar emocional tem extensas raízes psicodinâmicas, se bem que não foi Freud mas a paciente, Anna O, quem denominou a psicanálise de “cura pela fala”. Esta designação captava a essência do tratamento, i.e., o princípio de que falar acerca dos problemas alivia a mente, assim como os sintomas manifestos. O mesmo princípio está patente na formulação do modelo de catarse de Breuer e Freud (1896/ 1966), que ilustra a importância atribuída à “cura pela fala” para o alívio sintomático da histeria, no encorajamento aos pacientes para discutirem os aspectos mais significativos acerca de acontecimentos precoces traumáticos. Concomitantemente, alguns trabalhos no domínio fisiológico apontavam idêntico alívio em problemáticas tais como a asma, úlceras ou elevada pressão arterial, quando os pacientes tinham oportunidade de ventilar desejos reprimidos (cf. Pennebaker, Hughes & O’Heeron, 1987).

Apesar da defesa inequívoca da relação entre auto-revelação ou catarse e bem-estar físico e emocional, a maioria dos trabalhos não apontava qualquer explicação ou justificação para facto. Por exemplo, a este respeito, Freud (e.g., 1915/1963) apenas referia que a inibição de pensamentos e comportamentos requeria o uso de energia para o efeito. Os primeiros trabalhos empíricos que sustentam uma relação de cariz fisiológico, intermediária entre a auto-revelação e o bem-estar decorrente da catarse, surgiram com Gray (1975; cf. Pennebaker et al., 1987), cujo estudo evidenciava a associação entre inibição ou activação comportamental e áreas diferenciadas do cérebro. Também o trabalho posterior de Fowles (1980; cf. Pennebaker et al., 1987) descrevia a associação entre a inibição comportamental e a diminuição da actividade de condução cutânea e entre activação comportamental e aumento da actividade cardiovascular, comprovando a relação de cariz fisiológico entre a catarse e o bem-estar.

O primeiro conjunto de trabalhos desenvolvido por Pennebaker (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker et al., 1987; Pennebaker et al., 1988) tinha como modelo subjacente a teoria da inibição e doença psicossomática, preconizando uma relação entre o fracasso em revelar acontecimentos traumáticos e consequentes problemas de saúde. De acordo com esta teoria, a tendência para suprimir conteúdos perturbadores, em particular emoções negativas, tinha como objectivo evitar que estes interferissem com o funcionamento e actividades quotidianas, facilitando assim a regulação de respostas emocionais e reduzindo o *stress* (cf. Petrie, Booth & Pennebaker, 1998). No entanto, a inibição ou constrangimento de qualquer comportamento, pensamento ou sentimento, pressupõe um esforço

psicológico, que desencadeia, a curto prazo, um aumento da actividade autonómica (cf. Pennebaker et al., 1987) e, a longo prazo, um *stress* adicional sobre o organismo potenciador de doenças físicas ou de mais sintomas emocionais.

A investigação no domínio da supressão de pensamentos de conteúdo emocional corrobora este modelo, associando a inibição emocional tanto a um aumento da emocionalidade como da reacção fisiológica (Borkovek, Roemer & Kenyon, 1995). Designadamente, estes estudos sustentam que os esforços para suprimir um pensamento alvo produzem um “efeito *boomerang*” em que o pensamento suprimido aumenta a frequência após o período de supressão. Por exemplo, Wegner e Lane (1995) consideram que a supressão activa de pensamentos ou memórias pode desencadear pensamentos intrusivos acerca dos conteúdos que se pretende inibir, como descrevem no “modelo da preocupação e dos segredos”, em que apontam o esforço de inibição desses pensamentos como subjacentes à criação da sintomatologia.

5.2. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: processamento cognitivo

Depois de uma primeira hipótese explicativa dos efeitos catárticos da auto-revelação na saúde física e emocional e, no reverso, dos efeitos nefastos da ocultação, mediante a produção de um conjunto de mudanças nos sistemas fisiológico e imunológico (cf. Pennebaker et al., 1987), os trabalhos mais recentes propõem outros mecanismos subjacentes a esta relação.

Em particular, o trabalho de Pennebaker (Pennebaker, Colder & Sharp, 1990) demonstra que 76% dos caloiros participantes avaliam a experiência de auto-revelação como útil por facultar uma melhor auto-compreensão de sentimentos, pensamentos e comportamentos, em detrimento da importância da ventilação de emoções ou catarse (10%). Ainda que reconhecendo o potencial do processo de supressão de informação para desencadear pensamentos intrusivos e subsequentemente sintomatologia física e emocional (Borkovek, Roemer & Kenyon, 1995; Wegner & Lane, 1995), estes dados questionam o efeito positivo catártico associado à auto-revelação, indicando que a mera exteriorização de informação pode não ser suficiente para obter quaisquer benefícios.

No domínio do trauma e da perturbação de stress pós-traumático (DSM – IV; A.P.A., 1994), encontramos diferentes hipóteses acerca dos mecanismos subjacentes aos efeitos positivos da auto-revelação. Designadamente, a partir do pressuposto de que a falta de representação linguística das memórias traumáticas constitui um dos principais entraves ao processamento cognitivo das mesmas, dificultando tanto a organização como a assimilação destas na narrativa pessoal, decorre que o objectivo primordial no tratamento destas memórias é, precisamente, a promoção do processamento cognitivo e emocional (Foa, Molnar & Cashman, 1995). A auto-revelação, seja escrita ou falada, implicando a tradução destas memórias afectivas e sensoriais para um formato linguístico, torna-se facilitadora da organização (Meichenbaum, 1977), assimilação (Horowitz, 1976) ou criação de significado (Wortman & Silver, 1989) acerca do acontecimento traumático.

Assim, nos últimos anos a atenção neste domínio passou para a linguagem utilizada na auto-revelação. A partir da análise textual de 6 destes estudos, usando um programa de computador ("*Linguistic Inquiry and Word Count*"), Pennebaker e Francis (1996) constataram que o uso de palavras emocionais positivas e o uso moderado de palavras emocionais negativas estava relacionado com uma melhoria em termos de saúde. Num trabalho posterior, Pennebaker, Mayne e Francis (1997) denotaram ainda que a mudança em termos das características do pensamento, nomeadamente um estilo mais reflexivo e causal, entre o primeiro e último dia de escrita estava significativamente associada com um maior índice de mudanças. Este e outros estudos acerca dos benefícios da escrita expressiva (cf. Leppore & Smyth, 2002; Pennebaker & Francis, 1996; Smyth, 1998) consideram que estas mudanças (e.g., maior uso de palavras causais e emocionais) evidenciam um processamento cognitivo mais eficaz, ilustrando que a integração e construção coerente dos aspectos emocionais dos acontecimentos, o equivalente ao que Stiles (1995) designa de processo de "assimilação" de experiências previamente fragmentadas, parece mais importante que a auto-revelação em si (Bucci, 1997).

Todavia, a este respeito, Taylor e colaboradores (Taylor, Kenemy, Reed, Bower & Gruenewald, 2000) salientam a importância de atendermos à natureza do conteúdo da auto-revelação para diferenciar os seus efeitos. Particularmente, no que concerne à auto-revelação ruminativa, que consistindo na mera repetição dos mesmos conteúdos da mesma forma, não produz qualquer alteração no resultado, enquanto que os efeitos positivos

associados à auto-revelação exigem a construção de novos enquadramentos e novos significados.

5.3. Auto-revelação/ ocultação dos clientes: dessensibilização sistemática

Reconhecidamente, a experiência de um incidente traumático acarreta mudanças nos processos de memória (cf. Smyth & Pennebaker, 2001), sendo as memórias traumáticas mais resistentes à mudança pelo facto de serem mais emotivas, terem mais elementos perceptivos e sensoriais e como tal mais difíceis de integrar na narrativa pessoal, acarretando uma sobrecarga de elementos sensoriais, ruminções obsessivas ou *flashbacks*.

O impacto positivo da auto-revelação, nestas circunstâncias, pode explicar-se através do mecanismo de dessensibilização gradual do efeito tóxico dos pensamentos, sentimentos e memórias associadas a acontecimentos traumáticos ou dolorosos. De acordo com os princípios do tratamento de exposição, o sucesso deste tipo de intervenção requer que a exposição pela primeira vez a um estímulo considerado aversivo desencadeie uma emoção negativa intensa (Foa & Kozak, 1986), que tenderá a diminuir gradualmente ao longo da repetição da exposição ao mesmo estímulo e a estímulos de menor intensidade. Aplicando esta conceptualização ao paradigma da escrita, Bootzin (1997) refere que o acto de escrever repetidamente possibilita a extinção da ligação entre as memórias problemáticas e o *stress*. O confronto repetitivo com estímulos dolorosos através da escrita pode conduzir a uma elevação

emocional inicial e subsequente redução ao longo das sessões de escrita, produzindo um resultado final positivo.

5.4. Auto-revelação dos clientes: intimidade e identidade

Desde os trabalhos pioneiros de Jourard que os efeitos positivos da auto-revelação, no âmbito das relações em geral e por extensão na psicoterapia, foram associados a duas funções essenciais: em primeiro lugar, a uma melhor relação ou vínculo com os outros e, em segundo lugar, à auto-compreensão do próprio, através do *feedback* que esta prática permite. Estas duas funções interagem reciprocamente, de modo que o sentimento de confiança no outro facilita a auto-revelação, o que por sua vez promove um sentimento de proximidade, que conseqüentemente desencadeia novamente uma maior abertura para explorar o *self* (Farber, 2006). Neste processo de nos darmos a conhecer aos outros aprendemos quem somos, pois ao revelarmos desenvolvemos a consciência pessoal acerca de pensamentos, sentimentos ou comportamentos, eventualmente desconhecidos. Ao reflectir sobre o que revelar suscitamos novas informações, memórias ou pensamentos acerca do próprio. Concomitantemente, este processo de auto-conhecimento é também promovido pelo confronto com a informação proveniente do outro.

Assim, a partilha de aspectos pessoais íntimos surge como promotora do *insight* acerca do *self* (Farber, 2006) e da proximidade emocional através da partilha de aspectos relevantes do *self*, mecanismos que ajudam a compreender o sentimento de proximidade que o cliente estabelece com o terapeuta. Em psicoterapia, através da selecção e narração de aspectos

discretos da experiência pessoal, através da ênfase do próprio e do trabalho terapêutico acerca desses aspectos, é facilitada a “agregação” de aspectos do *self* previamente fragmentados ou o fortalecimento de aspectos anteriormente difusos (Farber, 2006). Tal permite aos clientes experienciarem um sentimento do *self* mais coeso, fundindo novo material com informação familiar nas auto-representações, mantendo a coerência narrativa. Além da consolidação da identidade, a auto-revelação ajuda na diferenciação do *self* mediante o reconhecimento e aceitação de partes menos bem integradas na identidade, especialmente sentimentos, comportamentos e pensamentos anteriormente excluídos. Neste processo, os clientes desenvolvem consciência acerca dos papéis e experiências que não estavam integrados ou eram contraditórios, sendo que ao trabalharem com narrativas que revelam diferentes formas de agir e sentir, em diferentes situações, reconhecem a complexidade e multiplicidade do *self*. A auto-revelação, ao fomentar a consciência da multiplicidade, tem assim duas consequências complementares, o fortalecimento da coerência e da estabilidade da auto-imagem e o aumento da complexidade da mesma. Ao abreviar o espaço entre o que os clientes pensam e sentem e o que dizem, fomentando o reconhecimento e partilha de aspectos íntimos do *self* (Farber, 2006) a auto-revelação abre a possibilidade destes se sentirem mais verdadeiros e autênticos.

5.5. Ocultação dos clientes: a teoria de auto-apresentação

Tradicionalmente, pressupomos que a psicoterapia oferece aos clientes uma oportunidade para a revelação de informação pessoal num contexto

protegido de julgamentos. Esta noção é no entanto refutada por Kelly (1998), que considera que, no âmbito do trabalho terapêutico, os terapeutas recorrem com frequência a julgamentos, tais como a formulação de diagnóstico. Ainda que os terapeutas não os considerem como julgamentos, se os clientes tivessem conhecimento destas avaliações poderiam sentir-se desvalorizados, sendo talvez esse o motivo pelo qual os terapeutas tendem a ocultar essas conjecturas dos clientes (cf. Regan & Hill, 1992), como detalharemos adiante.

Kelly (1998; 2000a; 2000b), baseada no modelo de auto-apresentação de Schlenker (1980, 1986; Schlenker & Weigold, 1992), postula que, consciente ou inconscientemente, construímos identidades desejáveis perante múltiplas audiências. Como tal, a nossa apresentação (e.g., a revelação ou ocultação de informação negativa) será influenciada tanto pelos objectivos na interacção como pelo subsequente *feedback* dos outros (real ou imaginário). No contexto terapêutico, dada a atribuição ao terapeuta do papel de perito (Kelly, McKillop & Neimeyer, 1991), detentor de maior conhecimento acerca do comportamento humano, mais preocupado, apoiante e útil que os pares, assim como pela expectativa de abertura, os clientes preferem construir imagens positivas, pelo que tendem a ocultar informação privada e desagradável acerca do próprio a uma audiência importante, de onde poderia resultar a construção de uma imagem não desejada de *si* (Kelly, 2000a).

Ilustrando precisamente esta ideia de que os clientes desenvolvem esforços para causar uma boa impressão, procurando apresentar-se ao terapeuta como boas pessoas, Kelly, Kahn e Coulter (1996) solicitaram a 92 clientes o preenchimento de formulários de inscrição prévios à consulta e constataram que quando estes clientes eram avisados de que os formulários

seriam vistos pelos terapeutas registavam menos características socialmente indesejáveis, comparativamente aos clientes que eram informados de que os formulários seriam anônimos.

Com base nestes pressupostos Kelly (1998; 2000a; 2000b) argumenta que a ocultação de aspectos indesejáveis do *self* beneficia o resultado da psicoterapia, designadamente através da criação de uma identidade desejável perante uma audiência importante. Em contraste, preconiza que a reflexão de informação desfavorável por parte do terapeuta cria a suposição nos clientes, em alguns casos de forma adequada, de que o primeiro construiu uma imagem indesejável destes. Sendo o terapeuta visto como uma audiência crítica, os clientes beneficiam em ver-se favoravelmente na imagem que é reflectida, internalizando uma imagem positiva dos próprios. Este processo é congruente com o trabalho de Jones (Jones, Rhodewalt, Berglas & Skelton, 1981) sobre o efeito da auto-depreciação ou da auto-promoção na avaliação subsequente de auto-estima, que demonstra que os clientes que recebiam uma indução para se apresentarem numa destas duas perspectivas durante uma entrevista, respondiam de forma congruente com a auto-apresentação no posterior preenchimento de um inventário de auto-estima.

Teoricamente, este processo de internalização de uma nova auto-apresentação é facilitado quando a audiência é percebida como credível e com conhecimento. Como os terapeutas reúnem estas características (Kelly et al., 1991; McKillop & Schlenker, 1988), os efeitos da auto-apresentação e da audiência no processo de mudança em psicoterapia tornam-se ainda mais importantes. Todavia, a auto-apresentação do cliente com eventual ocultação de informação desfavorável também deve ser credível, para o próprio e para o

terapeuta. A credibilidade, não obstante alguns segredos, é importante porque só assim o cliente pode internalizar o *feedback* do terapeuta, o que não acontece se o cliente considerar que mentiu ao terapeuta. Para, Kelly (2000a) tal não se traduz num encorajamento para a ocultação de informação essencial e necessária ao tratamento, mas como uma indicação de que, perante informações de cariz muito negativo, pode ser benéfico para os clientes ocultarem os pormenores e procederem a uma descrição global do conteúdo dessa informação.

Kelly (1998), em defesa dos benefícios da ocultação em psicoterapia, refere também o racional subjacente à abordagem focada nas soluções, que não pressupõe a exploração dos problemas dos clientes como uma parte necessária ao tratamento (e.g., Chevalier, 1995; Fish, 1996; O'Brien & Pilar, 1997; Okun, 1997), assim como os trabalhos mais antigos, como o de Folkman e Lazarus (1988) que apontam vantagens em lidar com o *stress* através da negação, desde que tal não inviabilize oportunidades para modificar directamente a situação.

Como já referimos anteriormente esta posição é contestada por diversos autores (cf. Hill, Gelso & Moor, 2000; Farber, 2006), que reconhecendo que a preocupação com a auto-apresentação possa estar presente em psicoterapia, consideram que na maioria das situações a ocultação funciona como uma estratégia de protecção e não como um agente curativo.

Síntese

Genericamente, estes dados reflectem duas perspectivas acerca da auto-revelação. Temos uma perspectiva defensora dos efeitos positivos da

auto-revelação dos clientes, justificados através de mecanismos como a catarse (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker et al., 1987; Pennebaker et al., 1988), a dessensibilização de material perturbador (Bootzin, 1997; cf. Pennebaker, 2000), o processamento cognitivo de material traumático (Stiles (1995), a construção de novos significados sobre as experiências (Bucci, 1997; Taylor et al., 2000) e, por último, a promoção do auto-conhecimento e da identidade (Farber, 2006). E numa posição contrária, encontramos a teoria de auto-apresentação (Kelly, 1998; 2000a; 2000b) que advoga os benefícios da ocultação dos clientes em psicoterapia, em particular de informação de natureza negativa, explicada pelo evitamento de *feedback* negativo do terapeuta e pela interiorização de uma imagem positiva, promotora de um auto-conceito positivo.

Esta última hipótese é todavia contestada por autores como Rennie (1994), Hill (Hill et al, 1992; 1993) e Farber (2006), na sequência dos próprios trabalhos de natureza empírica, que reconhecendo a ocultação em psicoterapia como uma realidade incontestável, procuram hipóteses intermédias novamente congruentes com os benefícios da auto-revelação. A este respeito, Hill (cf. Hill, Gelso & Mohr, 2000), por exemplo, reconhecendo o papel da auto-apresentação no processo de ocultação, aponta um conjunto de factores que considera importantes para compreender como os clientes gerem os processos de revelação e ocultação (e.g., a necessidade de privacidade ou controlo, a incapacidade dos terapeutas de responderem de forma terapêutica, os clientes não se encontrarem preparados para revelar), postulando que a ocultação decorrente destes motivos terá um impacto positivo em termos do

processo e do resultado terapêutico em detrimento da ocultação por motivos de auto-apresentação.

6. Reflexão final sobre a investigação referente à auto-revelação/ocultação dos clientes em psicoterapia

Os clientes procuram o contexto da psicoterapia para falarem acerca de si próprios. Este princípio, além de corresponder às expectativas de clientes e terapeutas, constitui o foco da intervenção dos terapeutas, que procuram fomentar e incentivar esta prática, dado que as informações reveladas pelos clientes compõem a matéria-prima da psicoterapia. Como já referimos anteriormente, a maioria dos trabalhos teóricos e empíricos sobre este domínio assume que a auto-revelação dos clientes constitui um dos objectivos centrais da psicoterapia e que a expressão aberta e livre de pensamentos e sentimentos privados no contexto terapêutico é benéfica, tanto em termos da promoção do bem-estar emocional, como para proporcionar material para o trabalho terapêutico (Stiles, 1995).

Porém, atendendo à revisão que efectuámos da literatura empírica sobre auto-revelação e ocultação dos clientes em psicoterapia, os resultados encontrados não corroboram inequivocamente a premissa da abertura e auto-revelação dos clientes acerca dos seus pensamentos e sentimentos íntimos. Pelo contrário, alguns dos trabalhos demonstram que os clientes recorrem à ocultação no contexto da psicoterapia, em particular de conteúdos negativos e sem que o terapeuta tenha conhecimento desse facto (Hill, 1989; Kelly, 1998;

Rennie, 1985), contrariando a crença da “naturalidade” e das vantagens da auto-revelação, enquanto simultaneamente levantam a dúvida acerca da tradicional visão negativa da ocultação.

Perante a ausência de uma relação clara entre auto-revelação e ocultação e sucesso ou insucesso terapêutico, os resultados da investigação sugerem um misto de circunstâncias susceptíveis de influenciar a tendência para a auto-revelação ou ocultação dos clientes, tais como a profundidade e acessibilidade do problema, a natureza dos objectivos terapêuticos, a extensão e tipo de auto-revelação, o diagnóstico do cliente, a qualidade da relação terapêutica, a duração da terapia, a atitude e responsividade dos terapeutas e, por último, a experiência dos clientes com revelações anteriores (Farber, 2006). Mais do que sintetizar os dados apresentados nos pontos anteriores deste capítulo, com esta referência à multiplicidade de factores e processos associados a estas práticas pretendemos justificar a necessidade de estudos adicionais sobre este tema.

Esta carência, tal como a dificuldade na análise comparativa dos trabalhos existentes, decorre de um misto de obstáculos de natureza metodológica nos trabalhos empíricos nesta área, que impossibilitam uma conclusão clara sobre os diversos aspectos deste fenómeno, como sejam o foco em fenómenos diferentes (e.g., ocultação (Hill, 1989; Kelly, 1998); auto-revelação (Jourard, 1971; cf. Hall & Farber, 2001); ambos (Farber, Berano & Capobianco, 2004; Farber & Hall, 2002; Hall & Farber, 2001)). Igualmente, o uso de populações diferentes e de diferentes focos temporais dificulta a comparação dos resultados (e.g., amostras de clientes em psicoterapia *vs.* estudos de *design* análogo; sessão única de psicoterapia (Thompson & Hill,

1991); primeira sessão de terapia breve (Hill et al., 1992); todas as sessões de terapia breve (Regan & Hill, 1992); sessões intermédias de terapia breve (Kelly, 1998); sessões intermédias de terapia de longa duração (Hill et al., 1993)). Adicionalmente, a maioria destes trabalhos são de natureza retrospectiva, colocando-se a questão da variabilidade na capacidade dos participantes recordarem as suas experiências internas (Nisbett & Wilson, 1977) e, conseqüentemente, a possibilidade deste tipo de *design* enviesar os resultados.

Não obstante todas estas objecções e limitações sintetizamos algumas indicações, hipóteses e questões a explorar acerca da auto-revelação e da ocultação dos clientes. Assim, relativamente à ocorrência destas práticas, parece que a maioria dos clientes expõe as suas experiências pessoais no contexto terapêutico, sendo igualmente verdadeiro que uma proporção significativa de clientes (40% a 50%) oculta intencionalmente informação relevante (Hill, Thompson, Cogar & Dennan, 1993; Kelly, 1998; Weiner & Shuman, 1984). Apesar desta percentagem elevada de clientes que admitem ocultar conteúdos do terapeuta, a incidência desta prática na sessão e ao longo do processo parece ser baixa a moderada (Farber, Berano & Capobianco, 2004; Hill, Thompson, Cogar & Dennan, 1993; Hill, Thompson & Corbett, 1992).

Do mesmo modo, parece consensual que os clientes ocultam em primeiro lugar temáticas de natureza sexual (Hall & Farber, 2001; Hill et al., 1993; Kelly, 1998; Norton, Feldman & Tafoya, 1974; Yalom, 1970). Sendo que, entre os estudos sobre os conteúdos ocultados pelos clientes também encontramos referências à ocultação de sentimentos de fracasso (Hill et al., 1993), de dificuldades relacionais (Kelly, 1998) e de “reações negativas” na

sessão (Hill, Thompson, Cogar & Dennen, 1993; Hill, Thompson & Corbett, 1992; Rennie, 1992; Rennie, 1994; Thompson & Hill, 1991).

No que concerne às variáveis moderadoras do processo de auto-revelação ou ocultação em psicoterapia, os trabalhos nesta área sugerem a importância de atender à influência de variáveis como a aliança terapêutica e a duração da terapia (Farber, Berano & Copabianco, 2004; Hall & Farber, 2001; Patte & Farber, 2004). A qualidade da aliança terapêutica parece estar claramente relacionada com um resultado terapêutico positivo (cf. Elliott et al., 2004), sendo o desenvolvimento desta relação fundamental para a auto-revelação, mediante a criação de uma atmosfera facilitadora da auto-exploração progressiva ao longo do processo terapêutico (Hall & Farber, 2001). Assim, subsistindo o risco dos clientes se esquivarem a revelações difíceis com receio de romperem ou prejudicarem a relação estabelecida, a melhor forma de mitigar esse obstáculo é consolidando o sentimento de confiança através da discussão aberta sobre a relação terapêutica (Farber, 2006; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002).

Ainda relativamente às variáveis moderadoras, designadamente a variáveis como o sentimento de vergonha, frequentemente citado na literatura como associado à auto-revelação em psicoterapia e com potencial de inibir o foco e a profundidade da revelação, não encontramos sustentação empírica para esta leitura. Os estudos parecem atestar o papel importante da vergonha e da vulnerabilidade no processo de tomada decisão acerca da auto-revelação, mas estes sentimentos parecem ser compensados pelos sentimentos positivos (Farber, Berano & Capobianco, 2004).

Quanto aos efeitos da auto-revelação e da ocultação na sessão ou no processo terapêutico, a diversidade e ambiguidade dos resultados encontrados, impede-nos de estabelecer com clareza a relação entre estas práticas e o impacto no processo e resultado terapêutico. Porém, se tivermos em mente os pressupostos tradicionais que postulavam a associação entre auto-revelação dos clientes e resultados terapêuticos positivos e, no inverso, entre ocultação e resultados negativos, esta mesma diversidade de resultados leva-nos, no mínimo, a questionar a validade destes pressupostos e a sua real aplicabilidade na psicoterapia.

Precisamente em virtude da controvérsia dos resultados quanto aos efeitos da auto-revelação e ocultação em psicoterapia, urge desenvolver e aprofundar a compreensão sobre os mecanismos de acção subjacentes a estes complexos fenómenos. Assim, a primeira hipótese colocada a este respeito e que advogava a catarse enquanto mecanismo central subjacente aos efeitos da auto-revelação (Pennebaker et al., 1987), foi revista, podendo-se mesmo argumentar sobre a possibilidade desta, por si só, reforçar memórias negativas (Borkovek, Roemer & Kenyon, 1995). Como tal, na nossa opinião, a experiência de reviver ou trazer acontecimentos para a consciência e depois “agir” parece mais importante para compreender os efeitos positivos da auto-revelação. Neste ponto, estes efeitos podem ser compreendidos como produto da reestruturação ou da dessensibilização de material perturbador (Bootzin, 1997; cf. Pennebaker, 2000), do processamento cognitivo de material traumático (Stiles (1995) ou da construção de novos significados (Bucci, 1997; Hill & O'Brien, 1999; Taylor et al., 2000), com um potencial de mudança

provavelmente mais significativo que a devolução de um reflexo positivo do *self* (Kelly, 1998; 2000a; 2000b).

Acerca da teoria da auto-apresentação proposta por Kelly (1998), que advoga que os terapeutas ajudam os clientes reflectindo as imagens positivas, enquanto o falar sobre um acontecimento negativo pode agravar a memória desse acontecimento, parece-nos que estes argumentos colidem com os trabalhos que apontam a exposição como um dos componentes mais eficazes da psicoterapia (Foa & Kozak, 1986), assim como com o vasto conjunto de trabalhos sobre a auto-revelação fora do domínio da psicoterapia (Pennebaker, 2000) e com a extensa literatura cognitiva acerca da eficácia do desafio de crenças cognitivas negativas (Hollon & Beck, 1994). No âmbito da psicoterapia, mas na área do trauma, a advertência de Taylor (Taylor et al., 2000) acerca da importância da natureza do conteúdo da auto-revelação para determinar o funcionamento desta, pode funcionar como um ponto de partida para a discussão dos argumentos de Kelly (1998). Nesta perspectiva, os efeitos negativos da auto-revelação poderão ocorrer quando esta assume um carácter ruminativo (Borkovek, Roemer & Kenyon, 1995) ou quando não promove a construção de novos significados para o acontecimento (Bucci, 1997).

Adicionalmente, tal como acontece em outras relações interpessoais, a auto-revelação no contexto terapêutico desencadeia receios acerca dos julgamentos dos terapeutas, o que pode facilitar a ocultação. Todavia, questionamos a proposta de auto-apresentação (Kelly, 1998), atendendo essencialmente aos pressupostos implícitos nesta teoria acerca do funcionamento da psicoterapia e dos papéis de terapeutas e clientes. Em primeiro lugar, contestamos o poder imputado ao terapeuta no processo

terapêutico, na medida em que a mudança é vista como consequência da capacidade deste reflectir imagens positivas dos clientes. Esta premissa representa uma visão limitada do trabalho do terapeuta, ignorando os dados, tanto da experiência clínica como da literatura sobre factores comuns em terapia, que denotam a importância do trabalho do terapeuta no que se refere à mudança na perspectiva acerca do *self* ou do mundo, relativas à criação de experiências correctivas ou teste da realidade (Goldfried & Padawer, 1982). Adicionalmente, assumindo que os clientes se envolvem intencionalmente em tarefas de controlo da impressão, o terapeuta é privado de informação necessária para dar um *feedback* realista, constituindo tal uma desvantagem para o trabalho do terapeuta se só vê os clientes da forma selectiva como estes se apresentam.

Relativamente ao papel do cliente, Kelly (1998) alega que não só é aceitável como desejável que estes ocultem informação negativa e humilhante, expondo apenas informação de carácter geral sobre os acontecimentos negativos. Este pressuposto é incompatível com diversas teorias e estudos que apontam a não revelação de experiências negativas como um factor de risco para a emergência de emoções como a não-aceitação ou a não autenticidade na experiência do cliente no processo terapêutico (Arkin & Hermann, 2000). Aliás, a literatura sobre os factores da relação terapêutica justifica a importância do terapeuta valorizar a totalidade da pessoa e não só os aspectos positivos (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). A aceitação dos clientes, considerada uma das dimensões mais importantes da psicoterapia (Gelso & Hayes, 1998), particularmente quando são reveladas experiências ou emoções negativas, é fundamental para o desenvolvimento da auto-confiança, que, tal

como os aspectos supra-citados, constitui um importante mecanismo no processo de mudança (Orlinsky et al., 1994). Naturalmente, os clientes necessitam e beneficiam de construir uma imagem positiva de si em psicoterapia, porém contestamos que esta mudança seja produzida pelo terapeuta através de reflexões positivas, sendo antes decorrente de factores como o aumento da auto-estima, produto da aceitação do cliente, do desenvolvimento de *insight* ou de mudanças nos padrões cognitivos, emocionais e comportamentais (Hill & O'Brien, 1999).

Considerando a psicoterapia como uma conversa com vários graus de transparência e de reflexividade (Rennie, 1995), no que concerne aos processos de auto-revelação e de ocultação dos clientes em psicoterapia, parece ocorrer um processo de tomada de decisão implícito, em que, de modo mais ou menos intencional, os clientes tomam continuamente decisões acerca do que e quanto podem, de forma segura auto-revelar em psicoterapia, avaliando a segurança da relação, a necessidade de controlo, a resposta provável do terapeuta, a motivação para trabalharem determinado aspecto e até mesmo a solicitação da revelação da parte do terapeuta. Neste processo de tomada de decisão, o receio da reacção do terapeuta parece ser uma das variáveis a considerar, ainda que os dados empíricos indiquem que este medo se dissipa ao longo da terapia, quando os clientes sentem que as revelações são aceites (Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994). Igualmente, a apreensão dos clientes relativamente à auto-revelação e consequente decisão de ocultar, pode também decorrer da percepção destes da indisponibilidade dos terapeutas para ouvirem falar de algumas experiências, da tentativa ou

tendência para proteger o terapeuta, em especial quando o avaliam como novo ou pouco experiente para lidar com material difícil.

Em suma, os clientes quando procuram ajuda em psicoterapia assumem que precisam de revelar ao terapeuta os seus problemas para poderem ser ajudados e, como demonstra a investigação, muitos clientes consideram a auto-revelação central numa boa terapia (Bachelor 1995; Farber, Berano & Copabianco, 2004). No entanto, é igualmente incontestável a evidência empírica de que os clientes, não obstante revelarem muito em psicoterapia, por diferentes motivos, em diferentes momentos, ocultam diferentes tipos de informação dos terapeutas (Hill, 1989; Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady & Perry, 1988; Hill, Thompson & Corbett, 1992; Hill, Thompson, Cogar & Dennon, 1993; Kelly, 1998; Rennie, 1995; Thompson & Hill, 1991; Regan & Hill, 1992).

Obviamente que estes resultados não implicam que o terapeuta deva compelir os clientes a revelar sobre tudo, mas evidencia a necessidade de analisar a importância e as implicações destes dados tanto em termos da prática clínica, como da formação profissional dos terapeutas. Em particular, exige uma reflexão cuidada acerca do tipo de relação que os terapeutas podem e querem estabelecer com o cliente e sobre a importância de fomentar uma atmosfera na qual os clientes se sintam seguros para partilhar conteúdos significativos. Atendendo a estes aspectos, os terapeutas devem respeitar a “zona de conforto” dos clientes e ajustar o nível de incentivo e desafio de acordo com a disponibilidade e capacidade dos clientes (Farber, 2006). Igualmente, a psicoterapia pode ser apresentada aos clientes como um contexto em que podem praticar o nível de auto-revelação que pretendem, o

que pode ser importante em subseqüentes interações do cliente em outros contextos (e.g., família, amigos, trabalho).

No que concerne ao papel do terapeuta, parece-nos particularmente importante que este comunique a sua disponibilidade para ouvir tanto experiências, como avaliações negativas e demonstre que pode lidar com essa informação, trabalhando-a no sentido de fortalecer a relação terapêutica e possivelmente melhorar o resultado da psicoterapia (Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994; Safran, Crocker, McMain & Murray, 1990). A sintonia entre cliente e terapeuta decorrerá não tanto do conhecimento do terapeuta de todos os aspectos da vida do cliente, mas do respeito pela perspectiva deste. No contexto da psicoterapia, mais do que a descoberta de verdades ocultas através do uso das técnicas e ferramentas de especialista (Fruggeri, 1992), que dão a ilusão de conhecimento e poder, importa criar um espaço conversacional em que os parceiros constroem reciprocamente os seus papéis e os seus significados (Andersen & Goolishian, 1992).

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS CLIENTES

PARTE B

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

OBJECTIVOS E MÉTODO

No âmbito da psicoterapia, a investigação pretende dar sentido, a posteriori, a uma prática intrinsecamente complexa, mediante o recurso a uma panóplia de metodologias de investigação e de análise (Greenberg, 1994). A evolução no domínio da investigação no processo terapêutico (cf. Fernandes, 2001) abriu a possibilidade a novos objectivos de estudo, designadamente à compreensão dos mecanismos associados à mudança terapêutica e à compreensão da própria experiência de psicoterapia, âmbito no qual inserimos o nosso estudo.

Na trajectória deste trabalho, desde a revisão teórica à discussão dos estudos empíricos, perante a diversidade de orientações em relação à auto-revelação e ocultação de terapeutas e clientes no processo terapêutico, tornou-se manifesta a necessidade de desenvolver um novo olhar para o processo terapêutico que integre estes fenómenos. No que concerne à investigação acerca destes fenómenos na experiência dos clientes, os estudos realizados, e já discutidos, evidenciam a complexidade e a multiplicidade de factores e processos que parecem relacionar-se com estes fenómenos. Sendo certo que os clientes atribuem à auto-revelação um papel central para o sucesso da psicoterapia (cf. Farber, Berano & Copabianco, 2004), é também incontestável que, não obstante revelarem muito, ocultam informação em psicoterapia (cf. Hill, Thompson & Corbett, 1992; Hill, Thompson, Cogar & Dennon, 1993; Kelly, 1998; Rennie, 1995; Thompson & Hill, 1991; Regan & Hill, 1992). Já no

que diz respeito à conceptualização teórica destes fenómenos, o volume de trabalhos acerca da auto-revelação e da ocultação dos clientes é pouco significativo, ilustrando a proeminência da visão tradicional quanto à expectativa natural de auto-revelação e da ocultação enquanto resistência terapêutica (Antaki & Leudar, 2005), entrave ao crescimento (Watson, 2006), evitamento, falta de motivação, reactividade ou auto-protecção do cliente (Mahoney, 1991). Esta visão é todavia contrariada no âmbito das perspectivas pós-modernas, em que a ocultação do cliente em psicoterapia é compreendida como histórias não contadas ou como vozes silenciadas, tendo a conversa terapêutica o objectivo de facilitar a transformação do “*left unsaid*” no “*not-yet-said*” (Andersen & Goolish, 1992).

Quanto à participação do terapeuta, os resultados da investigação sugerem que, globalmente, tanto a auto-revelação pessoal factual como a auto-revelação “*self involving*” do terapeuta acarretam um risco e um potencial elevado. Em particular, no que concerne à ocultação do terapeuta, os poucos estudos sobre o tema parecem evidenciar um potencial negativo, designadamente dificuldades ao nível da comunicação e da relação terapêutica (Fosha, 2004; Safran & Muran, 2000), corroborando a noção de que a auto-revelação do terapeuta pode desempenhar um papel relevante no processo terapêutico (cf. Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997), servindo diferentes objectivos (Geller & Farber, 1997; Hill & Knox, 2002).

Assim, rejeitando o binómio não revelação/neutralidade, apontando o processo de decisão subjacente a cada uma destas práticas e consequentemente a sua natureza intrinsecamente comunicacional (cf. Orange & Stolorow, 1998) e dialéctica (Geller, 2003), devemos considerar a

psicoterapia como uma conversa com vários graus de reflexividade e de transparência (Rennie, 1995), no âmbito da qual importa desenvolver a compreensão acerca da auto-revelação e da ocultação de clientes e terapeutas.

Neste estudo, como detalharemos posteriormente, procurámos, a partir dos relatos dos participantes no processo terapêutico, estudar como clientes e terapeutas constroem a experiência de ocultação no âmbito da psicoterapia, atendendo em particular ao significado e contextualização desta experiência em termos do processo e da relação terapêutica. Pretendíamos igualmente analisar o impacto destes acontecimentos nos resultados do processo terapêutico. Adoptámos para tal um modelo de investigação que privilegia a descrição e a explicação dos fenómenos relevantes no processo terapêutico a partir do "interior" do mesmo, enraizado na experiência do cliente e do terapeuta durante a sessão, focando o significado construído acerca da experiência de ocultação.

1. Objectivos e questões do estudo

Recorrendo a uma metodologia de carácter compreensivo, como referimos no ponto anterior, pretendíamos explorar a experiência de ocultação e de auto-revelação, com base na experiência dos participantes no processo terapêutico e a propósito de acontecimentos significativos na sessão. Considerando este propósito, colocámos as seguintes questões de investigação:

i. Que conteúdos clientes e terapeutas ocultam no decurso dos encontros terapêuticos?

ii. Qual a função da ocultação no âmbito da sessão terapêutica e, em termos mais globais, no próprio processo terapêutico?

iii. Que percepção têm os elementos da díade terapêutica acerca da ocultação por parte do outro elemento da díade?

iv. É possível que estes conteúdos ocultados se tornem em revelações no decurso do processo terapêutico?

v. Existem diferenças em termos do fenómeno de ocultação entre os casos de sucesso e insucesso terapêutico?

Estas questões, colocadas no início deste estudo, orientaram o desenvolvimento deste trabalho, desde o processo de amostragem, à análise e de tratamento dos dados.

2. Metodologia

2.1. Estudo piloto

O estudo piloto teve como finalidade aferir a metodologia e criar a oportunidade de a reformular de modo a potenciar o sucesso do projecto, acabando esta etapa por se revelar um contexto de excelência para redefinir, para além destes aspectos, o próprio âmbito da investigação. Num momento inicial, o objectivo deste projecto consistia na análise do processo de mudança associada à ocorrência de acontecimentos importantes no processo

terapêutico. A partir da observação do próprio processo, pretendíamos estudar padrões que possibilitassem a construção de modelos acerca da experiência do processo terapêutico e da experiência de mudança. Especificamente, pretendíamos, a partir da análise de dados recolhidos junto de clientes e terapeutas, analisar a existência de regularidades nas temáticas e conteúdos associados à construção da mudança, assim como no modo discursivo como estas mudanças eram construídas, averiguando a congruência dos relatos destes actores.

Para o efeito elaborámos uma entrevista semi-estruturada, referente aos momentos significativos da sessão terapêutica (Anexo I), a ser administrada segundo a técnica do Processo de Recordação Interpessoal (*Interpersonal Process Recall*) (Kagan, 1975, cit. in Elliott, 1986; Wiseman, 1992), que consiste numa entrevista assistida por vídeo a propósito de uma sessão terapêutica. Durante a observação da gravação, convidávamos os participantes a partilhar as experiências acerca dos momentos significativos da sessão terapêutica. Do estudo exploratório implementado junto de duas díades de terapeuta e cliente após uma sessão terapêutica resultou a introdução de alterações significativas em termos do tema e do *design* de investigação. Em relação ao *design* de investigação, e em particular à técnica do Processo de Recordação Interpessoal, tivemos oportunidade de experienciar as dificuldades inerentes à implementação desta metodologia no nosso trabalho: primeiro, as entidades que acederam em colaborar no projecto de investigação não dispunham do equipamento técnico necessário para proceder à gravação das consultas nem para o posterior visionamento (acrescendo em relação a este aspecto as dificuldades em termos de acomodações para o

efeito); em segundo lugar, e mais importante, defrontámo-nos com enormes dificuldade no recrutamento de participantes para este primeiro estudo, deparando-nos com recusas sistemáticas de clientes e principalmente de terapeutas, o que nos levou concluir que para uma amostra substancialmente maior, como pretendíamos, e com medidas repetidas ao longo do processo, seria necessário alterar os procedimentos de recolha de dados. Em termos da temática da investigação, a análise das entrevistas efectuadas permitiu-nos perceber a diversidade e disparidade de temáticas que estávamos a explorar.

Não obstante, este estudo foi fulcral para a génese do presente trabalho, uma vez que foi a análise destas primeiras entrevistas que aguçou a nossa curiosidade para uma das questões do guião inicial de entrevista, que se converteu no tema central do nosso trabalho de pesquisa – a ocultação psicoterapia. Centrados na nova temática procurámos desenvolver um instrumento de pesquisa que permitisse explorar os novos objectivos de investigação, que culminou no desenvolvimento de um novo guião de entrevista. Também este guião foi alvo de um estudo exploratório, para aferir a adequação entre as questões do estudo e as perguntas do guião. Essencialmente, nesse trabalho exploratório, pretendíamos perceber como as nossas questões eram compreendidas por clientes e terapeutas e de que forma poderiam facilitar a exploração do fenómeno de ocultação na sessão terapêutica. De igual modo, queríamos obter uma primeira leitura de como clientes e terapeutas falavam acerca destes acontecimentos, em termos da facilidade ou dificuldade com que recordavam estes episódios e, mais importante, de como conseguiam falar acerca destes acontecimentos com um elemento externo ao processo terapêutico.

2.2. Caracterização dos participantes

No que concerne à selecção dos participantes, conduzimos um processo de selecção intencional, procedimento que equivale à designação de Glaser e Strauss (1967) de “amostragem teórica”, que reconhece e enfatiza o conhecimento que os próprios participantes possuem acerca do objecto de estudo e a oportunidade de aprendizagem que como tal representam. Assim, procurámos a participação de “peritos experienciais” (Morse, 1994), ou seja, díades de terapeutas/ clientes em processos reais de psicoterapia, que possuem acerca do tema um conhecimento particular e aprofundado, com o intuito de aprendermos o máximo possível acerca desta experiência.

Num primeiro momento tínhamos proposto como estratégia para selecção dos participantes a “selecção com diversidade” (Polkinghorne, 2005), recorrendo a participantes com formas divergentes de experiência. Pretendíamos assim complexificar o processo de recolha de dados introduzindo intencionalmente variabilidade que possibilitasse aceder à heterogeneidade do fenómeno. Quanto às características dos participantes terapeutas, pretendíamos focar dimensões como a experiência profissional e a formação teórica, enquanto nos clientes pretendíamos analisar a experiência prévia em psicoterapia, tendo como objectivo a formação de grupos com experiências contrastantes. Todavia, perante as dificuldades com que nos confrontámos no recrutamento de participantes para o estudo, a tarefa de encontrar díades que reunissem a diversidade desejada tornou-se inviável, pelo que fomos forçados a desistir deste procedimento, passando estas dimensões a ser utilizadas como características descritivas da amostra ao

invés de variáveis seleccionadoras, adoptando conseqüentemente um processo de selecção de conveniência (Polkinghorne, 2005).

2.2.1. Caracterização demográfica dos terapeutas

Participaram neste estudo 11 terapeutas que exerciam psicoterapia no Serviço de Consulta Psicológica da Universidade do Minho e no Psiquilíbrios (um centro privado de consulta e formação em Psicologia), em Braga. Este grupo é constituído por 8 terapeutas do sexo feminino e 3 do sexo masculino, sendo esta também a distribuição relativamente ao estado civil: 8 terapeutas solteiros e 3 casados. A média de idades é de 30,3 anos, tendo o mais novo 24 e o mais velho 45 anos (cf. Quadro 3). Relativamente à prática profissional estes terapeutas tinham uma experiência profissional média de 4,9 anos (1 com experiência inferior a 1 ano; 4 com experiência entre 2 e 3 anos; 3 com experiência entre 4 e 6 anos; 3 com experiência entre 8 e 9 anos).

Quadro 3: Caracterização dos terapeutas em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, prática profissional.

Idade	Sexo	Estado civil	Prática profissional (meses/ anos)
$\bar{x} = 30,7$	Masculino = 3	Solteiro = 8	Meses $\bar{x} = 57,9$ (Anos = 4,9)
D. P. = 5,59	Feminino = 8	Casado = 3	D. P. = 34,53

No que concerne à formação académica 5 dos terapeutas possuíam licenciatura em psicologia, 5 tinham concluído o 1º ano de mestrado e 1 era

mestre em psicologia. A formação teórica base dos terapeutas participantes, no âmbito da licenciatura, era predominantemente cognitivo-comportamental, tendo uma minoria de 3 terapeutas formação nas abordagens narrativas. No que respeita à abordagem teórica preferencial aplicada no caso, como se pode comprovar pela observação do Quadro 4, apenas 1 terapeuta refere seguir o modelo cognitivo comportamental, 4 terapeutas indicam adoptar abordagens narrativas, 3 declaram utilizar uma abordagem integrativa e 3 referem utilizar uma integração entre os modelos cognitivo-comportamental e as abordagens narrativas.

Quadro 4: Caracterização dos terapeutas em função das variáveis: formação académica, orientação teórica, abordagem preferencial.

Formação académica	Orientação teórica base	Abordagem preferencial/ caso
Licenciatura = 5	Cognitivo comportamental = 8	Cognitivo comportamental = 1
1º Ano Mestrado = 5 Mestrado = 1	Narrativa = 3	Narrativa = 4 Integrativa = 3 Cognitivo comportamental c/ narrativa = 3

2.2.2. Caracterização demográfica dos clientes

O grupo de 11 clientes é constituído na sua totalidade por participantes do sexo feminino, maioritariamente solteiras, com uma média de idades de 25,5 anos, variando entre os 20 e os 40 anos. A maioria era estudante no

ensino superior, 3 trabalhavam na função pública e 1 encontrava-se desempregada (cf. Quadro 5).

Quadro 5: Caracterização dos clientes em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão.

Idade	Sexo	Estado civil	Profissão
\bar{x} = 25,5	Masculino = 0	Solteiro = 10	Estudante = 7
D.P. = 7,79	Feminino = 11	Casado = 0	Func. público = 3
		Viúvo = 1	Desempregado = 1

Como salientamos anteriormente, a única variável estipulada acerca da exclusão/ participação de clientes foi o diagnóstico de patologias que constituíssem um constrangimento ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica. No âmbito deste estudo não encontramos clientes que em função desses factores fossem excluídos. No que respeita aos diagnósticos clínicos efectuados pelos terapeutas, na 4ª sessão, com base no D.S.M. – IV (A.P.A., 2004): 5 clientes receberam o diagnóstico de Perturbação Depressiva Maior, 2 clientes de Perturbação de Stress-pós-traumático, 1 de Ansiedade Social, 2 de Perturbação dos Impulsos e 1 de Problemas Relacionais. Para 9 das participantes esta era a primeira experiência em psicoterapia e apenas 3 estavam com medicação (cf. Quadro 6).

Quadro 6: Caracterização dos clientes em função das variáveis: diagnóstico, experiência prévia em psicoterapia e medicação.

Diagnóstico/ 4ª sessão	Experiência psicoterapia	Medicação
Perturbação Depressiva = 5	Sim = 2	Sim = 3
PTSD = 2	Não = 9	Não = 8
Ansiedade social = 1		
Perturbação impulsos = 2		
Problema relacional = 1		

2.3. Instrumentos

2.3.1. Entrevista semi-estruturada sobre os não ditos na sessão terapêutica

Tendo como objectivo a compreensão das experiências e significados que clientes e terapeutas constroem acerca da ocultação no contexto da psicoterapia, elegemos um instrumento de recolha de informação simultaneamente detalhado e flexível que possibilitasse a concretização deste intento. Perante a diversidade de metodologias qualitativas possíveis elegemos a entrevista semi-estruturada, que nos proporciona uma descrição completa e detalhada do informante acerca da própria experiência (Chapman & Smith, 2002). Este tipo de instrumento revela-se particularmente útil quando o fenómeno em estudo se reveste de particular complexidade ou de características em que os participantes podem ter dificuldade em expressar-se espontaneamente a partir de apenas uma instrução inicial, como nos parece ser o caso do tema em questão.

Assim, com base nesta metodologia, desenvolvemos um protocolo flexível de questões, em que transmitíamos instruções que especificavam o foco do estudo, com intuito de encetar um diálogo com os participantes sobre o tema em foco, sendo aspectos como a ordem ou linguagem das questões alterada de acordo com o fluxo da conversa do participante. O guião constituiu um apoio para uma exploração integral da experiência, mantendo em simultâneo uma abertura desejável a conteúdos particulares que os participantes podiam oferecer. Desta forma, intentámos respeitar a naturalidade do discurso, não constringendo a possibilidade da descoberta de novos domínios ou de obter uma compreensão aprofundada da perspectiva dos participantes e dos seus significados (Machado, 2000; Polkinghorne, 2005).

Assumindo no entanto que não existe produção de conhecimento independente do sujeito conhecedor, concebemos o procedimento de entrevista como “uma conversação entre iguais” (Taylor & Bogdan, 1984, p. 77), em que o investigador é um perito no processo de investigação mas o especialista acerca do fenómeno em estudo é o participante. Assim, ao longo do processo de entrevista tivemos sempre presente o cuidado de assegurar ao entrevistado o papel de autor da descrição, remetendo-nos enquanto investigadores para o papel de editores (Polkinghorne, 2005), no qual nos auxiliamos dos nossos conhecimentos enquanto clínicos para constituirmos um suporte para a produção de um relato mais completo, sem restringir ou determinar o significado do participante.

Naturalmente que não entendemos os auto-relatos recolhidos nas entrevistas como espelhos reflectores que permitem aceder à totalidade da

experiência (Polkinghorne, 2005), sendo que reconhecemos os constrangimentos decorrentes de factores como a consciência, a recordação, a linguagem ou a cultura dos participantes. No entanto, assumimos que ainda que os participantes não sejam capazes de fornecer explicações completas acerca das suas acções e intenções, podem no entanto fornecer as suas histórias acerca do que fizeram e porquê. Como o nosso intento não era obter recordações exactas de eventos, mas os relatos acerca do significado da experiência, fornecendo uma ocasião para os participantes reflectirem sobre esses mesmos significados, considerámos que esta metodologia respondia aos nossos objectivos. Subjacente a esta escolha esteve igualmente o facto de este procedimento possibilitar um processo de análise detalhado e flexível do material, uma vez que não procurávamos formular modelos abstractos, mas antes a compreensão das experiências e dos significados dos participantes. Assim, elaborámos um guião de entrevista semi-estruturado centrado no tema da ocultação (Anexo II), idêntico para clientes e terapeutas. No contacto com os participantes usamos o termo “não ditos” para designar globalmente todos os incidentes de ocultação, sem diferenciar a sua natureza em termos de reacções imediatas, reacções ao terapeuta ou segredos. Assim, organizamos as questões abertas referentes aos não ditos ocorridos na sessão terapêutica em torno de 3 dimensões:

1. Não ditos ocorridos no âmbito da sessão terapêutica

Interessava-nos explorar a ocorrência de conteúdos, sob a forma de pensamentos, sentimentos ou imagens, activados no decurso da sessão terapêutica não partilhados com o outro elemento da díade terapêutica. Os não ditos identificados eram depois analisados em termos das motivações

e/ou obstáculos subjacentes à decisão de não comunicar esse conteúdo e do significado para a sessão e/ou processo terapêutico. Dado o interesse em averiguar a sintonia na díade terapêutica em termos destes conteúdos era também solicitado aos participantes que avaliassem a possibilidade do outro elemento da díade terapêutica ter conhecimento deste conteúdo.

2. A revelação de não ditos prévios

Pretendíamos averiguar a ocorrência de conteúdos que num primeiro momento (da própria sessão ou de momentos anteriores do processo) eram ocultados e posteriormente, no decurso da sessão em questão, acabavam por ser partilhados. Se tal tivesse ocorrido indagávamos acerca dos motivos e significado desse acontecimento.

3. Não ditos do outro elemento da díade terapêutico

Como medida da sintonia existente na relação terapêutica inquirimos sobre a possibilidade de identificarem não ditos do outro elemento da díade terapêutica, ocorridos no decurso da sessão terapêutica.

Perante a impossibilidade de utilizarmos na metodologia o Processo de Recordação Interpessoal, considerámos que seria importante activar a memória acerca da sessão, integrando no guião de entrevista algumas questões iniciais acerca dos objectivos e temas das sessões (sem explicitar necessariamente conteúdos pessoais), de modo a facilitar a contextualização episódica da recordação dos participantes acerca dos momentos de ocultação ou revelação.

2.3.2. Questionário de caracterização demográfica

Com o objectivo de recolher dados demográficos dos participantes utilizámos uma ficha de caracterização demográfica (Anexo III e IV), construída por nós, a preencher respectivamente pelo terapeuta e pelo cliente. Acerca do terapeuta solicitámos informações sobre dimensões como: género, idade, estado civil, orientação teórica predominante, abordagem teórica preferencial utilizada no caso e experiência profissional. Relativamente aos clientes auscultamos acerca de variáveis como: género, idade, estado civil, profissão, experiência anterior em psicoterapia e diagnóstico psicopatológico.

2.3.3. Inventário de Aliança Terapêutica

Sendo a qualidade da relação entre cliente e terapeuta uma das variáveis mais importantes no domínio da psicoterapia, elegemos como instrumento de medida deste construto o Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory* – W.A.I.), elaborado por Horvath (1981, cf. Machado & Horvath, 1999), adaptado para a população portuguesa por Machado e Horvath.

Este instrumento de auto-relato, permite avaliar a qualidade da aliança terapêutica, nas suas três componentes centrais, que constituem as três sub-escalas do questionário: “Tarefa” – referente ao acordo dos intervenientes no processo acerca das actividades que constituem o processo terapêutico, em termos de dimensões como relevância, eficácia e responsabilidade; “Relação” –

referente à rede complexa de vinculações pessoais positivas entre cliente e terapeuta, integrando aspectos como confiança mútua, aceitação e confiança; “Objectivos” – referente à colaboração e consenso relativamente aos alvos de intervenção terapêutica. Cada uma destas 3 sub-escalas é composta por 12 itens, distribuídos ao longo do instrumento num total de 36 itens, em que é solicitado ao participante que se posicione numa escala de tipo *likert* de 7 pontos (desde “nunca” a “muito frequentemente”). O inventário permite obter uma pontuação global (somatório das pontuações de todos os itens) e uma pontuação parcial para cada uma das sub-escalas.

Os dados psicométricos relativos à versão original indicam valores adequados de fiabilidade, com *alpha de cronbach* variando entre 0,84 a 0,93 para a escala total (Horvath, 1994; Machado, & Horvath, 1999), sendo os valores para as três sub-escalas inferiores mas dentro de níveis adequados (0,92 e 0,68). Os resultados da versão portuguesa são análogos: 0,95 para a escala total, 0,93 para a sub-escala Tarefa, 0,87 para a sub-escala da Relação e 0,80 para a sub-escala Objectivos (Machado & Horvath, 1999). Na avaliação da validade de conteúdo, da versão original, os psicólogos e especialistas que procederam a este julgamento consideraram existir um grande consenso entre o conteúdo do W.A.I. e a aliança terapêutica como definida por Bordin (Horvath, 1994). Quanto à validade convergente e discriminativa, os dados psicométricos da versão original apresentaram valores estatisticamente significativos (cf. Fernandes, 1999). Na versão portuguesa a validade de conteúdo foi avaliada por referência ao conteúdo da versão original com a colaboração de especialistas em psicoterapia e línguas (Machado & Horvath, 1999). A validade convergente e discriminativa da versão portuguesa do

instrumento não foi ainda estudada, por não existirem outras medidas de aliança terapêutica em português (Machado & Horvath, 1999). No nosso trabalho, de entre as três versões paralelas disponíveis (i.e., do cliente, do terapeuta e de um observador externo) utilizámos a versão do cliente (W.A.I.c) e do terapeuta (W.A.I.t).

2.3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para avaliar o grau de perturbação emocional dos participantes nos diferentes momentos do estudo utilizámos o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* - BSI) elaborado por Derogatis (1982, cf. Canavarro, 1999), adaptado à população portuguesa por Cristina Canavarro.

A escolha do B.S.I. baseou-se no facto de ser um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa, possibilitando a avaliação de um amplo leque de sintomas psicopatológicos num breve espaço de tempo. Este instrumento de auto-relato destina-se à avaliação de sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões (Somatização, Obsessões – Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicotismo), e de três índices globais - Índice Geral de Sintomas (I.G.S), Total de Sintomas Positivos (T.S.P.) e Índice de Sintomas Positivos (I.S.P.), sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. O inventário, composto por 53 itens, cuja resposta se apresenta num formato tipo *likert* (desde “nunca” a “muitíssimas vezes”). As características psicométricas do instrumento oferecem segurança na sua

utilização, indicando que o instrumento funciona como um bom indicador de sintomas de foro psicopatológico, constituindo-se como um bom diferenciador de saúde mental, possibilitando diferenciar os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam (Canavarro, 1999).

Assim, e no que concerne à relação entre as variáveis discriminadoras (pontuações obtidas nas sub-escalas do B.S.I. e nos três índices gerais) e a variável dependente (saúde mental), os resultados do teste de análise discriminante efectuado mostraram-se estatisticamente significativos, comprovando a possibilidade de determinar a probabilidade de pertença a um dado grupo, comparando-as posteriormente com a classificação prévia, indicando existirem diferenças multivariadas significativas entre os dois grupos. Este argumento é corroborado pelo valor do *Lambda de Wilks* (0,17), indicador de que as variáveis individuais em causa diferenciam os indivíduos perturbados emocionalmente dos indivíduos da população geral, contribuindo para a explicação de 83% da variância relacionada com a pertença ao grupo. Adicionalmente, a análise da função discriminativa permitiu comprovar que 92,51% dos indivíduos perturbados emocionalmente eram correctamente classificados no seu grupo de pertença bem como a classificação correcta de 99,75% dos indivíduos da população geral (Canavarro, 1999).

Ainda em termos psicométricos, os estudos de fiabilidade (correlações *Split-Half* e coeficientes de *Spearman-Brown*) revelaram uma boa consistência interna da escala, menor nas sub-escalas de ansiedade fóbica e psicotismo. Por outro lado, os estudos de validade mostram que as correlações entre as escalas e as três notas globais de psicopatologia são mais elevadas do que entre as escalas entre si (Canavarro, 1999). O valor de média de um dos

índices globais – o Índice Geral de Sintomas (I.G.S.), que será usado como referência no nosso trabalho, é de 0,835 (D.P. = 0,480) para a população geral e de 1,430 (D.P. = 0,705) para a população com perturbação emocional.

2.4. Procedimentos

2.4.1. Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi conduzido junto de 11 díades terapeuta/ cliente, em terapia individual, durante o decurso do processo terapêutico. O recrutamento das díades foi encetado através do contacto com os terapeutas a quem apresentámos o projecto de investigação e que acederam na colaboração. Estes tornavam-se então mediadores do contacto com os clientes, cabendo-lhes a tarefa de, no decurso da segunda sessão terapêutica, apresentarem aos clientes o projecto de investigação, indagando acerca da disponibilidade para participarem voluntariamente no projecto. Nos casos em que havia acordo mútuo em relação à colaboração no projecto era assinado um formulário de consentimento de participação na investigação (Anexo V). Neste processo de recrutamento dos participantes para o estudo, e no que concerne aos clientes, estipulamos como critério de exclusão para a participação na investigação o diagnóstico de patologias que constituíssem um constrangimento ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica, como o caso de perturbações do Eixo II ou perturbações de cariz psicótico (D.S.M. – IV; A.P.A., 2004).

No que respeita à recolha dos dados, conduzimos uma entrevista semi-estruturada acerca dos não ditos ocorridos na sessão terapêutica, de forma

independente com cada um dos agentes do processo terapêutico. Atendendo à evolução natural do processo terapêutico estabelecemos previamente momentos específicos para proceder às entrevistas, nomeadamente a 4^a, a 8^a e a 12^a sessões terapêuticas. A 4^a sessão é apontada na literatura (Horvath & Bedi, 2002) como indicador para a qualidade da relação terapêutica; a 8^a, correspondendo a um momento intermédio, sendo considerada como o momento até ao qual se verifica maior mudança terapêutica; a 12^a, correspondendo a uma fase avançada da psicoterapia, foi definida como critério para finalização da recolha de dados, independente da continuidade dos processos.

Assim, em termos da nossa amostra, obtivemos 48 entrevistas, correspondentes aos 3 momentos de recolha de dados junto de 8 das 11 díades terapêuticas. Relativamente às restantes 3 díades apenas nos foi possível efectuar as entrevistas relativas à 4^a sessão devido à desistência dos clientes do processo terapêutico. No total recolhemos 54 entrevistas, com uma duração entre 30 minutos a 1 hora. Todas as entrevistas foram realizadas por nós, tendo a recolha decorrido entre Março de 2004 e Março de 2005. As entrevistas eram gravadas (em formato áudio) e depois transcritas na íntegra, não sendo no entanto registados aspectos como a duração das pausas ou interrupções do discurso (risos, suspiros, tosse). Apesar de não termos utilizado, pelos motivos supracitados, o procedimento de Processo de Recordação Interpessoal (Wiseman, 1992), achamos pertinente atender à recomendação do autor de que as entrevistas fossem conduzidas o mais breve possível após a data da consulta. Assim, o intervalo temporal entre a data da consulta e a realização da entrevista variou entre a hora imediata após a

consulta e o dia seguinte (sendo neste intervalo que foram realizadas a maioria das entrevistas), havendo um número muito reduzido de casos em que o intervalo foi superior a um dia, não ultrapassando nunca, no entanto o intervalo de uma semana. Adicionalmente procurámos que as entrevistas fossem realizadas no contexto físico da sessão terapêutica e nos casos em que não era possível em instalações similares (outra sala de consulta, salas de reuniões).

A administração dos instrumentos quantitativos de auto-relato foi também efectuada nos três momentos, logo após a sessão terapêutica (para esse fim estes eram entregues aos terapeutas antes da 4^a, 8^a e 12^a sessões terapêuticas), com excepção do questionário de caracterização demográfica que era preenchido apenas no primeiro momento de recolha de dados.

2.4.2. Instruções aos participantes

Num primeiro momento, aquando do contacto com os terapeutas, além dos procedimentos da investigação, era comunicado que o objectivo central desta investigação seria explorar a experiência dos participantes em psicoterapia, não explicitando o foco de interesse específico: a ocorrência de não ditos no decurso da sessão. Com esta opção intentávamos minimizar as interferências da investigação, neste caso das instruções, na trajectória natural das consultas e no contexto da primeira fase de recolha de dados. Aos clientes era transmitida a mesma informação. Adicionalmente, era explicitado que não seria do âmbito da investigação abordar histórias, experiências ou acontecimentos de vida abordados na sessão e que todos os dados recolhidos

seriam mantidos no sigilo. Assim, a informação obtida junto dos clientes não seria comunicada aos terapeutas e vice-versa.

No início de cada entrevista eram prestadas informações adicionais em que se definia claramente o tema e objectivo do estudo. Assim, era comunicado aos participantes: “O objectivo deste estudo e desta entrevista é falarmos acerca da experiência em psicoterapia, em particular acerca de um aspecto específico desta experiência: os não ditos, ou seja conteúdos, que podem consistir em pensamentos, sentimentos ou até imagens mentais que não partilhamos com o outro no decurso de uma conversa. Naturalmente, no decurso da sessão terapêutica, tal como nas interações humanas em geral, não partilhamos com o outro tudo o que pensamos, sentimos, visualizamos, etc. Assim sendo, gostaria de analisar consigo a última sessão e reflectir um pouco acerca dos "não ditos" que poderão ter ocorrido nesta sessão”.

2.5. Procedimentos de análise de dados

2.5.1. Unidades de análise

Uma vez que a recolha de dados privilegiou o relato dos intervenientes no processo terapêutico relativamente às suas experiências acerca dos não ditos no decurso da sessão, estipulámos como unidade de análise os "acontecimentos" ou "episódios" significativos em que terapeuta e cliente recordavam a ocorrência de ocultação durante a conversação terapêutica, ou seja, identificávamos para posterior análise os segmentos da entrevista em que

os participantes relatavam cada um dos não ditos (quer se tratasse de apenas uma frase, um parágrafo ou vários). Estas unidades eram integradas apenas em uma das categorias, seguindo assim o princípio da exclusão mútua.

2.5.2. Procedimentos da Análise Fenomenológica Interpretativa (A.F.I.)

A análise fenomenológica interpretativa (A.F.I.) consiste num método de investigação qualitativa desenvolvido pelo filósofo Edmund Husserl (cf. Wertz, 2005), que na tradição de Giambattista Vico, Franz Brentano e William Dilthey, alargou os fundamentos e métodos da ciência tradicional para incluir o estudo da consciência, assumindo uma grande influência nas ciências sociais e humanas no século XX. Esta importância foi também marcante na área da psicologia dado que os métodos formulados por Husserl visavam especificamente ajudar os investigadores em psicologia no estudo da experiência humana e comportamento.

Em termos conceptuais, a A.F.I. é uma abordagem qualitativa enraizada no movimento fenomenológico (Chapman & Smith, 2002; Dallos & Vetere, 2005) que visa explorar como os participantes dão sentido, ou seja, constroem significado acerca das suas experiências, assumindo uma perspectiva construtivista ao considerar que o significado é criado mediante processos interpretativos, quer para o participante como para o investigador e que as pessoas são capazes de reflectir de forma consciente acerca da maioria dos aspectos da sua existência.

Podemos considerar que a A.F.I. partilha a mesma base epistemológica da *grounded theory*, tratando-se igualmente de uma abordagem rigorosa e sistemática de análise de temas, afastando-se das metodologias discursivas, tendo como foco as perspectivas das pessoas acerca de um tópico e não a linguagem utilizada pelos participantes para se posicionarem retoricamente em relação ao tópico do estudo. Com esta metodologia, pretende-se compreender os pontos de vista dos participantes, representando-os como os assuntos ou temas principais, usando a actividade interpretativa para ajudar a compreender o ponto de vista dos participantes desde o início do processo analítico. Adequa-se particularmente a estudos com escala reduzida, em que o objectivo central é a comparação de temas entre grupos de participantes, com menor interesse na construção de teorias e na generalização dos resultados (Brocki & Wearden, 2006).

A A.F.I. preconiza a execução de uma análise detalhada, caso a caso, das transcrições dos dados em estudo (Chapman & Smith, 2002), com o fito de examinar em pormenor a compreensão dos elementos ou de um grupo acerca de um tema, relativizando o desígnio de formular alegações de carácter geral. Tal não indicia qualquer objecção à generalização, reforçando o comprometimento com a análise meticulosa dos casos. Giorgi (1989, cf. Wertz, 2005) sumariou alguns princípios centrais do processo de análise das descrições fornecidas pelos participantes em quatro passos: (a) ler a descrição inteira para obter uma perspectiva do todo; (b) re-ler as descrições e assinalar mudanças espontâneas de significado, ou “unidades de significado” no texto segundo a sensibilidade ou interesse psicológico acerca do fenómeno em estudo; (c) reflectir acerca de cada unidade de significado para discernir o que

é revelado acerca do fenómeno em estudo ou que tipo de *insight* podemos adquirir; (d) sintetizar essas reflexões e *insights* em declarações consistentes que expressam a estrutura psicológica da experiência.

No nosso trabalho optámos por um procedimento também característico dos procedimentos da A.F.I. com amostras significativas, ou seja amostras com mais de 10 entrevistas (Dallos & Vetere, 2005). Ao invés deste processo indutivo de análise da totalidade dos dados, efectuámos uma análise *bottom – up* de uma parte dos dados (utilizámos as entrevistas de duas díades nos três momentos, perfazendo um total de seis entrevistas), sendo esta análise orientada pelo nosso foco de investigação. Com este procedimento indutivo encetamos a criação de categorias, que foram posteriormente utilizadas como guia de leitura das transcrições das restantes entrevistas. Nesta etapa *top – down* procurávamos citações que suportassem estas leituras, adicionando novos temas onde estes surgiam, ilustrando a natureza interactiva deste procedimento em que reiteradas vezes tivemos necessidade de rever, reorganizar e renomear as categorizações. A finalização deste processo consistiu na averiguação de conexões até à emergência de temas supra-organizadores, sendo que cada um destes temas se encontra ligado aos temas subjacentes, que por sua vez se ligam às anotações e extractos dos participantes.

Assim, seguindo estes passos, na execução do nosso estudo as entrevistas recolhidas junto de clientes e terapeutas foram alvo de uma análise qualitativa sistemática, sendo cada transcrição lida e re-examinada inúmeras vezes. Em cada leitura, no nosso papel de investigador, apontávamos comentários e reflexões, dado que neste processo, as concepções

do investigador assumem um papel importante, sendo necessárias para dar sentido ao mundo pessoal dos participantes estudado através deste processo interpretativo.

2.5.3. Marcadores empíricos de mudança

A sintomatologia dos clientes foi uma das dimensões que monitorizámos ao longo do processo terapêutico, dado o interesse em analisar a relação entre a ocorrência de não ditos e o resultado do processo terapêutico. Para este efeito, tivemos de considerar a definição do que constituiria um indicador de mudança no âmbito do nosso trabalho, dado que, não obstante as vantagens do instrumento eleito para monitorizar esta variável, o B.S.I. (e.g., diversidade dos conteúdos avaliados, rapidez de resposta), confrontámo-nos neste ponto com o que consideramos como a principal limitação deste instrumento - o elevado desvio padrão do valor de I.G.S. do instrumento.

Concomitantemente a esta limitação tivemos em consideração as advertências de Jacobson e Truax (1991) acerca de muitos dos métodos tradicionais para avaliar a eficácia do tratamento, que se tornam problemáticos ao inferirem o efeito do tratamento através da comparação estatística das médias. Estes procedimentos acarretam múltiplas limitações, designadamente a ausência de informações acerca da variabilidade na resposta ao tratamento “dentro do grupo”, assim como o facto de a existência de um efeito do tratamento em termos estatísticos não ter necessariamente correspondência em termos da significância clínica do mesmo.

No nosso trabalho procurámos conciliar alguns princípios metodológicos que a literatura aponta com o intuito de garantir a validade dos estudos sobre os resultados terapêuticos (cf. Beutler & Hill, 1992; Matos, 2006). Assim, quando falamos de eficácia em psicoterapia referimo-nos aos benefícios decorrentes da psicoterapia, expresso quer nos valores de sintomatologia, quer no regresso a um funcionamento normativo satisfatório, uma vez que o esperado pelos “consumidores” (clientes), “clínicos” (terapeutas) e investigadores da psicoterapia é que esta “retire” os problemas que os clientes trouxeram para a terapia (cf. Jacobson, Follete & Revenstorf, 1984). Assim, para diferenciar o percurso dos clientes em termos dos resultados alcançados no decurso do processo terapêuticos, estipulamos dois critérios ou indicadores empíricos da melhoria clínica ocorrida ao longo das 12 sessões de psicoterapia:

1) Mudança dos valores de sintomatologia clínica, a partir dos valores do I.G.S. (Índice Geral de Sintomas) do B.S.I., aplicando a fórmula de Jacobson e Truax (1991; Beutler, Machado, Engle & Mohr, 1993), que nos permite calcular um ponto de corte para a mudança clinicamente significativa, determinando um ponto a partir do qual concluímos que os participantes se aproximam mais da média de população geral, do que da média da população com perturbação emocional.

Dado que dois clientes registavam na 4ª sessão um valor de I.G.S. inferior ao valor clínico, tornou-se impraticável aplicar este critério a todos os participantes, exigindo-nos a convenção um segundo critério a aplicar nestes casos:

2) A terminação consensual do processo terapêutico (processo terapêutico na fase final ou de *follow – up*), como um critério de satisfação do cliente e do terapeuta, que nos permite determinar a ocorrência de uma mudança clinicamente significativa do problema que conduziu ao pedido de psicoterapia (Jacobson & Truax, 1991).

a. Formação de grupos contrastantes

Para diferenciar os clientes com melhoria clínica (Cmc) relativamente aos clientes sem melhoria clínica (Smc), no final da 12^a sessão de psicoterapia, utilizámos a fórmula de Jacobson e Truax (1991), que nos permite calcular um ponto de corte para a mudança clinicamente significativa usando os valores de sintomatologia dos participantes, a partir da fórmula: $c = (S0 M1) + (S1 M0) / (S0 + S1)$ ⁴.

Aplicando aos dados do nosso estudo temos: $c = (0,480 \times 1,401) + (0,688 \times 0,835) / (0,480 + 0,688) = 1,07$. Assim, o valor de $c = 1,07$ corresponde ao ponto de corte que indica que os clientes se encontram mais próximos da média da população normal.

Como se pode observar pela análise do gráfico (Gráfico 1), no que concerne a este marcador, constatamos que os clientes E, H e J evidenciam uma melhoria clínica ilustrada na redução de sintomatologia entre a 4^a e a 12^a sessões de psicoterapia, passando, respectivamente, de um valor de I.G.S. de 1,43, 1,64 e 1,19 para 0,75, 1,07 e 0,53. O valor do I.G.S. na 12^a sessão abaixo do ponto de corte, indica-nos que estes clientes se aproximam mais da

⁴ Em que M0 = Média da população geral; M1 = Média do grupo na 4^a sessão; S0 = Desvio padrão na 12^a sessão; S1 = Desvio padrão na 4^a sessão.

média de população geral que da média da população com perturbação emocional.

Em contraposição, os clientes A e N são os que melhor ilustram a ausência de melhoria clínica entre a 4^a e 12^a sessões, uma vez que os valores de I.G.S. continuam no último momento de avaliação superiores ao ponto de corte (2,58 e 1,34, respectivamente) e próximos dos valores da 4^a sessão (2,72 e 1,4), indicando que no último momento de avaliação os clientes mantêm um elevado desconforto emocional. O mesmo acontece com o cliente G que no primeiro momento apresentava um valor de I.G.S. de 1,64 que apesar de diminuir ao longo do processo terapêutico permanece acima do ponto de corte com I.G.S. de 1,13 na 12^a sessão.

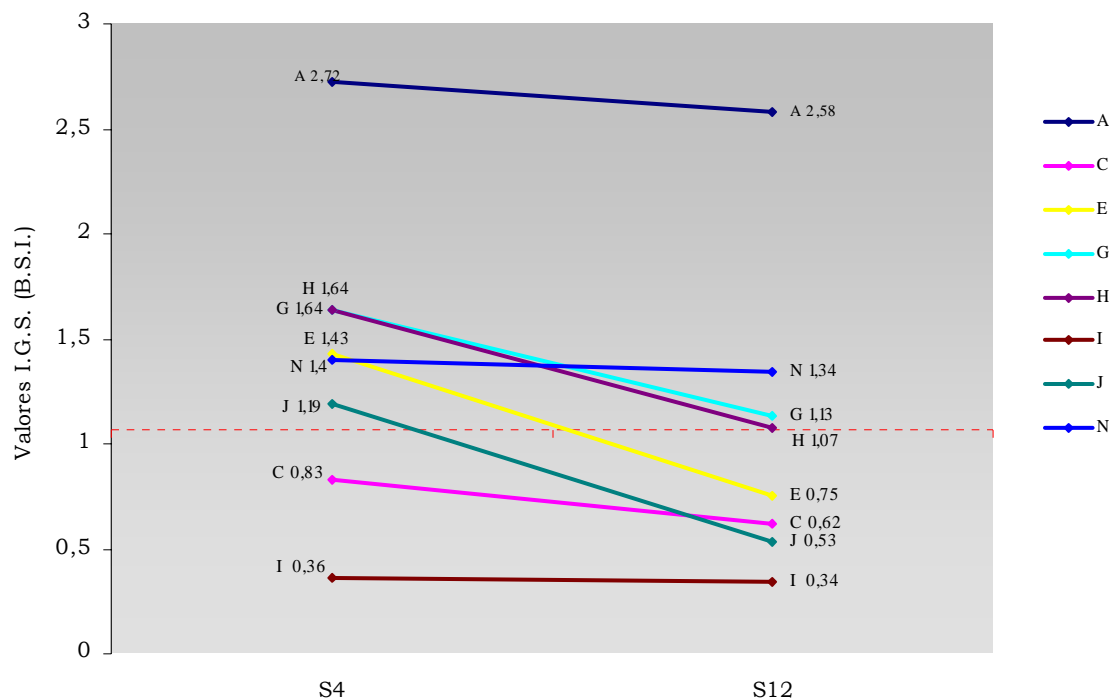


Gráfico 1: Valores da sub-escala do I.G.S. (B.S.I.) em relação ao ponto de corte calculado a partir da fórmula de Jacobson e Truax (1991).

Como referimos, não foi possível considerar este critério nos casos que registavam no primeiro momento de avaliação valores sub-clínicos, designadamente os clientes C e I, que na 4ª sessão apresentavam valores de I.G.S. de 0,83 e 0,36 respectivamente. Nestes casos recorreremos a um segundo indicador, a finalização do processo terapêutico, que validaria a melhoria clínica significativa em função da satisfação do cliente, resultante da mudança na condição que conduziu à psicoterapia. De acordo com o relato dos clientes e terapeutas na 12ª sessão os clientes C e I permaneciam em psicoterapia, pelo que considerámos que, neste momento do processo terapêutico, não registavam melhorias clínicas significativas. No quadro que se segue (Quadro 7) figuram os resultados dos clientes participantes neste estudo nos dois critérios empíricos convencionados.

Quadro 7: Resultados dos clientes nos marcadores empíricos de melhoria clínica.

Díade terapêutica	I.G.S. 4ª - 12ª sessão (c = 1,07)	Fase do processo terapêutico	Cmc vs. Smc
A	2,72 - 2,58	Não finalização	Smc
C	<u>0,83</u> - 0,63	Não finalização	Smc
E	1,43 - 0,75	Não finalização	Cmc
G	1,64 - 1,13	Finalização	Smc
H	1,64 - 1,07	Finalização	Cmc
I	<u>0,36</u> - 0,34	Não finalização	Smc
J	1,19 - 0,53	Finalização	Cmc
N	1,4 - 1,34	Não finalização	Smc

2.6. Estratégias de validação

A natureza subjectiva dos métodos qualitativos constitui um facto aceite por muitos e contestado por outros que questionam a validade e fidelidade destes trabalhos, designadamente a *replicabilidade* dos resultados. Sobre este aspecto, subscrevemos as palavras de Cosgrove (2000) que considera a procura de uma única leitura verdadeira além de impossível, um argumento “envenenado” pelas noções de objectividade e neutralidade, dado que o objectivo das abordagens qualitativas é precisamente oferecer uma de muitas interpretações possíveis (Burman & Parker, 1993; Yardley, 2000).

Procurámos contudo assegurar a confiança nos nossos resultados e neste sentido, entre os procedimentos encetados, gostaríamos de salientar, em primeiro lugar, o cuidado em evidenciar todos os procedimentos envolvidos desde a conceptualização do trabalho, a todos os procedimentos de selecção dos participantes, recolha e tratamento dos dados. Acerca deste último, salientamos ainda o carácter descritivo dos dados (mantendo uma grande proximidade em relação aos discursos dos participantes), assim como a clareza e exemplificação em relação aos procedimentos de codificação e análise dos mesmos, para permitir acompanhar o processo de investigação e construção dos resultados e avaliar, informadamente, a credibilidade dos mesmos.

Com o mesmo intento de defender a validade dos resultados, recorreremos ao longo do processo de análise e categorização dos dados a auditores independentes (Dallos & Vetere, 2005; Smith, Michie, Stephenson & Quarrel, 2002), papel que foi desempenhado em simultâneo pelos orientadores

deste trabalho assim como pelos colegas do grupo de investigação ao longo do trabalho de investigação, mediante a discussão dos dados, procedimentos e resultados de análise, para garantir que os argumentos desenvolvidos se encontravam contextualizados nos dados.

Por último, em relação às grelhas de análise desenvolvidas procedemos ao cálculo do acordo inter-codificadores, não como garantia de objectividade, mas para assegurar a credibilidade do trabalho (Osborne & Smith, 1998). A procura de consenso entre investigadores acerca de um dado ou de uma explicação constitui-se no âmbito dos estudos qualitativos como uma boa forma de validação (Rennie & Toukmanian, 1992). Assim sendo, os dados do nosso estudo foram revistos por um juiz, sendo no final calculado o nível de acordo quanto à categorização dos mesmos.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO

Na apresentação dos resultados, atendendo à diversidade de dados e análises realizadas, organizámos a apresentação em três pontos. Assim, começamos por apresentar os resultados das medidas do processo terapêutico, designadamente os resultados das medidas de auto-relato referentes à sintomatologia dos clientes (B.S.I) e à qualidade da aliança terapêutica (W.A.I.).

Seguidamente, expomos os resultados do estudo qualitativo acerca dos não ditos no âmbito do processo terapêutico, focando o conteúdo e a função dos não ditos, procedendo à discussão dos mesmos procurando reflectir sobre as categorizações que construímos acerca dos conteúdos e da função dos não ditos de terapeutas e clientes.

Estes resultados são complementados com a apresentação dos resultados do estudo de cariz exploratório acerca dos não ditos no âmbito do processo terapêutico, em que analisamos as diferenças em termos de não ditos entre os grupos de participantes, primeiro entre clientes e terapeutas e por último entre os grupos de clientes com e sem melhoria clínica significativa (Cmc/ Smc). Para ilustrar em termos processuais algumas das diferenças mais significativas, apresentamos dois perfis de desenvolvimento dos não ditos no âmbito de dois dos processos terapêuticos, apresentando os dados relativos a terapeutas e clientes, atendendo a três domínios de experiência: não ditos

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

ocultados no processo terapêutico; não ditos revelados, percepção de não ditos no outro elemento da díade terapêutica.

Em termos da organização da discussão destes últimos trabalhos, procedemos à análise destes resultados à luz das teorias e resultados prévios da investigação sobre os fenómenos de auto-revelação e de ocultação na psicoterapia. Discutidos os principais resultados do estudo empírico, finalizamos o capítulo com uma reflexão acerca das limitações do estudo, sugerindo novas investigações.

A. RESULTADOS DAS MEDIDAS DE AUTO-RELATO

1. Valores de sintomatologia (B.S.I.)

Na análise da evolução do nível de sintomatologia dos clientes no decurso do processo terapêutico de acordo com os resultados do B.S.I., no que concerne aos clientes Smc (cf. Gráfico 2), denotámos a presença de dois casos com valores sub-clínicos desde o primeiro momento de avaliação, que se mantêm no decurso do processo terapêutico (clientes C e I com I.G.S. de 0,83 e 0,36; respectivamente). No mesmo grupo, temos os clientes A, G e N que apresentam na 4^a sessão um elevado índice de sintomatologia, indicador da presença de mal-estar emocional acentuado (I.G.S. = 2,72, 1,64 e 2,64, respectivamente), que se mantêm na 12^a sessão (I.G.S. = 2,58, 1,13 e 1,82), indicando a continuidade de mal-estar psicológico.

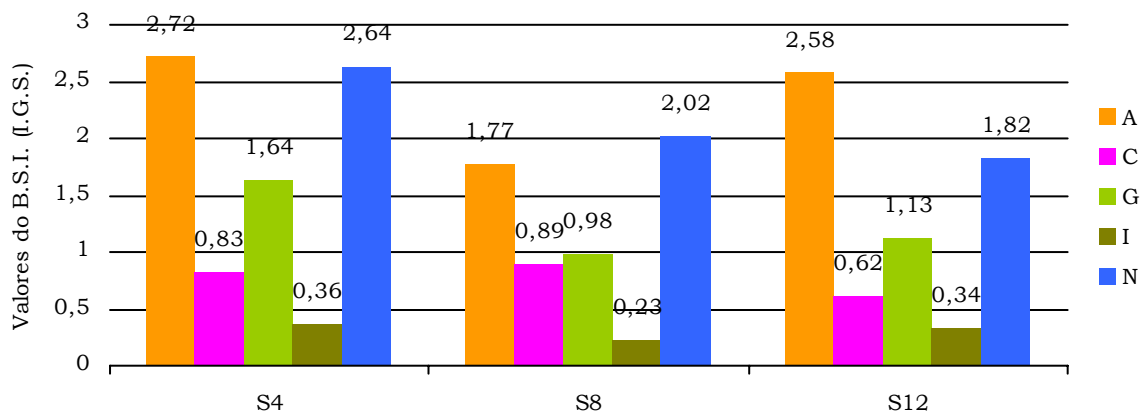


Gráfico 2: Valores do B.S.I. nos clientes Smc.

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos clientes do grupo Cmc, três clientes apresentam na 4ª sessão valores que indiciam a existência de mal-estar emocional (valores I.G.S.: E = 1,43; H = 1,64; J = 1,19), com diferentes percursos de evolução do nível de sintomatologia: E com uma diminuição contínua e progressiva da sintomatologia ao longo dos três momentos do processo terapêutico; H com diminuição dos valores de mal-estar emocional entre a 4ª e 8ª sessões e um posterior aumento na 12ª sessão; J que mantém o valor de sintomatologia na 4ª e 8ª sessões, evidenciando uma descida na 12ª sessão. Em comum, estes três clientes registam na 12ª sessão valores de sintomatologia abaixo do ponto de corte, indicando como tal uma melhoria em termos do bem-estar emocional.

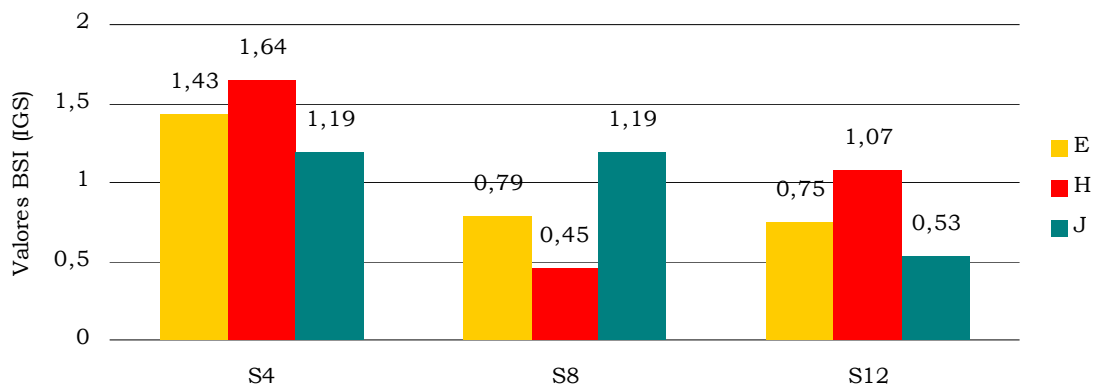


Gráfico 3: Valores do B.S.I. nos clientes Cmc.

Os clientes que desistiram do processo terapêutico entre a 4ª e 8ª sessões, aquando da primeira entrevista registavam valores de sintomatologia elevados, indicadores de mal-estar emocional (valores I.G.S.: B - = 1,81; F = 2,51; M = 1,98).

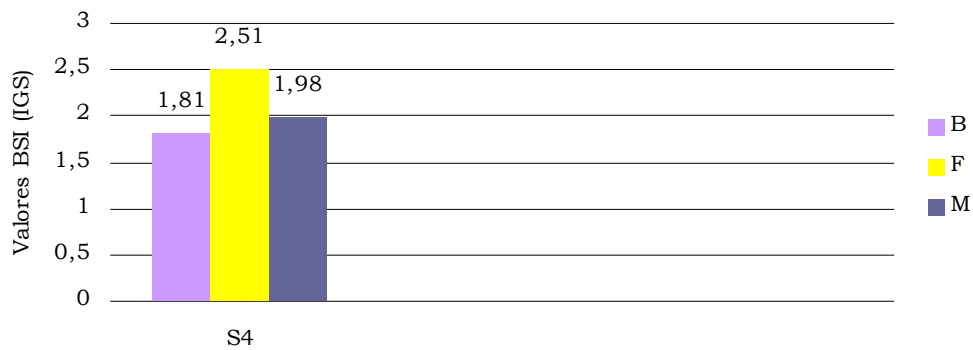


Gráfico 4: Valores do B.S.I. nos clientes desistentes.

Quando comparámos com o teste de *Kruskall-Wallis* os valores de sintomatologia não encontramos diferenças significativas entre os grupos na 4ª sessão ($(H)2 = 2,021$; $df = 2$; $p = 0,364$).

2. Aliança terapêutica: a perspectiva do cliente e do terapeuta

No que respeita à evolução da aliança terapêutica, conforme a perspectiva de terapeutas e clientes, a primeira observação acerca dos valores de aliança terapêutica dos participantes prende-se com o facto de a totalidade dos participantes no grupo Cmc (Gráfico 5), ao longo dos diferentes momentos, registarem valores de aliança terapêutica muito elevados (quer em termos da escala total como das sub-escalas Relação, Objectivos e Tarefa). Assim, neste grupo, o valor total da aliança terapêutica oscila entre entre 215 e 232, na perspectiva do terapeuta, e entre 206 e 252, na perspectiva do cliente.

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

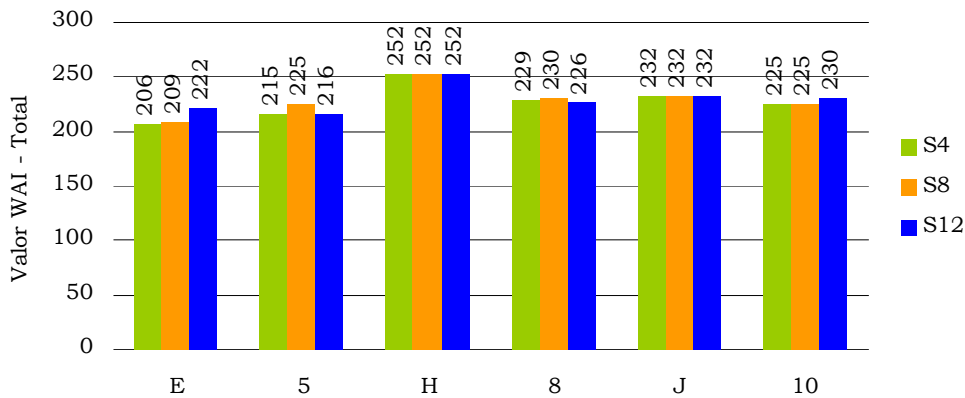


Gráfico 5: Valores Totais da W.A.I. no grupo Cmc (clientes E, H, J; terapeutas 5, 8, 10).

No grupo Smc os valores de aliança terapêutica total também se mostram elevados como podemos observar no gráfico que se segue (cf. Gráfico 6), variando neste caso o valor da escala total entre 192 e 237, na perspectiva dos terapeutas, e entre 185 e 234, na perspectiva dos clientes.

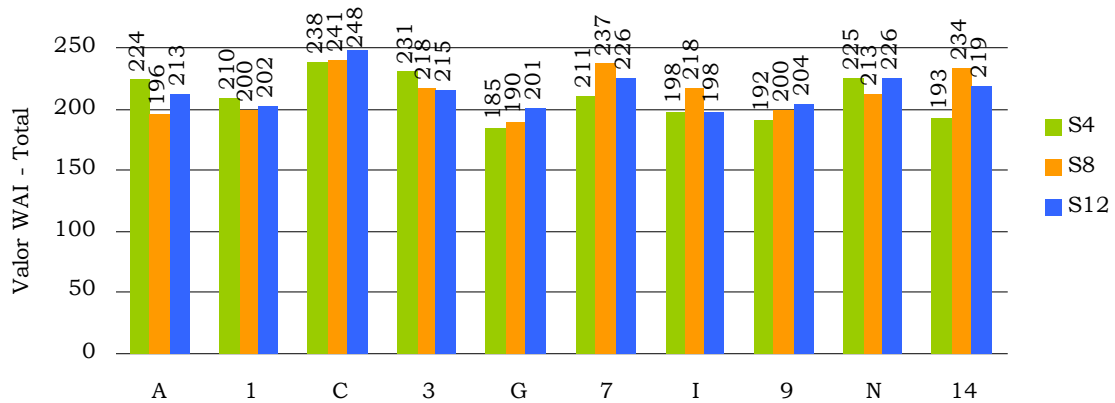


Gráfico 6: Valores Totais da W.A.I. no grupo Smc (clientes A, C, G, I, N; terapeutas 1, 3, 7, 9, 14).

Relativamente aos desistentes, na 4^a sessão, os valores totais de aliança terapêutica dos clientes e terapeutas também eram elevados (cf. Gráfico 7), oscilando entre o 184 e os 227, para os terapeutas e entre 191 e 219 para os clientes.

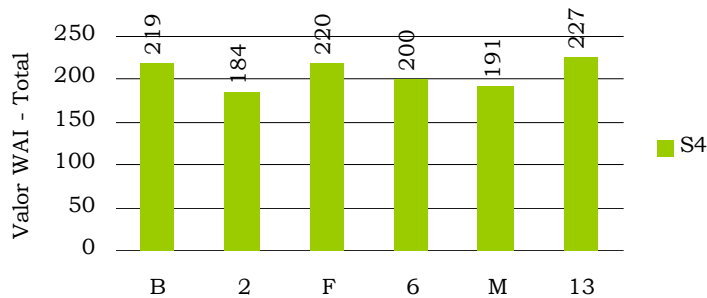


Gráfico 7: Valores Totais da W.A.I. no grupo das desistências (Clientes B, F, M; Terapeutas 2, 6, 13).

Quando analisámos estatisticamente as diferenças entre os grupos de participantes nos dois momentos do processo terapêutico, recorrendo novamente ao teste de *Kruskall-Wallis*, verificámos que na 4^a sessão não existem diferenças em termos da aliança terapêutica nem entre os grupos de clientes ((H)² = 1,867; df = 2; p = 0,393), nem entre os grupos de terapeutas ((H)² = 2,133; df = 2; p = 0,344), tal como no momento final de avaliação (clientes - (H)² = 1,8; df = 1; p = 1,8; terapeutas - (H)² = 2,689; df = 1; p = 0,101).

B. RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO ACERCA DOS NÃO DITOS NO ÂMBITO DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Duas questões centrais organizaram este estudo: i) Que tipo de não ditos dos clientes e terapeutas emergem na psicoterapia? ii) Que função cumprem os não ditos na conversação terapêutica? No trabalho de categorização as questões anteriores foram ainda articuladas com as seguintes: iii) Que percepção têm os elementos da díade terapêutica acerca dos não ditos do outro elemento? iv) É possível que estes não ditos se tornem em revelações no decurso do processo?.

Como já referimos, o cerne deste trabalho é a experiência de ocultação em psicoterapia, pelo que, em relação à auto-revelação, não pretendemos explorar todas as dimensões inerentes a este fenómeno, acerca da qual focamos uma fracção específica: a auto-revelação de conteúdos anteriormente identificados como ocultados.

1. RESULTADOS DA ANÁLISE E CODIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DOS NÃO DITOS

Na análise e codificação dos conteúdos dos não ditos apurámos três domínios centrais, *Não ditos positivos*, *Não ditos negativos* e *Não ditos neutros*, referentes portanto ao carácter qualificativo do conteúdo dos mesmos. Estes três domínios por sua vez supra-organizam as restantes categorias e

subcategorias, as últimas resultantes de unidades de significado menores, como tal mais próximas das narrativas dos participantes, permitindo-nos detalhar o conhecimento acerca dos conteúdos ocultados no âmbito do encontro terapêutico.

Assim no domínio *Não ditos positivos* integramos as categorias de não ditos cujos conteúdos representam diferentes focos de informação, emoções, avaliações ou preocupações acerca do próprio, do outro ou do processo, que partilham um denominador comum, o carácter positivo destes conteúdos, tais como a *Reacção emocional positiva face ao outro, à relação ou ao processo* e a *Apreciação positiva face ao outro, à relação ou ao processo*.

No domínio *Não ditos negativos* integramos as categorias de não ditos que, não obstante a divergência de focos – emoções, avaliações, preocupações, referentes ao próprio, ao outro ou ao processo, têm em comum o carácter negativo dos conteúdos: *Reacção emocional negativa face ao outro, à relação ou ao processo*, *Apreciação negativa face ao outro, à relação ou ao processo* e *Preocupações, dúvidas e/ou dificuldades face ao outro, à relação ou ao processo*.

Por último, no domínio *Não ditos neutros* integramos as categorias de não ditos que contrariamente às duas dimensões anteriores não denotam qualquer processo de cariz avaliativo, tendo portanto um foco unicamente informativo: *Informação pessoal ou factual* e *Identificação de características do outro ou do processo*.

Apresentamos seguidamente a identificação e definição das categorias e subcategorias que constituem os domínios identificados, ilustrando as subcategorias com transcrições das entrevistas dos participantes.

♦ ***Não ditos positivos***

♦ *Reacção emocional positiva face ao outro, à relação ou ao processo*

Esta categoria integra os conteúdos respeitantes a emoções ou sentimentos de natureza positiva suscitados no âmbito do processo terapêutico. Nos terapeutas definimos as subcategorias ***Alegria/ satisfação face ao progresso*** e ***Conforto***, a primeira relacionada com o trabalho ou progressos dos clientes (9II - “*Consigo apenas recordar-me de um sentimento de satisfação da minha parte*”) e a última associada à qualidade da relação terapêutica (10I - “*despedimo-nos ali fora e demos um beijinho e um abraço, ela abraçou-me e disse obrigada, uma boa semana, foi qualquer coisa de confortável, tanto para mim como para ela*”). No que concerne às emoções ou sentimentos positivos ocultados pelos clientes encontrámos a subcategoria ***Surpresa***, decorrente do interesse evidenciado pelo terapeuta (EI - “*E ela até me surpreendeu com o contrato de suicídio que eu fiquei assim “É lá! O que é isso?” (...) E eu senti, senti, senti-me bem com aquele gesto*”).

♦ *Apreciação positiva face ao outro, à relação ou ao processo*

Esta categoria integra os conteúdos alusivos a percepções ou avaliações positivas desencadeadas pelo discurso ou pelo comportamento do outro, no decurso da conversa terapêutica. De salientar no entanto que esta categoria é exclusiva dos relatos dos terapeutas acerca da ocultação, com as subcategorias ***Avaliação positiva do cliente*** e ***Percepção de reconhecimento***. Na ***Avaliação positiva do cliente*** os terapeutas ocultam leituras positivas acerca do cliente ou de aspectos do processo terapêutico (8I -

“a admiração vem também pelo facto de ela ter sido apresentada como uma cliente muito frágil pela mãe e eu ver que ela não é nada disso”). E, na subcategoria **Percepção de reconhecimento** relatam ocultar a percepção de que os clientes prestam reconhecimento face ao trabalho dos terapeutas (1I - “Eu senti que isto foi um presente que ela me deu, foi um elogio que ela me fez”).

◆ **Não ditos negativos**

◆ *Reacção emocional negativa face ao outro, à relação ou ao processo*

Esta categoria integra conteúdos respeitantes a emoções e sentimentos negativos experienciados no âmbito do encontro terapêutico. Nos terapeutas definimos as subcategorias **Insegurança, Desconforto, Surpresa, Susto/Irritação/ Desorientação/ Angústia**. Assim, no que concerne a emoções ou sentimentos negativos activados no encontro terapêutico, os terapeutas relatam ocultar conteúdos referentes ao sentimento de **Insegurança** resultante de uma apreciação pessoal negativa do desempenho ou da capacidade profissional (1I - “por alguns momentos colocou-me mais inseguro em relação ao próprio papel que eu teria de desempenhar”). Ainda, associado tanto a tarefas técnicas como a aspectos da relação terapêutica, os terapeutas ocultam sensações de **Desconforto** (5I - “senti-me um pouco embaraçada (...) um bocado desconfortável por ser novinha, por ser bonita, por estar a ganhar dinheiro e ela não estar a conseguir fazer isso”). Igualmente, nesta categoria, os relatos de ocultação prendem-se com conteúdos referentes a outros sentimentos de cariz negativo, activados por atitudes do cliente ou de figuras significativas do cliente, **Surpresa** (8II - “fiquei surpresa por ela não estar a contar com a pergunta, o que mostra que ela de alguma forma ainda não está

suficientemente desperta”) e **Susto/ Irritação/ Desorientação/ Angústia** (9I - “A irritação da minha parte em relação à mãe, em alguns momentos face ao comportamento relatado”).

Também nesta categoria, mas em relação aos clientes, encontramos algumas similitudes entre os conteúdos ocultados por estes e pelos terapeutas, designadamente no que respeita à **Insegurança** e **Desconforto**. Nos clientes a **Insegurança** encontra-se associada à sensação de incapacidade para ultrapassar as dificuldades (GIII - “eu não cheguei a dizer, mas tenho algum medo, não é? O que não disse foi, eu pensar que posso não estar preparada para isso, “estamos no final, já resolvi tudo?”), e ao **Desconforto** perante emoções com as quais não consegue lidar, pretende ocultar ou resultam de atitudes do terapeuta (GI - “eu por mim acho uma ideia palerma, porque acho bem, quando fala eu não sinto que haja mal nisso, mas como não espero isso, acabo sempre por me sentir incomodada”). Por último, em termos das reacções negativas dos clientes, temos a **Ansiedade** experienciada associada à urgência em obter resultados (JI - “uma certa ansiedade em relação ao processo, é uma certa vontade de passar já à frente de resolver os problemas”).

◆ *Apreciação negativa face ao outro, à relação ou ao processo*

Esta categoria refere-se a conteúdos relativos a percepções ou avaliações de carácter negativo face a aspectos diversos, como o discurso, o comportamento, dificuldades ou relações significativas do cliente. Nos terapeutas definimos as categorias **Desacordo com o cliente**, **Interpretação do comportamento do cliente**, **Avaliação negativa do cliente** e **Avaliação**

negativa de outros significativos. O **Desacordo com o cliente** decorre da leitura do terapeuta da divergência de opiniões entre este e o cliente acerca do processo (1II - “*eu pensar, «bem se calhar isto não eram grandes razões», mas ao mesmo tempo pensei, «não sendo grandes razões são as razões dela»*”). Quanto à **Interpretação do comportamento do cliente**, os terapeutas ocultam a leitura sintomática que constroem face ao discurso ou comportamento dos clientes (5I - “*achei «se calhar está a tentar manipular-me também a mim»*”), enquanto que na subcategoria **Avaliação negativa do cliente** ocultam a leitura acerca dos défices ou incapacidades dos clientes (3I - “*ela tentou falar com um rapaz que não tinha coragem, e chegou lá e “Quero falar contigo”, a única coisa que eu pensei foi que em termos de competências sociais ainda não está preparada*”). Por último, a subcategoria **Avaliação negativa de outros significativos** prende-se com a mesma construção de uma visão negativa, mas desta vez acerca de figuras significativas na vida dos clientes ou dos relacionamentos que mantêm (3I - “*em relação à relação, alguma desesperança da minha parte quanto à possibilidade da relação se manter ou a manter que seja satisfatória*”).

Nesta categoria, mas de acordo com a experiência dos clientes, encontrámos relatos de ocultação de conteúdos associados à **Avaliação negativa do terapeuta ou do processo**, decorrente da avaliação de insatisfação perante aspectos do comportamento do terapeuta ou da qualidade da intervenção terapêutica (AII - “*se calhar estou desiludida porque não estou a ter, não sei qual é o suco que isto vai ter no final porque não estou a ver assim as coisas a clarificarem-se*”), bem como **Desacordo com terapeuta**, em que os clientes ocultam conteúdos referentes à desconformidade face às

interpretações do terapeuta acerca do próprio ou do processo (GII - *“houve certas afirmações, houve certas frases que, do psicólogo, que eu não concordei e, e que não disse que não concordei”*).

♦ *Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades face ao outro, à relação ou ao processo*

Esta categoria integra os conteúdos relativos a questionamentos, dúvidas ou reflexões sobre as dificuldades ou obstáculos experienciados no âmbito do processo terapêutico. Assim, os terapeutas relatam ocultar a **Preocupação com o processo terapêutico**, decorrente de inquietações acerca de dimensões do processo terapêutico, com foco particular nos resultados ou comportamentos do cliente (1I - *“e no momento em que ela diz isto, eu pensei “Bem, isto não vai dar jeito nenhum, para o processo terapêutico”*). Os terapeutas ocultam igualmente conteúdos referentes a **Dúvida ou descrença face ao trabalho terapêutico ou ao cliente**, associados a uma visão negativa acerca do trabalho terapêutico que estão implementar ou ainda a dúvidas ou descrença face a relatos da experiência do cliente (10I - *“pareceu-me mas não tive a certeza, estes são os não verbais dela, o olhar dela é um bocadinho, acho que ela deve ser um bocadinho estrábica e depois fico com dificuldade em ver se tem a ver com isso ou se é um olhar que e não consigo compreender”*). Outro aspecto ocultado pelos terapeutas prende-se com a **Confusão** desencadeada pela percepção de incongruências no relato dos clientes (3II - *“isso fez-me um pouquinho confusão. E se ao mesmo tempo ela não quer perder peso, chora e fica triste por ter os braços cheiinhos”*).

No que concerne à experiência dos clientes participantes, encontramos algumas similitudes em termos da categorização dos conteúdos ocultados, designadamente em termos da **Preocupação com o processo terapêutico** e **Dúvida/ descrença face ao trabalho terapêutico ou ao terapeuta**. Em ambas as categorias o foco reside nos aspectos processuais, na primeira **Preocupação com processo terapêutico**, associado a aspectos como a gravidade do diagnóstico (JI - “*fico um pouco preocupada com talvez uma espécie de diagnóstico que esteja a fazer e que não me esteja dizer*”), e na última, **Dúvidas ou descrença face ao trabalho terapêutico ou ao terapeuta**, referente a dúvidas face ao trabalho ou resultados terapêuticos (GI - “*e pensei “E se não tem agora mais estratégia nenhuma para mim?”*). Por último, os clientes relatam ocultar **Dificuldades processuais**, associadas à experiência de dificuldades desencadeadas pelo próprio trabalho terapêutico (MI - “*nesta dimensão o que não teria sido partilhado, pelo menos abertamente, é o quanto estava a ser difícil*”).

◆ **Não ditos neutros**

◆ *Informação pessoal ou factual*

Esta categoria integra os conteúdos ocultados relativos a informações de índole pessoal, como experiências ou acontecimentos de vida. Nos terapeutas encontramos uma única categoria, **Memórias pessoais**, referente a conteúdos que resultam da activação de memórias acerca de informação pessoal (3III - “*o meu não dito foi, que eu já fui exactamente assim*”). Por sua vez, neste domínio, os clientes relatam ocultar **Informação pessoal íntima**, ou seja, informação acerca de acontecimentos ou histórias de vida (EI - “*eu*

estive-lhe a contar que tomei duas vezes a pílula do dia seguinte, mas tomei 3 vezes). Em algumas das entrevistas obtivemos conteúdos igualmente referentes a informações pessoais mas não específicos, uma vez que por questões éticas não forçamos a descrição do conteúdo, sendo estes não ditos categorizados numa segunda categoria que difere da primeira precisamente pelo facto das informações pessoais (e.g., acontecimentos, pormenores) não serem pormenorizadas: **Informação factual e pessoal (vaga)** (BI - *“aspectos do próprio acontecimento (...) definir as pessoas que estavam envolvidas”*). Por fim, temos ainda a ocultação, por parte dos clientes, de conteúdos referentes a **Dificuldades relacionais** experienciadas no âmbito das relações significativas (JI - *“São mais aspectos relacionados com problemas que eu tenho com os meus pais, com a minha mãe”*).

◆ *Identificação de características do outro ou do processo*

Esta categoria refere-se a conteúdos contingentes a descrições não valorativas de dimensões do outro ou do funcionamento processual e que se aplicam unicamente no contexto da percepção da existência de possíveis não ditos por parte do outro elementos da diáde terapêutica. Assim, nos relatos dos terapeutas temos a percepção de ocultação de conteúdos da subcategoria **Características pessoais do terapeuta**, caracterizada pela análise de aspectos referentes à pessoa do terapeuta (3II - *“Provavelmente pode avaliar a imagem também (...) Porque eu vim morena, numa última sessão e creio que foi ela que não comentou, deve ter pensado porque notou-se”*). Da parte dos clientes temos referências à percepção de possíveis não ditos dos terapeutas como **Não ditos profissionais**, referentes a conteúdos inespecificados acerca

da avaliação que os terapeutas fazem do cliente ou à natureza do trabalho terapêutico, considerados como inerentes ao trabalho do terapeuta ou ao momento do processo terapêutico (EI - *“acho que sinto (...) mas é uma maneira saudável, tipo ela está, ela está a estudar o meu caso e eu estou a dizer-lhe coisas e ela está a escrever e está a fazer os links dela e não sei o quê, aí é capaz de haver coisas que ela não me diga”*).

Com o intuito de facilitar a identificação dos domínios centrais e respectivas categorias e subcategorias, bem como para explicitar os indicadores que constituem as últimas, elaborámos um quadro síntese, no qual integramos a informação referente ao conteúdo dos não ditos revelados e aos não ditos percebidos no outro (Terapeutas – Quadro 7; Clientes – Quadro 8). A descrição detalhada dos conteúdos dos não ditos revelados ou dos não ditos percebidos no outro elemento da díades terapêutica por terapeutas e clientes é detalhada no anexo VI e VII, respectivamente.

Quadro 8: Análise do conteúdo dos não ditos dos terapeutas

■ Não ditos ocultados ■ Não ditos revelados ■ Não ditos percebidos no outro (Cliente).

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Não ditos positivos	Apreciação positiva	◆ Avaliação positiva do cliente	■ Aspectos positivos do cliente: corpo, comportamento. ■ Competências e ganhos no processo.
		◆ Percepção de reconhecimento	■ Elogio do cliente.
	Reacção emocional positiva	◆ Emoção positiva face ao progresso	■ Sentimentos de alegria, satisfação. ■ Sentimentos de reconhecimento; satisfação.
		◆ Conforto	■ Sensação de conforto associado à qualidade da relação terapêutica.
Não ditos negativos	Reacção emocional negativa	◆ Insegurança	■ Desempenho do cliente na tarefa; capacidade de implementar uma dada estratégia; percepção que o cliente pode colocar questões às quais não sabe responder; percepção de riscos inerentes a uma intervenção.
		◆ Desconforto	■ Cansaço e aborrecimento com tarefas terapêuticas; percepção de atitudes desadequadas do cliente no âmbito da relação terapêutica. ■ Activação emocional; confrontação do terapeuta; desajuste na relação terapêutica.
		◆ Surpresa	■ Adesão ou progresso terapêutico; ausência de <i>insight</i> ; auto-revelação desconcertante; dificuldades descritas pelo cliente; choro do cliente.

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

	♦ Susto/Irritação/ Angústia	■ Emoções desencadeadas por relatos, desafios ou revelações do cliente.
Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades	♦ Preocupação com processo terapêutico	■ Expectativa negativa face aos resultados; invalidação ou interrupção do processo; linguagem do cliente; demarcação de fronteiras na relação terapêutica; reacções do cliente; vontade de assumir postura directiva. ■ Possibilidade de invalidação do trabalho terapêutico.
	♦ Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao cliente	■ Sensação de trabalho incompleto; necessidade de informação; dúvidas acerca da direcção da intervenção terapêutica; dúvida acerca dos relatos do cliente; dúvidas face aos processos cobertos ou expressões faciais do cliente; descrença face aos relacionamentos afectivos. ■ Dúvida acerca da atitude do cliente face ao relacionamento afectivo. ■ Eficácia terapêutica; relato de elogio do terapeuta.
	♦ Confusão	■ Incongruências no relato dos clientes.
	♦ Dificuldades processuais	■ Dificuldades dos clientes com trabalho de exploração.
Apreciação negativa	♦ Desacordo com cliente	■ Motivação para a mudança; grau de dificuldades; significados; situação laboral; ■ Questões do processo (confrontação).
	♦ Interpretação do comportamento do cliente.	■ Leitura sintomática da descrição dos clientes. ■ Leitura do terapeuta referente à compreensão ou diagnóstico do caso

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

		♦ Avaliação negativa do cliente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Passividade; incompetência; insegurança; falta de <i>insight</i>; características físicas. ■ Incompetência interpessoal.
		♦ Avaliação negativa de outros significativos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Percepção negativa da qualidade dos relacionamentos (familiar e afectivos) dos clientes. ■ Qualidade dos relacionamentos (relação afectiva).
		♦ Avaliação negativa do terapeuta ou processo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desejo de prosseguir exposição; expectativa de directividade; desajuste na relação terapêutica.
Não ditos neutros	Informação pessoal/factual	♦ Memórias pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auto-identificação com características ou acontecimentos do cliente; recordação do estado emocional.
	Identificação de características do outro ou do processo	♦ Características pessoais do terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aspectos referentes à pessoa do terapeuta: aparência visual; sintomas de alergia.

Quadro 9: Análise do conteúdo dos não ditos dos clientes

■ Não ditos ocultados ■ Não ditos revelados ■ Não ditos percebidos no outro (Terapeuta)

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Não ditos positivos	Reacção emocional positiva	♦ Surpresa	■ Interesse evidenciado pelo terapeuta.
	Não ditos negativos	Reacção emocional negativa	♦ Insegurança
♦ Desconforto			■ Fragilidade emocional ou <i>stress</i> ; exposição experienciados no processo; auto-revelação do terapeuta. ■ Aspectos processuais como a natureza da tarefa terapêutica. ■ Expressões, atitudes do terapeuta indiciadoras de desconforto.
♦ Ansiedade			■ Ansiedade decorrente da sensação de urgência em obter resultados.
♦ Susto; Irritação; Angústia			■ Expressões, atitudes indiciadoras de revolta por parte do terapeuta.
Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades		♦ Preocupação com processo terapêutico	■ Preocupação com aspectos processuais: a gravidade de um possível diagnóstico.
	♦ Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao terapeuta	■ Eficácia das estratégias implementadas; ausência de alternativas terapêuticas; significado das afirmações ou atitudes do terapeuta. ■ Questionamento da veracidade das afirmações do terapeuta; do futuro.	

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

		♦ Dificuldades processuais	■ Questões do terapeuta; carácter da tarefa; desconhecimento das próprias dificuldades.
	Apreciação negativa	♦ Desacordo com terapeuta ♦ Avaliação negativa do terapeuta ou processo	■ Interpretações e afirmações do terapeuta acerca do processo ■ Ausência de progressos; esquecimentos do terapeuta; terapeuta falar demais.
Não ditos neutros	Informação pessoal/ factual	♦ Informação pessoal íntima	■ Informação acerca acontecimentos ou histórias de foro sexual: pilula do dia seguinte, envolvimento sexual, novo envolvimento amoroso; desejos negativos acerca de outrem. ■ Informação acerca de aspectos íntimos e de cariz traumático, experiência de abuso, consumo de drogas, morte do cônjuge; ou de pensamentos depreciativos (deficiência) acerca do próprio.
		♦ Informação factual e pessoal (vaga)	■ Informações pessoais não especificadas: pormenores, aspectos parciais de acontecimentos.
		♦ Dificuldades relacionais	■ Dificuldades no âmbito das relações significativas – afectivas/familiares. ■ Raiva/conflitos no domínio das relações familiares e interpessoais.
	Identificação de características do outro ou do processo	♦ Não ditos profissionais	■ Não ditos (conteúdo vago) inerentes a aspectos ou momentos do processo terapêutico e do trabalho do terapeuta.

2. RESULTADOS DA ANÁLISE E CODIFICAÇÃO DA FUNÇÃO DOS NÃO DITOS

Numa segunda análise dos dados focámos a significação ou função dos não ditos no processo terapêutico para clientes e terapeutas. Nesta análise, derivámos os domínios supra organizadoras a partir da organização das categorias e subcategorias que desenvolvemos na análise das entrevistas acerca da função dos não ditos na psicoterapia. Ainda em relação a estes domínios, categorias e subcategorias, respeitando o princípio da exclusão mútua, quando acerca de um mesmo não dito eram expressas múltiplas significações, ou seja, o mesmo conteúdo era justificado com diferentes funções, particularizámos cada unidade alusiva a uma função específica e procedemos à respectiva categorização.

Com intuito de propiciar uma percepção mais célere e global dos domínios, categorias e subcategorias que ilustram a função da ocultação por terapeutas e clientes em psicoterapia, principiamos com uma exposição geral e sucinta do sistema de categorização, identificando e definindo os domínios centrais, que são a função *Reflexiva* dos não ditos, função *Estratégica* e *Não Ditos Não Intencionais*. Seguidamente, passamos à identificação e definição das respectivas categorias, diferenciando a experiência de cada grupo de participantes.

♦ **Função Reflexiva dos não ditos**

Domínio referente aos não ditos que têm como função facilitar a análise e reflexão acerca de múltiplos fenómenos inerentes à experiência que têm da sessão terapêutica tanto clientes como terapeutas, ainda que neste processo de reflexão não haja uma especificação de possíveis impactos ou de relações de natureza causal entre as análises efectuadas e variáveis da sessão ou do processo terapêutico. Adicionalmente, neste domínio, diferenciamos a perspectiva assumida pelos participantes no âmbito destas reflexões, dado que estes tanto se posicionam na própria perspectiva, como parecem reflectir a partir da perspectiva do outro elemento da díade terapêutica. Como tal, formámos duas categorias, comuns a terapeutas e clientes, **Centrado no terapeuta** e **Centrado no cliente**, que, como a designação adoptada evidenciada, na primeira, a análise foca-se na perspectiva ou na experiência do terapeuta (em termos pessoais ou profissionais), enquanto na última a análise foca dimensões ou características do cliente ou da experiência deste.

Como referimos, o domínio **Reflexiva** preconiza que a ocultação em psicoterapia esteja associada e decorra do trabalho de análise e ponderação dos acontecimentos ou experiências ocorridas no âmbito do encontro terapêutico. Atendendo aos relatos dos terapeutas referentes a esta função, a partir da perspectiva ou experiência do cliente, **Centrado no Cliente**, encontrámos duas motivações que correspondem às subcategorias **Concepção do cliente como competente**, referente à análise das competências pessoais ou dos ganhos terapêuticos adquiridos pelos clientes (8II - “*acho que ela está de facto a sair do território do problema, e a ver e a falar de coisas muito para além do domínio do problema*”), e **Análise centrada no padrão de**

dificuldades, que foca o inverso, ou seja, a perspectiva dos terapeutas acerca dos comportamentos ou sintomas apresentados pelos clientes que consubstanciam um determinado padrão de dificuldades ou mesmo uma classificação nosológica (5I - “Ok, se é um apelo, é um apelo para quem, para os pais», nitidamente, e então, como ela está a fazer o mesmo papel comigo, achei «se calhar está a tentar manipular-me também a mim”).

Ainda em termos dos não ditos dos terapeutas, mas desta vez centrados na perspectiva ou experiência do próprio, **Centrado no Terapeuta**, encontrámos um conjunto mais vasto de motivações, representadas nas seguintes sete subcategorias: **Dificuldades no âmbito do trabalho terapêutico**, referente à reflexão sobre as exigências e dificuldades sentidas pelo terapeuta na implementação do trabalho terapêutico (1I - “senti alguma ambivalência no início da sessão quando ela disse que tinha, (...) eu não soube se deveria explorar no momento, se seria prematuro, ou não”); **Natureza da relação terapêutica**, referente à análise de acontecimentos com potencial de interferirem na natureza ou qualidade da relação terapêutica (2I - “eu ser homem e ela ser mulher e acho que é uma questão, há formas, há muita coisa que ela às vezes diz que pode perfeitamente ser sobre-interpretada por mim, e não é propriamente uma coisa que me chateie grande coisa, mas às vezes eu sinto”); **Representação do papel de terapeuta**, em que a ponderação do terapeuta se foca nas atribuições inerentes ao papel do próprio e que delimitam a natureza do trabalho ou da relação terapêutica (10I - “tem a ver com reflexões minhas como terapeuta, eu às vezes prefiro não dizer do que dizer, porque cada vez tenho mais consciência e cada vez percebo mais que o que nós dizemos, a tal voz que vai com o cliente, vai mesmo com ele, e vai muito

a sério, temos de estar muito atentos”); **Conceptualização baseada em modelos teóricos**, referente à reflexão sobre as premissas subjacentes a modelos teóricos de psicoterapia e psicopatologia (5I - “é porque eu sei que os comportamentos alimentares desta gravidade e da maneira como ela os praticava são muito graves e portanto não passam assim, sem ajuda, sem nenhum activador de mudança”); **Experiência emocional do terapeuta**, referente à reflexão sobre os sentimentos do próprio activados no decurso do trabalho terapêutico que interferem no seu desempenho profissional (1I - “eu também sou um bocado supersticioso, como alguns clientes são, eu tenho alguma, eu gosto muito de validar a mudança, mas tenho alguma dificuldade em mostrar toda, ou até uma parte, das emoções que sinto neste momento, porque fico com receio que «Ok, estamos aqui a dizer “Yes!”», e de hoje para amanhã, na próxima sessão isto vai ser um descalabro”); **Características pessoais do terapeuta**, centrada na identificação de características pessoais do terapeuta que interferem no desempenho profissional (3II - “E, sou muito exigente comigo mesma”); **Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico**, em que a análise do terapeuta assenta na percepção de que determinadas experiências emocionais foram comunicadas através da linguagem não verbal (5I - “Achei que não era necessário porque o meu não verbal falaria por mim, e acho que falou mesmo”); e, por último, no **Desconhecimento acerca do tema**, em que a análise do terapeuta se centra no desconhecimento acerca dos temas apresentados pelo cliente (5III - “primeiro não posso dizer porque não conheço”).

A partir da análise dos relatos dos clientes, na função **Reflexiva**, partindo da perspectiva ou experiência do cliente, **Centrado no Cliente**, definimos cinco motivações: a **Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico**, em que os clientes fundamentam a ocultação na percepção de que determinadas experiências emocionais foram comunicadas através da linguagem não verbal (EI - *“Ai surpreendida ela notou, mesmo que eu não tenha dito, porque eu fiquei mesmo assim com uma cara, logo com o nome, logo com o nome da coisa”*); na **Experiência emocional do cliente**, em que a ocultação decorre da reflexão acerca de emoções que no decurso do trabalho terapêutico perturbam o cliente (GI - *“também às vezes a minha dificuldade em expressar a dor, mas uma dor que não é, que já está floreada, uma dor mais intensa, também tenho muitas dificuldades em abordar isso”*); a **Análise centrada no padrão de dificuldades**, assente na reflexão do cliente acerca dos comportamentos ou sintomas subjacentes às próprias dificuldades ou diagnóstico (JI - *“Fico preocupada com isso, de ela estar a pensar que se passa alguma coisa um pouco mais grave, mas isso faz parte da minha insegurança”*); a **Representações do papel de cliente**, em que a ocultação assenta na identificação de características e atribuições inerentes ao papel de cliente que constroem o comportamento de revelação (GII - *“não é pensar que a terapeuta não tem capacidade para dar a resposta, se calhar até era uma resposta que me ia agradar, é.., é a própria, é, eu, é questionar, questionar o que a psicóloga está a fazer”*); a **Natureza da relação terapêutica**, em que a ocultação assenta na análise de acontecimentos que podem interferir com a natureza da relação terapêutica (GI - *“E também é a confiança, é..., que acho que é uma coisa que vai construindo”*).

Ainda quanto aos não ditos dos clientes, mas desta vez centrados na perspectiva ou experiência do terapeuta, **Centrado no Terapeuta**, registámos duas motivações, representadas nas subcategorias: **Representações do papel de terapeuta**, em que a ocultação assenta na análise do cliente acerca das funções e atribuições inerentes ao papel de terapeuta (AI - “*Eu vou mostrando aos bocadinhos e ele, psicólogo, vai percebendo a outra parte, a ver se chega lá sem eu ter de dizer na realidade, a ver se há um bom entendimento*”); **Natureza do trabalho terapêutico**, em que a ocultação decorre da análise acerca da dimensão técnica do trabalho terapêutico (GI - “*Porque se para mim se só houvesse essa alternativa e se eu achava que não funcionava, mas se não houvesse não fazia sentido continuar, não é, porque não havia mais alternativas para eu conseguir caminhar. E esse seria o efeito, mas se calhar não era nada disto que acontecia, se calhar havia alternativas, o meu pensamento é que foi nesse sentido*”).

◆ **Função Estratégica dos não ditos**

Domínio referente aos não ditos cuja função decorre manifestamente do motivo para a não revelação, especificamente em termos do impacto que poderia acarretar (para o processo, para a relação, para o próprio ou para o outro), tanto no sentido de acautelar danos como de promover ganhos. Assim, nesta categorização a função *Estratégica* dos não ditos prende-se exactamente com a especificação de um determinado intento ou propósito subjacente à decisão de ocultação.

Integram este domínio duas categorias igualmente comuns a ambos os participantes: **Centrado no processo** e **Centrado na protecção**. Na primeira,

a motivação subjacente à ocultação decorre de aspectos associados a dimensões processuais, enquanto na última categoria o intuito da ocultação prende-se claramente com o resguardo do próprio ou de outrem.

Analisando os dados dos terapeutas, com foco nesta dimensão estratégica e nos aspectos processuais, **Centrado no Processo**, encontrámos três funções subjacentes aos não ditos: a **Experiência e/ou expectativa de mudança**, em que a ocultação dos terapeutas se prende com o intento de acautelar factores susceptíveis de interferirem na experiência terapêutica ou mesmo na experiência de mudança (11 - “*não quis deitar um balde de água fria sobre a festa*”); a **Oportunidade temporal**, em que a ocultação decorre da identificação de aspectos temporais com potencial de interferir no desenrolar da conversa ou processo terapêutico (8I - “*Eu acho que a admiração não a partilhei na sua globalidade para não ser uma atitude, porque se calhar achei que era precoce, era uma sessão 4 e se calhar era precoce*”); a **Oportunidade processual**, associada ao reconhecimento de aspectos de carácter processuais com idêntico potencial de interferir no desenrolar da conversa ou processo terapêutico (14III - “*Foi como te disse, depois de perceber que ela estava convencida, e que continuar poderia interferir com o teu trabalho, decidi que não valia a pena*”).

Em termos de não ditos com o desígnio de protecção, **Centrado na Protecção**, na categorização dos dados dos terapeutas identificámos três motivações: a **Protecção do cliente**, em que a ocultação decorre da identificação de conteúdos susceptíveis de potenciar as dificuldades dos clientes (9III - “*poderia ter sido algo desorientador para a utente se eu o verbalizasse. (...) Ela poderia por exemplo sentir que eu não lhe estava a prestar*”).

atenção, ou poderia temer estar a ser maçadora, também poderia não acontecer nada”); a **Auto-protecção**, em que a ocultação visa proteger a própria imagem do terapeuta ou evitar activação emocional (9III - “Poderia suceder isto ou poderia ela ficar de alguma forma chateada com o terapeuta, porque o terapeuta colocava em causa a palavra dela, não sei (...) sentir-me-ia um pouco inseguro, porque a reacção da utente seria muito imprevisível e eu poderia, usando uma metáfora, estar a usar uma cartada alta demais”); a **Protecção da relação**, associada ao reconhecimento de factores susceptíveis de influírem na qualidade da relação terapêutica (3III - “poderia afectar um pouquinho a relação, não sei, demonstrar, por um lado tem a ver com o meu próprio eu, de não querer mostrar que estou insegura, por outro lado, mostrar, em termos da relação, que o terapeuta tem pouca experiência pode não ajudar muito a relação terapêutica”).

A partir da categorização dos dados dos clientes, no domínio *Estratégico*, focando as dimensões processuais, **Centrado no Processo**, identificámos dois motivos representados nas subcategorias: **Experiência e/ou expectativa acerca da mudança**, em que a ocultação do cliente decorre da identificação de aspectos que podem afectar o desenrolar da experiência terapêutica ou do processo de mudança (AII - “pensar até que ponto eu vou ter algum resultado e será que vou ter... realmente melhoras e que vou conseguir lidar com a situação?”, e também se calhar não foi dito porque pensei “Ah o psicólogo se calhar vai pensar que eu estou a por a carroça à frente dos bois e que eu não lhe estou a dar tempo para ele realmente poder fazer o trabalho dele como deve ser”, e por isso pronto, não o fiz”); **Oportunidade processual**, em

que a ocultação é justificada pela avaliação da relevância processual dos conteúdos no âmbito da conversa terapêutica (EIII - “*achei mesmo que não valia a pena, que não tinha muito interesse para o meu processo*”).

Mantendo o foco *Estratégico* subjacente à ocultação, mas agora tendo como propósito a protecção, **Centrados na Protecção**, analisando os dados dos clientes, estipulámos três subcategorias: a **Auto-protecção**, em que a ocultação pretende prevenir um aumento ou reforço das próprias dificuldades (JI - “*Ja ficar bastante emocionada ia talvez começar a chorar e se calhar ia trazer memórias que eu já nem me lembro e se calhar ia ficar mais mal disposta com a minha mãe, ia alterar a nossa relação*”); a **Protecção do terapeuta**, visando evitar qualquer tipo de impacto negativo no terapeuta (GI - “*Porque ao dizer não acredito mesmo, pensei que efeito é que isso poderia ter, também na terapeuta (...) foi cuidado também com a terapeuta, com a reacção*”); a **Não intromissão**, em que a ocultação tem como propósito, por parte do cliente, manter determinados conteúdos fora do âmbito do processo terapêutico (EI - “*acho que foi por isso que não quis falar, porque ela se calhar ia desenvolver um bocado mais (...) e se depois ia querer meter por aí e alguns pormenores e era um assunto que, na altura não em apetecia falar*”).

◆ **Não ditos Não Intencionais**

Domínio referente a não ditos cujo conteúdo comunicacional é considerado de relevo no âmbito do processo terapêutico, mas cuja não comunicação não decorre de uma tomada de decisão intencional para ocultar. Assim, nesta dimensão integramos os motivos que sustentam que tenham

ocorrido não ditos de forma não intencional, sem razões particulares para a ocultação.

Especificamente, os terapeutas e clientes apontam como factores desencadeadores da ocorrência não intencional da ocultação aspectos como o esquecimento ou a revelação por parte do outro (1III - *“De alguma maneira, não foquei em mim, até porque ela própria no meio disto acaba por dizer “Mas se calhar eu não devia estar a pedir isto a si” (...) enquanto ainda estava a decidir se iria devolver isto ou não, ela própria antecipou-se “Não eu se calhar não devia estar a dizer isto”*; CIII - *“Não foram revelados porque, como eu disse, esqueci-me. Não foi bem esquecer, simplesmente eu desenvolvi tanto, tanto um aspecto que na altura haviam pormenores que não me lembrei”*).

Tal como em relação à categorização dos conteúdos, sintetizamos estas análises nos quadros 10 (clientes) e 11 (terapeutas), com intuito de facilitar a identificação célere dos domínios centrais e respectivas categorias e subcategorias. Apresentamos em anexo a descrição detalhada da função subjacente aos não ditos revelados e aos não ditos percebidos no outro (Anexos VIII e IX, respectivamente).

Quadro 10: Análise da função dos não ditos dos terapeutas

■ Não ditos ocultados ■ Não ditos revelados ■ Não ditos percebidos no outro (Cliente)

Categories	Subcategories	Indicators
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no cliente	◆ Concepção do cliente como competente	■ Descrição da capacidade de detectar dificuldades; perspectiva positiva acerca das relações afectivas
	◆ Análise centrada no padrão de dificuldades	■ Análise dos relatos ou comportamentos do cliente baseado no padrão de dificuldades ou no quadro sintomático: foco nas manifestações comportamentais que desconfirmam as afirmações do cliente e validam a interpretação da terapeuta; identificação de padrões de dificuldades no funcionamento interpessoal. ■ Dificuldade em reconhecer e expressar verbalmente a mudança; não consciência do problema; dificuldades na expressão e gestão emocional; dificuldades de auto-revelação e auto-elogio; falta de competência nas relações pessoais; sentimento de desvalorização; fragilidade decorrente da activação emocional.
	◆ Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico	■ Comunicação do agradecimento ou do sentimento de satisfação não verbalmente.
Centrado no terapeuta	◆ Dificuldades no âmbito do trabalho terapêutico	■ Dúvidas ou preocupações relativas à eficácia do trabalho terapêutico; à execução, implementação ou alteração do plano de trabalho; acerca da compreensão do cliente em relação ao trabalho terapêutico.
	◆ Natureza da relação terapêutica	■ Conversar acerca da qualidade da relação, ou acerca de encontros fora do contexto terapêutico; preocupação perante possível ligação afectiva da parte do cliente. ■ Revelação decorrente da evolução na relação e do processo

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

	◆ Representação do papel de terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não partilha de dimensões pessoais (opiniões, juízos, experiências); primazia da opinião ou necessidades do cliente em relação à perspectiva do terapeuta; não partilhar dúvidas ou inseguranças; terapeuta enquanto perito (técnico) na condução do trabalho terapêutico. ■ Terapeuta como especialista cuja competência não se questiona e com poder para tomar decisões no processo.
	◆ Conceptualização baseada em modelos teóricos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquadramento das dificuldades do cliente num modelo conceptual específico; modelo teórico como orientador do trabalho e postura do terapeuta na sessão. ■ Devolução da grelha de leitura teórica preferencial acerca do problema; desconstrução das queixas; devolução da análise das dificuldades.
	◆ Experiência emocional do terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentimentos de surpresa, medo, superstição.
	◆ Características pessoais do terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reflexão acerca de aspectos físicos como cansaço do terapeuta ou características emocionais do terapeuta como auto-exigência, sentido de obrigação. ■ Reflexão acerca de aspectos físicos como mudança de visual ou sintomas de alergia do próprio terapeuta.
	◆ Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não verbalização decorrente da comunicação não verbal dos sentimentos.
	◆ Desconhecimento acerca do tema	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não conhecer o tema
Função Estratégica dos Não Ditos		
Centrado no	◆ Experiência/ expectativa de	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pólo negativo - Não invalidar experiência, discurso , entusiasmo do cliente para não “minar” a mudança; Pólo positivo - Promover competências do cliente; promover

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

processo	mudança	conhecimento acerca das dificuldades; não legitimar leitura patológica das dificuldades. ■ Pólo negativo - ajudar o cliente a perceber as dificuldades; Pólo positivo - reforçar auto-imagem; servir de espelho para a evolução no processo; revelação para fomentar autonomia.
	◆ Oportunidade temporal	■ Pólo negativo - Momento não adequado; Pólo positivo - Avaliação do momento como oportuno em termos temporais.
	◆ Oportunidade processual	■ Pólo negativo - Insuficiência de informação; necessidade de trabalhar primeiramente outras dimensões; Pólo positivo - Avaliação do momento como oportuno em termos processuais. ■ Momento do processo oportuno para partilhar ou preparar o cliente.
Centrado na protecção	◆ Protecção do cliente	■ Não desencadear activação emocional negativa no cliente; não reforçar o padrão de dificuldades do cliente; proporcionar uma leitura alternativa das dificuldades.
	◆ Auto-protecção	■ Preocupação/ receio com possibilidade da cliente interpretar de forma negativa o discurso do terapeuta; evitar activar ou demonstrar sentimentos de insegurança ou exposição.
	◆ Protecção da relação	■ Sentimento de incompreensão/ sentimento de insegurança por parte do cliente como ameaça à relação.

Quadro 11: Análise da função dos não ditos dos clientes

■ Não ditos ocultados ■ Não ditos revelados ■ Não ditos percebidos pelo outro (Terapeuta)

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no cliente	♦ Comunicação não verbal	■ Comunicação não verbal do sentimento de surpresa.
	♦ Análise centrada no padrão de dificuldades	■ Dificuldades em criticar outros; preocupação com o que outros pensam; insegurança pessoal; reduzido conhecimento acerca das próprias dificuldades. ■ Percepção decorrente da preocupação constante acerca do que os outros pensam do cliente.
	♦ Experiência emocional do cliente	■ Sentimento de dor; sentimento de vulnerabilidade; sentimento de vergonha. ■ Necessidade de desabafar; sentimento de alívio.
	♦ Representações do papel de cliente	■ Não questionar o trabalho ou pressionar o terapeuta; activação de desconforto emocional quando ocorrem dúvidas.
	♦ Natureza da relação terapêutica	■ Pólo positivo – Maior confiança decorrente do tempo de trabalho em conjunto; confiança de que o terapeuta comunicará informações importantes; Pólo negativo – Necessidade de fortalecer a relação de confiança. ■ Sentimento de confiança promotor de auto-revelação. ■ Dificuldade em perceber a reacção do terapeuta pode comprometer a confiança na relação.
Centrado no terapeuta	♦ Representação do papel de terapeuta	■ Terapeuta como especialista: capacidade de compreender, de diagnosticar, de ajudar. ■ Auto-revelação decorre da visão do terapeuta como especialista que pode ajudar. ■ Poder de decisão do terapeuta de revelar ou não o diagnóstico à cliente; não ditos inerentes

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

		ao trabalho do terapeuta no papel de “perito”; não ditos normais na fase de avaliação.
	◆ Natureza do trabalho terapêutico	<p>■ Pólo positivo – Satisfação com o tipo de trabalho realizado; Pólo negativo – Preocupação com falta de alternativas terapêuticas.</p> <p>■ Revelação facilitada pelas tarefas e questões; revelação ocorre de forma natural no decurso da conversa terapêutica.</p>
Função Estratégica dos Não Ditos		
Centrado no processo	◆Experiência/ expectativa de mudança	<p>■ Pólo positivo – Evidência do processo de mudança na forma como está no processo terapêutico; reflexão acerca de como as dificuldades se dissipou ao longo do processo; Pólo negativo – Dúvidas quanto à natureza/ possibilidade de mudança; análise de que os problemas se mantêm.</p> <p>■ Revelação associada à mudança ocorrida no decurso do processo que possibilita novas revelações.</p>
	◆Oportunidade processual	■ Não considerar relevante para o processo; dar prioridade a outros temas.
Centrado na protecção	◆Protecção do terapeuta	■ Receio de melindrar/ magoar ou agredir o terapeuta; não pôr em causa/ invalidar ou criticar o trabalho do terapeuta; não preocupar a terapeuta.
	◆ Auto-protecção	<p>■ Evitar ouvir coisas que teme não gostar, sentir-se exposta ou que a privacidade foi devassada, sentimentos e auto-avaliação negativa, activação de emoções negativas na sessão e ao longo da semana na sequência do trabalho terapêutico; receio da avaliação ou de desiludir o terapeuta; auto revelação através de humor e auto-revelação para evitar sentimentos de desconforto em relação ao processo.</p> <p>■ Revelação para evitar sentimentos de desconforto; humor como estratégia protectora.</p>
	◆ Não intromissão	■ Evitar explorar mais o assunto.

Síntese do estudo qualitativo sobre os não ditos no processo terapêutico

Conteúdos identificados nos não ditos de terapeutas e clientes

Em termos dos conteúdos dos não ditos ocultados, terapeutas e clientes ocultam o que caracterizamos como *Não ditos negativos*, *Não ditos positivos* e *Não ditos neutros*. De acordo com a análise que efectuamos dos relatos dos terapeutas, no âmbito dos *Não ditos negativos*, estes ocultam conteúdos relativos à *Apreciação negativa face ao outro*, à *relação ou ao processo*, à *Reacção emocional negativa face ao outro*, à *relação ou ao processo* e a *Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades face ao outro*, à *relação ou ao processo* (Quadro 12). Os *Não ditos positivos* representam um papel menor na ocultação dos terapeutas, integrando a *Reacção emocional positiva face ao outro*, à *relação ou ao processo* e a *Apreciação positiva face ao outro*, à *relação ou ao processo*. Por último, também com um papel reduzido, temos a ocultação de *Não ditos neutros*, referente a conteúdos relativos a *Informação pessoal*.

Quadro 12: Síntese dos conteúdos dos não ditos dos terapeutas

Terapeutas (76)		
<i>Não ditos negativos</i>		
Apreciação negativa (35)	Reacção emocional negativa (23)	Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades (17)
Desacordo	Insegurança face ao desempenho profissional	Preocupação com insucesso terapêutico
Interpretação sintomática	Desconforto com as tarefas	Dúvida/descrença face ao

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

	do processo	trabalho terapêutico/ cliente
Avaliação negativa do cliente	Surpresa perante as dificuldades/ experiências relatadas pelos clientes	Dificuldades processuais
Avaliação negativa de outros significativos	Susto/ irritação/ angústia	
Não ditos positivos (12)		Não ditos neutros (5)
Reacção emocional positiva (8)	Apreciação positiva (4)	Informação pessoal (5)
Emoção positiva face ao progresso	Avaliação positiva do cliente	Memórias pessoais
Conforto	Percepção de reconhecimento	

Relativamente aos conteúdos dos não ditos dos clientes, os conteúdos caracterizados como *Não ditos negativos* constituem uma parte importante da ocultação, tal como acontece com os terapeutas. Todavia em relação aos *Não ditos positivos* e aos *Não ditos neutros* encontramos uma proporção inversa à dos terapeutas, registando-se em particular no último domínio uma maior frequência e diversidade de conteúdos ocultados pelos clientes (Quadro 13). Em relação aos *Não ditos negativos*, os clientes ocultam centrados na categoria *Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades face ao outro, à relação ou ao processo*, e, em relação à categoria *Apreciação negativa face ao outro, à relação ou ao processo*, denotamos a ausência de conteúdos referentes à *Interpretação sintomática* é à *Avaliação negativa de outros significativos*, conteúdos exclusivos da ocultação dos terapeutas. No domínio dos *Não ditos positivos*, a principal diferença prende-se com o facto de não existir ocultação de

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

conteúdos referentes à *Apreciação positiva face ao outro, à relação ou ao processo*.

Quadro 13: Síntese dos conteúdos dos não ditos dos clientes

Cientes		
<i>Não ditos negativos (21)</i>		
Apreciação negativa (4)	Reacção emocional negativa (8)	Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades (9)
Desacordo com terapeuta	Insegurança	Preocupação com processo terapêutico
Avaliação negativa do terapeuta ou processo	Desconforto	Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao terapeuta
	Ansiedade	Dificuldades processuais
	Susto; Irritação; Angústia	
<i>Não ditos positivos (1)</i>	<i>Não ditos neutros (13)</i>	
Reacção emocional positiva (1)	Informação pessoal (13)	
Surpresa	Informação pessoal íntima	
	Informação factual e pessoal (vaga)	
	Dificuldades relacionais	

Assim, comparando os perfis de ocultação, no que diz respeito aos conteúdos dos não ditos, os participantes no nosso estudo partilham a maior ocultação de conteúdos negativos, ainda que no grupo de clientes os conteúdos neutros também surjam com alguma frequência.

Funções identificadas nos não ditos de terapeutas e clientes

Quando analisamos a função dos não ditos de terapeutas e clientes, diferenciamos dois grandes grupos de motivações consideradas por ambos

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

grupos de participantes para justificarem o recurso à ocultação: motivações consideradas *Estratégicas* e motivações *Reflexivas*. As categorias centrais que integram estes dois domínios também são comuns a terapeutas e clientes, sendo todavia possível discriminar algumas diferenças em termos das subcategorias que integram as categorias *Centrado no terapeuta* e *Centrado no cliente*, a primeira mais comum e com maior diversidade de justificações no grupo dos terapeutas, e a segunda mais desenvolvida nos clientes (Quadro 14). Não obstante as divergências em termos das subcategorias que perfazem cada uma destas categorias, no caso da categoria *Centrado no terapeuta* encontramos uma subcategoria em comum que diz respeito ao *Papel do terapeuta*.

Quadro 14: Síntese das funções dos não ditos de terapeutas e clientes

Terapeutas	
Não ditos reflexivos (73)	
Centrados no Terapeuta (62)	Centrados no Cliente (11)
Dificuldades no âmbito do trabalho terapêutico	Concepção do cliente como competente
Natureza da relação terapêutica	Análise centrada no padrão de dificuldades
Representação do papel de terapeuta	Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico
Conceptualização baseada em modelos teóricos	
Experiência emocional do terapeuta	
Características pessoais do terapeuta	
Terapeutas	
Não ditos estratégicos (87)	
Centrados no Processo (44)	Centrados na Protecção (43)
Experiência/ expectativa de mudança	Protecção do cliente
Oportunidade temporal	Auto-protecção
Oportunidade processual	Protecção da relação

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Clientes	
Não ditos reflexivos (18)	
Centrados no Terapeuta (3)	Centrados no Cliente (15)
Representação do papel de terapeuta	Análise centrada no padrão de dificuldades
Natureza do trabalho terapêutico	Experiência emocional do cliente
	Representações do papel de cliente
	Natureza da relação terapêutica
	Comunicação não verbal
Clientes	
Não ditos estratégicos (26)	
Centrados no Processo (9)	Centrados na Protecção (17)
Experiência/ expectativa de mudança	Protecção do terapeuta
Oportunidade temporal	Auto-protecção
Oportunidade processual	Não intromissão

Contrastando estes dados, em relação à função dos não ditos, os domínios *Reflexivo* e *Estratégico* são apontados por ambos os grupos de participantes, mas no que concerne às categorias centrais que integram estes domínios, os terapeutas apontam mais motivos integrados na categoria *Terapeuta*, seguidos de motivos relativos ao *Processo* e à *Protecção*, enquanto nos clientes as categorias *Cliente* e *Protecção* surgem com maior frequência.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO ACERCA DOS NÃO DITOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

Ao avançarmos para a discussão dos resultados do estudo qualitativo, gostaríamos de recapitular os objectivos orientadores deste trabalho, a saber, compreender as experiências de ocultação de terapeutas e clientes durante o encontro terapêutico. Na realização deste trabalho assumimos um objectivo essencialmente exploratório, tanto em termos das premissas teóricas subjacentes ao modelo de investigação adoptado, como no *design* de investigação construído. Consequentemente, as conclusões a retirar dos resultados representam um reflexo da experiência do grupo de participantes que cooperaram neste projecto, que, pelo contraste com diferentes modelos empíricos e teóricos, nos possibilitam algum grau de micro teorização (Smith, 1999), sem pretensões de generalização.

Quando encetamos a tarefa de discutir os nossos resultados, procurando contrastá-los com outros trabalhos empíricos e teóricos sobre o mesmo domínio, deparamo-nos com um conjunto de obstáculos que dificultam esta tarefa. Como tivemos oportunidade de descrever anteriormente, em relação aos clientes, a diversidade de temáticas estudadas sob o designio de auto-revelação e de ocultação constitui um dos maiores entraves à comparação dos trabalhos empíricos na área. No caso da ocultação, deparamo-nos com o cenário inverso, ou seja, a escassez de trabalhos, que é ainda mais significativa em relação à perspectiva do terapeuta.

Assim, procederemos a uma discussão centrada nos nossos resultados, procurando estabelecer as pontes possíveis com os trabalhos teóricos e empíricos sobre os fenómenos de auto-revelação e de ocultação, uma vez que compreendemos ambos como práticas comunicacionais de natureza dialéctica (cf. Barnett & Sharp, 1973; Geller, 2003).

Não obstante, esperamos que este conjunto de resultados possa contribuir para o enriquecimento da investigação no âmbito do processo terapêutico, e em particular, chamar a atenção para a relevância dos fenómenos de ocultação e de auto-revelação em psicoterapia, criando uma oportunidade para reflectir acerca do significado e impacto destes no processo terapêutico. Assim, a discussão do estudo qualitativo, está organizada em torno de dois pontos centrais: (1) conteúdos identificados nos não ditos de terapeutas e clientes; (2) função dos não ditos.

◆ **Conteúdos identificados nos não ditos de terapeutas e clientes**

De acordo com a análise que fazemos destes resultados, os terapeutas parecem ocultar conteúdos negativos relacionados com as dificuldades percebidas nos clientes, com as preocupações ao nível do trabalho terapêutico e com a própria experiência emocional negativa, desencadeada por factores do trabalho ou da relação terapêutica. Quando contrastamos estes resultados com a categorização que distingue a auto-revelação pessoal (McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989) da auto-revelação “*self involving*” (Bridges, 2001; Knox & Hill, 2003; McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989; Wilkenson & Gabbard, 1993), podemos encarar esta ocultação de *Não ditos*

negativos como “*self involving*”. Atendendo à multiplicidade de categorias e subcategorias que integram este domínio, somos levados a considerar que os terapeutas ocultam essencialmente conteúdos negativos tais como reacções cognitivas e emocionais negativas relativas a acontecimentos da sessão, do processo ou da relação terapêutica, o que nos leva a considerar estes conteúdos como “*self involving*”. Esta leitura vai de encontro aos resultados do trabalho de Regan e Hill (1992) sobre os temas ocultados por terapeutas, que embora tenha sido realizada num contexto análogo à psicoterapia, aponta, para além da ocultação de conteúdos cognitivos e emocionais, o predomínio de ocultação de “conjecturas clínicas negativas” formuladas sobre o diagnóstico ou prognóstico dos clientes.

Estes conteúdos parecem típicos da natureza do trabalho terapêutico, em particular os conteúdos relativos a leituras sintomáticas ou teóricas sobre as dificuldades dos clientes, sendo aliás exclusivos da ocultação dos terapeutas. Equiparamos estes conteúdos ocultados ao que Claiborn (1982) designa de “interpretações semânticas”, que permitem ao terapeuta organizar a representação que construiu do cliente, recorrendo à linguagem dos sistemas teóricos e nosológicos. Quanto à exclusividade de conteúdos referentes à avaliação negativa de outros significativos da vida dos clientes por parte do terapeuta, atendendo à desigualdade de papéis, no que concerne designadamente ao acesso à informação de cariz íntimo, esta diferença pode ser explicada pelo facto do terapeuta ter acesso a determinado tipo de informação sobre o cliente, como as relações significativas, que não acontece ao inverso.

Ainda neste domínio, assume também um papel importante a ocultação de conteúdos relativos às preocupações e dúvidas do terapeuta acerca do trabalho terapêutico. Este dado parece congruente com os resultados dos trabalhos sobre os padrões de dificuldades experienciadas pelos terapeutas em psicoterapia (Davis, Elliott, Davis, Binns, Francis & Kelman, 1987), que apontam como as dificuldades mais típicas da experiência do terapeuta as dúvidas profissionais, as reacções negativas do terapeuta e os dilemas ou dificuldades em lidar com situações difíceis dos clientes. Neste caso, estes conteúdos, sendo típicos das dificuldades dos terapeutas no desempenho do trabalho terapêutico, são também ocultados, tal como acontece com as emoções negativas activadas durante a sessão.

Os *não ditos positivos*, ainda que menos frequentes e com menor diversidade de conteúdos, podem igualmente caracterizar-se como “*self involving*” e representam, no caso dos terapeutas, a ocultação de emoções positivas relativas aos clientes, ao trabalho ou à relação terapêutica, assim como avaliações positivas referentes às competências dos últimos. Este domínio surge como mais frequente na experiência de ocultação dos terapeutas, que parecem ocultar mais não ditos positivos do que os clientes, resultados que divergem dos do trabalho de Regan e Hill (1992), que indicavam que os clientes ocultavam mais não ditos com valência positiva que os terapeutas. De certo modo, considerando a importância atribuída por diferentes modelos teóricos ao potencial positivo do terapeuta contrastar a experiência e percepção do cliente, muitas vezes negativa, com *feedback* positivo sobre as suas circunstâncias ou competências (Lyddon, 1993), seria de certo modo esperado que os terapeutas, pelos motivos supra-citados,

partilhassem estes conteúdos e os utilizassem no âmbito do trabalho terapêutico.

Por último, a ocultação dos terapeutas no domínio *neutro* prende-se com a ocultação de informação acerca de memórias relativas a histórias e experiências emocionais similares activadas no encontro com o cliente. Em termos do perfil global de ocultação, estes conteúdos *neutros* podem ser considerados como “ocultação pessoal” (McCarthy & Bertz, 1978; Robitschek & McCarthy, 1991; Watkins & Schneider, 1989), sendo que parecem ter um papel reduzido na ocultação dos terapeutas. Quando comparamos estes resultados com os trabalhos empíricos acerca dos temas menos revelados pelos terapeutas em psicoterapia, estes últimos, de forma genérica e consensual, indicam como menos reveladas as temáticas relacionadas com os “sonhos”, “fantasias pessoais”, “práticas e crenças sexuais dos terapeutas” (cf. Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Lane, Farber & Gelso, 2001). Todavia, nos nossos resultados estes conteúdos não são sequer mencionados pelos terapeutas, o que na nossa opinião pode ser explicado pelas diferenças metodológicas entre os estudos. Esta diferença de instrumentos leva a que, no caso dos estudos citados em que esta avaliação era feita através de questionários, todos os terapeutas se posicionassem perante os temas propostos, enquanto no nosso trabalho pertencia à iniciativa dos terapeutas designarem este domínio de conteúdos. Adicionalmente, os trabalhos supra-mencionados focavam a percepção dos terapeutas acerca dos conteúdos mais ou menos auto-revelados, cujos resultados parecem reflectir, além dos conteúdos não revelados, conteúdos infrequentes na experiência real de psicoterapia. Ora, no contexto de uma experiência real e concreta de

psicoterapia devemos considerar a hipótese destes temas não serem sequer activados no encontro terapêutico e conseqüentemente não serem revelados, mas tal não equivale a dizer que são intencionalmente ocultados. Do mesmo modo, o reduzido volume de ocultação de informação *neutra* de cariz pessoal também não deve ser encarado como indicador que os terapeutas revelam sobre estes conteúdos.

Neste conjunto de resultados, parece-nos particularmente interessante o facto da maioria dos conteúdos ocultados pelos terapeutas serem de natureza negativa e “*self involving*”. A reduzida frequência dos conteúdos de cariz neutro também nos parece interessante, pois longe de considerarmos estes resultados como indicadores de que estes conteúdos são revelados, mais parecem sugerir que a “pessoa” do terapeuta se torna “invisível” neste diálogo interno dos terapeutas e provavelmente também no diálogo terapêutico. Talvez, em relação à informação pessoal, tal como acontece com os conteúdos referentes a reacções emocionais negativas, a conjecturas clínicas, a preocupações com o trabalho terapêutico e até com as emoções positivas, os terapeutas tenham dificuldades em saber como utilizar ou considerem inapropriado usar este tipo de conteúdos nas intervenções terapêuticas.

Quando analisamos os conteúdos ocultados pelos clientes, encontramos algumas semelhanças em termos do padrão de ocultação no domínio dos *Não ditos negativos*. Designadamente, referimo-nos ao facto dos clientes parecerem também ocultar conteúdos referentes a rumações, preocupações ou dificuldades com aspectos processuais. Estes resultados são consistentes com o estudo de Hill, Thompson, Cogar e Denman (1993), em processos de longa duração, nos quais os clientes ocultavam, para além das “reacções negativas”,

reações acerca do “trabalho terapêutico”. No entanto, os nossos resultados parecem contrariar a indicação do estudo citado de que estes conteúdos surgem apenas em processos de terapia de longa duração. Pelo contrário, as reações negativas dos clientes acerca do trabalho terapêutico, parecem constituir um dos focos de ocultação dos clientes desde o momento inicial do processo terapêutico. Podemos interpretar a presença destes conteúdos como indicativos de uma postura activa e atenta dos clientes acerca do que acontece em psicoterapia, e a sua ocultação como um sinal das dificuldades sentidas em relação à partilha de conteúdos negativos, designadamente quando algo no processo ou no trabalho terapêutico não corresponde às suas expectativas ou necessidades.

Os clientes ocultam também conteúdos relacionados com reações emocionais negativas, tais como insegurança, desconforto e ansiedade, indo novamente de encontro aos resultados dos trabalhos de Hill e colaboradores (1992; 1993) e de Thompson e Hill (1991), que apontavam as “reações negativas” dos clientes como os temas mais ocultados na psicoterapia, e contrariando os resultados de Farber e Hall (1996) e de Hall e Farber (2001) que apontam o “afecto negativo” como o tema mais discutido. Esta dificuldade com a expressão de emoções negativas, pode ser compreendida pelo facto da verbalização deste tipo de conteúdos não ser uma prática reforçada socialmente, pelo que os clientes podem sentir dificuldades nesta tarefa ou necessitar de tempo e de incentivo para aprender que em psicoterapia podem proceder a estas revelações com segurança.

Ainda em relação aos clientes, mas no que concerne aos *Não ditos neutros*, registamos uma maior diversidade de conteúdos ocultados neste

domínio, comparativamente com os terapeutas. Os clientes ocultam informação acerca de acontecimentos ou histórias de vida e problemas experienciados no âmbito das relações significativas, sendo este último aspecto congruente com o estudo de Kelly (1998). No entanto, e contrariamente a um certo consenso na literatura que aponta o predomínio de ocultação pelos clientes de informação pessoal de cariz sexual (Farber & Hall, 1996; Hall & Farber, 2001; Hill et al., 1993; Kelly, 1998; Yalom, 1970; Norton, Feldman & Tafoya, 1974), estes conteúdos surgem de forma residual no nosso trabalho. Colocamos aqui a mesma advertência relativa às diferenças metodológicas entre o nosso e outros trabalhos. Por exemplo, nos trabalhos de Farber e Hall (1996) e de Hall e Farber (2001) a referência à informação de natureza sexual corresponde ao tema menos discutido em psicoterapia, pelo que não nos parece adequado transpor linearmente estes resultados para o domínio da ocultação, uma vez que esses temas podem ser menos discutidos por motivos diferentes da ocultação, tais como não haver relação directa entre as queixas dos clientes e as suas vivências sexuais, que por isso podem ser excluídas da conversação terapêutica. No entanto, no trabalho de Farber e Sohn (1997) para determinar possíveis discrepâncias entre o índice de revelação e a importância atribuída a cada tópico pelos clientes, os autores indicam a “preocupação com o desempenho sexual”, como um dos tópicos acerca do qual verificaram uma “discrepância negativa”, em que os clientes conferem muita importância a estes temas mas revelam pouco (Farber & Sohn, 1997). Assim, outra leitura possível para esta discrepância será o facto do contexto social que define o que é correcto revelar e os limites da revelação também no âmbito da psicoterapia, ter influenciado a postura dos clientes no

processo terapêutico levando-os a ocultar duplamente os conteúdos de natureza sexual no processo terapêutico e no processo de investigação.

♦ **Funções dos não ditos de terapeutas e clientes**

As funções *Reflexivas* e *Estratégicas* que identificamos para terapeutas e clientes aproximam-se do que Rennie (2001) descreve como “reflexividade”, representando um “regresso ao próprio” (p. 83), ou seja, um processo de auto-consciência, no qual concomitantemente ao distanciamento da acção ocorre um desenvolvimento da consciência acerca da última e, num processo dialéctico, a definição da acção seguinte. É precisamente este carácter de agência que diferencia os dois domínios categorizados, sendo que na função *Reflexiva* clientes e terapeutas reproduzem as reflexões elaboradas sem um sentido de agência particular no que concerne à ocultação, enquanto no domínio *Estratégico* o foco da ocultação reside na causalidade estabelecida entre a reflexão e a agência no que concerne ao impacto antecipado da revelação do não dito no próprio, no outro, no processo ou na relação.

Por sua vez, na dimensão *Reflexiva* as categorias *Terapeuta* e *Cliente*, parecem ilustrar o carácter interaccional (cf. Antaki, Barnes & Leudar, 2005) e transaccional (cf. Barnett & Sharp, 1973) da ocultação. Estas categorias evidenciam como no processo de comunicação, e no caso da prática de ocultação, todas as mensagens contêm informação referente à percepção do emissor acerca da relação entre ele e o receptor (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). Na circunstância concreta do fenómeno de ocultação dos participantes em psicoterapia, partimos do modelo de “ensaio coberto” de Hulett (1966; cf. Barnett & Sharp, 1973) para compreender como neste

fenômeno, o emissor de uma mensagem desempenha um “ensaio coberto” antes e o receptor depois da transmissão da mesma, num processo em que cada parte constrói antecipadamente as mensagens que poderiam ser produzidas e prevê a resposta ou significado que o outro associaria a cada potencial mensagem. Ilustrando o carácter dialéctico deste fenómeno, na ocultação, como em qualquer conversa, o *self* está constantemente a dirigir-se a um Outro (Salgado & Gonçalves, 2006), estando presente um terceiro elemento invisível, a audiência antecipada (Marková, 2003). Assim na decisão de ocultar terapeutas e clientes parecem evidenciar a capacidade de tomar o papel de outros, respondendo ao *self* (*me*) como o outro internalizado o faria (*I*) (Chiari & Nuzzo, 2006).

Esta hipótese tem como fundamento o princípio de que o processo de construção de significado não pode ser compreendido como propriedade de um emissor (Bakhtin, 1986/ 1999; cf. Gonçalves & Guilfoyle, 2006), sendo que, designadamente no que concerne a estas duas categorias, as audiências do processo terapêutico (terapeuta/ cliente) também são co-construtoras das justificações dos não ditos. Consequentemente, a significação não decorre somente do que é dito, mas essencialmente da relação que se estrutura enquanto algo é dito, pelo que, numa conversa, tal como em psicoterapia, não é apenas o que é dito que é importante.

Quanto às motivações que consideramos *Estratégicas*, estas evidenciam a preocupação com as questões do funcionamento do processo, do trabalho ou das tarefas terapêuticas. Igualmente, a necessidade de protecção do próprio ou do outro, constituiu outro importante motivador para a ocultação no processo terapêutico, tanto para terapeutas como para clientes.

Apesar da escassez de trabalhos específicos sobre a motivação para a ocultação dos terapeutas, podemos contrastar estes resultados com alguns dos trabalhos sobre a auto-revelação que referem como motivos para os terapeutas evitarem a auto-revelação o facto de considerarem que favoreceria a “satisfação das suas necessidades”, “retirar a atenção dos clientes”, “risco de interferir com o fluxo de material dos clientes”, “diluir as fronteiras na relação”, “sobrecarregar os clientes” ou “contaminar o processo de transferência” (Anderson & Mandell, 1989; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997; Lane, Farber & Geller, 2001; Simon, 1990). De facto, os nossos resultados parecem corroborar a ideia de que os terapeutas ocultam para não retirar a atenção dos clientes, para não interferir com o fluxo de material dos clientes ou contaminar o processo, assim como para não sobrecarregar os clientes. Estas são as motivações tipicamente encontradas no domínio das abordagens teóricas ditas “clássicas” (e.g. modelos psicodinâmicos; comportamental; liberal feminista; familiar estrutural e estratégico) que por diferentes razões subscrevem a não revelação do terapeuta (cf. Hill & Knox, 2002), assim como as objecções colocadas por algumas das abordagens “moderadas” (e.g., cognitivismo; feminismo cultural), acerca do potencial impacto negativo desta intervenção no cliente ou no processo.

No entanto, os nossos resultados quanto às motivações predominantes para a ocultação dos terapeutas sugerem que o foco de atenção dos terapeutas surge associado às atribuições ou limitações inerentes ao papel profissional do terapeuta, bem como com à percepção destes acerca das fronteiras na relação terapêutica. A este nível, estes resultados parecem congruentes com os

domínios anteriormente descritos acerca dos conteúdos ocultados pelos terapeutas, em que se destacava, para além da ocultação relacionada com as dificuldades percebidas nos clientes, as dificuldades sentidas pelos terapeutas na interacção e no trabalho terapêutico. Adicionalmente, talvez estes resultados referentes aos conteúdos e motivações para a ocultação dos terapeutas, sejam um sinal de algum sentimento de vulnerabilidade dos terapeutas, possivelmente decorrente da confusão acerca da natureza da acção terapêutica, que por sua vez, parece gerar a tendência para a ocultação (Bridges, 2001; Guy, Poelstra & Stark, 1989). Do mesmo modo, estes resultados sugerem que a preocupação dos terapeutas com a competência/incompetência constitui uma parte importante da sua experiência, inclusive durante o encontro terapêutico. Como denota o trabalho de Orlinsky e colaboradores (Orlinsky, Hansruedi, Botermans, Davis, Ronnestad & Willutzki, 1999) sobre a relação entre o nível de experiência e a insegurança acerca da competência dos terapeutas, a preocupação com a competência parece ser uma experiência comum e frequente para muitos terapeutas. Adicionalmente, ainda que esta preocupação diminua ao longo dos anos de experiência, o trabalho citado sugere que uma importante percentagem de terapeutas continua a questionar-se acerca da sua competência/incompetência profissional para além dos primeiros anos de experiência. Neste âmbito, e atendendo a que média de anos de experiência profissional do nosso grupo de terapeutas era de 4,9 anos, consideramos que este facto pode ter para o aumento destes conteúdos nos não ditos dos terapeutas. Neste sentido, seria importante realizar novos trabalhos com grupos de terapeutas com diferentes níveis de experiência para esclarecer melhor este aspecto.

Analogamente, os terapeutas ocultam com intuito de se protegerem, tanto de estados emocionais desconfortáveis que poderiam ser activados pelas auto-revelações intencionais, como ao nível da imagem profissional. A ocultação parece permitir ao terapeuta preservar o estatuto e distância na relação terapêutica (Brown, 1994; Mahalik et al., 2000), evitando a experiência de afecto intenso ou de conversas profundas sobre a relação, o processo, o cliente ou o próprio. Estes resultados sugerem que a ocultação possibilita ao terapeuta manter um estado emocional de conforto, enquanto a auto-revelação poderia criar um sentimento de exposição e vulnerabilidade, pelo facto de ser impossível à partida e com certeza determinar como o significado da revelação pode afectar a relação ou o cliente. Igualmente, permite salvaguardar a imagem profissional, dado que a ocultação, ao contrário da auto-revelação de opiniões e sentimentos, protege o terapeuta do escrutínio dos clientes (Bridges, 2001).

Em relação à motivação para a ocultação dos clientes, quando contrastamos os nossos resultados com os da literatura teórica e empírica que apontam a vergonha e a insegurança como os principais motivos subjacentes à ocultação dos clientes (Farber, 2006; Hill, Thompson, Cogar & Dennan, 1993; Kelly, 1998), ainda que estas motivações também estejam representadas nos nossos resultados, estes sugerem outros aspectos que parecem desempenhar um papel de maior relevo na justificação da ocultação dos clientes, como sejam a ocultação associada à reflexão acerca das dificuldades ou à protecção do próprio e do terapeuta.

Neste último caso, os clientes parecem ocultar informação porque necessitam de privacidade e de um certo sentido de controlo sobre o que acontece em terapia ou porque não estão preparados para trabalhar um aspecto particular, tal como também é referido por Prochaska, Norcross e DiClemente (1994). Este tipo de ocultação pode ainda representar um bom funcionamento dos clientes, sugerindo que estes detêm consciência daquilo que conseguem trabalhar em terapia em termos de auto-revelação e do modo como avaliam o que os terapeutas lhes podem dar. Do mesmo modo, podemos colocar como hipótese, que quando os clientes não possuem esta capacidade avaliativa podem tornar-se vulneráveis com revelações inadequadas (e.g., excessivas, demasiado cedo no processo), sendo estas indicadoras de possíveis dificuldades em manter as fronteiras interpessoais e na regulação de comportamentos e afectos.

Igualmente, a preocupação dos clientes com os papéis em psicoterapia, tanto do próprio como do terapeuta, parecem determinar o recurso à ocultação. Assim parece óbvio que os clientes escolhem ocultar diferentes conteúdos, as justificações apontadas por estes sugerem que o diferencial de papéis na relação terapêutica constitui um obstáculo para a auto-revelação (Rennie, 2001). Estes motivos subjacentes à ocultação parecem corroborar a teoria da “deferência” dos clientes (Rennie, 1994), sugerindo que estes recorrem à ocultação para não desafiar o estatuto do terapeuta, e por considerarem que iria contra as definições do próprio papel no processo terapêutico.

Para compreender esta posição dos clientes, importa recordar que, tal como refere Guilfoyle (2005), a psicoterapia foi institucionalizada como uma

prática cultural legítima, inserida numa rede de práticas institucionalizadas, em que os discursos produzidos ditam diversos aspectos referentes à natureza do processo e da relação terapêutica. Estas construções, tendo como principal vantagem a facilidade com que os participantes no processo terapêutico adoptam as posições de terapeuta e cliente, também apresentam desvantagens. Designadamente, colocam restrições que moldam o comportamento dos participantes, especificando os comportamentos aceitáveis e inaceitáveis de cada parte em relação ao outro, e em relação a múltiplos aspectos do processo terapêutico, inclusive acerca da auto-revelação. Assim, será possível que, mesmo quando os terapeutas cultivam um estilo relacional pautado pelo respeito e pela igualdade, procurando recusar o estatuto de especialista, tal não impede que o cliente, socializado nestes discursos, o coloque nesse papel (Guilfoyle, 2003).

C. RESULTADO DA CONTRASTAÇÃO DE GRUPOS NO ESTUDO ACERCA DOS NÃO DITOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

Na sequência do trabalho de análise qualitativa sobre a experiência de ocultação em psicoterapia, decidimos proceder a algumas análises exploratórias dos resultados obtidos para investigar os seguintes objectivos e questões de estudo: (i) Existem diferenças entre terapeutas e clientes em termos da ocorrência, conteúdo ou função dos não ditos? (ii) Existem diferenças nos não ditos entre casos de sucesso e insucesso terapêutico?

Dados os constrangimentos óbvios decorrentes da dimensão dos grupos de participantes, o nosso intuito neste trabalho é claramente exploratório, recorrendo a um conjunto de análises simples, que todavia nos possibilitam uma forma diferente e legítima de olharmos para os nossos dados (Riessman, 1994), designadamente em relação aos perfis de ocultação de terapeutas e clientes, bem como da relação entre este fenómeno e os resultados do processo terapêutico.

Atendendo ao conjunto de resultados considerados de maior relevância, apresentamos em primeiro lugar os resultados referentes às principais diferenças entre terapeutas e clientes, seguidamente procedemos à mesma leitura em relação aos grupos de terapeutas e clientes dos grupos Cmc e Smc. Neste âmbito, seleccionamos para apresentação duas ilustrações do desenvolvimento dos não ditos no decurso da psicoterapia em duas díades terapêuticas (Cmc *vs.* Smc), atendendo aos três domínios de experiência analisados neste estudo: não ditos ocultados no processo terapêutico; não

ditos revelados, percepção de não ditos no outro elemento da díade terapêutica.

1. RESULTADOS DOS NÃO DITOS EM PSICOTERAPIA - CONTRASTAÇÃO DOS GRUPOS DE TERAPEUTAS E CLIENTES

1.1. Diferenças na experiência de ocultação entre clientes e terapeutas: análise comparativa da ocorrência e frequência dos não ditos

No que concerne à experiência de não ditos, no grupo dos terapeutas a totalidade dos participantes ($n = 11$) reconheceram que em algum momento do processo terapêutico recorreram intencionalmente à ocultação, tal como 9 ($n = 11$) dos clientes participantes no estudo. Estes valores ilustram primeiramente a premência destes acontecimentos em psicoterapia, e em segundo lugar, de acordo com o teste de *Fisher*, que avalia a independência das respostas, a inexistência de diferenças significativas na experiência de ocultação de clientes e terapeutas ($\chi^2 = 2,2$; $p = 0,238$), dado que em ambos os grupos um número elevado de participantes relata a ocorrência de ocultação durante os encontros terapêuticos. Olhando para estes dados em termos da frequência de não ditos, recorrendo ao teste não paramétrico de *Wilcoxon*, concluímos que o número de não ditos identificados por cada grupo de participantes é diferente, sendo superior nos terapeutas ($z = 2,09$; $p = 0,037$), com um total de 94 não ditos em relação aos 35 não ditos identificados pelos clientes.

Relativamente à revelação de conteúdos anteriormente ocultados na sessão ou no processo terapêutico, quando contrastámos a ocorrência deste tipo de acontecimento entre os participantes, tal como em relação aos não ditos, percebemos que este fenómeno faz parte da experiência da maioria dos participantes, não existindo diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 0$; $df = 1$; $p = 1$) dado que em ambos os grupos 7 dos participantes relataram este tipo de experiência no decurso do processo terapêutico. Relativamente ao número de não ditos revelados, os clientes referem revelarem mais conteúdos que os terapeutas (clientes = 13; terapeutas = 10). No entanto não podemos considerar esta diferença estatisticamente significativa ($\mu = 56,5$; $p = 0,782$).

No que concerne à percepção de não ditos por parte do outro elemento da diade terapêutica, verificámos uma diferença significativa em termos da ocorrência deste tipo de experiência, dado que 8 terapeutas consideraram a ocorrência de não ditos dos clientes no decurso da sessão terapêutica, enquanto no grupo dos clientes apenas 3 referiram este tipo de acontecimento ($\chi^2 = 4,545$; $df = 1$; $p = 0,043$). No que concerne ao número de não ditos percebidos, os terapeutas perceberam mais não ditos (13) que os clientes (6), no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($\mu = 37,5$; $p = 0,107$).

1.2. Análise dos conteúdos ocultados por terapeutas e clientes

Como referimos anteriormente, no que concerne aos conteúdos dos não ditos de terapeutas e clientes, ambos ocultam *Não ditos negativos*, *Não ditos*

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

positivos e Não ditos neutros, denotando-se um claro predomínio da ocultação de conteúdos caracterizados como *Não ditos negativos* (cf. Gráficos 8 e 9).

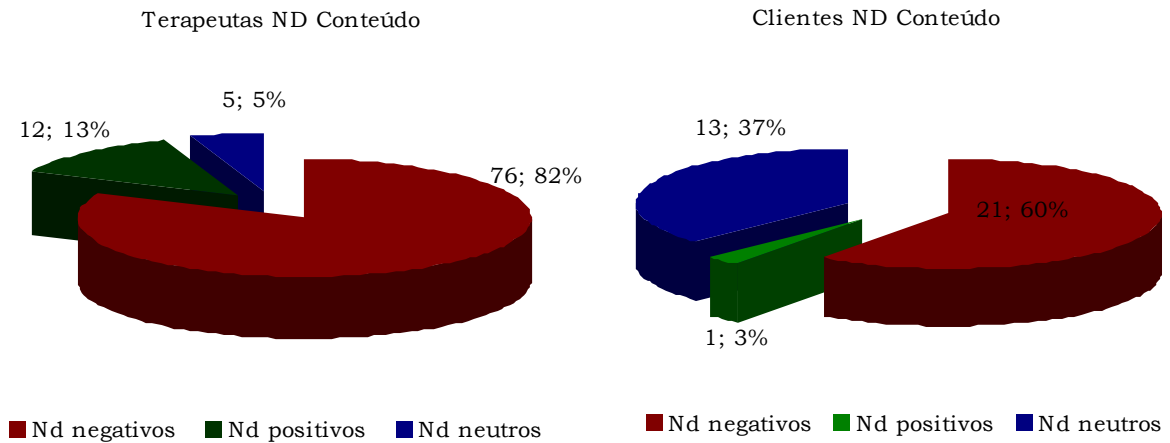


Gráfico 8: Dimensões dos conteúdos dos não ditos de terapeutas.

Gráfico 9: Dimensões dos conteúdos dos não ditos dos clientes.

Em relação às categorias centrais dos conteúdos ocultados pelos terapeutas, no domínio dos *Não ditos negativos*, destacamos a ocultação de conteúdos relativos à categoria *Apreciação negativa face ao outro, à relação ou ao processo*, à categoria *Reacção emocional negativa face ao outro, à relação ou ao processo*, e ainda à categoria *Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades face ao outro, à relação ou ao processo* (Gráfico 10). Os conteúdos de natureza positiva, com as categorias *Reacção emocional positiva face ao outro, à relação ou ao processo* e *Apreciação positiva face ao outro, à relação ou ao processo*, representam um papel menor na ocultação dos terapeutas. Igualmente infrequentes são os não ditos de cariz *Neutro*, referentes à *Informação pessoal* (Gráfico 10).

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

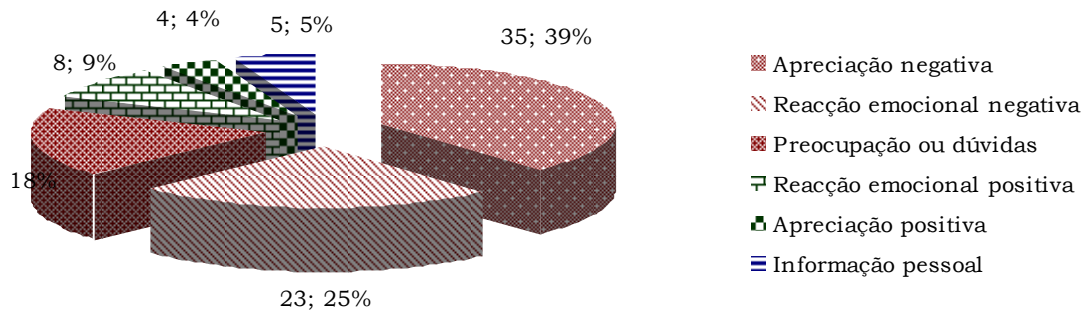


Gráfico 10: Categorias dos conteúdos dos não ditos dos terapeutas.

Relativamente aos conteúdos ocultados pelos clientes no âmbito dos encontros terapêuticos, denotando-se igual frequência dos *Não ditos negativos*, com destaque para a ocultação de conteúdos referentes a *Preocupações, dúvidas e/ou dificuldades face ao outro, à relação ou ao processo* e à *Appreciação negativa face ao outro, à relação ou ao processo*, neste grupo assume igual destaque a ocultação de conteúdos *Neutros*, que se referem à ocultação de *Informação pessoal* (Gráfico 11).

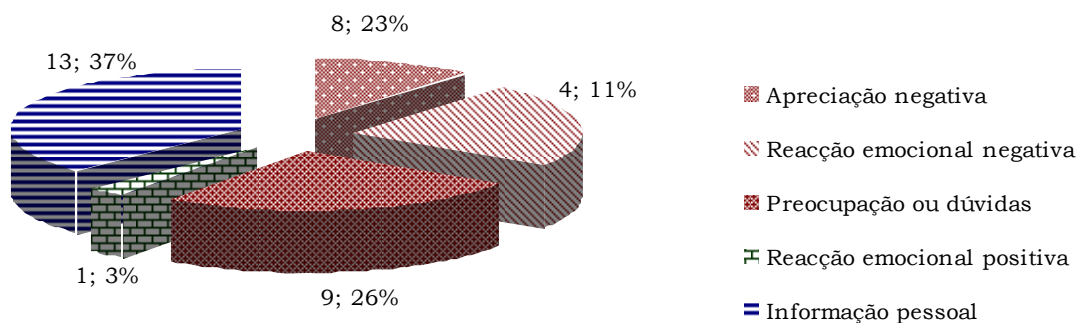


Gráfico 11: Categorias dos conteúdos dos não ditos dos clientes.

Quando procedemos à comparação estatística dos conteúdos ocultados entre os grupos, clientes e terapeutas, através do teste de *Wilcoxon* (Quadro

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

12), verificámos que tanto no domínio *Não ditos negativos* como no domínio *Não ditos positivos* se encontram diferenças entre os grupos, sugerindo maior ocultação destes conteúdos por parte dos terapeutas em relação aos clientes, tal como acontece em relação à subcategoria *Apreciação negativa*.

Quadro 15: Comparação das diferenças entre o conteúdo dos não ditos de terapeutas e clientes.

Domínios do conteúdo dos não ditos	Terapeutas			Clientes			z	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Não ditos negativos	7,09	0	17	1,73	0	11	1,97	0,05
Reacção emocional negativa	2,09	0	7	0,55	0	3	1,67	0,094
Preocupação ou dúvidas	1,64	0	5	0,36	0	1	1,77	0,076
Apreciação negativa	3,27	0	12	0,82	0	7	1,99	0,046
Não ditos positivos	0,91	0	3	0,9	0	1	2,26	0,024
Reacção emocional positiva	0,64	0	2	-	0	1	1,86	0,063
Não ditos neutros	0,45	0	3	1,18	0	4	1,12	2,62
Informação pessoal/factual	0,55	0	3	1,18	0	4	1,12	0,261

1.3. Análise da função dos não ditos ocultados por terapeutas e clientes

Na análise dos fundamentos para os terapeutas recorrerem à ocultação durante o encontro terapêutico, ou seja, à **função dos não ditos**, parece não haver diferenças entre a frequência de não ditos do domínio *Estratégico* e do domínio *Reflexivo*. Ainda, decompondo esta análise, os terapeutas ocultam em primeiro lugar devido a aspectos relacionados com o *Terapeuta*, seguido do

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Processo e Protecção, e só em último lugar por motivos relacionados com o *Cliente* (Gráfico 12).

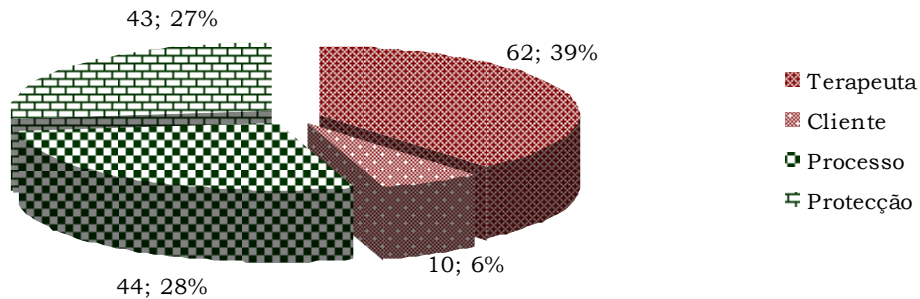


Gráfico 12: Categorias da função dos não ditos dos terapeutas.

Procedendo a idêntica leitura dos dados dos clientes, também neste caso os domínios *Estratégico* e *Reflexivo* evidenciam valores próximos. Na análise das categorias centrais dos não ditos dos clientes, temos como fundamentos para a ocultação a *Protecção*, seguido de aspectos relacionados com o *Cliente*, e só por último devido a aspectos do *Processo* e do *Terapeuta* (Gráfico 13).

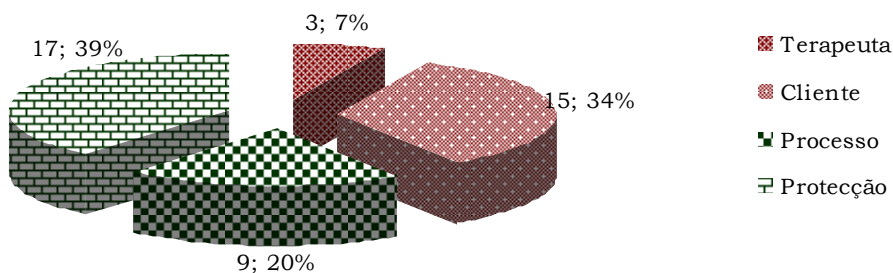


Gráfico 13: Categorias da função dos não ditos dos clientes.

Quando procedemos à comparação destes domínios e categorias entre terapeutas e clientes, aplicando o teste não paramétrico de *Wilcoxon* (Quadro

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

13), a primeira diferença surge desde logo em termos do domínio *Reflexivo*, indiciando que os terapeutas ocultam mais não ditos baseados nesta motivação que os clientes, enquanto no domínio *Estratégico* não se denotam quaisquer diferenças. Por sua vez, na análise das categorias do domínio *Reflexivo* denotámos a inexistência de diferenças significativas na categoria *Cliente* contrariamente à categoria *Terapeuta*, significativamente mais saliente no grupo dos terapeutas. No domínio *Estratégico*, não obstante a maior frequência de não ditos por parte dos terapeutas em ambas as categorias, a diferença referente à categoria *Protecção* não é significativa. Já no que concerne à categoria *Processo* os resultados sugerem uma maior ocultação dos terapeutas fundamentada nesta categoria.

Quadro 16: Comparação das diferenças entre a função dos não ditos de terapeutas e clientes.

Domínios/ categorias da função dos não ditos	Terapeutas			Clientes			z	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Reflexivo	6,55	0	19	1,82	0	7	2,15	0,032
Estratégico	7,09	0	24	2,18	0	8	1,82	0,066
Cliente	0,91	0	5	1,55	0	6	0,78	0,437
Terapeuta	5,64	0	19	0,27	0	1	2,81	0,005
Processo	4	0	13	0,45	0	2	2,20	0,028
Protecção	3,91	0	14	1,73	0	7	1,40	0,16

Síntese

Ao contrastarmos a experiência de ocultação de clientes e terapeutas no âmbito do processo terapêutico, as análises realizadas permitem-nos retirar

um conjunto de ilações acerca da ocorrência, frequência, conteúdo e função e não ditos que passámos a sintetizar.

Assim, quando comparamos a ocorrência e frequência de ocultação entre os grupos de terapeutas e clientes, denotamos que a ocultação é um fenómeno comum em psicoterapia visto que a quase totalidade de participantes, terapeutas e clientes, relata a experiência deste fenómeno. No entanto ao contrastar o número de não ditos ocultados verificámos que a frequência de ocultação é superior nos terapeutas. Do mesmo modo a percepção de não ditos por parte do outro elemento da díade terapêutica parece mais típica da experiência dos terapeutas.

Quando comparámos os perfis dos dois grupos de participantes apurámos que os terapeutas ocultam significativamente mais que os clientes conteúdos associados aos domínios *Não ditos positivos* e *Não ditos negativos*, e no âmbito dos últimos na categoria *Apreciação negativa*. Quando procedemos à mesma comparação, mas relativa à função dos não ditos, sendo que ambos os grupos de participantes ocultam mais não ditos com motivações designadas *Estratégicas*, as motivações *Reflexivas* parecem mais típicas da experiência de ocultação dos terapeutas que dos clientes. No que concerne às categorias, registámos o mesmo em relação à categoria *Terapeuta* e *Processo*, manifestamente superiores na ocultação por parte dos terapeutas.

2. RESULTADOS DOS NÃO DITOS EM PSICOTERAPIA – EVOLUÇÃO DE DOIS PROCESSOS TERAPÊUTICOS

Como referimos anteriormente procedemos à diferenciação dos participantes no nosso estudo em função dos ganhos terapêuticos. De acordo com a implementação destes critérios integram o grupo Cmc os processos 5E, 7G e 10J e o grupo Smc os processos A1, C3, 8H, 9I e 14N (as letras designam os clientes, os números os terapeutas).

Nesta parte dos resultados, passamos a apresentar o desenvolvimento dos não ditos no âmbito de dois dos processos terapêuticos analisados neste estudo, descrevendo os dados relativos a terapeutas e clientes, detalhando quer os conteúdos, quer a função dos não ditos. Adicionalmente, particularizamos alguns dados acerca dos não ditos revelados e dos não ditos percebidos pelo outro elemento da díade.

A escolha destas duas díades teve como critério o facto de considerarmos tratar-se daquelas cujos perfis de ocultação apresentam mais discrepâncias entre si, permitindo-nos consequentemente explorar algumas dimensões que pensamos serem de relevo para o estudo do fenómeno de ocultação de terapeutas e clientes no processo terapêutico. Assim, apresentamos quatro perfis distintos quanto à evolução dos não ditos no processo terapêutico (díade Smc/ díade Cmc), com o intuito de relacionar estes perfis ideográficos de evolução dos não ditos com o resultado terapêutico. No entanto, importa salvaguardar que estes não são os únicos perfis nos nossos dados, sendo nosso propósito com este ponto fazer um

esforço no sentido de explorar novas metodologias de análise passíveis de serem adoptadas em trabalhos futuros sobre este fenómeno, que na nossa opinião permitiriam desenvolver uma visão mais clara e “*in loco*” deste fenómeno no âmbito do encontro terapêutico.

Depois da apresentação dos dados, elaborámos uma síntese destacando as principais semelhanças e discrepâncias entre os casos, procurando relacioná-las com o resultado no processo terapêutico, sendo que não pretendemos nunca estabelecer uma relação de causalidade entre os fenómenos, encarando a ocultação como um artifício que nos pode informar acerca do que se está a passar no processo terapêutico.

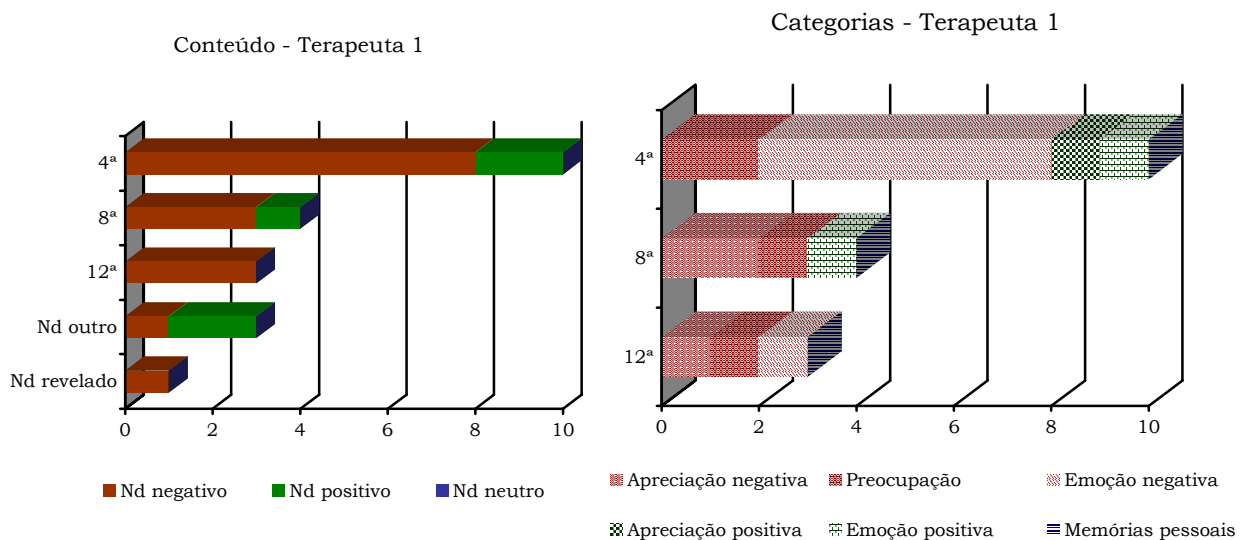
2.1. O exemplo do Terapeuta 1 e do Cliente A (Smc)

Assim, no caso do terapeuta 1, como podemos observar nos gráficos que se seguem (Gráficos 14 e 15), denota-se desde logo a redução dos não ditos ao longo dos momentos do processo terapêutico. Adicionalmente, como evidencia o gráfico 8, a maioria dos não ditos ocultados têm um conteúdo *Negativo*, sendo que na 4^a sessão estes conteúdos referem-se primeiramente a *Reacções emocionais negativas* activadas durante a conversa terapêutica (e.g., insegurança e desconforto), bem como a *Preocupações e dúvidas acerca do trabalho terapêutico* (Gráfico 15). Na 8^a sessão mantém-se a ocultação de conteúdos *Negativos* (*Apreciação negativa do cliente e Preocupação com o trabalho terapêutico*), tal como na 12^a sessão (*Apreciação negativa do cliente*). Ainda neste caso verificamos a ocultação de conteúdos *Positivos* tanto na 4^a

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

como na 8ª sessão (*Reacção emocional positiva do terapeuta e Apreciação positiva do cliente*).

Relativamente aos não ditos revelados neste processo o terapeuta apenas identifica na 12ª a revelação de um conteúdo anteriormente ocultado, tendo esta revelação um conteúdo *Negativo* (*Preocupação com o processo terapêutico*) (Gráfico 15). Por último, acerca da percepção de não ditos ocultados pelo cliente, na 4ª sessão o terapeuta aventa a possibilidade de o cliente ocultar *Reacções emocionais positivas* e na 8ª sessão de *Preocupações e dúvidas do cliente quanto ao processo terapêutico* (Gráfico 15).

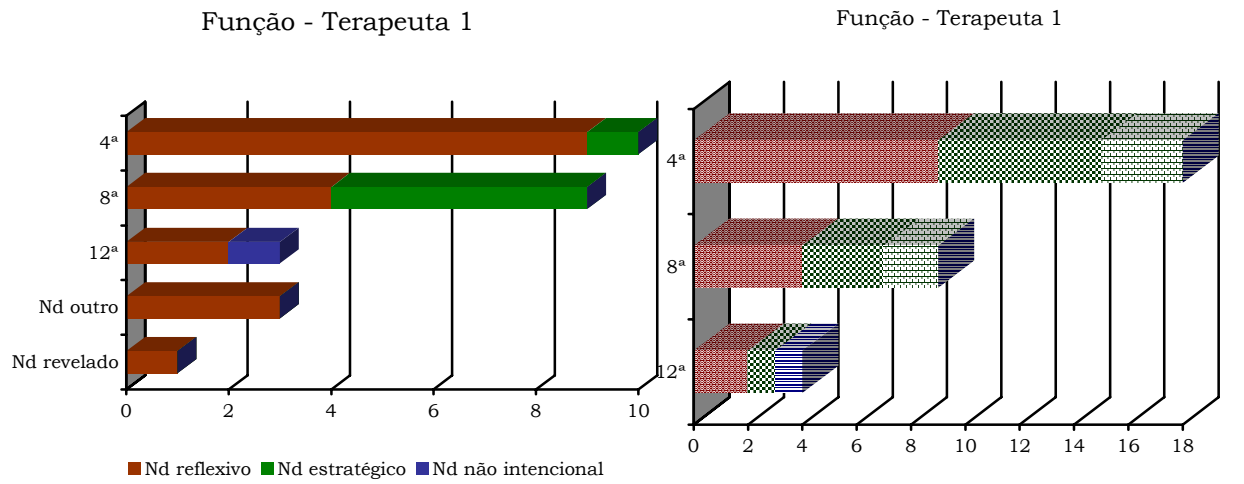


Gráficos 14 e 15: Terapeuta 1 – Conteúdo dos não ditos no processo terapêutico.

Quanto à função atribuída pelo terapeuta 1 para a ocultação, na 4ª sessão é evidente o foco do terapeuta na função *Reflexiva* (Gráfico 16), designadamente na categoria *Terapeuta* (Gráfico 17), congruente com os conteúdos dos não ditos. No domínio *Estratégico* encontramos justificações

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

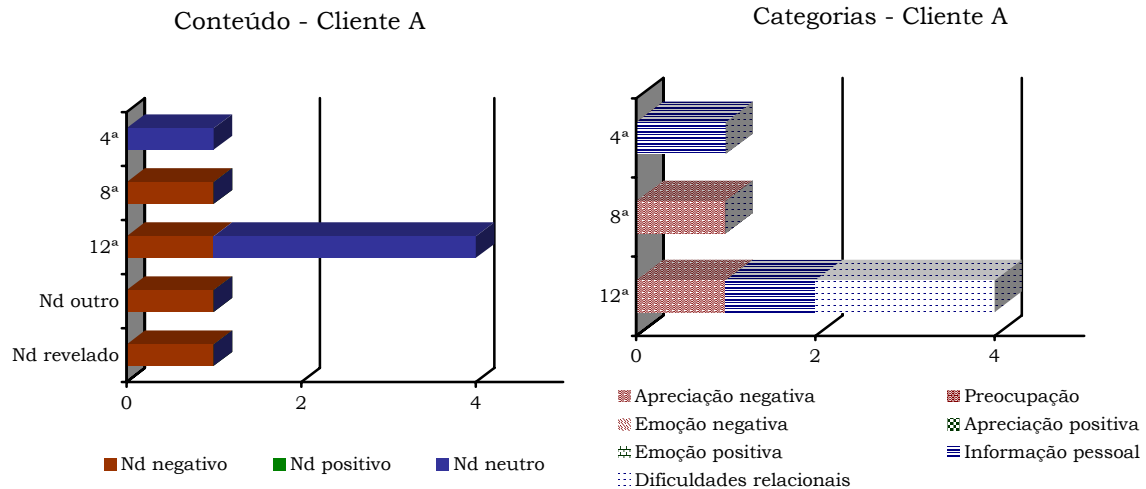
centradas tanto em aspectos do *Processo* como na *Protecção*, sendo de um modo geral este o perfil da função da ocultação neste caso ao longo dos momentos do processo terapêutico.



Gráficos 16 e 17: Terapeuta 1 – Função dos não ditos no processo terapêutico.

No mesmo processo, mas atendendo à experiência do cliente, temos uma relação inversa em relação à frequência de não ditos, que aumentam ao longo do processo terapêutico (cf. Gráfico 18), variando em termos de conteúdo, em *Não ditos negativos (Apreciação negativa)* e *Não ditos neutros (Informação pessoal; Dificuldades relacionais)* (cf. Gráfico 19). Quanto à revelação de não ditos, verificamos na 4ª sessão a revelação de *Reacções emocionais negativas*, e na 8ª sessão, e em relação à percepção do cliente A de possíveis não ditos do terapeuta 1, temos a percepção que o terapeuta poderá ocultar não ditos relativos à *Reacção emocional negativa do terapeuta*.

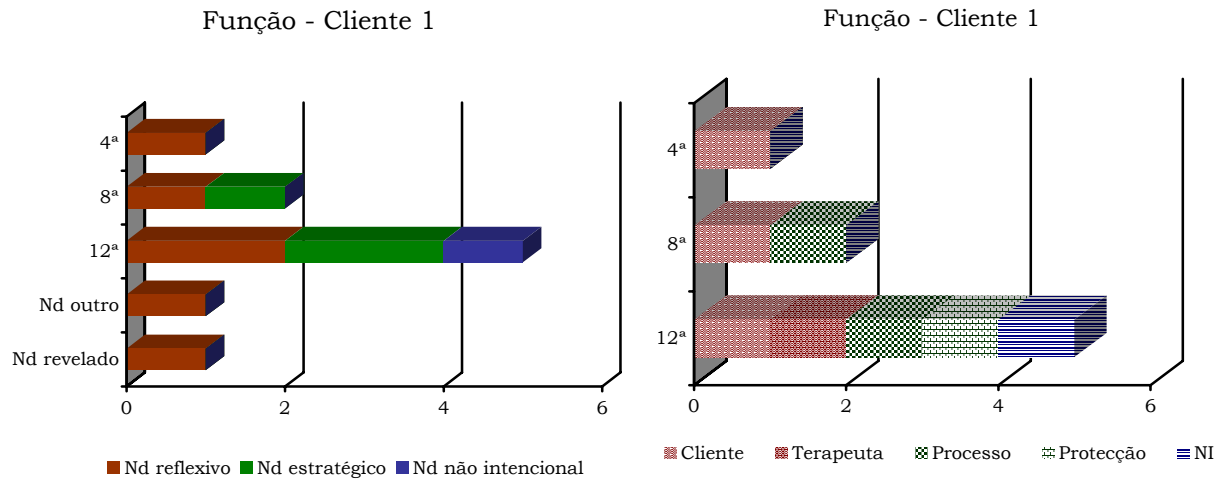
AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO



Gráficos 18 e 19: Cliente A – Conteúdo dos não ditos no processo terapêutico.

Ainda em relação ao cliente A, quanto à função dos não ditos estes assentam igualmente nas funções *Reflexiva* e *Estratégica* (Gráfico 20). No caso da primeira, ao longo do processo, a ocultação é justificada com factores do *Cliente* (e.g., experiência emocional, papel do cliente) e na 12ª sessão com factores do *Terapeuta* (e.g., papel do terapeuta), como se pode constatar mediante a leitura do gráfico 21. Nos não ditos de carácter *Estratégico* temos nas 8ª e 12ª sessões a justificação com motivos do *Processo* (e.g., experiência/expectativa de mudança – pólo negativo), e, na 12ª sessão, com a *Protecção* (e.g. auto-protecção).

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

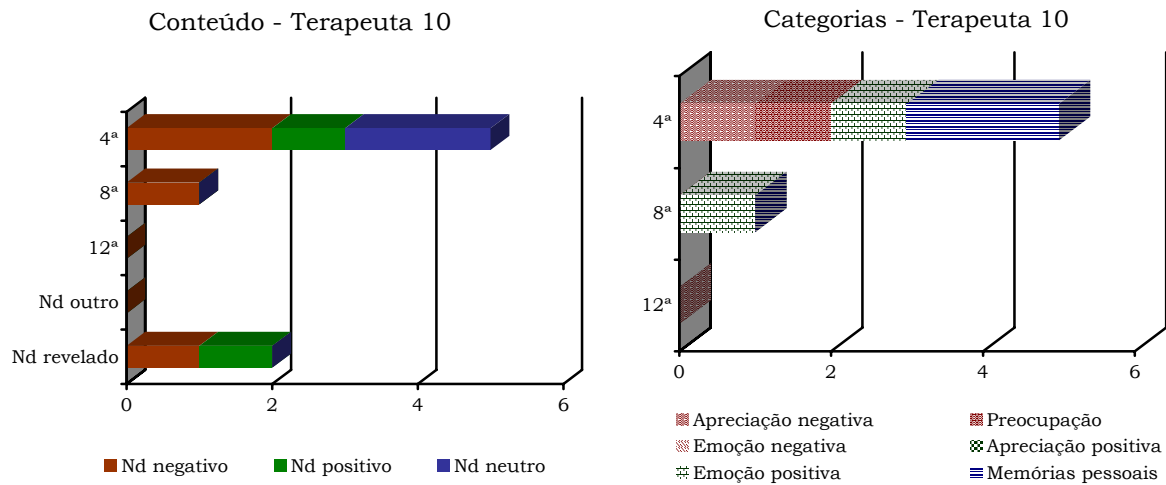


Gráficos 20 e 21: Cliente A – Função dos não ditos no processo terapêutico.

2.2. O caso do Terapeuta 10 e do Cliente J (Cmc)

No caso do terapeuta 10, como podemos constatar pela observação do gráfico 22, o número de não ditos diminui ao longo do processo terapêutico. Em termos dos conteúdos dos não ditos, são ocultados na 4ª sessão *Não ditos negativos* (*Apreciação negativa; Preocupação com processos*), *Positivos* (*Reacção emocional positiva*) e *Neutros* (*Memórias pessoais*). Na 8ª sessão apenas se regista a ocultação de *Não ditos negativos* (*Reacção emocional negativa*) (ver Gráfico 23). Neste caso não houve indicação do terapeuta de possíveis não ditos por parte do cliente, havendo no entanto lugar à revelação de não ditos previamente ocultados nas 8ª e 12ª sessões (*Apreciação positiva; Apreciação negativa*, respectivamente).

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO



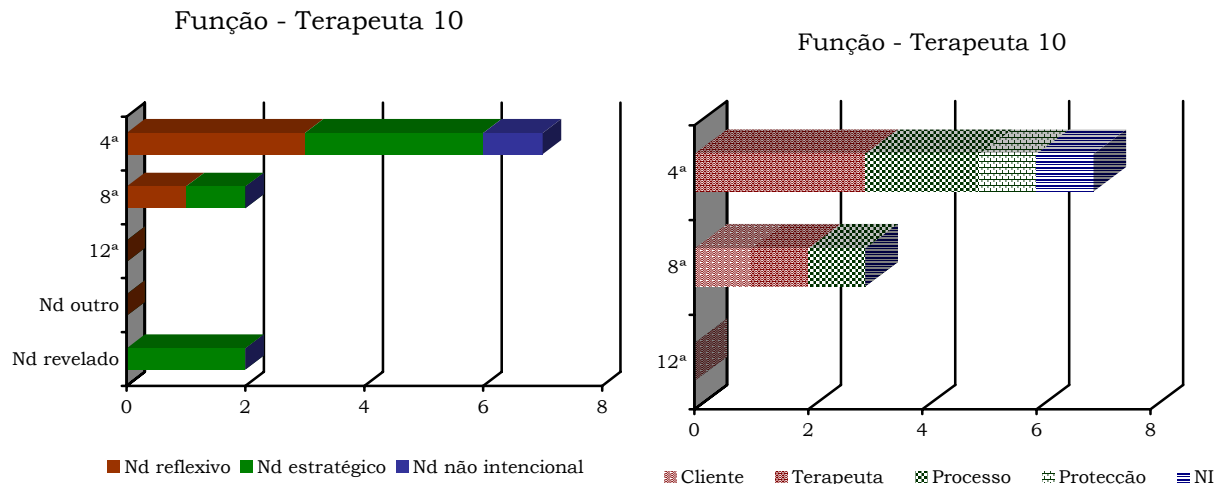
Gráficos 22 e 23: Terapeuta 10 – Conteúdo dos não ditos no processo terapêutico.

Relativamente às justificações apontadas para estes não ditos, o terapeuta 10 aponta motivações relacionadas com os domínios *Reflexivo* e *Estratégico* (cf. Gráfico 24). Neste caso entre as motivações *Reflexivas* temos, na 4ª sessão, aspectos relacionados com o *Terapeuta* (e.g., experiência emocional do terapeuta; papel do terapeuta; dificuldades no âmbito do trabalho terapêutico). Na 8ª sessão, mantendo-se o foco em alguns dos aspectos do *Terapeuta* (e.g., experiência emocional do terapeuta), são também apontados aspectos relativos ao *Cliente* (e.g., padrão de dificuldades do cliente). Em termos dos não ditos *Estratégicos*, temos na 4ª sessão além de aspectos *Processuais* (e.g., oportunidade processual), vários aspectos referentes à *Protecção*, neste caso especificamente em relação à protecção do cliente (Gráfico 25).

Quanto à motivação para a auto-revelação, esta é exclusivamente *Estratégica* (cf. Gráfico 24), sendo que apesar da diferença em termos de

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

conteúdo, a motivação é comum a ambos os episódios, estando relacionada com aspectos do *Processo* (e.g., oportunidade processual; expectativa de mudança – pólo positivo).

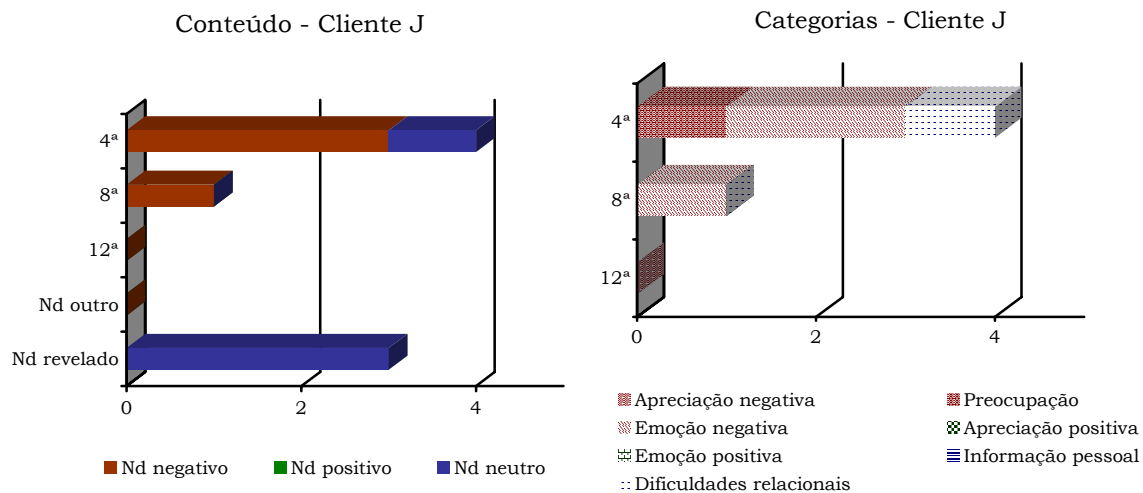


Gráficos 24 e 25: Terapeuta 10 – Função dos não ditos no processo terapêutico.

Quanto ao perfil de ocultação do cliente J, como se pode observar no gráfico 26, este acompanha a mesma tendência de diminuição ao longo do processo do terapeuta, contrastando com o perfil do cliente 1. Em termos dos conteúdos ocultados, denota-se a ausência de *Não ditos positivos*, sendo que este cliente oculta maioritariamente conteúdos *Negativos*, bem como alguns conteúdos *Neutros*, pertencendo todos os não ditos revelados a este último domínio de conteúdos. Assim, detalhando um pouco mais os conteúdos ocultados, na 4ª sessão o cliente oculta conteúdos *Neutros* relativos a *Dificuldades relacionais*, e conteúdos *Negativos* referentes a *Reacções emocionais negativas* e *Preocupação com o processo* (Gráfico 27) Nesta mesma

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

sessão alguns dos conteúdos ocultados referentes às *Dificuldades relacionais*, nesta sessão e em sessões prévias, são revelados, tal como volta a acontecer na 12^a sessão. Na 8^a sessão o não dito ocultado, também de cariz *Negativo*, prende-se com a *Reacção emocional negativa* do cliente.

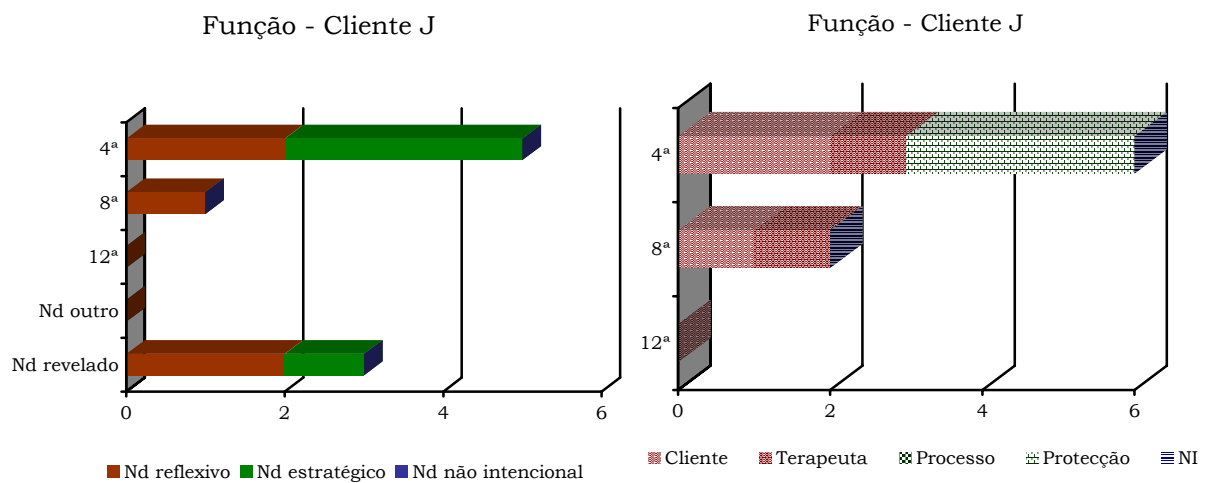


Gráficos 26 e 27: Cliente J – Conteúdo dos não ditos no processo terapêutico.

Em termos da função dos não ditos ocultados encontramos não ditos *Reflexivos* e *Estratégicos*. Como ilustramos no gráfico 28, na 4^a sessão entre os não ditos *Reflexivos* temos factores relativos ao *Terapeuta* (e.g., papel do terapeuta) e ao *Cliente* (e.g., padrão de dificuldades). No domínio *Estratégico*, destacamos o papel da *Protecção*, predominantemente referente ao cliente, havendo também algum cuidado com o terapeuta. Na 8^a sessão, este cuidado com a *Protecção* desaparece e mantêm-se os aspectos relativos ao *Cliente* (e.g., experiência emocional do cliente) e ao *Terapeuta* (e.g., papel do terapeuta) (Gráfico 29)

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em termos das motivações subjacentes à auto-revelação na 4ª sessão, estas assumem uma função *Reflexiva* relacionada com factores do *Terapeuta* (e.g., natureza do trabalho terapêutico) e do *Cliente* (e.g., experiência emocional do cliente) e, na 12ª sessão, uma motivação *Estratégica*, referente a aspectos do *Processo*, designadamente à experiência/ expectativa de mudança (pólo positivo).



Gráficos 28 e 29: Cliente J – Função dos não ditos no processo terapêutico.

Síntese e contrastação dos casos A1 e J10

No caso de ambos os exemplos apresentados, as primeiras discrepâncias que registamos prendem-se com a frequência dos não ditos e com o perfil de evolução destes ao longo dos momentos do processo terapêutico. Assim destaca-se a maior frequência de não ditos no caso do terapeuta 1, comparativamente ao terapeuta 10. Em relação ao primeiro, ainda que diminuindo ao longo do processo terapêutico, são relatados não

ditos nos três momentos do processo terapêutico, enquanto que no segundo os não ditos diminuem na 8ª sessão e desaparecem na 12ª sessão.

Focando-nos no conteúdo dos não ditos, no terapeuta 1, para além da ocultação dos mesmos conteúdos negativos ao longo do processo terapêutico (e.g., emoções negativas, apreciação negativa do cliente, preocupações e dúvidas acerca do processo e trabalho terapêutico), temos também a ocultação de não ditos positivos no decurso da 4ª e da 8ª sessões. No terapeuta 10, temos na 4ª sessão a ocultação de não ditos negativos (e.g., apreciação negativa, preocupação com processo) e de não ditos com conteúdos positivos e neutros. Quanto à função dos não ditos, o terapeuta 1 aponta predominantemente e ao longo do processo motivações relacionadas com o domínio *Reflexivo*, designadamente com a categoria *Terapeuta*. Em menor medida aponta motivações consideradas *Estratégicas* relativas às categorias *Processo* e *Protecção*. No terapeuta 10 encontramos maior diversidade de motivações, sendo no domínio *Reflexivo* também apontadas motivações relacionadas com a categoria *Cliente*. No domínio *Estratégico* e em relação à *Protecção*, esta aplica-se exclusivamente ao cliente.

Também em relação aos clientes encontramos perfis distintos entre os casos Cmc e Smc, designadamente em relação ao perfil temporal, pois enquanto no cliente J os não ditos diminuem ao longo do processo, no cliente A encontramos uma tendência inversa. Ainda em relação aos clientes, mas acerca da função dos não ditos, estes apontam motivos relacionados com as quatro categorias centrais da função dos não ditos, sendo que no cliente J os motivos referentes à *Protecção* apenas ocorrem na fase inicial do processo terapêutico. Quanto à revelação de não ditos por parte dos clientes, temos a

auto-revelação sobre mais temas no cliente J. No que se refere à revelação por parte dos terapeutas, também parece mais comum no terapeuta 10, com a revelação de conteúdos negativos e positivos, tendo como motivação aspectos do *Processo*, enquanto no terapeuta 1 temos a revelação de conteúdos negativos no último momento, tendo como fundamento a categoria *Terapeuta*.

Por último, quanto à percepção de não ditos no outro, estes são inexistentes na díade J10. Na díade A1 tanto terapeuta como cliente apontam possíveis não ditos no outro, sendo que, em relação aos não ditos percebidos pelo cliente, pode dizer-se que há pelo menos um momento de “sintonia”, isto é, o cliente identifica correctamente a ocorrência e o conteúdo, no caso negativo, de um dos não ditos apresentados como ocultado pelo terapeuta.

Sem estabelecer qualquer relação de causalidade, a partir da síntese destes dados procurámos investigar perfis distintos de ocultação e auto-revelação que nos ajudassem a compreender as diferenças em termos dos resultados do processo terapêutico. Assim, na díade Smc os não ditos ainda que diminuindo em termos de número, permanecem ao longo do processo, tendo como conteúdos predominantes os mesmos conteúdos negativos e positivos e como motivação subjacente aspectos relativos ao terapeuta, e em menor grau ao processo e à protecção. Nesta mesma díade, os não ditos do cliente aumentam ao longo do processo terapêutico, a auto-revelação é quase inexistente e quando há percepção de não ditos negativos no outro temos “sintonia”. Na díade Cmc os não ditos, tendo maior ou igual frequência num primeiro momento, desaparecem ou persistem residualmente nas fases mais avançadas do processo terapêutico, tendo conteúdos e motivações

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

diversificadas. No cliente, os não ditos tendo igual ou maior frequência numa primeira fase, tendem a diminuir ou a desaparecer. Por sua vez, os motivos referentes à *Proteção* apenas ocorrerem na fase inicial do processo terapêutico, havendo indicações de que alguns são revelados em momentos posteriores da sessão ou do processo, não havendo percepção de não ditos no outro.

3. RESULTADOS DOS NÃO DITOS EM PSICOTERAPIA - CONTRASTAÇÃO DOS GRUPOS Cmc e Smc

3.1. Diferenças na experiência de ocultação entre os grupos Cmc e Smc: análise comparativa da ocorrência e frequência dos não ditos

Numa primeira análise, referente aos não ditos dos terapeutas, observamos que o grupo Smc apresenta um total de 59 não ditos, comparativamente aos 26 não ditos do grupo Cmc, que segundo o teste de *Mann-Whitney* ($\mu = 4$; $p = 0,294$) não denota existirem diferenças na frequência de ocultação entre estes grupos. No que concerne à ocultação por parte dos clientes, no grupo Cmc os clientes relatam maior frequência de não ditos ($n = 22$) em relação ao grupo Smc ($n = 8$), constituindo uma diferença marginalmente significativa ($\mu = 1,5$; $p = 0,069$).

Quando analisámos a auto-revelação e a percepção de não ditos no outro, verificámos que nos terapeutas não existem diferenças entre os grupos no que concerne à revelação ($\mu = 7,5$; $p = 1$), mas que a percepção de não ditos no outro é significativamente superior nos terapeutas Smc ($\mu = 0,5$; $p = 0,03$). Nos clientes não encontramos diferenças significativas nem em relação aos não ditos revelados ($\mu = 2,5$; $p = 0,122$), nem em relação aos não ditos percebidos no outro ($\mu = 7$; $p = 0,863$).

3.2. Análise do conteúdo dos não ditos ocultados por terapeutas e clientes nos grupos Cmc e Smc

Quando analisámos os resultados obtidos pelos grupos dos terapeutas em função dos domínios e das categorias do conteúdo dos não ditos, não encontramos diferenças significativas entre os grupos Cmc e Smc, como se pode comprovar pela análise dos dados do quadro que se segue (Quadro 17).

Quadro 17: Comparação das diferenças no conteúdo dos não ditos nos grupos de terapeutas Cmc e Smc.

Domínios do conteúdo dos não ditos	Terapeutas Cmc			Terapeutas Smc			μ	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Não ditos negativos	7	4	17	8,6	0	17	7,5	1
Reacção emocional negativa	1,33	0	3	3,6	1	7	2,5	0,124
Preocupação ou dúvidas	2	0	5	2,2	1	4	6	0,647
Apreciação negativa	3,67	0	9	4	0	12	6	0,649
Não ditos positivos	1,33	1	2	1,20	0	3	6,5	0,757
Reacção emocional positiva	0,67	0	1	1	0	2	6	0,636
Apreciação positiva	0,33	0	1	0,40	0	1	7	0,860
Não ditos neutros	0,33	0	1	0,80	0	3	6,5	0,731
Informação pessoal ou factual	0,76	0	1	0,60	0	3	5	0,389

Já no que concerne aos clientes registámos diferenças relativas às subcategorias *Reacção emocional negativa* e *Preocupação ou dúvidas*, indiciando a maior ocultação de conteúdos destes domínios no grupo de clientes Cmc (Quadro 18).

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 18: Comparação das diferenças no conteúdo dos não ditos nos grupos de clientes Cmc e Smc.

Domínios do conteúdo dos não ditos	Clientes Cmc			Clientes Smc			μ	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Não ditos negativos	3,75	0	11	0,5	0	2	5	0,321
Reacção emocional negativa	2	0	3	0	0	0	2,5	0,049
Preocupação ou dúvidas	0,67	0	1	0	0	0	2,5	0,049
Apreciação negativa	2,33	0	7	0,44	0	2	6	0,558
Não ditos positivos	0,25	0	1	0	0	0	6	0,317
Reacção emocional positiva	0,33	0	1	0	0	0	5	0,197
Apreciação positiva	0	0	0	0	0	0	7,5	1
Não ditos neutros	1,4	0	1	1,25	0	4	6,5	0,647
Informação pessoal ou factual	1,67	0	4	1,2	0	4	6,5	0,752

3.3. Análise da função dos não ditos de terapeutas e clientes nos grupos Cmc e Smc

Quando procedemos à comparação das dimensões e categorias da função dos não ditos entre os grupos de terapeutas Cmc e Smc, relativamente às dimensões *Reflexivo* e *Estratégico*, não encontramos diferenças significativas (Quadro 19). Igualmente, a análise em termos das categorias centrais no âmbito destes domínios não evidenciou diferenças significativas em relação às categorias *Terapeuta*, *Processo*, *Protecção* e *Cliente*.

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 19: Comparação da função dos não ditos nos grupos de terapeutas Cmc e Smc.

Domínios/ categorias da função dos não ditos	Terapeutas Cmc			Terapeutas Smc			μ	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Reflexivo	7	2	13	9,2	3	19	5	0,445
Estratégico	5,67	0	12	11,2	0	24	5,5	0,549
Cliente	2	0	5	0,8	0	2	6	0,638
Terapeuta	5	2	8	8,40	2	19	5	0,451
Processo	3,67	0	9	6,6	1	13	4,5	0,368
Protecção	2	0	3	6,4	2	14	4	0,288

Por sua vez, nos clientes, como se pode observar no quadro que se segue (Quadro 20), encontrámos uma diferença significativa na dimensão *Estratégico*, indiciando a prevalência desta dimensão nos clientes Cmc. Ainda em relação aos grupos de clientes, registámos também a diferença referente à categoria *Protecção*, mais saliente no grupo de clientes Cmc.

Quadro 20: Comparação da função dos não ditos nos grupos de clientes Cmc e Smc.

Domínios/ categorias da função dos não ditos	Clientes Cms			Clientes Smc			μ	p
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo		
Reflexivo	3,67	1	7	1,2	0	3	3	0,158
Estratégico	5	3	8	1,2	0	3	5	0,034
Cliente	3,33	1	6	1	0	3	2,5	0,124
Terapeuta	0,33	0	1	0,2	0	1	6,5	0,693
Processo	0,33	0	1	0,6	0	2	6,5	0,731
Protecção	4,67	3	7	0,4	0	1	0	0,021

Síntese

Tal como em relação aos grupos de terapeutas e clientes, quando efectuámos as análises referentes à frequência, conteúdo e função dos não ditos a partir da diferenciação dos participantes em função dos resultados dos clientes no processo terapêutico, concluimos que o grupo de clientes Cmc apresenta uma frequência de ocultação superior ao grupo Smc. Quanto ao conteúdo dos não ditos, registámos diferenças relativas à *Reacção emocional negativa do cliente em relação ao terapeuta, à relação ou ao processo* e à *Preocupação ou dúvidas dos clientes em relação ao terapeuta, à relação ou ao processo*, indicadoras de maior ocultação de conteúdos destas categorias no grupo de clientes Cmc. Igualmente, em relação à função dos não ditos os clientes Cmc, apresentam mais não ditos sustentados na dimensão *Estratégico* e na categoria *Protecção*.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS NÃO DITOS EM PSICOTERAPIA - CONTRASTAÇÃO DOS GRUPOS

Ao avançarmos para a discussão deste conjunto de resultados, temos particular interesse em explorar as categorizações anteriormente apresentadas, referentes aos conteúdos e funções de não ditos de terapeutas e clientes, atendendo a três aspectos centrais: (1) diferenças na frequência de ocultação entre clientes e terapeutas; (2) diferenças em termos dos conteúdos dos não ditos ocultados por terapeutas e clientes; (3) diferenças em termos das funções dos não ditos.

Com base nos mesmos aspectos, pretendemos também debruçarmo-nos sobre uma das principais questões de interesse sobre este fenómeno: (4) a relação destas práticas comunicacionais com o processo terapêutico, designadamente com os resultados. A compreensão desta relação parece-nos importante para determinar a desejabilidade e relevância, ou não, do uso intencional destas práticas na intervenção psicológica, e conseqüentemente da atenção de que estes fenómenos devem ser alvo na experiência de formação e aprendizagem dos terapeutas.

♦ Diferenças entre terapeutas e clientes em termos da ocorrência e frequência de não ditos

Sendo a auto-revelação dos clientes descrita na literatura teórica e empírica como um marco característico do “papel” do cliente em psicoterapia (McDaniel, Stiles & McGaughey, 1981; Stiles & Shapiro, 1994), persiste na

actualidade o debate acerca dos efeitos benéficos ou nefastos desta prática no processo terapêutico. A este respeito, podemos apontar uma facção defensora do valor de falar para curar “feridas” ou reduzir o risco de problemas futuros (cf. Wegner & Lane, 1995; Pennebaker et al., 1987; Smyth, 1998), em contraposição a uma facção crítica que reclama que a total abertura dos clientes em psicoterapia acarreta um potencial negativo (Kelly, 1998; 2000a; 2000b).

Os resultados do nosso trabalho sugerem que o fenómeno de ocultação dos clientes em psicoterapia merece ser analisado com atenção, uma vez que a quase totalidade dos clientes descrevem a experiência deste fenómeno. A comparação destes resultados com outros sobre o mesmo tema é dificultada pelo facto dos estudos desenvolvidos na área terem focado diferentes dimensões do mesmo fenómeno (e.g., reacções, segredos, não ditos). No entanto, de acordo com os nossos resultados, 82% dos clientes participantes no estudo assumiram recorrer à ocultação, ultrapassando as tendências apontadas nos trabalhos de Weiner e Shuman (1984), Kelly (1998) e de Hill, Thompson, Cogar e Dennon (1993), de que 42%, 59,5% e 65% dos clientes recorriam à ocultação.

Quanto ao número de não ditos por sessão, contrariando a perspectiva de Hill, Gelso e Mohr (2000) de que os clientes ocultam pouco em psicoterapia, os nossos resultados apontam uma grande variação no número de não ditos ocultados pelos clientes em cada sessão, divergindo este número não somente entre clientes como também entre as sessões do mesmo cliente, sendo contudo superior ao valor apontado nos trabalhos de Regan e Hill (1992) e de

Hill, Thompson, Cogar e Denman (1993), segundo os quais os clientes apenas ocultavam do terapeuta um não dito por sessão.

Naturalmente que, considerando os resultados dos trabalhos de Schwarz (1999) sobre o impacto dos instrumentos de investigação na produção de respostas dos participantes, não excluimos a hipótese da própria entrevista de investigação ter inflacionado o número de não ditos identificados. Ainda assim, estes resultados levam-nos a ponderar que uma proporção significativa de clientes omite informação relevante do terapeuta, sendo que apenas 64% (7 em 11) assume revelar a informação ocultada num momento posterior da sessão ou do processo.

Obviamente que não pretendemos com isto afirmar que a ocultação é superior à auto-revelação. Como já referimos, não recolhemos uma medida de auto-revelação no processo terapêutico, pelo que reconhecemos que a auto-revelação dos clientes terá sido superior à ocultação, tal como esperado em virtude da natureza do encontro e do trabalho terapêutico. Todavia, e precisamente por estes motivos, tendo em conta a expectativa “natural” no domínio da psicoterapia acerca da auto-revelação dos clientes, ainda ligada aos pressupostos que convencionam a auto-revelação do cliente como condição para a psicoterapia ter sucesso (Hill & O'Grady, 1985; Hill, Thompson, Cogar & Denman, 1993; Martin, 1984; Stiles, 1987), e os comportamentos de ocultação como estratégias prejudiciais ao processo terapêutico, é que estes resultados acerca da ocultação dos clientes nos parecem significativos.

Não obstante a justificação natural e lógica proposta por Mearns e Dryden (1990) de que tal acontece porque ninguém consegue falar tão

depressa como pensa, esta justificação apenas seria válida para os não ditos categorizados como não intencionais no nosso estudo, que têm no entanto uma frequência reduzida nos nossos resultados. Assim ficamos perante o facto de que um número elevado de clientes recorrer intencionalmente à ocultação, pelo que precisamos de outras hipóteses que nos ajudem a compreender este fenómeno.

Considerando a psicoterapia como uma conversa com vários graus de transparência (Rennie, 1995), tal como é sugerido na literatura teórica e empírica, no processo de tomada de decisão dos clientes quanto à auto-revelação ou, no inverso, à ocultação, podem influir múltiplas e variadas variáveis, desde a qualidade da relação terapêutica (Hall & Farber, 2001), a duração da terapia (Farber, Berano & Copabianco, 2004; Patte & Farber, 2004), a necessidade de controlo (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), a antecipação da resposta provável do terapeuta (Farber, Berano & Copabianco, 2004), a deferência em relação ao terapeuta (Rennie, 1994) ou a diferença de poder na relação (Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997). Igualmente, não podemos desconsiderar os trabalhos que sugerem que os clientes experienciam mal-estar antes e durante a revelação (Farber, Berano, & Capobianco, 2006; Hill et al., 1992, 1993; Stiles, 1987, 1995) como motivo para a ocultação dos clientes. Dada a multiplicidade de factores enunciados susceptíveis de influenciar a decisão quanto a estas práticas, ao longo desta discussão procuraremos relacionar pelo menos algumas destas hipóteses com as informações extraídas dos nossos resultados, particularmente no que concerne aos conteúdos e motivações subjacentes à ocultação dos clientes.

No que diz respeito aos resultados acerca da ocultação do terapeuta, não podemos proceder a igual comparação com os dados da literatura, em virtude da inexistência, tanto quanto sabemos, de trabalhos que detalhem o número de terapeutas que recorre à ocultação. Este facto, como referimos anteriormente, pode estar associado à visão tradicional da ocultação do terapeuta como um atributo intrínseco e desejável do papel deste (Langs, 1979) e como tal não questionado ou explorado. Todavia, a saliência deste fenómeno na experiência dos terapeutas durante o encontro terapêutico é corroborada pelos nossos resultados, dado que a totalidade dos terapeutas participantes reconheceu ocultar intencionalmente informação dos clientes. Assim, a ocultação, além de comum, parece também tratar-se de uma experiência usual, dado o número de não ditos ocultados pelos terapeutas, ainda que com diferenças entre os participantes.

Quando questionamos o significado tanto da frequência da ocultação dos terapeutas, comparando inclusive com os resultados relativos aos clientes, devemos considerar, em primeiro lugar, que tanto a experiência de formação como de supervisão dos terapeutas os torna um grupo com características específicas, designadamente no que concerne à capacidade de estarem atentos e serem capazes de identificar os próprios processos internos (Regan & Hill, 1992). Este será provavelmente um dos factores a considerar para explicar a diferença no número de não ditos entre terapeutas e clientes.

Em segundo lugar, atendendo à natureza do trabalho do terapeuta, podemos assumir a naturalidade do fenómeno de ocultação. Contudo, o facto de associarmos este fenómeno ao desempenho profissional dos terapeutas não implica necessariamente a sua desejabilidade. Com estas afirmações também

não pretendemos assumir uma posição *a priori* desfavorável à ocultação, mas apenas salientar a necessidade de questionar, reflectir e procurar compreender melhor este fenómeno e o seu impacto na experiência do terapeuta, ao invés de assumirmos a naturalidade com *inquestionabilidade* ou até como *desejabilidade*.

Como demonstramos ao longo do primeiro capítulo, nas últimas décadas, diferentes abordagens teóricas, bem como os modelos dentro destas, sofreram mudanças epistemológicas que tiveram impacto em múltiplos aspectos da prática terapêutica, nomeadamente quanto ao papel do terapeuta e conseqüentemente à auto-revelação deste no encontro com o cliente. A este respeito, e em jeito de síntese, consideramos que a tendência tradicional de neutralidade e abstinência do terapeuta foi gradualmente substituída pelos princípios de reciprocidade, simetria e inter-subjectividade na relação terapêutica (Farber, 2006). Todavia, em termos empíricos só recentemente começou a haver interesse no estudo desta experiência do terapeuta. Neste cenário, e à luz dos princípios supra-citados, parece-nos relevante procurar reflectir sobre a natureza e significado do fenómeno de ocultação dos terapeutas na actualidade que, como evidenciam os nossos resultados, parece tratar-se de um fenómeno frequente na experiência dos últimos durante o encontro terapêutico.

Apesar da escassez de trabalhos sobre este fenómeno, estudos recentes (Hanson, 2005), assim como algumas abordagens teóricas contemporâneas (Fosha, 2000; Fruggeri, 1992) questionam a visão tradicional da ocultação do terapeuta como intrínseca ao desempenho do papel profissional do terapeuta (Langs, 1979) ou como exigência para prevenir danos no processo terapêutico

(Gutheil & Gabbard, 1993), e apontam a possibilidade da ocultação ter consequências negativas para o cliente e para o processo terapêutico. A este respeito a perspectiva de Hanson (2005), por exemplo, é de que a auto-revelação do terapeuta, tanto de aspectos pessoais como de aspectos processuais, pode aportar um importante contributo para o fortalecimento da relação terapêutica, enquanto uma postura de ocultação pode ser prejudicial.

Tendo estes elementos presentes, uma primeira leitura dos nossos resultados será, de que, não obstante os princípios relacionais citados, os terapeutas continuam a adoptar uma postura mais próxima da neutralidade na relação terapêutica, com possíveis consequências negativas para o processo terapêutico. Esta não será naturalmente a única justificação possível, tanto mais que os princípios de simetria e de responsividade não significam que terapeuta e cliente tenham o mesmo papel e o mesmo espaço na conversação terapêutica.

Tal como apontamos na discussão anterior, o domínio da psicoterapia pode ser compreendido como uma prática cultural, que, sendo construída pelos discursos sociais, também produz discursos e práticas, que por sua vez definem o papel de cada um dos participantes do processo terapêutico (Guilfoyle, 2005). Assim, o terapeuta não é independente na definição do seu papel na relação terapêutica, sendo a própria categoria “terapeuta” uma posição institucionalizada que é já em si um produto destes discursos, que de acordo com as organizações históricas e culturais, impõe um conjunto de prescrições e expectativas às pessoas instaladas nessa posição. Segundo o autor, entre os discursos e produtos produzidos em relação à prática terapêutica, o conhecimento constitui um dos mais importantes produtos e

veículos de poder (Foucault, 1980; cf. Guilfoyle, 2005), que tem como consequência a criação de uma assimetria de poder entre os participantes do processo terapêutico. Nas abordagens tradicionais esta diferença de poder na relação entre terapeuta e cliente era traduzida na definição do papel de um especialista executor do conhecimento, de um objecto do conhecimento e de uma direcção apropriada para esse conhecimento. As abordagens contemporâneas, como o exemplo da terapia narrativa, rejeitando o reducionismo de considerar os clientes alvos e os terapeutas agentes de poder, considera os últimos produtos e veículos de poder, com capacidade para escolher como aplicar o poder, tal como os clientes participam na forma como se deixam conhecer. No entanto, e não obstante, todos os cuidados que o terapeuta possa encetar para ultrapassar o papel tradicional e adoptar uma posição mais igualitária, tal como refere White (cf. Hoyt & Combs, 1996), o mero facto de, na relação, ambas as partes reconhecerem qual o seu papel na relação com o outro, quem é o terapeuta e quem é o cliente, impõe de imediato restrições, atendendo a quem age em que posição. Assim, reconhecendo a impossibilidade de uma relação de verdadeira “democracia” na relação terapêutica, a responsividade do terapeuta, no desempenho do papel que ocupa, pode também passar por ocultar ou adiar intervenções, como o exemplo da auto-revelação, atendendo precisamente ao julgamento que faz acerca da pertinência e utilidade ou não dessa informação para o cliente.

De todo o modo, julgamos desadequado assumir uma postura categórica quanto à eventual adequação ou não destas práticas, sendo que esta decisão deverá ser tomada respeitando as especificidades de cada processo e considerando os conteúdos e as motivações subjacentes à

ocultação. A este respeito, os resultados deste trabalho exploratório sobre a ocultação dos terapeutas, permite-nos contestar o facto de este fenómeno ser assumido sem questionamento no processo terapêutico, sendo este nosso intuito reforçado pelo número de vezes que ouvimos os terapeutas durante as entrevistas dizerem, não só frases como “*isto será algo que será certamente dito mais à frente no processo*”, mas também “*se calhar desta forma até podia dizer ao cliente*” ou ainda “*isto até seria importante ter partilhado com o cliente*”, que evidenciam, na nossa opinião, a dificuldade dos terapeutas em julgar a adequação ou não da prática de auto-revelação, ou então a dificuldade em saber como introduzir alguns destes conteúdos no processo terapêutico.

Precisamente em relação à auto-revelação dos terapeutas, evidenciando a natureza dialéctica entre os fenómenos de ocultação e de auto-revelação, 7 dos terapeutas participantes neste estudo reconheceram igualmente recorrer à auto-revelação, na linha dos trabalhos que sugerem uma ocorrência moderada da auto-revelação do terapeuta (Berg-Cross, 1984; Edwards & Murdock, 1994). No entanto, atendendo a que a frequência de não ditos revelados é consideravelmente inferior aos ocultados (10 não ditos revelados *vs.* 94 ocultados), de facto a auto-revelação dos terapeutas, fazendo parte da experiência da maioria dos terapeutas, parece continuar uma prática rara no âmbito da psicoterapia (Hill & Knox; 2002; Ramsdell & Ramsdell, 1993).

Comparando estes resultados com o único estudo que conhecemos que analisa em simultâneo a frequência da auto-revelação e ocultação dos terapeutas (Hanson, 2005), mas a partir da perspectiva dos clientes, os valores de ocultação e auto-revelação apresentam uma relação inversa à que nós

encontramos, uma vez que dos 157 incidentes identificados nesse estudo, 131 correspondiam a auto-revelações e 26 a ocultações dos terapeutas. Esta discrepância traduz essencialmente a diferença de perspectivas dos participantes, ainda que corrobore o carácter comum do fenómeno de ocultação dos terapeutas, provavelmente mais frequente do que os clientes possam ponderar. A este propósito, e talvez denotando a socialização dos clientes com os discursos sociais que prescrevem os papéis do terapeuta e do cliente, os clientes apontam relativamente aos não ditos percebidos no terapeuta, não ditos cujos conteúdos não específicos relacionados com a avaliação dos terapeutas em relação ao cliente ou à natureza do trabalho terapêutico, são considerados como inerentes ao papel do terapeuta, ao trabalho ou ao momento do processo terapêutico.

Obviamente que nesta discussão dos não ditos percebidos pelos clientes, colocamos a mesma advertência que a literatura empírica aponta acerca do fenómeno inverso, que se prende com as dificuldades na percepção adequada dos processos internos do outro. Ainda em relação à perspectiva dos clientes e atendendo às diferenças de papéis no processo terapêutico, compreendemos facilmente os nossos resultados que apontam que a experiência da percepção de não ditos no outro elemento da díade terapêutica seja mais comum aos terapeutas. Mesmo neste grupo, os não ditos percebidos no outro pelos terapeutas são escassos, sendo ainda mais reduzido o número de vezes em que esta percepção se revela correcta, ou seja, em que a percepção do terapeuta corresponde a um dos não ditos relatados pelos clientes.

Como referíamos, a diferença de papéis no processo terapêutico dita que a capacidade do terapeuta perceber as reações dos clientes seja mais importante que o contrário, cabendo ao primeiro o papel de observar e compreender o cliente, e ao último o papel de experienciar, sendo possível que o foco deste em aspectos como a intenção do terapeuta, acarrete um menor envolvimento com a experiência ou tarefas terapêuticas, o que poderia inclusive aportar consequências negativas para o processo.

♦ Diferenças nos conteúdos dos não ditos entre terapeutas e clientes

Na comparação das diferenças em termos dos conteúdos ocultados por terapeutas e clientes, a análise dos nossos resultados evidencia que os primeiros ocultam significativamente mais *Não ditos negativos*, em particular conteúdos relacionados com as preocupações ao nível do trabalho terapêutico ou ao nível da experiência emocional do próprio, sendo no entanto a ocultação relacionada com as dificuldades percebidas nos clientes que distingue significativamente a ocultação dos terapeutas em relação aos clientes. A este respeito, e focando apenas o essencial para a contrastação dos grupos, retomamos os argumentos apresentados na discussão do estudo qualitativo, em que propusemos a associação destes conteúdos ocultados pelos terapeutas à natureza do trabalho terapêutico. Assim, estes conteúdos, nos quais predominam a linguagem dos sistemas teóricos e nosológicos dos terapeutas, podem ser reflexo do esforço dos últimos para compreender os relatos e as experiências dos clientes, e eventualmente para definir a sequência das

intervenções terapêuticas a adoptar, e ocultados dos clientes, sendo ocultados por diversas motivações.

Os *não ditos positivos* parecem também mais típicos da ocultação dos terapeutas que dos clientes, contrariando os resultados dos estudos prévios sobre este assunto (Regan & Hill, 1992). Assim, no padrão dos conteúdos ocultados pelos terapeutas, para além da ocultação dos conteúdos negativos, referentes a avaliações dos clientes, decorrente talvez deste carácter negativo ou da leitura de que correspondendo ao trabalho de reflexão do terapeuta não será adequado explicitar estes conteúdos aos clientes, torna-se um desafio compreender a ocultação destes conteúdos positivos sobre o trabalho ou sobre as competências dos últimos, como expusemos na discussão do trabalho qualitativo.

♦ **Diferenças na função dos não ditos entre terapeutas e clientes**

Quanto às motivações subjacentes à ocultação do terapeuta os nossos resultados evidenciam que os não ditos assentes no domínio *Reflexivo* são mais típicos da experiência de ocultação dos terapeutas do que dos clientes. Consideramos que talvez este domínio de motivações, que representam o processo interno de auto-consciência e auto-reflexão do terapeuta sobre os acontecimentos da sessão atendendo novamente à natureza do papel e do trabalho do terapeuta, retrate o processo através do qual, mediante um conjunto de reflexões, o terapeuta constrói as mesmas relações causais ausentes neste domínio. Esta leitura pressupõe considerar estes não ditos designados de *Reflexivos* como uma etapa de um processo de construção de significado através do qual o terapeuta define o sentido de agência, em relação

a múltiplos aspectos do processo terapêutico e, no caso particular, também em relação à ocultação.

De novo em relação aos nossos resultados, e relativamente aos motivos para a ocultação assentes numa relação de causalidade antecipada pelo terapeuta, ou seja, caracterizadas como estratégicas, as motivações dos terapeutas estão claramente associadas à natureza do trabalho e intervenções terapêuticas, em que ocultam com o intuito de não prejudicar a evolução da sessão, do trabalho, do processo terapêutico ou da mudança terapêutica.

Ainda no âmbito das motivações ditas *Reflexivas*, os resultados evidenciam o predomínio da ocultação por motivações associadas ao *Terapeuta*, sugerindo que na construção dos motivos para a ocultação os terapeutas se centram significativamente mais na sua experiência que na das audiências antecipadas, no caso dos clientes.

Na análise deste conjunto de resultados, como referimos anteriormente, poderíamos partir do pressuposto que a ocultação do terapeuta seria natural ao desempenho do papel profissional, pelo que a auto-revelação, em particular acerca destas experiências relacionadas com a avaliação do cliente, ou com as dificuldades e vicissitudes sentidas ao nível do trabalho terapêutico, seria uma atitude impensável e desadequada. Esta é sem dúvida a posição subjacente à maioria das abordagens terapêuticas, em particular as abordagens “clássicas” (e.g. modelos psicodinâmicos; comportamental; liberal feminista; familiar estrutural e estratégico), que por diferentes razões subscrevem a neutralidade, abstinência e anonimato do terapeuta (cf. Hill & Knox, 2002), assim como do potencial impacto negativo da auto-revelação de informação pessoal ou processual.

Esta postura quanto à auto-revelação e ocultação dos terapeutas foi alterada com os modelos “moderados” (e.g., abordagem humanista-experiencial; cognitivismo; modelos construtivistas), que reconhecendo o papel central da relação entre cliente e terapeuta no processo terapêutico (Yontef & Simkin, 1989), atribuem ao terapeuta um papel activo, valorizando a auto-revelação, tanto de aspectos pessoais como de dificuldades e erros terapêuticos. Entre as vantagens atribuídas à auto-revelação podemos citar a possibilidade de proporcionar *feedback* do impacto interpessoal do comportamento do cliente e promover expectativas positivas e motivação (Prochaska & DiClemente, 1992), o fortalecimento da relação terapêutica (Safran & Segal, 1990), a normalização dos comportamentos dos clientes (Dryden, 1990), a redução de medos e ainda a modelagem de modos de funcionamento mais eficazes (Farber, 2006). Adicionalmente, a auto-revelação é vista como um veículo para a criação do sentimento de intimidade na relação terapêutica (Fosha, 2000) e como uma ferramenta para contrariar a onipotência terapêutica, promovendo a diferenciação dos clientes, a resolução de impasses no tratamento e o *empowerment* dos clientes (Aron, 1996; Gerson, 1996; Jackson, 1990; Safran & Muran, 2000). Do mesmo modo, os modelos narrativos que chamam a atenção para o diferencial de poder subjacente tanto ao papel como à própria linguagem utilizada pelos terapeutas (White, 1993), e sobre o potencial impacto negativo em termos do processo terapêutico, consideram a transparência do terapeuta como um dos mecanismos centrais para contrariar os problemas citados.

Como deixamos patente ao longo deste trabalho, inclusive com esta listagem de vantagens atribuídas à auto-revelação e de potenciais problemas

decorrentes da ocultação do terapeuta, não pretendemos estabelecer absolutos acerca da auto-revelação do terapeuta, mas simplesmente reforçar o carácter natural e dialéctico tanto da auto-revelação como da ocultação na experiência dos terapeutas.

Acerca da adequação destas práticas continuamos a considerar importante ponderar caso a caso a adequação de cada uma destas posturas, pois como refere Bromberg (1994) estas práticas adquirem significado no contexto específico da relação e não como técnicas. No entanto, atendendo ao carácter usual da ocultação dos terapeutas participantes neste estudo, referentes a conteúdos relacionados com as dificuldades percebidas nos clientes e em particular das dificuldades sentidas pelo próprio, grandemente motivadas por aspectos relacionados com a reflexão acerca do papel do terapeuta e das fronteiras da relação terapêutica, não podemos deixar de questionar se este padrão não será um reflexo de uma visão tradicional acerca do papel e do trabalho do terapeuta em psicoterapia, enquanto detentor do poder e do papel de especialista. Neste caso o assumir de dúvidas e de dificuldades, afastaria os terapeutas da habitual estrutura de relação "*top-down*" que caracteriza domínio da saúde mental ocidental (Gergen & Warhuus, 2001), e poderia ser sentido por estes terapeutas como um reconhecimento de incompetência, ou pelo menos indicativa do receio de ser interpretado dessa forma pelos clientes, correspondendo a ocultação a uma postura defensiva do terapeuta (Farber, 2006).

Considerando a formação dos terapeutas participantes, em que a maioria teve uma formação de base cognitivo-comportamental, sendo que um grupo manteve o trabalho nesse âmbito enquanto um segundo grupo

enveredou pela abordagem narrativa, talvez estes terapeutas se deparem com dificuldades em encontrar um ponto de equilíbrio na postura terapêutica, a partir da formação entre duas abordagens que preconizam diferenças nos papéis dos terapeutas e também em relação à auto-revelação

Como refere Bridges (2001) a auto-revelação intencional, em oposição à ocultação, envolve uma possibilidade de desconforto ou mesmo uma sensação de desequilíbrio, ao permitir que o cliente veja o terapeuta e se relacione com este de uma forma mais pessoal. Como tal, parece-nos importante questionar estas práticas e trabalhar no sentido de demonstrar a necessidade dos terapeutas desenvolverem estas competências, que permitem o reconhecer e assumir de dificuldades e até de eventuais erros, condições importantes para fortalecer a relação terapêutica ou mesmo para evitar rupturas na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000)

♦ Diferenças na frequência, conteúdo e função dos não ditos nas díades analisadas (Smc vs. Cmc)

Em relação à contrastação do desenvolvimento dos não ditos nas duas díades que apresentamos anteriormente (1A Smc; 10J Cmc), encontramos um conjunto de diferenças em relação à frequência, perfil temporal, padrão de conteúdos e motivações subjacentes à ocultação, que atendendo às hipóteses desenvolvidas ao longo desta discussão nos propomos a discutir.

A primeira prende-se com a evolução dos não ditos nos três momentos do processo terapêutico, em que encontramos um perfil divergente tanto nos terapeutas como nos clientes. Assim no caso da díade Cmc, os não ditos do terapeuta e do cliente, independentemente da frequência de não ditos no

primeiro momento, denotam uma clara tendência de diminuição ao longo do processo terapêutico, sendo que no último momento os não ditos desaparecem mesmo ou têm uma ocorrência residual. Esta tendência não se verifica na díade Smc, em que o terapeuta ainda que reduza a frequência de não ditos ao longo do processo, mantêm bastantes não ditos na 12^a sessão. Já em relação ao cliente desta díade, cliente A, verifica-se um aumento dos não ditos.

Ora atendendo à forma como temos compreendido a ocultação dos terapeutas, em que os conteúdos mais frequentes parecem sugerir que estes correspondem ao trabalho interno do terapeuta para compreender o que se passa com o cliente na sessão e decidir o curso de acção a seguir, sendo muitos destes conteúdos marcados pelas preocupações, dúvidas e receios dos terapeutas, parece que no caso do terapeuta J estes conteúdos desapareceram. O terapeuta A, no último momento de recolha de dados, continua a debater-se com as mesmas dificuldades, sinal talvez de um bloqueio no processo terapêutico, que também nos permitira compreender que este se continue a debater com as mesmas dúvidas e reflexões, inclusive em relação ao sentimento de competência ou incompetência.

No caso dos clientes, podendo os não ditos reflectir um maior envolvimento, agência e consciência destes acerca da sua participação na psicoterapia, o cliente J, díade Cmc, parece então mostrar-se atento e envolvido, tendo dificuldades em revelar conteúdos referentes a dificuldades, conteúdos positivos ou conteúdos referentes a informações pessoais. Esta ocultação, por deferência, por não achar necessário revelar tudo ou por não se sentir preparado para tal, parece diminuir ao longo dos encontros terapêuticos. Acerca da redução dos não ditos, podemos levantar duas

hipóteses que nos ajudem a compreender este facto. Em primeiro lugar podemos compreender a redução da ocultação como sinal que as dificuldades sentidas pelo cliente desaparecerem. Em segundo lugar, considerando a evolução temporal do processo, o eventual fortalecimento da relação terapêutica, a maior socialização do cliente com este contexto e com as suas práticas, podemos compreender a redução da ocultação como sinal que o cliente encontrou uma forma de ir partilhando as suas dúvidas e reflexões com o terapeuta. Ainda, atendendo que nos clientes a ocultação de conteúdos positivos é escassa, havendo ocultação de conteúdos negativos quando há acontecimentos ou leituras do cliente de dificuldades, podemos colocar a hipótese da ausência de não ditos traduzir, nesta fase final do processo, satisfação e congruência com o trabalho desenvolvido no processo terapêutico.

De certo modo a indicações de que alguns destes não ditos são revelados em momentos posteriores da sessão ou do processo, parece corroborar esta leitura. O mesmo acontece com a revelação por parte do terapeuta, que apresenta mais auto-revelação tanto de conteúdos positivos como negativos, o que leva a ponderar se a integração destes não ditos no processo poderá ter contribuído, no caso dos conteúdos positivos, para fortalecer a auto-confiança do cliente e a relação terapêutica, e, nos negativos, para resolver conjuntamente com o cliente as preocupações ou dúvidas, contribuindo como tal para o resultado positivo do processo terapêutico. No caso do terapeuta 10 temos pela primeira vez a auto-revelação num momento avançado da psicoterapia, focando conteúdos negativos e tendo como motivação a perspectiva do terapeuta, o que talvez possa corresponder a uma

auto-revelação menos planeada e mais impulsiva, activada pelas dificuldades sentidas pelo terapeuta.

O perfil de ocorrência dos não ditos no caso A leva-nos a colocar a hipótese de este perfil poder estar associado a um pior resultado do processo terapêutico. Assim, a menor frequência de não ditos na 4^a sessão pode traduzir um menor envolvimento do cliente, ou então esta “passividade” em termos dos processos internos do cliente pode corresponder à crença de que cabe ao terapeuta o papel de agente no processo terapêutico. O sentimento de insatisfação crescente pode ter desencadeado um aumento da frequência de não ditos, sendo que por variáveis do cliente ou da relação, este não parece conseguir partilhar estas dificuldades. Como referem Safran e Muran (2000) acerca dos sentimentos de frustração do terapeuta, estes podem, ainda que inadvertidamente, causar mais danos na relação terapêutica, enquanto a revelação e metacomunicação sobre emoções e reacções negativas poderia constituir-se como uma oportunidade de aprofundamento e mudança em psicoterapia (Geller, 1994).

Focando os motivos subjacentes à ocultação, no terapeuta 10, o aspecto que nos parece mais significativo é a diversidade de motivos apontados, uma vez que não encontramos uma motivação que assumisse um papel de destaque, e que pudéssemos utilizar para compreender a posição deste terapeuta. Assim, o que parece caracterizar esta posição é a heterogeneidade de motivações, sugerindo a capacidade deste terapeuta se centrar em múltiplos aspectos para além do próprio, como o foco no cliente, no processo e na protecção.

O mesmo não acontece com o terapeuta A, em que nos diferentes momentos do processo terapêutico, parece haver sempre alguma preponderância da ocultação centrada na perspectiva do terapeuta. O foco excessivo no terapeuta, nomeadamente em possíveis ameaças ao terapeuta, assim como a ausência da audiência/ cliente no discurso interno do terapeuta pode ilustrar alguma dificuldade da parte deste em colocar-se na perspectiva do outro e em estar atento à natureza interaccional do processo terapêutico, adoptando um papel mais monológico no processo terapêutico (Gonçalves & Guilfoyle, 2006). Esta leitura também explicaria o desencontro ao nível dos não ditos percebidos no cliente, novamente indicadora das dificuldades do terapeuta em perceber o papel do cliente na co-construção dos acontecimentos que marcam o encontro terapêutico.

No entanto, e apesar dos esforços do terapeuta para ocultar estas dificuldades, terá comunicado algum do seu desconforto e dificuldades ao nível da comunicação não verbal, uma vez que no não dito percebido pelo cliente na 8^a sessão, este faz uma leitura exacta das dificuldades experienciadas e ocultadas pelo terapeuta. Este argumento sustenta, ainda que indirectamente, a prática da auto-revelação e os riscos da ocultação do terapeuta, ao evidenciar que apesar dos esforços do terapeuta para manter a opacidade, de facto tal não é possível, e os clientes podem aceder indirectamente a esta informação, o que poderá ser ainda mais prejudicial para o processo terapêutico, uma vez que a ocultação de ambos não permite clarificar e resolver estes acontecimentos negativos.

Dado o carácter exploratório destes resultados e interpretações, cremos que estes podem servir como ponto de partida para futuros trabalhos que

paralelamente a estas dimensões temporais explorassem também o carácter interaccional destes fenómenos, para testar a sustentação destas interpretações e analisar se correspondem a padrões na relação entre não ditos e sucesso terapêutico.

♦ **Diferenças no conteúdo e função dos não ditos nos grupos Cmc e Smc**

Quanto às especificidades diferenciadoras entre os grupos de clientes Cmc e Smc, os nossos resultados vão de encontro à perspectiva de Kelly (1998; 2000a) no que concerne à frequência deste tipo de fenómeno na experiência dos clientes, que parece superior ao preconizado por Hill, Gelso e Mohr (2000), diferenciando a experiência dos últimos em termos do resultado do processo terapêutico, uma vez que os clientes no grupo Cmc têm uma frequência superior de ocultação. Neste caso os não ditos ao invés de serem utilizados como estratégias de evitamento da intimidade ou do trabalho terapêutico, parecem ser correlativos do envolvimento e agência dos clientes no processo terapêutico, indicativos de que estes têm algo a dizer ainda que nem sempre saibam quando ou como, ao contrário dos clientes do grupo Smc que podem ter pouco para relatar.

Igualmente, no que concerne aos conteúdos e motivos subjacentes à ocultação, encontramos outras especificidades que passamos a analisar. Assim, em termos dos conteúdos, os clientes Cmc ocultam significativamente mais conteúdos referentes a reacções emocionais negativas e às preocupações ou dúvidas acerca do processo. Estes resultados parecem contradizer a noção de que os clientes necessitam da oportunidade para ventilar emoções

negativas reprimidas para melhor se sentir sobre problemas, corroborando assim a actual noção de que a catarse por si não explica os feitos positivos da auto-revelação (Pennebaker et al., 1990). A posição de Kelly (1998) quanto a estes dados, seria provavelmente que estes clientes, talvez com um sentido de identidade mais forte, seriam mais competentes em utilizar a ocultação colhendo benefícios desta prática, sendo mais capazes de decidir o que revelar e o que manter privado ou até de desafiar as expectativas de revelação do terapeuta.

Estes resultados de que os clientes Cmc ocultam mais conteúdos referentes a reacções emocionais negativas, são congruentes com o trabalho de Regan e Hill (1992), que descrevem uma relação positiva entre a proporção de não ditos com conteúdo “emocional” e a satisfação dos clientes com a terapia e com a mudança, justificando esta relação com o facto da expressão de emoções fortes, em particular emoções negativas, não ser uma prática socialmente reforçada, pelo que os clientes necessitam de tempo para aprender que em psicoterapia podem proceder a estas revelações. Adicionalmente, considerando que a revelação destes conteúdos pode desencadear sentimentos de vulnerabilidade, a contenção desses sentimentos pode favorecer a criação de um efeito de segurança, que permita ao cliente adiar a revelação até um momento em que se sinta pronto e confortável. Em alternativa, e como também sugerem Regan e Hill (1992) é possível que a frequência de não ditos com estes conteúdos sejam indicadores de encontros em que houve um grande nível de activação emocional, e assim, paradoxalmente, ao mesmo tempo que ocorre maior ocultação, há igualmente mais trabalho terapêutico neste domínio.

Ainda a este respeito parece importante considerar a medida adoptada para avaliar a mudança terapêutica, uma vez que tal como descreve Stricker (2003) no trabalho de síntese e revisão de um conjunto de trabalhos sobre a auto-revelação no processo terapêutico, esta surge tipicamente associada a um aumento de auto-compreensão, mas não com a redução de sintomatologia, sendo que não adoptamos uma medida que nos ajudasse a compreender esta variável, o que seria importante em outros trabalhos sobre o tema.

Quanto à saliência dos motivos considerados reflexivos e centrados na perspectiva ou no papel do próprio cliente, podemos inferir que estes não ditos reflectem a auto-consciência e agência que estes clientes assumem, que pode facilitar a internalização das estratégias terapêuticas (Regan & Hill, 1992), assim como a capacidade dos clientes trabalharem autonomamente tanto na sessão como entre sessões, o que poderá favorecer o desenlace do processo terapêutico (Geller, Cooley & Hartley, 1982; Geller & Farber, 1993). Esta noção é também corroborada por Bohart e Tallman (1996, 1999), que sugerem que a relutância dos clientes para partilharem em psicoterapia, particularmente quando não estão satisfeitos com o trabalho do terapeuta, pode ter uma correspondente na inclinação destes para satisfazerem as suas necessidades trabalhando de forma privada.

O facto de haver mais ocultação dita *Estratégica* neste grupo, parece sugerir que quando estes clientes ocultam, estão mais seguros e conscientes dos motivos e variáveis do processo terapêutico, reforçando a noção destes assumirem um papel mais activo no encontro terapêutico. Quanto à ocultação por motivos de auto-apresentação como factor de promoção do sucesso terapêutico (Kelly, 1998), os nossos resultados não se coadunam com esta

perspectiva uma vez que no grupo de clientes Cmc, ainda que existam preocupações com a protecção, estas ultrapassam a preocupação com a imagem, evidenciando cuidados com o estado emocional e com as próprias necessidades, com a protecção de outros e até com a protecção do terapeuta. Neste último caso, a apreensão dos clientes relativamente à auto-revelação, e consequente decisão de ocultar, parece também estar relacionada com as representações do cliente acerca do próprio papel em psicoterapia (Rennie, 1994).

No que respeita à experiência de ocultação dos terapeutas, a motivação dos não ditos do grupo Smc, denota uma postura dos terapeutas com um foco acentuado na sua experiência ao nível do processo e da relação, em particular das dificuldades, e neste caso incluindo cuidados com a protecção da sua imagem, em detrimento do foco nos clientes e na experiência destes. Reconhecendo que questionar a competência é uma parte de ser terapeuta, não se trata de determinar a ocorrência ou não deste sentimento, mas o nível a que este ocorre. Recorrendo à tipologia referente ao questionamento da competência desenvolvida por Riault e Gazzola (2005) (“Inadequação”, “Insegurança” e “Incompetência pessoal”), enquanto no nível “inadequação” (preocupação com estar correcto; preocupação com eficácia) as dúvidas características podem ser despoletadas por cada novo caso, sendo consideradas aceitáveis, não produzindo níveis elevados de angústia, nem contaminando o julgamento do terapeuta acerca do *self*, o mesmo não acontece nos níveis subsequentes. Os nossos resultados sugerem que em particular a motivação para a ocultação dos terapeutas do grupo Smc pode

evidenciar dúvidas quanto à “inadequação” e à “insegurança”, esta última caracterizada pela preocupação ou falta de confiança no processo, sendo também que neste último nível ocorre já uma certa atribuição pessoal das dificuldades, em que as dúvidas não são facilmente aceites, gerando níveis elevados de angústia, podendo conseqüentemente desencadear mais ocultação.

Em relação à percepção do terapeuta quanto à ocultação dos clientes, desde os primeiros trabalhos na área (Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady & Perry, 1988; Hill, 1989) que existe a indicação de que os terapeutas têm grandes dificuldades em reconhecer a ocorrência de ocultação dos clientes, sendo que quando reconhecem a ocultação de “reações negativas”, avaliam as intervenções subsequentes como menos “úteis” (Hill, 1989). Corroborando esta ideia, os resultados do nosso estudo denotam que a percepção de não ditos nos clientes, independentemente do conteúdo ou da sintonia do não dito, era significativamente superior nos terapeutas do grupo Smc, contrariando a ideia de que a terapia é mais eficaz quando os terapeutas têm consciência das reações dos clientes (Hill & O'Grady, 1985).

A dificuldade do terapeuta responder a reações negativas do cliente pode explicar alguns destes resultados em que a consciência dos terapeutas parece relacionar-se de forma negativa com o processo, sendo que os terapeutas podem ter dificuldades em responder a reações negativas porque ficam ansiosos e não têm competências para responderem adequadamente à negatividade. A este mesmo respeito Kelly (1989) considera que a ineficácia nestas situações pode resultar do facto da acção do terapeuta visar diminuir a ansiedade pessoal e não as necessidades do cliente. O argumento de que

AUTO-REVELAÇÃO E OCULTAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

terapeutas treinados para ajudar deveriam ser capazes de oferecer *feedback* útil mesmo quando ansiosos, não parece aplicar-se. Neste caso, talvez o problema do desconforto dos terapeutas surja associado à falta de treino para lidar com emoções negativas, designadamente o sentimento de que não estão a ser eficazes.

D. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE NOVOS TRABALHOS

O presente estudo, pela complexidade do fenómeno que nos propusemos abordar e pelas dificuldades metodológicas com que nos confrontamos, apresenta um conjunto de limitações que podem ter afectado os resultados e sobre os quais consideramos importante reflectir.

Em primeiro lugar gostaríamos de apontar as limitações inerentes ao processo de recolha dos dados, que no caso deste trabalho consistem em relatos retrospectivos dos participantes acerca dos acontecimentos de ocultação ocorridos durante as sessões terapêuticas. Deste modo a principal dificuldade surge associada à variabilidade pessoal na capacidade de recordar experiências internas (Nisbett & Wilson, 1977), que pode ter influenciado os relatos dos participantes e conseqüentemente os resultados deste trabalho. A este respeito, consideramos que o uso da técnica do Processo de Recordação Interpessoal (*Interpersonal Process Recall*) (Kagan, 1975, *cit. in* Elliott, 1986) mitigaria parcialmente este risco, no entanto, como explicamos anteriormente, não nos foi possível aplicar este procedimento. Assim, e para tentar minimizar este impacto, tomamos algumas medidas, tais como integrar no guião de entrevista algumas questões iniciais acerca dos objectivos e temas das sessões para activar a memória acerca da sessão e assim possibilitar a contextualização episódica da recordação dos participantes acerca dos não ditos, bem como o cuidado com o tempo decorrido entre as sessões e as entrevistas.

Ainda em relação à validade dos relatos dos participantes, temos de considerar a objecção mais frequentemente suscitada pelo tema da ocultação no contexto terapêutico, que se prende com a dúvida em relação à honestidade dos participantes durante a entrevista, e em particular dos clientes, pois, se estes não foram reveladores com os terapeutas, como podemos cogitar que conosco agiram de forma diferente. A este respeito cremos, tal como sugere Geller (2003), que os clientes podem sentir menor vulnerabilidade no contexto de investigação, pelo facto de se tratar de uma relação menos íntima, que facilita, por exemplo, o assumir de reacções negativas. Igualmente, o facto de termos um conjunto vasto de dados demonstra que os participantes conseguiram ser “reveladores” durante a entrevista de investigação sobre o que ocultaram nas sessões, ainda que não nos seja possível determinar até que ponto. Aliás, aqui surge a dificuldade inversa a que também já aludimos que se prende com a possibilidade do procedimento de investigação ter suscitado mais acontecimentos do que os ocorreram na realidade (Schwarz, 1999), tanto mais em virtude do carácter inusual e complexo do tema. Perante estas limitações, que assumem inclusive um carácter paradoxal, consideramos que a adopção de uma medida escrita de auto-relato (e.g., Regan & Hill, 1992), além de não assegurar a eliminação destes riscos, acarretava a desvantagem de limitar a profundidade e complexidade dos dados. Assim, reconhecendo que estes relatos não correspondem a retratos da verdade dos factos, mas à representação dos participantes dos acontecimentos significativos, consideramos preferível adoptar o procedimento descrito neste trabalho.

Em termos da constituição da amostra do estudo, o facto de pretendermos conduzir este trabalho junto de díades de terapeutas e clientes

em contexto real de psicoterapia, em diferentes momentos do processo terapêutico aumentou o nível de dificuldades na selecção e na garantia da participação dos participantes, em relação ao que teria acontecido se, tal como muitos dos trabalhos prévios na área, optássemos por privilegiar a experiência de um dos participantes (e.g., Hall & Farber, 2001; Regan & Hill, 1992; Thompson & Hill, 1991; Lane, Farber & Gelso, 2001) ou usar apenas um único momento do processo terapêutico (e.g., Kelly, 1998; Regan & Hill, 1992). Assim, alguns dos terapeutas abordados recusaram participar, uns por motivos pessoais, outros justificando não querer envolver os clientes neste processo. Este facto, para além de dificultar a nossa recolha de dados, levamos também a considerar a possibilidade de existirem desde logo diferenças entre os terapeutas que aceitaram e os que recusaram participar neste estudo, e de algum modo que esta diferença se tenha reflectido nos resultados deste estudo.

Esta dificuldade contribuiu para outras das limitações deste trabalho, designadamente o facto de não termos seguido o procedimento de recolha dos terapeutas a que nos tínhamos proposto inicialmente, a “selecção com diversidade” (Polkinghorne, 2005), atendendo ao nível de experiência e à formação teórica dos terapeutas. Esta limitação impossibilitou-nos de examinar o impacto deste tipo de variáveis na ocultação. No entanto, dada a relevância que este fenómeno pode ter na formação e treino de psicoterapeutas, consideramos que seria interessante prosseguir com esse intento em trabalhos posteriores sobre o tema.

Em relação aos clientes, cuja selecção ficou unicamente ao encargo dos terapeutas, tal significa que estes ficaram com a incumbência de decidir quem

de entre os vários clientes abordar, certamente usando os seus critérios subjectivos, para além dos recomendados por nós. Podemos considerar que estes analisaram o possível interesse do cliente em participar neste tipo de projecto, que implicava um investimento significativo de tempo da parte dos clientes, e, obviamente, se a participação não seria de algum modo prejudicial para o cliente ou para o processo terapêutico. Assim, e atendendo a que não monitorizamos este processo, permanece o risco dos terapeutas escolherem clientes com quem tenham desde cedo estabelecido uma melhor relação. No entanto, se em algum dos casos este critério presidiu à escolha, isso não se parece ter reflectido nos resultados uma vez que os clientes apresentaram uma multiplicidade de experiências em relação à experiência no encontro terapêutico, sendo inclusive que a maioria desses acontecimentos eram de carácter negativo.

Um outro ponto relacionado com a selecção do grupo de participantes clientes prende-se com o género das participantes – todas do género feminino. Esta limitação tem no nosso entender uma primeira justificação no facto do número de mulheres que procuram ajuda psicológica ser superior ao dos homens. Todavia, e uma vez que não dispomos de dados quanto ao número e género de clientes a quem os terapeutas fizeram a proposta de colaboração neste estudo, não sabemos se houve maior abertura por parte das mulheres em relação aos clientes homens em relação a esta experiência. Em termos empíricos não existe uma determinação consensual sobre esta variável, pois contrariamente à indicação de maior facilidade de auto-revelação das mulheres (Jourard & Lasakow, 1958; 1971; cf. Dindia & Allen, 1992), os poucos estudos que analisaram a auto-revelação no contexto terapêutico não

encontraram diferenças significativas de auto-revelação, quer em termos da frequência, quer da dificuldade em discutir temas específicos (Hall & Farber, 2001). Em relação ao fenómeno de ocultação, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe qualquer indicação sobre esta variável. Por todos estes motivos, consideramos que seria interessante ter a possibilidade de analisar o impacto desta variável conduzindo este estudo com uma amostra de homens clientes.

Uma outra limitação deste trabalho prende-se com a selecção das medidas de mudança, sendo que apesar dos nossos esforços para respeitar os princípios metodológicos para garantir a validade do estudo no que concerne aos resultados terapêuticos (cf. Beutler & Hill, 1992), e da clareza dos critérios adoptados, o uso destes num fenómeno tão complexo quanto a mudança terapêutica pode ser considerado algo ambíguo e arbitrário, pois não temos como garantir que os clientes tenham obtido as mudanças que desejavam ou não. Em relação a este aspecto, importa clarificar que o uso destes critérios foi estabelecido para procedermos a algumas análises exploratórias do impacto dos não ditos no processo terapêutico, sem com isto pretendermos estabelecer qualquer relação de causalidade.

Ainda, em relação ao estudo qualitativo teria sido importante proceder a um estudo de validação convergente da sua categorização, criando um sistema de codificação de não ditos, que seria replicado com diádes com as mesmas características, procurando assim analisar a plausibilidade e utilidade destas categorizações.

Por outro lado, em relação à análise comparativa dos grupos, consideramos que estas seriam beneficiadas por um aumento da amostra que

nos possibilitasse um maior grau de confiança nas análises efectuadas, sendo que este aumento seria igualmente importante para procedermos à análise temporal do desenvolvimento dos não ditos nos diferentes momentos do processo terapêutico.

Por último, a análise de perfis dos casos Cmc e Smc beneficiaria de um estudo mais aprofundado, com recurso à gravação das sessões, o que nos permitira o estudo momento a momento da sessão terapêutica, por referência aos não ditos, analisando assim a sequência deste fenómeno assim como as interacções, tal como pretendíamos e que não conseguimos na totalidade realizar.

E. CONCLUSÃO GERAL

O nosso interesse pelo estudo do fenômeno de ocultação no processo terapêutico surgiu com a realização de um estudo exploratório sobre o processo de mudança associado a acontecimentos negativos na sessão, em que a ocultação mostrou assumir um papel de relevo tanto na experiência de terapeutas como de clientes. Este resultado, paralelamente ao interesse decorrente da nossa própria experiência profissional enquanto terapeutas, levou-nos a querer conhecer melhor este tema, assim como as suas implicações no domínio da psicoterapia. A revisão da literatura teórica realizada sobre o tema, retratando a mudança na concepção dos fenômenos de ocultação e de auto-revelação ao longo das últimas décadas, conjuntamente com a escassez de investigações sobre o domínio da ocultação, em particular sobre o terapeuta, aumentou a nossa curiosidade, evidenciando também a pertinência de desenvolver mais trabalhos investigações sobre o mesmo.

Assim, neste trabalho de investigação, mediante a utilização de uma metodologia qualitativa exploratória, procurámos analisar a experiência de ocultação de terapeutas e clientes no processo terapêutico, com intuito de contribuir para o conhecimento acerca deste fenômeno, quer em relação ao significado do mesmo, como do impacto deste ao nível da relação e do resultado do processo terapêutico. Na nossa opinião, a melhor compreensão acerca da ocultação em psicoterapia é fundamental para que, enquanto terapeutas, possamos tomar decisões fundamentadas acerca destas práticas com os nossos clientes.

O carácter exploratório do *design* de investigação adoptado, assim como da categorização desenvolvida no âmbito deste trabalho, impedem-nos de extrair ilações absolutas sobre este fenómeno. Todavia, permitem-nos desenvolver um conjunto de leituras, também exploratórias, que considerámos de relevo tanto para o domínio empírico como para a prática clínica.

Desde logo, uma das principais conclusões que retiramos deste trabalho é de que a ocorrência do fenómeno de ocultação no processo terapêutico, é frequente, tanto na experiência de terapeutas como de clientes, o que por si só nos parece justificar o interesse e a necessidade de mais trabalhos empíricos e teóricos sobre este tema. A este respeito, e não obstante as diferenças de papéis no encontro terapêutico, este resultado, conjuntamente como os pontos em comuns que identificamos em termos dos conteúdos e objectivos dos não ditos, parece ilustrar a mutualidade que caracteriza o contexto da psicoterapia.

Em segundo lugar, partindo dos nossos resultados, podemos afirmar que este fenómeno se apresenta como diverso, na medida em que terapeutas e clientes relatam uma multiplicidade de conteúdos e funções. Em síntese, os participantes no processo terapêutico ocultam mutuamente conteúdos negativos, positivos e neutros. Os dois primeiros domínios parecem mais comuns da experiência de ocultação dos terapeutas, reflectindo conteúdos referentes às dificuldades percebidas nos clientes, preocupações ao nível do trabalho terapêutico ou sobre a experiência emocional negativa do próprio, e, no último domínio, avaliações acerca de competências ou características positivas dos clientes. Nos clientes, além da ocultação de conteúdos negativos, tais como ruminções, preocupações ou dificuldades com aspectos

processuais, assume também relevo a ocultação de conteúdos neutros relativos a histórias difíceis ou dificuldades relacionais. Em relação às motivações para recorrerem à ocultação, ambos os grupos de participantes parecem ocultar por motivos caracterizados como *Reflexivos* e *Estratégicos*. A este respeito, colocamos como hipótese a possibilidade do primeiro domínio de motivações, mais característico dos terapeutas, representar uma fase preliminar de um contínuo do processo interno de auto-consciência e auto-reflexão sobre os acontecimentos da sessão através da qual, e mediante um conjunto de apreciações, os terapeutas constroem as relações causais ditas *Estratégicas*.

Quando procuramos aprofundar o significado deste fenómeno em relação à participação dos clientes em psicoterapia, mesmo considerando as objecções que discutimos quanto às especificidades e limitações da metodologia utilizada, o facto permanece que a ocultação em psicoterapia parece ocorrer num número significativo de terapeutas e clientes, o que coloca um grande desafio em relação à prática e formação dos terapeutas.

Em relação aos clientes, mesmo abandonando o pressuposto idealista acerca da total abertura, como incentivado nos modelos tradicionais dinâmicos (cf. Farber, 2006) ou como esperado nos modelos cognitivo-mediacionais (Hill & O'Grady, 1985; Stiles, 1995), assumindo uma postura mais construtivista de respeito pelas histórias e posições dos clientes (Anderson & Goolishian, 1992), o que devemos esperar a este nível dos clientes em psicoterapia e como nos devemos posicionar em relação à ocultação por parte destes?

O desafio em relação à ocultação do terapeuta não é menor. Pondo igualmente de lado a questão da opacidade do terapeuta proposta pelos modelos psicodinâmicos tradicionais, que recordamos de modo implícito acabou por influenciar aspectos da postura do terapeuta em diversas abordagens, o tema da auto-revelação do terapeuta continua a ser alvo de debate e controvérsia. Não obstante, de um modo geral podemos apontar que a tendência recente no domínio teórico e empírico será contrária à ocultação, que tende a ser considerada como uma forma de manter e reforçar o diferencial de poder na relação terapêutica ou a um nível mais pragmático de contribuir para a criação de dificuldades no trabalho e relação terapêutica. No entanto, e também reconhecendo que uma relação de total igualdade entre terapeuta e cliente na relação terapêutica constitui uma impossibilidade, como conciliar estas posições aparentemente divergentes?

A atitude de abertura ao fenómeno durante a realização deste trabalho, colocou-nos o desafio de tentar compreender o que os conteúdos e as motivações subjacentes à ocultação nos dizem da natureza deste fenómeno e da sua relação com a experiência e participação de terapeutas e clientes no processo terapêutico. Obviamente, o nosso objectivo não passa pela definição *a priori* de uma posição favorável ou desfavorável, tanto acerca da ocultação como da auto-revelação no processo terapêutico. No entanto, esperamos através deste trabalho contribuir para o debate sobre os fenómenos de ocultação e auto-revelação em psicoterapia, com a construção de algumas hipóteses exploratórias acerca da natureza dos não ditos, do seu significado

para a compreensão da relação e do trabalho terapêutico, e finalmente, da possível relação com o resultado do processo.

Assim sendo, em relação à ocultação dos terapeutas estipulamos duas hipóteses quanto à natureza deste fenómeno no âmbito do trabalho terapêutico. A primeira destas hipóteses, baseia-se precisamente no reconhecimento de que os papéis de terapeuta e cliente no processo terapêutico são diferentes, uma vez que mesmo nos modelos que preconizam um papel de maior proactividade dos terapeutas, tal como parece acontecer nos modelos feministas e em alguns autores dos modelos narrativos, caberá ao terapeuta a responsabilidade de “ajudar”. Assim sendo, e em relação a esta primeira hipótese, compreendemos a ocultação como uma das componentes do trabalho terapêutico, utilizada pelo terapeuta a diversos níveis. Considerando os não ditos como fragmentos do discurso interno do terapeuta durante o encontro terapêutico ou da metacomunicação que vai desenvolvendo sobre o que acontece na sessão, os conteúdos dos não ditos sugerem que os terapeutas usam a ocultação como uma ferramenta conceptual, útil para organizar e direccionar as suas actividades de avaliação e intervenção, bem como para analisar e definir o seu papel na relação terapêutica.

No entanto, perante a recorrência, desconforto e dúvidas reflectidos nos conteúdos e funções dos não ditos dos terapeutas somos levados a considerar uma segunda hipótese acerca da natureza destes não ditos, que se prende com a possibilidade do terapeuta ter dificuldades em adoptar uma postura mais auto-reveladora. Aqui podemos ter dois cenários diferentes, a ocultação decorre da sobrecarga de dificuldades ou evidencia uma postura mais

tradicional da concepção do papel do terapeuta a quem cabe a responsabilidade e o poder de conduzir o trabalho terapêutico (e.g., efectuar diagnósticos; definir, implementar e avaliar as técnicas terapêuticas), e de manter as fronteiras adequadas na relação terapêutica, para o que importa ocultar informação de cariz pessoal ou acerca da experiência no processo, mesmo quando essa informação é de cariz positivo. Respeitando a necessidade de acerca da adequação destas práticas ponderar caso a caso a adequação da auto-revelação ou da ocultação do terapeuta, baseamos esta hipótese em algumas das motivações encontradas que parecem ilustrar as dúvidas e vulnerabilidades dos terapeutas quanto à avaliação do seu desempenho profissional, bem como a relutância destes em assumir dúvidas e dificuldades perante os clientes. Assim a ocultação parece ser utilizada como uma estratégia de protecção do papel profissional ou pessoal, que não obstante permita controlar as dificuldades e vulnerabilidades sentidas, que poderiam ser agravados pela eventual auto-revelação intencional (Bridges, 2001; Guy, Poelstra & Stark, 1989), por outro lado, pode ter como consequência um menor envolvimento na sessão, pondo em causa a capacidade de estabelecerem uma relação de proximidade e mutualidade com os clientes.

Em relação ao fenómeno de ocultação por parte dos clientes, exploramos também algumas possibilidades, sendo a primeira que a ocorrência deste fenómeno corresponde à adopção por parte do cliente de um papel de agência no processo pessoal de mudança (Bohart & Tallman, 1999), ao invés da aceitação de um papel mais tradicional de passividade e de entregar a responsabilidade do processo terapêutico ao terapeuta. Esta ideia

afasta a conceptualização da ocultação dos clientes enquanto forma de evitamento da intimidade ou trabalho terapêutico, chamando a atenção para a importância de respeitar a posição e competências dos clientes, inclusive para decidirem o que é importante ou não contar em psicoterapia.

De certo modo, esta hipótese sugere uma leitura alternativa à tradicional do fenómeno de ocultação dos clientes, que é assim compreendido como uma competência ao invés de uma lacuna. Em todo o caso, a maior sustentação para esta leitura decorre dos nossos resultados que demonstram que a ocultação ocorre com maior frequência nos clientes do grupo Cmc, com motivação predominantemente estratégica, sugerindo que os não ditos ao invés de funcionarem como estratégias de evitamento ou resistência, parecem indicar um maior envolvimento destes clientes. Adicionalmente, podemos ponderar se este maior envolvimento decorre do facto dos clientes à partida terem mais competências, como também pode ser decorrente do nível de desafio e de estimulação criados pelo trabalho terapêutico.

Apesar do carácter exploratório desta leitura, parece-nos importante interpretar estes resultados como um sinal de que no trabalho com os clientes, não devemos assumir como premissa absoluta a necessidade de total auto-revelação dos clientes. Obviamente, que com este argumento não estamos a defender o encorajamento da ocultação dos clientes por parte dos terapeutas, apenas pretendemos destacar a importância dos terapeutas procurarem compreender e respeitar a definição e expectativas dos clientes do que será uma relação útil e de envolvimento, designadamente a sua “zona de conforto em relação à auto-revelação, e usá-las na criação de uma relação de co-colaboração.

Ainda acerca dos clientes, a segunda hipótese, tal como em relação ao terapeuta, prende-se com a leitura de que a ocultação traduz a experiência de dificuldades significativas no processo terapêutico e a dificuldade de partilhar estes conteúdos com o terapeuta, devido talvez ao desconforto ou ao desequilíbrio na relação terapêutica.

Esta divergência de leituras sobre o fenómeno de ocultação, e por consequência acerca da auto-revelação, parece chamar a atenção para o facto da participação em psicoterapia não ter um carácter inócuo, neste caso, não só em relação ao cliente, mas também em relação à participação do próprio terapeuta. Do mesmo modo esta antinomia subjacente às hipóteses discutidas anteriormente, reflecte a ambivalência e controvérsia actual sobre estes fenómenos no domínio da psicoterapia. Assim temos, por um lado, duas hipóteses acerca dos não ditos para clientes e terapeutas que parecem sustentar a noção da ocultação como um dos ingredientes naturais do processo terapêutico, sendo utilizada por ambos, ainda que com funções distintas, para mediar as dinâmicas relacionais ou terapêuticas do processo. De igual modo, estas ideias parecem favoráveis à ocultação de terapeutas e clientes enquanto uma das ferramentas utilizadas por cada um dos participantes para desempenhar com sucesso o seu papel.

Por outro lado temos outras duas hipóteses em que a ocultação representa um nível acrescido de dificuldades processuais ou emocionais, tanto de terapeutas como de clientes, com potencial de aumentar ainda mais essas dificuldades.

Para tentar compreender este paradoxo e reflectir o que os nossos resultados nos sugerem, julgamos fundamental ter presente a noção de que a interacção entre o terapeuta e o cliente não é estática (Heppner & Claiborn, 1989), reconhecendo que os mesmos acontecimentos em momentos diferentes poderão ter significados diferentes, assim influenciando diferenciadamente o impacto dos mesmos no processo terapêutico. Os nossos resultados ao nível da contrastação dos grupos e casos com diferenças ao nível do resultado terapêutico, dá-nos algumas pistas acerca das quais consideramos pertinente reflectir.

Assim, em relação aos clientes, a ocultação numa fase inicial do processo, pode ser indicadora de que estes clientes têm uma voz acerca do que se passa no processo terapêutico, ainda que nem sempre saibam quando ou como a utilizar. De igual modo, poderá ser indicativa do envolvimento dos clientes no processo terapêutico, que assumem um papel activo no trabalho terapêutico, trabalhando alguns dos conteúdos ocultados autonomamente. O mesmo não se aplicará a igual frequência de ocultação em fases avançadas do processo, em que será mais provável traduzir o descontentamento dos clientes com eventuais dificuldades na evolução do processo ou da relação terapêutica. Do mesmo modo, a ausência de não ditos no início do processo, podendo ilustrar o estabelecimento de uma boa relação terapêutica ou que o cliente adoptou o papel esperado de auto-revelação, pode também ser sinal de menor envolvimento, ou de uma voz mais passiva no processo terapêutico.

Em relação ao terapeuta a ocultação de diversos conteúdos na fase inicial, podendo reflectir meramente a diferença de papéis e a natureza do seu trabalho, em fases mais avançadas, poderá representar as dificuldades

sentidas, tais como dúvidas quanto à acção a seguir ou da própria competência, ou ainda um conjunto de emoções negativas que podem condicionar ainda mais o desempenho destes na relação e no processo terapêutico. Ainda no que respeita à experiência de ocultação dos terapeutas, a motivação dos não ditos pode sugerir um foco acentuado dos terapeutas na própria experiência, em particular ao nível das dúvidas e dificuldades sentidas em relação ao trabalho ou ao papel. Não pretendemos com isto contestar a ocorrência deste tipo de questionamento, natural na experiência dos terapeutas, mas chamar a atenção para a importância do nível que atinge e do impacto consequente no desempenho e na relação terapêutica (Riault & Gazzola, 2005). Ou seja, as dificuldades dos terapeutas em lidar ou aceitar as suas dúvidas podem potenciar sentimentos de angústia, e ao longo deste processo favorecer uma crescente de ocultação. Aqui importa também reflectir acerca das motivações que sugerem preocupações e cuidados com a protecção da imagem, que nos levaram a sugerir uma postura mais monológica do terapeuta no processo terapêutico (Gonçalves & Guilfoyle, 2006), sugerindo a dificuldade do terapeuta em se focar noutros aspectos para além do próprio.

Em suma, em relação à ocultação parece-nos que para avaliar a natureza e o impacto do fenómeno é fundamental atender ao significado que nos comunicam as motivações subjacentes. Sendo uma competência ou ferramenta útil para lidar com as tarefas do processo, com as dúvidas naturais, quando o terapeuta ao invés da mutualidade que deveria marcar a relação passa a centrar a ocultação no próprio, reflexo de dificuldades técnicas ou pessoais, certamente assumirá um carácter diverso. Portanto, acerca da ocultação do terapeuta, tal como em relação às diversas ferramentas de que

este pode dispor para promover o processo de mudança, o que está em causa é também a competência do terapeuta no juízo adequado quanto à utilização desta técnica, que como refere Lambert (1989) é mais importante do que a técnica em si. Ainda acerca deste conjunto de resultados, parece-nos que ilustram claramente o carácter intencional e não meramente espontâneo intrínseco ao trabalho e processo terapêutico, que neste caso se aplica não apenas ao que é dito, mas também ao não dito por parte de terapeutas e clientes neste encontro.

Para finalizarmos esta conclusão, tendo assumido num primeiro momento que o nosso interesse neste fenómeno decorreu também da nossa experiência pessoal como terapeutas, e reconhecendo a importância da articulação entre a investigação e a prática clínica para o avanço do conhecimento em ambos os domínios, interessa reflectir sobre as eventuais implicações deste trabalho para a prática clínica e para a formação e supervisão.

Assim, em relação à prática clínica este conjunto de resultados chama a atenção para o risco de assumirmos a auto-revelação do cliente como um dado adquirido no processo terapêutico e a ocultação como algo exclusivamente negativo. Os nossos resultados sugerem que diferentes perfis de ocultação em termos de frequência, ocorrência temporal, motivações e conteúdos podem estar associados a diferentes desfechos do processo terapêutico. Acerca da experiência dos terapeutas, os nossos resultados sugerem que, por diversos factores, esta prática pode significar mais que a mera natureza do trabalho terapêutico. Designadamente, as dificuldades sentidas pelo terapeuta podem

criar um ciclo vicioso em que este oculta quando se sente vulnerável e para evitar um aumento destas emoções, centra-se ainda mais em si próprio, afastando-se assim do cliente, criando assim oportunidades para a ocorrência de novas dificuldades no processo e na relação. Assim, uma maior atenção e conhecimento acerca deste fenómeno pode ser útil para explorar momentos de dificuldades sentidos pelos terapeutas.

Por sua vez os resultados deste trabalho que sugerem uma associação entre um foco excessivo ou único das motivações do terapeuta para a ocultação centradas na experiência e perspectiva do próprio, sustentam a importância deste fenómeno ser também explorado no âmbito da formação e supervisão dos terapeutas. Como temos repetido ao longo deste trabalho, o interesse empírico sobre este fenómeno é recente, e as referências ao nível das diferentes abordagens são na maioria das vezes pouco explícitas. O desenvolvimento do conhecimento sobre este fenómeno, em termos empíricos e conceptuais, pode ajudar os terapeutas a compreenderem e a lidarem melhor com a sua experiência interna no encontro terapêutico, aprendendo a respeitar o seu carácter dialógico e a perceber que não é só o que dizem que é importante, mas também o que não dizem. Adicionalmente, dada a complexidade dos fenómenos de auto-revelação e ocultação no processo terapêutico, será uma tarefa impossível estabelecer princípios absolutos acerca destas práticas, pelo que resta aos terapeutas desenvolverem o conhecimento e reflexão sobre estes fenómenos, de modo a facilitar própria experiência e talvez a expandir a zona de conforto em relação a auto-revelações intencionais.

Ainda acerca da ocultação do terapeuta recordamos a posição de Fosha (2004) de que a ocultação de pensamentos e sentimentos pode ser frustrante para terapeutas e clientes. No caso dos clientes, estes são privados de um *feedback* natural, bem como de um exemplo que poderia facilitar a expressão de sentimentos negativos em relação ao terapeuta ou ao processo, contribuindo para a sua resolução (Safran & Muran, 2000). Do mesmo modo, recordamos o papel da auto-revelação do terapeuta para contrariar o desequilíbrio inerente ao contexto da relação terapêutica, e que está bem patente na ocultação dos clientes. Atendendo a este mesmo princípio, recordamos que caberá sempre ao cliente decidir o que é importante ou não contar em psicoterapia. A sintonia entre cliente e terapeuta decorrerá não tanto do conhecimento do terapeuta de todos os aspectos da vida do cliente, mas do respeito pela perspectiva deste, uma vez que como referimos anteriormente, no contexto da psicoterapia mais do que a descoberta de verdades ocultas (Fruggeri, 1992) importa criar um espaço conversacional em que os parceiros constroem reciprocamente os seus papéis e os seus significados (Andersen & Goolishian, 1992).

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting on the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.
- Adler, R. B. & Towne, N. (1999). *Looking out/looking in: Interpersonal communication (9th ed.)*, San Francisco: Harcourt Brace.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anchor, K. N., & Sandler, H. M. (1973). Psychotherapy sabotage and avoidance of self-disclosure. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 485-486.
- Andersen, T. (1992) Reflections on Reflecting with Families. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Anderson, A. & Goolishian, H. (1992). The Client is the Expert: A Not- knowing Approach to Therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Anderson, S. & Mandell, D. (1989). The use of self-disclosure by professional social workers. *Social Casework*, 259-267.
- Antaki, C., Barnes, R. & Leudar, I. (2005). Self-disclosure as a situated interactional practice. *British Journal of Social Psychology*, 44, 181-199.

- Archer, R. L., Hormuth, S. E. & Berg, J. H. (1982). Avoidance of self-disclosure: An experiment under conditions of self-awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 122-128.
- Arkin, R. M. & Hermann, A. D. (2000). *Constructing desirable identities—Self-presentation in psychotherapy and daily life: Comment on Kelly (2000)*. *Psychological Bulletin*, 126, 501-504.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Audet, C. & Everall, R. D. (2003). Counsellor self-disclosure: Client-informed implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3, 3, 223-231.
- Bachelor, A. (1995). Client's perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bakhtin, M. M. (1986/ 1999). *Speeches genres and other late essays*. (7th ed.). Austin: University of Texas Press (Originally published in English in 1986).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1986). Counselor verbal response modes and experienced empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 3-10.
- Barnett, P. W. & Sharp S. (1973). *Self-Disclosing Communication*. *Journal of Communication*, 23, 4, 409-425.
- Barrett, M. S. & Berman, J. S. (2001). Is Psychotherapy More Effective When Therapists Disclose Information About Themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, 4, 597-603.

- Basescu, S. (1990). Tools of the trade: The use of self in psychotherapy. *Group*, 14, 157-165.
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basics.
- Beck, A. T, Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Berg-Cross, L. (1984). Therapist self-disclosure to clients in psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 2, 57-64.
- Beutler, L. E. & Hill, C. E. (1992). Process and outcome research in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse: Methodological issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 204-212.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., Engle, D. & Mohr, D. (1993). Differential Patient x Treatment Maintenance Among Cognitive, Experiential, and Self – Directed Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 1, 15-31.
- Beutler, L. E. & Mitchell, R. (1981). Psychotherapy outcome in depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry*, 44, 297-306.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H (2002). Resistance. In J. C. Norcross. (Eds.), *Psychotherapeutic Relationships that work – Therapists contributions and responsiveness to patients*. University Press: Oxford.
- Bohart, A. C., Elliott, R. Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions*

- and responsiveness to patients* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Bok, S. (1989). *Secrets: On the ethics of Concealment and Revelation*. New York: Vintage Books.
- Bootzin, R. R. (1997). Examining the theory and clinical utility of writing about emotional experiences. *Psychological Science*, 8, 167-169.
- Bordin, E. S. (1980). A psychodynamic view of counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 9(1), 62-70.
- Borkovec, D., Roemer, L. & Kinyon, J. (1995). Disclosure and Worry: Opposite Sides of the Emotional Processing Coin. In L. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington: A.P.A.
- Borys, D. S. & Pope, K. S. (1990). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283-293.
- Braswell, L., Kendall, P. C., Braith, J., Carey, M. P. & Vye, C. S. (1985). "Involvement" in cognitive-behavioral therapy with children: Process and its relationship to outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 611-630.
- Breuer, & Freud, S. (1966). *Studies on hysteria*. New York: Avon. (Original work published 1895)
- Bridges, N. A. (2001). Therapist self-disclosure: Expanding the comfort zone. *Psychotherapy*, 38, 21-30.
- Brocki, J. A. & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health*, 21, 1, 87–108.

- Bromberg, P. (1994). "Speak! That I may see you": Some reflections on dissociation, reality and psychoanalytic listening. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 517-547.
- Brown, L. S. (1990). Taking account of gender in the clinical assessment interview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 12-17.
- Brown, P. & Levinson, S. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Brown, L. S. & Walker, L. E. (1990). Feminist therapy perspectives on self-disclosure. In G. Striecker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 135-154). New York: Plenum Press.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive sciences: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Bugental, J. F. T. & McBeath, B. (1995). Existential therapy: Evolution since World War II. In B. Bongar & L. E. Beutler. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 111-122) New York: Oxford University Press.
- Burman, E. & Parker, I. (Eds). (1993) *Discourse Analytic Research: Repertoires and Readings of Texts in Action*. New York: Routledge.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Caplan, P. J. (1984). The myth of women's masochism. *American Psychologist*, 39, 130-139.
- Cecchin, G. (1992). Constructing Therapeutic Possibilities. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.

- Cepeda, L. M. & Davenport, D. S. (2006). Person-Centered Therapy and Solution-Focused Brief Therapy: An Integration of Present and Future Awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 1, 1-12.
- Chaplin, J. (1988). *Feminist counseling in action*. London: Sage.
- Chappman, E. & Smith, J. A. (2002). Interpretative Phenomenological Analysis and the New Genetics. *Journal of Health Psychology*, 7, 2, 125-130.
- Chevalier, A. J. (1995). *On the client's path: A manual for the practice of solution-focused therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Chiari, G., Nuzzo, M. L. (2006). Exploring the Sphere of Between: The Adoption of a Framework of Complementarity and its Implications for a Constructivist Psychotherapy. *Theory & Psychology*, 16, 2, 257-275.
- Claiborn, C. D. (1982). Interpretation and change in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 439-453.
- Coady, N. F. & Marziali, E. (1994). The Association between Global and Specific Measures of the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 31, 1, 17-29.
- Coates, D. & Winston, T. (1987). The dilemma of stress disclosure. In V. J. Derlega & J. H. Berg (Eds.). *Self-disclosure: Theory, research, and therapy* (pp. 229-255). New York: Plenum Press.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A. S. Gurman & D. Kniskern. (Eds.) *Handbook of family therapy, Vol. II*. New York: Brunner/Mazel.
- Collins, N. L. & Miller, L. C. (1994). Self-Disclosure and Liking: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 116, 3, 457-475.
- Cosgrove, L. A. (2000). Crying Out Loud: Understanding Women's Emotional Distress as both Lived Experience and Social Construction. *Feminism & Psychology*, 10, 2, 247-267.

- Costin, C. & Johnson, C. L. (2002). Been there, done that: Clinician's use of personal use of personal recovery in the treatment of eating disorders. *Eating disorders*, 10, 293-303.
- Crowne, C. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Curtis, R., Field, C., Knaan-Kostman, I. & Mannix, K. (2004). What 75 psychoanalyst found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 183-202.
- Dallos, R. & Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Open University Press: England.
- Davis, J. D., Elliott, R., Davis, M. L., Binns, M., Francis, V. M. & Kelman, J. E. (1987). Development of a taxonomy of therapist difficulties: initial report. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 109-119.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual, (3rd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. & Spencer, M. S. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-1*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Derrida, J. (1981). *Dissemination*. Chicago: University of Chicago Press.
- Devaris, J. (1994). The Dynamics of Power in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 3, 4, 588-593.
- Dindia, K. & Allen, M. (1992). Sex Differences in Self-Disclosure A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 106-124.

- Dixon, L., Adler, D., Braun, D., Dulit, R., Goldman, B. & Siris, S. (2001). Reexamination of therapist self-disclosure. *Psychiatric Services*, 52, 1489-1493.
- Drewery, W. (2005). Why We Should Watch What We Say: Position Calls, Everyday Speech and the Production of Relational Subjectivity. *Theory & Psychology*, 15, 3, 305-324.
- Dryden, W. (1990). Self-disclosure in rational emotive therapy. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 61-74). New York: Plenum Press.
- Edwards, C. E. & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counselling process. *Journal of Counseling and Development*, 72, 384-389.
- Ellenberger, H. F. (1970). The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. New York. Basic Books.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counselling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-322.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process recall (IPR) as a Psychotherapy Process Research Method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In A. E. Bergin & S. S. Garfield. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th Edition)*. (pp. 493-539). New York: John Wiley & Sons.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.

- Elliott, R., Mack, C. & Shapiro, D. (1987). Primary response modes: a comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-233.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything—yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1991). The revised ABCs of rational-emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 139-192.
- Ellis, A. (1999). Why Rational-Emotive Therapy to Rational Emotive Behavior Therapy? *Psychotherapy*, 36, 2, 15-159.
- Enns, C. Z. (1992). Toward Integrating Feminist Psychotherapy and Feminist Philosophy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 6, 453-466.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Epston, D. (1993). Internalized other questioning with couples: The New Zealand version. In S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp. 183-189). New York: Norton.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 589-600.
- Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Farber, B. A., Berano, K. C. & Capobianco, J. A. (2004). Client's Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 51, 3, 340-346.

- Farber, B. A., Berano, K. C. & Capobianco, J. A. (2006). A temporal model of patient disclosure in therapy. *Psychotherapy Research*, 16, 4, 463-469.
- Farber, B. A. & Hall, D. (2002). Disclosure to Therapists: What Is and Is Not Discussed in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 4, 359-370.
- Farber, B. A. & Kim, S., (2004). Patient Disclosure and Treatment Outcome: The Relationship of Patient Disclosure to Psychotherapy Outcome. *Paper presented at the annual meeting of the North American Society for Psychotherapy Research, Springdale, Utah.*
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross. (Eds.), *Psychotherapeutic Relationships that work – Therapists contributions and responsiveness to patients*. University Press: Oxford.
- Farber, B. A. & Sohn, A. (1997). Patient disclosure and denial: A delicate balance. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago.*
- Ferenczi, S. (1926). *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. Honolulu: Hogarth Press.
- Fernandes, E. (2001). *Encontro de Narrativas Terapêuticas: Estudo das Memórias do Terapeuta Activadas Durante o Processo de Recordação do Cliente*. Braga: CEEP-UM.
- Fine, M. & Gordon, S. M. (1989). Feminist transformations of/despite psychology. In M. Crawford & M. Gentry (Eds.), *Gender and thought: Psychological perspectives* (pp. 146-175). New York: Springer-Verlag.
- Fish, J. M. (1996). Prevention, solution-focused therapy, and the illusion of mental disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 37-40.

- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Changes in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675-690.
- Fodor, I. G. (1987). Moving beyond cognitive-behavioral therapy: Integrating Gestalt therapy to facilitate personal and interpersonal awareness. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioural perspectives* (pp. 190-231). New York: Guilford.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Random House.
- Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Francis, M. E. & Pennebaker, J. W. (1992). Putting stress into words: writing about personal upheavals and health. *American Journal of Health Promotion*. 6, 280-287.
- Frankel, Z. & Levitt, H. (2006). Postmodern Strategies for Working with Resistance: Problem Resolution or Self-Revolution?. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 3, 219-250.

- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Freedman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. New York: Norton.
- Freeman, J. (1984). The women's liberation movement: Its origins, structure, activities, and ideas. In J. Freeman (Ed.), *Women: A feminist perspective (3rd ed.)* (pp. 543-556). Palo Alto, CA: Mayfield.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freixas, G. (1990). Del Individuo al Sistema: la perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 2, 6-7, 91-129.
- Freud, S. (1953). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. (Original work published 1900).
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. and Trans.) *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. (Original work published, 1912).
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. (Original work published 1923).
- Freud, S. (1963). Repression. In *General psychological theory (pp. 104-115)*. New York: Collier. (Original work published 1915).
- Frick, D. E. (1994). Nonsexual boundary violations in psychiatric treatment. In J. M. Oldham and J. M. Riba (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry: Vol. 13* (pp. 415-432). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Fruggeri, L. (1992). Therapeutic process as the social construction of change. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 40-53). London: Sage.
- Geller, J. D. (1994). The Psychotherapist's Experience of Interest and Boredom. *Psychotherapy*, 31, 1, 3-16.
- Geller, J. D. (2003). Self – Disclosure in Psychoanalytic–Existential Therapy. *JCLP/ In session*, 59, 5, 541–554.
- Geller, J. D., Cooley, R. S. & Hartley, D. (1982). Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective. *Imagination, Cognition and Personality*, 1, 123–146.
- Geller, J. D. & Farber, B. A. (1997, August). Why therapists do and don't self-disclose. *Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Chicago.*
- Geller, J. D. & Farber, B. A. (1993). Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 3, 166–180.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 3, 296 - 306.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice. *New York: Wiley.*
- Georgaca, E. (2003). Exploring Signs and Voices in the Therapeutic Space. *Theory & Psychology*, 13, 4, 541–560
- Georges, E. (1995). A Cultural and Historical Perspective on Confession. In L. W. Pennbaker (Eds.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington: A.P.A.

- Gergen, K. & Warhuus, L. (2001). *Terapia como Construção Social: Características, Reflexões e Evoluções*. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia. Discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- Gerson, S. (1996). Neutrality, resistance and self-disclosure in an intersubjective psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 6, 623-645.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gilbert, L. A. (1981). Toward mental health: The benefit of psychological androgyny. *Professional Psychology*, 12, 29-38.
- Gilbert, S. J. & Horenstein, D. (1975). The Communication of Self-Disclosure: Level versus Valence. *Human Communication Research*, 1, 4, 316-322.
- Giorgi, A. (1989b). One type of analysis of descriptive data: Procedures involved in following a phenomenological psychological method. *Methods*, 1, 39-61.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive-Behavior Therapy: Reflections on the Evolution of a Therapeutic Orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 1, 53-69.
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A. & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *JCLP/In Session*, 59, 5, 555-568.
- Goldfried, M. R. & Castonguay, L. G. (1993). Behavior therapy: Redefining strengths and limitations. *Behavior Therapy*, 24, 505-526.
- Goldfried, M. R. & Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging trends in psychotherapy* (pp. 3-49). New York: Springer.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.

- Gonçalves, M. M. & Guilfoyle, M. (2006). Dialogism and psychotherapy: Therapists' and clients' beliefs supporting monologism. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 251-271.
- Gonçalves, O. F. (1990). *Terapia Comportamental: Modelos Teóricos e Manuais Terapêuticos*. Braga: Edições Jornal de Psicologia.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gray, J. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. New York: Academic Press.
- Greenberg, L. S. (1994). The Investigation of Change: Its Measurements and Explanation. In R. L. Russel. (Eds.), *Reassessing Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. R. (1990). Self-disclosure in psychotherapy: Working with older adults. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.). *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 175–190). New York: Plenum.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. & Liater, G. (1994). Research on humanistic and experiential therapies. In A. E. Bergin & S. S. Garfield. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th Edition)*. (pp. 509-539) New York: John Wiley & Sons.
- Greenberg, J. R. & Mitchel, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. & Rice, L. N. (1997). Humanistic approaches to psychotherapy. In P. L. Wachtel & S. B. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (pp. 97–129). Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, M. A. & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 75–84.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B. & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.
- Greer, S. & Watson, M. (1985). Toward a psychological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Greenspan, M. (1983). *A new approach to women and therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Guilfoyle, M. (2003). Dialogue and power: A critical analysis of power in dialogical therapy. *Family Process*, 42, 331–343.
- Guilfoyle, M. (2005). From Therapeutic Power to Resistance? Therapy and Cultural Hegemony. *Theory & Psychology*, 15, 1, 101–124.
- Gutheil, T. G. & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Guy, J. D., Poelstra, O. L. & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: national survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 48-50.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, D. A. & Farber, B. A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29, 213-230.

- Hanly, C. (1998). Reflections on the analyst self-disclosure. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 550-565.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 2, 96-104.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (1989). *Therapist techniques and client outcomes*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. E. (1994). From an Experimental to an Exploratory Naturalistic Approach to Studying Psychotherapy Process. In R. L. Russel (Eds.), *Reassessing Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Hill, C. (2004). *Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight and Action (2th Edition)*. Washington: A.P.A.
- Hill, C. E., Gelso, C. J. & Mohr, J. J. (2000). Client Concealment and Self-Presentation in Therapy. Comment on Kelly (2000). *Psychological Bulletin*, 126, 4, 495-500.
- Hill, C., Helms, J., Spiegel, S. B. & Tichenor, V. (1988). Development of a system for categorizing client reactions to therapist interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 27-36.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E. & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.

- Hill, C. E. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross. (Eds.), *Psychotherapeutic Relationships that work – Therapists contributions and responsiveness to patients*. University Press: Oxford.
- Hill, C. E., Mahalik, J. & Thompson, B. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy*, 26, 290-295.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C. & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 278-287.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Corbett, M. M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143-155.
- Hoffman, L. (1986). Beyond power and control: toward a second order family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 4, 381-396.
- Hoffman, M. A. & Spencer, G. P. (1977). Effect of interviewer self-disclosure and interviewer-subject sex pairing on perceived and actual subject behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 383-390.
- Hollon, S. & Beck, A. (2004). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies. In A. E. Bergin & S. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Edition). (pp. 447-492). New York: John Wiley & Sons.

- Holmqvist, R. & Armelius, B. A. (1996). Sources of therapists countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 6, 70-78.
- Horowitz, M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurements and relationship to outcome. *Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada*.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-286). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford.
- Hosman, L. A. (1986). A meta-analysis of sex differences in self-disclosure. *Paper presented at the meeting of the Southern Speech Communication Association, Houston*. April
- Howard, G. S. (1990). Narrative psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy?* (pp. 199-201). San Francisco: Jossey-Bas.
- Hoyt, M. F. (1978). Secrets in psychotherapy: Theoretical and practical considerations. *International Review of Psycho-Analysis*, 5, 231-241.
- Hulett, E. (1966). A Symbolic Interactionist Model of Communication. Part One. *Audio-visual Communication Review*, 14, 5-34.
- Jackson, J. M. (1990). The role of implicit communication in therapist self-disclosure. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. (pp. 93-102). New York: Plenum Press.
- Jacobs, T. (1999). On the question of self-disclosure by the analyst: Error or advance in technique? *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 159-158.

- Jacobson, N. S., Follete, W. C. & Revenstorff, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19.
- Jordan, J. V (1991). Empathy, mutuality and therapeutic change: Clinical implications of a relational model. In J. V Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver, & J. L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection* (pp. 283-289). New York: Guilford Press.
- Johnston, S. H. & Farber, B. A. (1996). The Maintenance of Boundaries in Psychotherapeutic Practice. *Psychotherapy*. Volume 33, Number 3, 391 – 402.
- Jones, E. E., Rhodewalt, F., Berglas, S. & Skelton, J. A. (1981). Effects of strategic self-presentation on subsequent self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 407-421.
- Jourard, S. M. (1959). Self-disclosure and other-cathexis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 428-431.
- Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley.
- Jourard, S. (1968). *Disclosing man to himself*. New York: Van Nostrand.
- Jourard, S. & Lakasow, P. (1958). Some factors in self-disclosure. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 91-98.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harvest Books.

- Kahn, J. H., Achter, J. A. & Shambaugh, E. J. (2001). Client distress, disclosure, characteristics at intake, and outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 203-211.
- Kaplan, M. (1983). A woman's view of *DSM-III*. *American Psychologist*, 38, 786-792.
- Kazdin, A. E. & Wilson, G. T. (1978). Evaluation of behaviour therapy: Issues, evidence and research strategies. Cambridge: Ballinger.
- Kelly, A. E. (1998) Clients' Secret Keeping in Outpatient Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 1, 50-57.
- Kelly, A. E. (2000a). Helping Construct Desirable Identities: A Self-Presentational View of Psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 126, 4, 475-494.
- Kelly, A. E. (2000b). A Self-Presentational View of Psychotherapy: Reply to Hill, Gelso, and Mohr (2000) and to Arkin and Hermann (2000). *Psychological Bulletin*. Vol. 126, No. 4, 505-511.
- Kelly, A. E. & Achter, J. A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 40-46.
- Kelly, A. E., Kahn, J. H. & Coulter, R. G. (1996). Client self-presentations at intake. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 300-309.
- Kelly, A. E., McKillop, K. J. & Neimeyer, G. J. (1991). Effects of counselor as audience on internalization of depressed and nondepressed self-presentations., *Journal of Counseling Psychology*, 38, 126-132.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kerr, M. (1981). Family systems theory and therapy. In A. S. Gurman & D. Kniskern, (Eds.). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kim, B. S. K., Hill, C. E., Gelso, C. J., Goates, M. K., Asay, P. A. & Harbin, J. M. (2003). Counselor self-disclosure, East Asian American client adherence to

- Asian cultural values, and counselling process. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 324-332.
- Kirschenbaum, H. & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person – Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 1, 37-51.
- Klein, M. (1964). *Contributions to psychoanalysis: 1921-1945*. New York: McGraw-Hill.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross. (Eds.), *Psychotherapeutic Relationships that work – Therapists contributions and responsiveness to patients*. University Press: Oxford.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A. & Hill, C. E. (1997). A Qualitative Analysis of Client Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 3, 274-283.
- Knox, S. & Hill, C. E. (2003). Therapist Self-Disclosure: Research-Based Suggestions for Practitioners. *Journal Clinical Psychology /In Session*, 59, 529-539.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lane, J. S., Farber, B. A. & Gelso, J. D. (2001). What therapists do and don't disclose to their patients. *Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay*.
- Lane, R. C. & Hull, J. W. (1990). Self-disclosure and classic psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. (pp. 31-46). New York: Plenum Press.

- Langs, R. L. (1975). The therapeutic relationship and deviations in technique. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 106-141.
- Langs, R. (1979). *The therapeutic environment*. New York: Jason Aronson.
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439-455.
- Lax, W. D. (1992). Postmodern Thinking in a Clinical Practice. In. S. McNamee & K. J. Gergen. (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Leopore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B. & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social and Clinical Psychology*, 70, 271-282.
- Lepore, S. J. & Smyth, J. (2002). *The writing cure*. Washington: American Psychological Association.
- Lerman, H. & Porter, N. (1990). *Feminist ethics in psychotherapy*. New York: Springer.
- Levinson, S. (1989). *Constitutional faith*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Liotti, G. (1991). Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 105-114.
- Lyddon, W. J. (1993). Contrast, Contradiction and Change in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 30, 3, 383-390.
- Machado, C. (2000). *Discursos do medo, imagens do «outro»*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Psicologia pela Universidade do Minho. Braga. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho.

- Machado, P. P. & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – W.A.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Mahalik, J. R., van Ormer, E. A. & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In. Brabeck, M. M. (Ed.). *Practicing feminist ethics in psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mair, M. (1988). Psychology as storytelling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-138.
- Marcus, D. M. (1998). Self-disclosure: The wrong issue. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 566-579.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and social representations*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Martin J. (1984). The cognitive mediational paradigm for research on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 558-571.
- Mathews, B. (1988). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A survey of therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 521-531.
- Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança terapêutica na mulher*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Justiça. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Maturana & Varela, (1987). *The Tree of knowledge*. Boston, MA: New Science Library.

- McCarthy, P. R. & Betz, N. E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McCullough, L. V. (1997). *Changing character*. New York: Basic Books.
- McDaniel, S. H., Stiles, W. B. & McGaughey, K. J. (1981). Correlations of male college students' verbal response mode use in psychotherapy with measures of psychological disturbance and psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 571-582.
- McKillop, K. J. & Schlenker, B. R. (1988, August). *Audience effects on the internalization of depressed vs. nondepressed self-presentations*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Atlanta, GA.
- McLeod, J. (1990). The client's experience of counselling and psychotherapy: A review of the research literature. In D. Mearns & W. Dryden (Eds.), *Experiences of counselling in action* (pp. 1-19). London: Sage.
- McNamee, S. & Gergen, K. J. (1992). (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York. Guilford Press.
- Mead, G. H. (1988). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1934).
- Mearns, D. & Dryden, W. (1990). *Experiences of Counselling in Action*. London/Newbury Park, CA: Sage.

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Miller, J. B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2nd ed.). Boston: Beacon.
- Mikulincer, M. & Nachson, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Morse, J. M. (1994). Designing founded qualitative research. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). Thousand Oakes: Sage.
- Muehleman, T., Pickens, B. K. & Robinson, F. (1985). Informing clients about the limits to confidentiality, risks, and their rights: Is self-disclosure inhibited? *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 632-641.
- Murphy, K. C. & Strong, S. R. (1972). Some effects of similarity self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 121-124.
- Murray, E. & Segal, D. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 391-405.
- Neimeyer, R. A. (1988). Integrative directions in personal construct therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 283-297.
- Neimeyer, R. A. (1993). An Appraisal of Constructivist Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, 221-234.

- Neimeyer, R. A. & Harter, S. (1988). Facilitating individual change in personal construct therapy. In G. Dunnett (Ed.), *Working with people* (pp. 174-185). London: Routledge & Kegan Paul.
- Neimeyer, R. A. & Raskin, J. D. (2000). On Practicing Postmodern Therapy in Modern Times. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder - Meaning Making Frameworks*. Washington: A.P.A.
- Nes, J. A. & Ladicola, P. (1989). Toward a definition of feminist social work: A comparison of liberal, radical, and socialist models. *Social Work*, 34, 12-22.
- Nilsson D. E., Strassberg, D. S. & Bannon, J. (1979). Perceptions of counselor self-disclosure: An analogue study. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 399-404.
- Nisbett, R. E. & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Norcross, J., Geller, J. & Kurzawa, E. (2001). Conducting psychotherapy with psychotherapists: II. Clinical practices and collegial advices. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 37-45.
- Norton, R., Feldman, C. & Tafoya, D. (1974). Risk parameters across types of secrets. *Journal of Counselling Psychology*, 21, 450-454.
- O'Brien, R. A. & Pilar, B. R. (1997). Application of solution-focused interventions to nurse home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25, 47-57.
- Okun, B. F. (1997). *Effective helping: Interviewing and counseling techniques*, (5th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Orange, D. M. & Stolorow, R. D. (1998). Self-disclosure from the perspective of intersubjectivity theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 530-537.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D., Hansruedi, A., Botermans, J. C., Davis, J., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy*, 36, 203-215.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analyses of patients' and therapists' reports*. New York: Teacher's College Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
- Osborn, M. & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3, 65-83.
- Papouchis, N. (1990). Self-disclosure and psychotherapy with children and adolescents. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 157-174). New York: Plenum.
- Pattee, D. & Farber, B. A. (2004, November). Gender and client self-disclosure in psychotherapy. *Paper presented at the Society for Psychotherapy Research (North American chapter) conference, Springdale, Utah.*
- Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioral inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, 26, 82-95.

- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition and disease. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211-244.
- Pennebaker, J. W. (1995). Emotion, Disclosure and Health: An Overview. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington: A.P.A.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the Coping Process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58, 3, 528-537.
- Pennebaker, J. W. & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F. & O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodam, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in personality*. New York: Julian Press.

- Peterson, Z. D. (2002). More than a mirror: the ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice*, 39, 1, 21-31.
- Petrie, K., Booth, R. & Pennebaker, J. W. (1998). The Immunological Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 5, 1264-1272.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 2, 137-145.
- Pope, K. S & Tabachnick, B. G. (1994). Therapist's anger, hate, fear and sexual feelings: National survey of therapists responses, client characteristics, critical events, formal complaints and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 142-152.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G. & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993-1006.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 28). New York: Academic Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: Guilford Press.
- Procter, H. (1991). Psicología de los constructos familiares. *Revista de Psicoterapia*, 2, 6-7, 73-90.

- Ramsdell, P. S. & Ramsdell, E. R. (1993). Dual relationships: Client perceptions of the effect of client-counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*, 21, 195-212.
- Rawlings, E. I. & Carter, D. K. (1977). Feminist and nonsexist psychotherapy. In E. I. Rawlings & D. K. Carter (Eds.), *Psychotherapy for women* (pp. 49-77). Springfield, IL: Thomas.
- Regan, A. M. & Hill, C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 168-174.
- Reisner, S. (1991). Reclaiming the metapsychology: Classical revisionism, seduction and the self in Freudian psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 439-462.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias – Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative Analysis of the Client's Experience of Psychotherapy: The Unfolding of Reflexivity. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches*. (pp. 211-233). Newbury Park, CA: Sage.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' Deference in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 4, 427-437.
- Rennie, D. L. (2001). The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1, 2, 82-89.
- Rennie, D. L. & Toukmanian, S. G. (1992). Explanation in psychotherapy process research. In S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 234-251). Newbury Park, CA: Sage.

- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure, *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466–495.
- Renick, O. (1999). Playing one's cards face up in the analysis: An approach to the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 521-539.
- Richards, J. M., Beal, W. E., Seagal, J., & Pennebaker, J. W. (2001). Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 156–160.
- Richert, A. J. (1999). Some Practical Implications of Integrating Narrative and Humanistic/Existential Approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 3, 257-278.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. & Elliott R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Robbins, S. B. (1989). Role of Contemporary Psychoanalysis in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 3, 267-278.
- Roberto, L. G. (1991). Symbolic-experiential family therapy. In. Gurman, A. S. & Kniskern, D. P. (Eds.). *Handbook of family therapy, Volume II*, (pp. 444-476). New York: Brunner/Mazel.
- Roberts, J. (2005). Transparency and Self-Disclosure in Family Therapy: Dangers and Possibilities. *Family Process*, 44, 1, 45-63.
- Robins, C. J., Hayes, A. M. (1993). An Appraisal of Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, 205-214.
- Robitschek, C. G. & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of counsellor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling and Development*, 69, 469-472.

- Rogers, C. R. (1942). *Counselling and psychotherapy: New concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Safran, J. D., Crocker, O., McMMain, S. & Murray, O. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirically investigation, *Psychotherapy*, 27, 154-165.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. & Stevens, C. (2002). Repairing alliances ruptures. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. & Segal, Z. V (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safire, W. (1999). On language: Bread 'n' butter. *New York Times Magazine*. 46-48.
- Salgado, J. & Gonçalves, M. (2006). The Dialogical Self: Social, Personal, and (Un)Conscious. In A. Rosa & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge handbook of social cultural psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schlenker, B. R. (1980). *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Schlenker, B. R. (1986). Self-identification: Toward an integration of the private and public self. In R. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 21-62). New York: Springer-Verlag.
- Schlenker, B. R. & Weigold, M. F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual Review of Psychology*, 43, 133-168.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports Study*. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L, Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 1, 3-12.
- Simi, L. & Mahalik, J. R. (1997). Comparison of feminist versus psychoanalytic/dynamic and other therapists on self disclosure. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 465–483.
- Simon, J. C. (1988). Criteria for therapist self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*, 404-415.
- Simon, J. C. (1990). Criteria for therapist self-disclosure. In G. Strieker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 207-225). New York: Plenum.
- Simone, D. H., McCarthy, P. & Skay, C. L. (1998). An investigation of client and counselor variables that influence the likelihood of counselor self-disclosure. *Journal of Counseling and Development*, 76, 174-82.
- Slatcher, R. B. & Pennebaker, J. W. (2006). Research Report: How Do I Love Thee? Let Me Count the Words The Social Effects of Expressive Writing. *Psychological Science*. *Psychological Science*, 17, 8, 660-664.

- Sloan, D. M. & Marx, B. P. (2004). A Closer Examination of the Structured Written Disclosure Procedure *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2, 165–175.
- Sloan, D. M., Marx, B. P. & Epstein, E. M. (2005). Further Examination of the Exposure Model Underlying the Efficacy of Written Emotional Disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, No. 3, pp. 549–554.
- Spera, S., Buhrfeind, E. & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 3, 722–733.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, J. A., Michie, S., Stephenson, M. & Quarrel, O. (2002). Risk perception and decision-making processes in candidates for genetic testing for Huntington's disease: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 7, 131–144.
- Smith, J. M. & Pennebaker, J. W. (2001). What are the Health Effects of Disclosure? In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 339-348). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, J. M. & Pennebaker, J. W. (2001). What are the health effects of disclosure? In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 339-348). Lawrence Erlbaum associates.

- Snell, W. E., Miller, R. S., Belk, S. S., Garcia-Falcon, R. & Hernandez-Sanchez, J. E. (1989). Men's and women's emotional disclosures: The impact of disclosure recipient, culture and the masculine role. *Sex roles*, 21, 467-486.
- Strassberg, D. S., Roback, H. B., Anchor, K. N. & Abramowitz, S. I. (1975). Self-disclosure in group therapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1259-1261.
- Stiles, W. B. (1987). "I have to talk to somebody": A fever model of self-disclosure. In V. J. Derlega & J. H. Berg (Eds.), *Self-disclosure* (pp. 257-282). New York: Plenum Press.
- Stiles, W. B. (1984). Client disclosure and psychotherapy session evaluations. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 311-312.
- Stiles, W. B. (1995). Disclosure as a Speech Act: Is It Psychotherapeutic to Disclose? In L. W. Pennbaker (Eds.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington: A.P.A.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process outcome correlations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stricker, G. (2003). The many faces of self-disclosure. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 59, 623-630.
- Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods*. New York: Wiley & Sons.
- Taylor, S. E., Kenemy, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.

- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion, and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Thériault, A. & Gazzola, N. (2005). Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 1, 11-18.
- Thompson, B. J. & Hill, C. E. (1991). Therapist Perception of Client Reactions. *Journal of Counseling & Development*, 69, 261-265.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process*, 26, 3-13.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1965). Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 3-9.
- von Foerster, (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- von Glasersfeld (1984). An introduction to radical constructivism. In Watzlawick (Ed.), *The Invented reality*. New York: Norton.
- Wagner-Moore, L. E. (2004). Gestalt Therapy: Past, Present, Theory and Research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 2, 180-189.
- Wallen, S., DiGiuseppe, R. & Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Wasserman, M. D. (1999). *The impact of psychoanalytic theory and a two-person psychology on the empathizing analyst*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 449-464.
- Watkins, C. E. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist*, 18, 477-500.

- Watkins, C. E. & Schneider, L. J. (1989). Self-involving versus self-disclosing counsellors statements during an initial interview. *Journal of Counseling and Development*, 67, 345-349.
- Watson, J. C. (2006). A Reflection on the Blending of Person – Centered Therapy and Solution – Focused Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 1, 13–15.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática Da Comunicação Humana – Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. Editora Cultrix: S. Paulo.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Wegner, D. M. & Lane, J. D. (1995). From Secrecy to Psychopathology. In L. W. Pennbaker (Eds.), *Emotion, Disclosure and Health*. Washington: A.P.A.
- Weiner, M. F. (1983). *Therapist disclosure: The use of self in psychotherapy (2nd ed.)*. Baltimore: University Park Press.
- Weiner, M. F. & Schuman, D. W. (1984). What patients don't tell their therapists? *Integrative Psychiatry*, 2, 28–32.
- Wells, T. L. (1994). Therapist self-disclosure: Its effects on clients and the treatment relationship. *Smith College Studies in Social Work*, 65, 23–41.
- Wertz, F. J: (2005). Phenomenological Research Methods for Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 2, 167–177.
- Wessler, R. L. (1992). Constructivism and Rational – Emotive Therapy: A Critique. *Psychotherapy*, 29, 4, 620-625.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham: Open University.

- Wilkinson, S. & Gabbard, G. (1993). Therapeutic self-disclosure with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice*, 2, 4, 282-295.
- Wilson, G. T. & Agras, W. S. (1992). The future of behaviour therapy. *Psychotherapy*, 29, 1, 39-43.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Wiseman, H. (1992). Conceptually-Based Interpersonal Process Recall (IPR) of Change Events: What Clients Tell Us About Our Micro Theory of Change. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches*. California: Sage Publications.
- Wheless, L. R. & Grotz, J. (1976). Conceptualization and measurement of reported self-disclosure. *Human Communication Research*, 2, 4, 338-346.
- White, M. (1993). Deconstruction and therapy. In S. Gilligan & R. Price (Eds.). *Therapeutic Conversations* (pp. 22-61). New York: W. W. Norton.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wolpe, J. (1984). Behavior therapy according to Lazarus. *American Psychologist*, 39, 1326-1327.
- Woolgar, S. (1989). Representation, cognition and self. In S. Fuller, M. DeMey, T. Shinn & S. Woolgar (Eds.), *The cognitive turn* (pp. 201-223). Dordrecht. The Netherlands: Kluwer.
- Wortman, C. & Silver, R. (1989). The myth of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 349-357.

- Wright, T. L., Ingraham, L. J., Chemtob, H. J. & Perez-Arce, P. (1985). Satisfaction and things not said: Clinical tools for group therapists. *Small Group Behavior*, 16, 565-57
- Wzontek, N., Geller, J. & Farber, B. (1995). Patients' post-termination images of their psychotherapists. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 395-411.
- Yalom I. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1980). *Existencial psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15, 215–228.
- Yontef, G. M. & Simkin, J. S. (1989). Gestalt therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 323–361). New York: Peacock.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Zeddies, T. (1999). Becoming a Psychotherapist: The Personal Nature of Clinical Work, Emotional Availability and Personal Allegiances. *Psychotherapy*, 36, 3, 229-235.

ANEXOS

Entrevista de Acontecimentos Importantes

(Processo de recordação interpessoal)

Vamos assistir à gravação da última consulta de psicoterapia. O objectivo deste procedimento é identificar os acontecimentos dessa sessão que considerou mais significativos, assim como os momentos em que estes ocorrem. Na escolha desses acontecimentos, e da identificação dos momentos, gostaria que usasse como critério a experiência da sessão, ou seja, o que sentiu, pensou durante o decurso da própria sessão, e não à posteriori ou agora.

Terapeuta

1. Qual o acontecimento mais significativo da sessão? Porque considera esse acontecimento importante?

a) Identificação do início/final

2. Houve algum outro acontecimento/momento na sessão que também considere importante?

2.1. Em termos terapêuticos qual seria o objectivo que pautava a sua acção nesses momentos?

2.2. Que percepção considera que o cliente teria acerca das suas intenções?

2.3. Como acha que esse acontecimento foi experienciado pelo cliente?

2.4. Acha que o cliente também seleccionaria o mesmo acontecimento? Porquê?

3. Houve algum momento na sessão que considerasse particularmente importante em termos do processo de mudança?

3.1. Qual a mudança pretendida?

3.2. O que foi impeditivo da mudança?

4. Houve algum momento, durante a sessão, em que não abordou com o cliente algo que estava a sentir/pensar?

Cliente

1 - Qual o acontecimento mais significativo da sessão? Porque considera esse acontecimento importante?

a) Identificação do início/final

2 - Houve algum outro acontecimento/momento na sessão que também considere importante?

2.1. Em termos terapêuticos qual seria o objectivo que pautava a acção do terapeuta nesses momentos?

2.2. Como acha que o terapeuta percebeu esse acontecimento?

2.3. Acha que o terapeuta também seleccionaria esse acontecimento? Porquê?

3. Houve algum momento na sessão que considerasse particularmente importante em termos do processo de mudança?

3.1. Qual a mudança pretendida?

3.2. O que foi impeditivo da mudança?

4. Houve algum momento, durante a sessão, em que não abordou com o terapeuta algo que estava a sentir/pensar?

**Entrevista semi-estruturada sobre os não ditos na sessão
terapêutica**

“O objectivo deste estudo e desta entrevista é falarmos acerca da experiência em psicoterapia, em particular acerca de um aspecto específico desta experiência: os não ditos, ou seja conteúdos comunicacionais, que podem consistir em pensamentos, sentimentos ou até imagens mentais que não partilhamos com o outro no decurso de uma conversa. Naturalmente, no decurso da sessão terapêutica, tal como nas interacções humanas em geral, não partilhamos com o outro tudo o que pensamos, sentimos, visualizamos, etc. assim sendo, gostaria de analisar consigo a última sessão e reflectir um pouco acerca dos "não-ditos" que poderão ter ocorrido nesta sessão.

► Em termos terapêuticos quais seriam os principais objectivos desta sessão?

1. Gostaria agora de tentar organizar ou dividir os principais momentos/ acontecimentos da sessão consigo.

Em relação a cada momento houve algum em que:

Não abordou com o cliente/ terapeuta algo que **pensou** durante a sessão?

Não abordou com o cliente/ terapeuta algo que **sentiu** durante a sessão?

Não abordou com o cliente/ terapeuta alguma **imagem mental** durante a sessão?

2. O que motivou o seu não dito? O que o impediu de partilhar esse não dito?

3. Vê alguma importância ou significado desse não dito para a sessão terapêutica? Para o processo terapêutico?

4. Que impacto teve o não dito no seu comportamento/ atitude?

5. Como geriu esse dito? Como conciliou o comportamento aberto com esse comportamento coberto?

6. O que antecipa que aconteceria se revelasse esse não dito? Como seria para si revelar esse não dito?

7. Acha que o cliente/ terapeuta tem alguma noção em relação a esse "não dito"?

8. Pelo contrário, houve algo que considerou não contar e acabou por revelar? O que motivou a revelação? Qual o significado/ impacto dessa revelação para o processo terapêutico?

9. E em relação ao cliente/ terapeuta, considera que existiriam "não ditos" significativos da parte deste? Em que momentos? O que lhe permite efectuar essa identificação?

Ficha de caracterização autobiográfica

Cliente

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Duração terapia: _____

Experiência anterior em psicoterapia: _____

Medicação actual: _____

Ficha de caracterização autobiográfica
Terapeuta

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Formação académica: _____

Formação teórica predominante: _____

Abordagem teórica preferencial utilizada neste processo:

Anos de prática em psicoterapia: _____

Cliente:

Diagnóstico: _____

Modelo intervenção: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO

Estamos a realizar uma investigação acerca da experiência na sessão terapêutica, privilegiando o relato dos intervenientes (autores) neste processo - cliente e terapeuta, recorrendo a diferentes metodologias de investigação, de forma a dar resposta à complexidade inerente a estes processos.

Neste sentido, os procedimentos da investigação subdividem-se em diferentes momentos/tarefas, que passamos a explicitar:

Preenchimento de questionários referentes à experiência na sessão.

Realização de uma entrevista semi-estruturada (o mais próximo possível da sessão), após a 4^a, 8^a e 12^a sessões terapêuticas.

Declaro que aceito participar no estudo referido, compreendi o que me é solicitado e sei que posso interromper este consentimento em qualquer altura, dando conhecimento dessa intenção aos responsáveis pelo projecto.

_____, ____ de _____, 2005

(Assinaturas)

Ilustração dos domínios e categorias dos conteúdos dos não ditos revelados pelos terapeutas

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
ditos Não positivos	Apreciação positiva	♦ Avaliação positiva do cliente	Percepção de aspectos positivos referentes ao cliente (competências e ganhos no processo). 10II – <i>“naquele de revelar os aspectos positivos, de lhe dizer logo, mas acho que não. Pensei só “que vou dizer”, só que pensei “Não vou dizer já, vou dizer...”</i> , achei que, em que momento é que eu devia, portanto escolhi o momento da sessão para dizer.”
	Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades	♦ Preocupação com processo terapêutico	Preocupação com aspectos do processo terapêutico tais como possibilidade de invalidação do trabalho terapêutico. 1III – <i>“Olhe estou a sentir que a irritação está a tentar minar isto tudo novamente, está a tentar invalidar o processo terapêutico”</i> .
♦ Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao cliente		Dúvida relativa à experiência do cliente designadamente a atitude face ao relacionamento afectivo. 7III – <i>“que eu lhe disse realmente (...) terá havido da minha parte algumas dúvidas em relação, até mesmo..., a forma como ela se posicionava perante o namorado, o ela querer moldar o namorado e não aceitar o namorado que ela tinha”</i> .	
Apreciação negativa		♦ Desacordo com cliente	Desacordo com cliente face a questões do processo (confrontação). 14II – <i>“neste momento devolvi logo “E não é para isso que aqui está?”</i>

		<p>♦ Interpretação do comportamento do cliente.</p>	<p>Leitura do terapeuta referente à compreensão e/ ou diagnóstico do caso.</p> <p>6I - <i>“achei que ali eu tinha mais que argumentos para de alguma forma reflectir, servir de espelho e mostrar-lhe o que ela tinha mostrado à frente do espelho, e eu ali mostrei-lhe o reflexo daquilo. E foi com base nisso que na 4ª consulta devolvi esses aspectos (...) A minha percepção real daquilo que era o problema”.</i></p>
		<p>♦ Avaliação negativa do cliente</p>	<p>Percepção negativa do cliente associada a aspectos como incompetência.</p> <p>3I - <i>“o que foi agressiva com o rapaz, talvez lhe tenha dito mais tarde que o tom de voz que usou foi agressivo”.</i></p>
		<p>♦ Avaliação negativa de outros significativos</p>	<p>Percepção negativa acerca da qualidade dos relacionamentos (relação afectiva).</p> <p>13I - <i>“Houve uma situação que ela depois acabou por trazer ela, portanto seria algo que ela trouxe que foi esta, a sensação que ele está a fugir da relação e ela a correr atrás.”</i></p>

Ilustração dos domínios e categorias dos conteúdos dos não ditos revelados pelos clientes

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Não ditos negativos	Reacção emocional negativa	♦ Insegurança	Sentimento de insegurança expresso em comportamentos como procura de legitimação das dificuldades, receio de desiludir o outro ou insegurança face ao futuro. AI - “Como é que vou lidar com esta situação no futuro?”, se vou conseguir organizar-me ou não, “Como vai ser o futuro?”, é a grande questão, “Vou conseguir ser normal?”
		♦ Desconforto	Sensação de desconforto associada a aspectos processuais como a tarefa terapêutica. GII - “houve um que acabei por dizer, não explorei mas acabei por dizer..., hum..., foi em relação..., a dar a entender de muita coisa que estava ali, que não estava a gostar (...) que me estava a custar”
		♦ Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao terapeuta	Dúvida acerca de dimensões do processo tais como o questionamento da veracidade das afirmações do terapeuta, ou acerca do futuro. GIII - “quando havia alturas em que não percebo o que está a dizer, nem penso nisso, digo logo “não estou a perceber” (...) Mais facilmente pergunto, digo “Não estou a perceber””.
Não ditos neutros	Informação pessoal/factual	♦ Informação pessoal íntima	Informação acerca de aspectos íntimos (experiência de abuso, consumo de drogas, morte do cônjuge) ou de pensamentos acerca do próprio. HII - “Aconteceu apenas o facto de eu ter abordado um assunto que eu também já tinha abordado mas não tão profundamente, alguns episódios da morte do meu marido”.

		♦ Dificuldades relacionais	Dificuldades experienciadas no âmbito das relações significativas tais como raiva ou conflitos no domínio das relações familiares e interpessoais. CI - <i>“eu dou-me muito mal, temos um relacionamento muito conflituoso, eu e minha irmã e então, eu no início não queria porque nunca tinha contado a ninguém e depois acabei por contar”.</i>
--	--	----------------------------	--

Anexo VII

Ilustração dos domínios e categorias dos conteúdos dos não ditos percebidos no outro (clientes) pelos terapeutas

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Não ditos positivos	Reacção emocional positiva	♦ Emoção positiva face ao progresso	Sentimentos (reconhecimento, satisfação) face à mudança ou sucesso terapêutico. 1I - “O primeiro seria que estava agradecida, mas ela disse-o de outra forma.”
Não ditos negativos	Reacção emocional negativa	♦ Desconforto	Sensação de desconforto no processo terapêutico desencadeada por aspectos como activação emocional e confrontação do terapeuta. 6I - “Sentimentos eu acredito que sim. Eventualmente se não tivesse sido aquela questão fisiológica, de sentir zozza e de falharem as pernas devido à ansiedade, ela não teria comentado comigo, não é?”
	Preocupações, dúvidas e/ ou dificuldades	♦ Dúvida/descrença face ao trabalho terapêutico ou ao cliente	Dúvida/ desconfiança acerca de aspectos relacionados com o processo terapêutico (eficácia terapêutica; relato de elogio do terapeuta). 1II - “Acho que ela nem sempre está, está convencida da utilidade ou até da sanidade desta técnica, tenho esta noção.”
		♦ Dificuldades processuais	Percepção de dificuldades dos clientes no âmbito do processo terapêutico (trabalho de exploração). 13I - “esta foi das sessões que seria mais problemáticas ao nível da relação, não é, em que ela estaria a pensar “o que ela quer”, o que foi difícil para ela gerir”.

	Apreciação negativa	♦ Avaliação negativa do terapeuta ou processo	Sentimento de insatisfação com aspectos processuais (desejo de prosseguir exposição, expectativa de directividade) ou com desajuste na relação terapêutica. 8I - <i>“houve momentos da consulta em que ela queria falar mais sobre alguns aspectos”</i>
Não ditos neutros	Identificação de características do outro ou do processo	♦ Características pessoais do terapeuta	Análise de aspectos referentes à pessoa do terapeuta (aparência visual, sintomas de alergia). 3II - <i>“Provavelmente pode avaliar a imagem também (...) numa última sessão e creio que foi ela que não comentou, deve ter pensado porque notou-se.”</i>

Ilustração dos domínios e categorias dos conteúdos dos não ditos percebidos no outro (terapeuta) pelos clientes

	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Não ditos negativos	Reacção emocional negativa	♦ Desconforto	Percepção de expressões, atitudes indiciadora de emoções negativas de desconforto por parte do terapeuta no âmbito do processo terapêutico. GII - <i>“Eu tenho ideia que houve qualquer coisa, não sei bem o que é, eu tinha ideia que a psicóloga não gostou muito do que eu disse, ou não gostou ou não concordou, sei que a expressão dela foi diferente.”</i>
		♦ Susto; Irritação; Angústia	Percepção de expressões, atitudes indiciadora de emoções negativas como revolta por parte do terapeuta no âmbito do processo terapêutico. AII - <i>“Lembro de lhe ter perguntado “Mas já agora, a minha doença, aquilo que eu tenho tem algum nome específico?”, e eu lembro de ele ter ficado revoltado.”</i>
Não ditos neutros	Identificação de características do outro ou do processo	♦ Não ditos profissionais	Percepção da ocorrência de não ditos por parte do terapeuta inerentes a aspectos ou momentos do processo terapêutico e do trabalho do terapeuta. EI - <i>“acho que sinto (...) mas é uma maneira saudável, tipo ela está, ela está a estudar o meu caso e eu estou a dizer-lhe coisas e ela esta a escrever e está a fazer os links dela e não sei o quê, aí é capaz de haver coisas que ela não me diga”.</i>

Ilustração dos domínios e categorias da função dos não ditos reveladas pelos terapeutas

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no terapeuta	♦ Natureza da relação terapêutica	<p>Revelação decorrente da evolução na relação e do processo.</p> <p>14II - <i>“Não o faria, por causa do não verbal ser, ela tem um estilo de comunicação que é menos português daquilo que eu estou habituada (...) tinha receio, porque inicialmente tinha receio de poder ser mais agressiva na devolução das coisas, e neste momentos parece-me que os papéis estão assumidos e a forma como as coisas são ditas, e eu devolver logo, com respeito, e não ter de pensar “Caramba, disse-me isto, deveria ter respondido logo”, acho que também tem a ver com a evolução da relação”.</i></p>
	♦ Conceptualização baseada em modelos teóricos	<p>Devolução da grelha de leitura teórica preferencial acerca do problema; desconstrução das queixas; devolução da análise das dificuldades.</p> <p>1III - <i>“eu não sei se foi um não dito, porque foi, acho que a dada altura disse (...) Desse ponto de vista se calhar não é um não dito (...) porque enquadra as próprias dificuldades do processo terapêutico na luta que existe entre a narrativa problemática e a narrativa alternativa, de modo que os avanços e retrocesso do próprio processo ficam aí enquadrados”.</i></p>
Função Estratégica dos Não Ditos		
Centrado no processo	♦ Experiência/ expectativa de mudança	<p>Indicadores: Pólo negativo - ajudar o cliente a perceber as dificuldades; Pólo positivo - reforçar auto-imagem; servir de espelho para a evolução no processo; revelação para fomentar autonomia.</p>

		<p>3I - <i>“O que motivou foi para ela tomar, para eu ver se ela estava a tomar consciência do tom voz que estava a usar em termos de comunicação. Ela conseguiu ir lá. Conseguiu ir falar com ele, mas o tom de voz não foi eficaz e que isso influência também a comunicação”.</i></p>
	<p>♦ Oportunidade temporal</p>	<p>Momento do processo oportuno para partilhar ou preparar o cliente.</p> <p>10II - <i>“não sei se tive alguma hesitação naquele de revelar os aspectos positivos, de lhe dizer logo, mas acho que não. Pensei só “que vou dizer”, só que pensei “Não vou dizer já, vou dizer...”, achei que, em que momento é que eu devia, portanto escolhi o momento da sessão para dizer”.</i></p>

Ilustração dos domínios e categorias da função dos não ditos revelados pelos clientes

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no cliente	♦ Experiência emocional do cliente	Necessidade de desabafar; sentimento de alívio. CII – <i>“Para mim foi importante dizer, eu senti necessidade de dizer isso”.</i>
	♦ Natureza da relação terapêutica	Sentimento de confiança promotor de auto-revelação. CI – <i>“eu já tinha contado, só que esses dois, não tinha contado, só mais ou menos na terceira é que comecei, porque achei que podia confiar (...) Por acaso tem dado muita ajuda nessa dificuldade. Porque é assim, eu vejo o problema de uma forma ela ajuda-me a ver o problema de outra maneira (...) sinto-me mesmo, não sei explicar, sinto mesmo à vontade”.</i>
Centrado no terapeuta	♦ Representação do papel de terapeuta	Auto – revelação decorre da visão do terapeuta como especialista que pode ajudar. AI – <i>“Não tenho a certeza. Mas acho que falei, mesmo numa tentativa de o psicólogo tentar me ajudar (...) O psicólogo como é a pessoa que sabe o que está a acontecer e talvez seja a melhor pessoa para nos tentar encaminhar, tentar fazer perceber este tipo de situações, e daí querer partilhar com ele, tipo “Uma luz...”, qualquer coisa...”</i>
	♦ Natureza do trabalho terapêutico	Revelação facilitada pelas tarefas e questões; revelação ocorre de forma natural no decurso da conversa terapêutica. GI - <i>“Tenho, coisas que ainda não quero dizer e que ainda não me sinto bem acho que ainda não tenho revelado muito. Também se calhar o facto de escrever</i>

		<i>durante a semana e já escrever coisas que sei que não costumo dizer e sei que vai chegar ao outro lado, tenho falado de algumas coisas que nas 1ª sessões não me imaginava a dizer”.</i>
Função Estratégica dos Não Ditos		
Centrado no processo	♦ Experiência/ expectativa de mudança	Revelação associada à mudança ocorrida no decurso do processo que possibilita novas revelações. GIII – <i>“se calhar o próprio tipo de intervenção, a própria intervenção, que eu tenho de estar na minha vida a aplicar também acaba por se aplicar na consulta, que tem um bocado a ver com o problema que é não saber, ter medo (...) porque é mais fácil, acho que é a mesma coisa, porque acho que é mais fácil mudar numa relação em que isto acontece”.</i>
	♦ Oportunidade processual	
Centrado na protecção	♦ Auto-protecção	Revelação para evitar sentimentos de desconforto; humor como estratégia protectora. CIII – <i>“E uma das dúvidas que eu tinha, foi acerca, que eu mencionei, estava realmente a preocupar, porque antes de eu ir para a sessão (...) “Pergunto ou não pergunto?”. Primeiramente ia-me sentir muito mal, segundo eu ia ficar assim a pensar “se calhar não tens tanta confiança, não tens tanto à vontade como pensavas que tinhas, não contaste, não chegaste a perguntar isso?”.</i>

Ilustração dos domínios e categorias da função dos não ditos percebidos no outro (cliente) pelos terapeutas

Categories	Subcategorias	Indicadores
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no cliente	♦ Análise centrada no padrão de dificuldades	<p>Dificuldade em reconhecer e expressar verbalmente a mudança; não consciência do problema; dificuldades na expressão e gestão emocional; dificuldades de auto-revelação e auto-elogio; falta de competência nas relações pessoais; sentimento de desvalorização; fragilidade decorrente da activação emocional.</p> <p>5I – <i>“eu acho que ela não tem muito insight acerca disso, e por outro lado, eu acho que mesmo que tivesse, ela ia resistir, ia negar um bocadinho esse problema, (...) portanto assumir isso também não deve ser fácil para ela, eu acho que.., é isso que também motiva a não o dizer abertamente, as emoções associadas às circunstâncias de vida; se ela não o diz”.</i></p>
	♦ Comunicação não verbal no âmbito do processo terapêutico	<p>Comunicação do agradecimento ou do sentimento de satisfação não verbalmente.</p> <p>1I – <i>“O primeiro seria que estava agradecida, mas ela disse-o de outra forma.”</i></p>
Centrado no terapeuta	♦ Representação do papel de terapeuta	<p>Terapeuta como especialista cuja competência não se questiona e com poder para tomar decisões no processo.</p> <p>1II – <i>“Não colocar a minha competência em causa”.</i></p>

Ilustração dos domínios e categorias dos não ditos percebidos no outro (terapeuta) pelos clientes

Categories	Subcategorias	Indicadores
Função Reflexiva dos Não Ditos		
Centrado no cliente	♦ Análise centrada no padrão de dificuldades	Ocultação decorrente da preocupação constante acerca do que os outros pensam do cliente. GI - <i>“Eu também me preocupo muito com o que as outras pessoas pensam e isso também..., estou sempre a pensar o que a pessoa pode estar a pensar acerca do que eu digo, por isso é que ficam tantos não ditos, mas não estou a lembrar de nada específico.”</i>
	♦ Natureza da relação terapêutica	Dificuldade em perceber a reacção do terapeuta pode comprometer a confiança na relação. GII - <i>“muitos casos assim sim... a confiança no outro, saber porque é que a terapeuta reagiu assim (...) Porque não saber como o outro, como a terapeuta está a reagir, eu tenho menos confiança para me expor (...)”.</i>
Centrado no terapeuta	♦ Representação do papel de terapeuta	Poder de decisão do terapeuta de revelar ou não o diagnóstico à cliente; não ditos inerentes ao trabalho do terapeuta no papel de “perito”; Não ditos normais na fase de avaliação. III - <i>“ter dito “Eu prefiro, ..., vamos avaliar o processo com calma, acho que a X não tem nada que se possa chamar doença nem coisa que se pareça, mas eu prefiro nem dizer o nome, nem falarmos disso, vamos deixar andar”.”.</i>