

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC – GO**  
**PROGRAMA STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA – PSSP**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**CONVERSAS SOBRE SENTIMENTOS SEXUAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

**ARTUR VANDRÉ PITANGA**

**Goiânia – GO**

**2016**

**ARTUR VANDRÉ PITANGA**

**CONVERSAS SOBRE SENTIMENTOS SEXUAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, como requisito parcial para defesa, na Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Área de concentração: psicologia clínica, sob orientação do professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe.

Goiânia, agosto de 2016

P681c

Pitanga, Artur Vandré

CONVERSAS SOBRE SENTIMENTOS SEXUAIS NA RELAÇÃO  
TERAPÊUTICA [manuscrito]/ Artur Vandré

Pitanga. -- 2016.

180 f. ; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês  
Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Programa de Pós-graduação Stricto  
Sensu em Psicologia, Goiânia, 2016  
Inclui referências f.159-176

1. Psicoterapeuta e paciente. 2. Terapia cognitiva.  
3. Terapia do comportamento. 4. Sexismo. I. Vandenberghe,  
Luc Marcel Adhemar. II. Pontifícia Universidade Católica  
de Goiás. III. Título.

CDU:

159.964.2:615.85(043)

Dedico esta pesquisa a todos os meus colegas psicoterapeutas, que mesmo sob condições adversas conseguem realizar excelentes trabalhos. Aos nossos pacientes, que buscam com todas as forças um sentido para a vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo mistéria da vida.

Agradeço aos meus pais e familiares, por acreditarem em todos os meus sonhos, especialmente à minha irmã Janaina (“Jana”) e a minha mãe, enfermeira Maui.

Aos meus amigos, companheiros e incentivadores de todas as horas, em especial ao estudante de direito Thiago Caroca, ao músico Victor Telles e à psicoterapeuta Ana Carolina.

A todos as psicoterapeutas que colaboraram com suas experiências profissionais e de vida para a realização desta pesquisa.

Aos membros integrantes da banca de qualificação e de defesa, pelas inestimáveis contribuições.

A todos os professores e funcionários da graduação e do programa de pós graduação *stricu senso* em Psicologia da Pontifcia Universidade Católica de Goiás, pelo carinho, incentivo e efetividade em nos apoiar.

E, de forma especial, ao professor Luc Vandenberghe, por toda paciência, sabedoria e perseverança para o desenvolvimento desta pesquisa. Um exemplo para minha vida.

**Banca Examinadora**

---

**Professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe (orientador)**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GO**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Jocelaine Martins da Silveira**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GO**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Marina Souto Lopes Bezerra de Castro**  
**FACULDADE DE TECNOLOGIA, CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO - FATECE**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Katia Barbosa Macedo**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIAS – PUC-GO**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Adriana Bernardes Pereira**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIAS – PUC-GO**

---

**Professora Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Resende**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIAS – PUC-GO**

---

**CONVERSÇÕES COM TERAPEUTAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVO  
COMPORTAMENTAIS SOBRE SENTIMENTOS SEXUAIS NA RELAÇÃO  
TERAPEUTICA**

**RESUMO**

As psicoterapias comportamentais e cognitivo comportamentais apresentam desenvolvimento nas ultimas décadas na maneira de intervir, compreender e manejar a relação entre psicoterapeuta e paciente. Três gerações de psicoterapia comportamental marcam esse desenvolvimento, conferindo ao trabalho de psicologia clínica interesse sobre aspectos subjetivos e vivenciais da relação entre psicoterapeuta e paciente. A relação psicoterapêutica pode proporcionar transformações e vivências significativas tanto para o paciente, quando para o terapeuta. Vários sentimentos podem surgir durante uma sessão, entre eles os sentimentos sexuais ou aproximação romântica do paciente por seu psicoterapeuta. As psicoterapias descrevem como os terapeutas devem entende, usar e manejar sentimentos na relação com o paciente. As psicoterapias comportamentais contemporâneas convidam o psicoterapeuta a usar sua própria pessoa e seus sentimentos como ferramenta terapêutica, faz-se necessário saber como essa exigência funciona para a pessoa do profissional na realidade do consultório. A presente tese procura esclarecer, especificamente, o que envolvem os sentimentos sexuais do paciente na relação psicoterapêutica e como os terapeutas manejam esses sentimentos do paciente. O objetivo principal é esclarecer sobre o impacto e as implicações dos sentimentos sexuais do paciente, no relacionamento terapêutico na psicoterapia analítico comportamental e cognitivo comportamental. A pesquisa tem cunho qualitativo, exploratória e interpretativa, de acordo com uma abordagem

contextualista e método indutivo, tendo como base a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*). Foram entrevistados 28 terapeutas, (27 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) com no mínimo dois anos de atuação profissional, convidados a relatar situações vivenciadas em ambiente clínico relacionadas à tentativa de pacientes de envolvimento sexual e aproximação romântica. As entrevistas semiestruturadas realizadas foram transcritas e submetidas a codificação analítica com a intenção de permitir a emergência de categorias que descrevem as dinâmicas dos sentimentos sexuais do paciente na perspectiva do terapeuta que é objeto destes. Pacientes tentam romper limites na relação ao comentar características físicas que a terapeuta possui, idealizar e elogiar a terapeuta de forma sedutora, relatar fantasias sexuais em relação à terapeuta, fazer perguntas pessoais à terapeuta, convidar a terapeuta para sair e tentar obter o contato físico prolongado e com intensidade fora do padrão convencional. O impacto sobre os sentimentos dos terapeutas: constrangimento, desconforto, culpa, incomodo e impotência, espanto e susto, vergonha e sentir-se desrespeitado e invalidado. Terapeutas comportamentais tentam manejar as rupturas do quadro clínico tentando tornar a relação mais profissional, bloqueando comportamento do paciente, buscam apoio externo, ou aproveitam os sentimentos expressos pelo paciente para o processo terapêutico. Como consequência do manejo dos terapeutas alguns pacientes desistem, sendo que outros permanecem na terapia e experimentam benefícios em termo de mudança comportamental.

**Palavras chave:** relação terapêutica, sentimentos sexuais, terapia comportamental, terapia cognitivo comportamental, pessoa do terapeuta.



**CONVERSATIONS WITH BEHAVIORAL AND COGNITIVE BEHAVIORAL  
THERAPISTS ABOUT SEXUAL FEELINGS IN THE THERAPEUTIC  
RELATIONSHIP**

**ABSTRACT**

Behavioral and cognitive behavioral psychotherapy have, in recent decades, evolved in the way they speak, understand and manage the therapist – client relationship. Three waves of behavioral psychotherapy mark this development, adding to clinical psychologists, interest in subjective and experiential aspects of the therapist – client relationship. The psychotherapeutic relationship can provide significant and change experiences both the patient and the therapist. Various feelings can arise during a session, including sexual feelings or romantic attraction to the patient by his psychotherapist. Psychotherapies describe how therapists should understand, use and manage feelings in the relationship with the patient. Contemporary behavioral psychotherapies invite psychotherapists to use their own person and their feelings as a therapeutic tool. This makes it is necessary to know how this requirement works for the professional person in daily office reality. This thesis seeks to clarify specifically what involves the sexual feelings of the patient in the therapeutic relationship and how therapists handle these feelings of the patient. The main objective is to clarify the impact and implications of sexual feelings of the patient, the therapeutic relationship in behavioral analytic and cognitive behavioral psychotherapy. The research is qualitative in nature, exploratory and interpretive, according to a contextual approach and inductive method, framed on grounded theory analyses. 28 therapists (27 female and 1 male) with at least two years of professional experience, were intervened about situations experienced in the clinical environment related to

attempted sexual involvement and romantic approach by patients. The semistructured interviews were transcribed and subjected to analytical coding with the intention of allowing categories that describe the dynamics of sexual feelings of the patient in view of the therapist who is the object thereof. Patients try to break boundaries by commenting on the therapist physical characteristics, idealize and praise the therapist, report sexual fantasies in relation to the therapist, ask the therapist personal questions, ask the therapist out and try to obtain prolonged physical contact and intensity breaching the conventional patterns. The impact on the feelings of therapists are embarrassment, discomfort, guilt, discomfort and helplessness, bewilderment and shock, shame and feeling disrespected and void. Behavioral therapists try to manage alliance ruptures by making the relationships blocking patient problem behavior, seeking external support, or taking advantage of the sentiments expressed by the patient for the therapeutic process. As a result the some patients quit therapy, and others remain in treatment and experience benefits in term behavioral change.

Keywords: therapeutic relationship, sexual feelings, behavior therapy, cognitive behavioral therapy, therapist person.

## SUMÁRIO

<b>CAPITULO 1</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 Relação psicoterapêutica</b> .....	11
1.1 Primeira geração.....	15
1.2 Segunda geração.....	16
1.3 Terceira geração.....	18
1.3.1 Psicoterapia de aceitação e compromisso (ACT).....	22
1.3.2 Psicoterapia comportamental dialética (DBT).....	25
1.3.3 Psicoterapia analítico funcional (FAP).....	28
<b>2 Sentimentos</b> .....	33
2.1 Sentimentos sexuais.....	40
<b>3 Projeto</b> .....	46
3.1 Justificativa.....	46
3.2 Objetivos.....	48
3.3 Finalidade da pesquisa.....	48
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>MÉTODO</b> .....	50
<b>1 <i>Grounded theory</i> ou teoria fundamentada nos dados</b> .....	50
1.1 Justificativa para a escolha do método <i>grounded theory</i> .....	53
1.2 Participantes.....	59
1.3 Materiais.....	60
1.4 Conceitos sensibilizadores.....	63
1.5 Procedimento.....	64
1.6 Referências bibliográficas.....	66
<b>TESE</b> .....	70
<b>CAPITULO 3</b>	
<b>1 Artigo 1</b> .....	72
<b>2 Artigo 2</b> .....	95
<b>3 Artigo 3</b> .....	118
<b>CAPITULO 4</b>	
<b>DISCUSSÃO GERAL</b> .....	136
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (GERAL)</b> .....	151
<b>Anexos</b> .....	169

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUÇÃO**

#### **1 Relação psicoterapêutica**

A psicoterapia é uma profissão voltada especialmente para o cuidado com o ser humano. Tem como fundamento ajudar pessoas a lidar com sentimentos e pensamentos aversivos, promover mudanças e ampliação de repertórios comportamentais, autoconhecimento, bem estar e relações interpessoais saudáveis. É um trabalho que se configura basicamente no encontro entre duas ou mais pessoas, pautado geralmente em diálogos, reflexões, procedimentos técnicos, objetivos a serem alcançados e transformação.

Uma psicoterapia começa quando uma pessoa (paciente), em função de dificuldades e sofrimentos vivenciados, procura ajuda de um profissional habilitado em psicologia clínica (psicoterapeuta profissional). O trabalho clínico se configura, a princípio, em função da queixa do paciente, suas necessidades, dúvidas e dificuldades em lidar com aspectos da vida.

Uma das funções de um trabalho psicoterapêutico é atenuar o sofrimento do paciente, proporcionando a ele condições de identificar as razões de suas dores, oferecendo suporte e ajuda para o alcance de mudanças contextuais que possam produzir sentimentos mais agradáveis (Conte & Brandão, 2010), além de proporcionar um contexto privilegiado para aumento do repertório de consciência, aceitação, empatia e segurança.

O caminho para as mudanças necessárias pode estar, conseqüentemente, em uma relação interpessoal transformadora, significativa e envolvente, tanto para o paciente, quanto para o psicoterapeuta, que vai além de técnicas e procedimentos

prescritos na literatura ou ensinados nos cursos de formação profissional para psicólogos clínicos.

No cenário contemporâneo da psicoterapia comportamental e cognitivo comportamental a relação estabelecida entre paciente e psicoterapeuta é vista como um fenômeno importante a ser investigado por estudiosos e pesquisadores, devido aos fatores que o permeiam, sua amplitude e complexidade. Essa relação interpessoal, no contexto das psicoterapias na atualidade, é denominada de relação psicoterapêutica (Beck, 1976; Linehan, 2010) ou relacionamento terapeuta-paciente (Kohlenberg & Tsai, 1987).

A relação psicoterapêutica pode envolver vivências significativas, ocorridas durante o atendimento clínico (Braga & Vandenberghe, 2006), como confrontos interpessoais, relato de situações e experiências traumáticas, confidências, medos, expressão de emoções, revelações, intimidade, entre outros fatores. De acordo com Tsai, Callaghan e Kohlenberg (2013) a relação psicoterapêutica é o principal veículo de intervenção e mudança em uma psicoterapia, sendo o centro que a envolve e tudo o que a determina.

A intimidade entre psicoterapeuta e paciente é uma das características importantes da relação psicoterapêutica, sendo importante do ponto de vista clínico. É referente a repertório interpessoal que envolve a revelação de sentimentos e pensamentos profundos, resultando em um sentimento de conexão, apego e proximidade (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2013).

Em uma relação terapêutica em que há intimidade o terapeuta pode, sob determinadas condições e regras, relatar sentimentos e pensamentos para seu paciente durante a sessão (Braga & Vandenberghe, 2006) e isso pode resultar em “uma sensação de conexão, apego e proximidade com o outro” (Kohlenberg,

Kohlenberg & Tsai, 2011, p. 171) e está relacionada à capacidade de vínculo emocional e de intuir em como o paciente sente, percebe e vive a realidade.

Sendo assim, a intimidade no relacionamento entre terapeuta e paciente pode ser construída quando ambos deixam claro um para o outro o que pensam, o que querem e o que são, dividindo além de carinho e consideração, as experiências e os segredos, vulnerabilidades, inseguranças e limitações pessoais. Trata-se de uma relação especial que ganha importância por ser um fenômeno compreendido como inerente ao processo de psicoterapia (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010).

Um dos repertórios importantes para o exercício profissional em psicoterapia é estar consciente sobre o que está acontecendo no relacionamento psicoterapêutico. Consciência do psicoterapeuta durante a sessão significa auto-observação da experiência física e psicológica e atenção a níveis de necessidades e limitações, sem distorção ou evitação (Baker, 2002).

Vivências e mudanças comportamentais acontecem a cada encontro, proporcionadas pela dinâmica da interação entre paciente e psicoterapeuta. Isso caracteriza o trabalho do psicólogo clínico como uma atividade profissional complexa e exigente. Usar a relação terapêutica como caminho de mudança tem como requisito principal uma observação atenta e constante dos comportamentos do paciente emitidos durante a sessão e o impacto desses comportamentos sobre a pessoa do psicoterapeuta.

O psicoterapeuta deve observar constantemente sua própria atuação, influenciada pelos comportamentos do seu paciente, valorizando a perspectiva de que as variáveis que ele analisa dentro do fluxo de interações interpessoais no processo terapêutico são interdependentes (Vandenberghe, 2002). Esse profissional deve também ser capaz de analisar e compreender os mecanismos de

funcionamento e os múltiplos efeitos que o relacionamento terapêutico tem sobre si mesmo e sobre o paciente, no intuito de alcançar os objetivos da psicoterapia (Wielenska, 2012).

Considerando as ideias acima referidas propomos a seguinte definição. A relação psicoterapêutica pode ser definida como uma vivência significativa, colaborativa e profunda, que exige do psicoterapeuta observação atenta de si mesmo e dos comportamentos do paciente emitidos durante a sessão, levando em consideração a dinâmica de mútua influência que envolve sentimentos, pensamentos, intimidade, capacidade de se vulnerabilizar, coragem e transformação de ambas as partes.

Compreendida como o principal fundamento para o alcance de objetivos na prática da psicologia clínica, a relação psicoterapêutica vem despertando cada vez mais o interesse da comunidade acadêmica e de profissionais que atuam na área, ganhando atualmente espaço e destaque em publicações de livros e artigos científicos.

Nas psicoterapias comportamentais contemporâneas (Hayes *et al.*, 2004; Kohlenberg & Tsai, 2004; Roemer & Orsillo, 2010; Swales & Heard, 2009; Linehan, 2010; Tsai *et al.* 2010) e nas psicoterapias cognitivo-comportamentais (Gilbert & Leahy, 2007) o interesse sobre a relação terapêutica em contexto clínico é crescente.

Para melhor entendimento da importância atribuída à relação psicoterapêutica na psicoterapia comportamental e cognitivo comportamental, faz-se necessária uma apresentação breve do percurso histórico dessas duas psicoterapias. O estudo do

surgimento e desenvolvimento dessas duas abordagens da psicoterapia é dividido didaticamente em três gerações ou ondas<sup>1</sup>.

### 1.1 Primeira geração

A psicoterapia comportamental, desde seu surgimento no início do século XX (década de 1920), tinha como objetivo oferecer intervenções clínicas baseada em técnicas empiricamente sustentadas e baseadas em princípios verificáveis (Franks, 2002). Os psicoterapeutas comportamentais pioneiros utilizavam técnicas de modificação do comportamento baseadas em princípios provenientes das pesquisas experimentais de Ivan Pavlov e John Watson (Barcellos & Haydu, 1995).

A psicoterapia comportamental como abordagem começou a ganhar força e efetivamente a ser respeitada a partir dos esforços de Hans Eysenck, que constatou que os tratamentos psicoterápicos na década de 1950 não possuíam evidência de eficácia, despertando na comunidade acadêmica e profissional da época a busca de alternativas efetivas (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015). Iniciaram então pesquisas com os objetivos de saber quais as psicoterapias que naquela época tinham eficácia e atingiam de fato objetivos psicoterapêuticos pretendidos.

H. Eysenck enfatizou inicialmente que a eficácia da psicoterapia comportamental dependia de aplicação de técnicas, gradualmente o contexto social e o relacionamento com o cliente tiveram espaço em seu modelo teórico. Tanto H. Eysenck, quanto J. Wolpe, os dois autores mais importantes da primeira onda, se dedicaram ao desenvolvimento de técnicas padronizadas, como exposição graduada

---

<sup>1</sup> Faz-se importante esclarecer que Guilhardi (2012) questiona a ideia de terceira onda no Brasil. A noção de “ondas” ou “gerações” de psicoterapias, de acordo com esse autor, é mais aplicável ao contexto norte americano por razões históricas e culturais daquele país. Embora o Brasil tenha ligações e receba influência norte americana no que diz respeito a teorias e práticas em psicoterapia comportamental e cognitiva comportamental, em contexto nacional essas áreas de atuação seguem um percurso histórico próprio. Apresente tese apresenta as três gerações de psicoterapia para fins didático e introdutório, sem pretensões de uma discussão mais ampla sobre questões históricas ou conceituais.



e dessensibilização sistemática, respectivamente (Wolpe, 1983). Nesse sentido o tecnicismo ficou como característica da primeira geração.

Na mesma década, B. F. Skinner e Lindsley pesquisaram o comportamento de pacientes psicóticos em hospitais psiquiátricos, utilizando a concepção de comportamento operante, proveniente de suas pesquisas experimentais iniciais (Garcia, 2007). Nesse momento o desenvolvimento de técnicas de modificação de comportamento para diferentes *settings* (hospitais, escolas, empresas, clínicas, etc.) e diferentes pessoas (p. ex.: pessoas com desenvolvimento atípico, com déficits comportamentais graves, problemas psiquiátricos comprometedores, etc.) marca a prática comportamental com uma característica direcionada para o desenvolvimento e uso de técnicas.

Tendo como principal referência a ciência, a prática da psicoterapia comportamental é baseada em procedimentos verificados por pesquisas de evidência e validação empírica. Isso caracterizou o trabalho comportamental nos seus primórdios como, basicamente, aplicação de técnicas de modificação de comportamento, avaliação das mudanças e resultados alcançados com pacientes que apresentavam déficits ou problemas comportamentais.

## 1.2 Segunda geração

No final da década de 1960 e início da década de 1970 Aron Beck apresenta a psicoterapia cognitiva como um modelo alternativo de psicoterapia, em questionamento às psicoterapias comportamentais e psicanalíticas. Surge nessa época um grande interesse por parte de psicólogos clínicos estadunidenses em

estudar sobre os processos cognitivos, influenciando fortemente o contexto clínico (Garcia, 2007).

O psicólogo Albert Bandura propõe o modelo social cognitivo, em 1960, enfatizando a relevância das cognições (pensamentos) no desenvolvimento e no tratamento de problemas psicológicos.

A segunda geração não diz respeito a uma evolução das práticas comportamentais, mas sim no surgimento de uma nova abordagem na psicologia clínica, embasada em uma nova filosofia e visão do ser humano. Apresenta novas maneiras de intervir no comportamento humano, batizada de psicoterapia cognitiva.

A psicoterapia cognitiva está baseada no princípio de que o sofrimento psicológico é sustentado em como a pessoa interpreta um acontecimento em sua vida, do que o acontecimento em si. Pereira e Rangé (2011, p. 21) mencionam que

mais do que os fatos em si, a forma como o indivíduo os interpreta influencia a forma como ele se sente e comporta em sua vida. Uma mesma situação produz reações distintas em diferentes pessoas, e uma mesma pessoa pode ter reações distintas a uma mesma situação em diferentes momentos da vida.

Essa concepção de psicoterapia tem como base a noção, segundo a qual pensamento influencia sentimento, que por sua vez influencia comportamentos. O núcleo da psicoterapia cognitivo comportamental está apoiado em três proposições fundamentais, de acordo com Dobson (2001, citado por Knapp, 2004, p. 19):

- Atividade cognitiva influencia o comportamento;
- A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada;
- O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

A relação entre psicoterapeuta e paciente começou a ganhar destaque quando, ainda na década de 1970, a psicoterapia cognitivo-comportamental aprofundou em como favorecer o empirismo colaborativo e preocupou-se em como lidar com a contratransferência<sup>2</sup>. Nesse modelo, a contratransferência é compreendida como o resultado da ativação das crenças irracionais do terapeuta durante a sessão (Beck *et al*, 1997).

Entretanto, as reflexões acerca do manejo do relacionamento com o paciente, um olhar acurado quanto ao reconhecimento da relevância dessa interação e a consideração do psicoterapeuta como uma pessoa sensível aos comportamentos do paciente na sessão faziam parte do protocolo de intervenção, mantendo ainda um viés normativo (Beck *et al*, 1997).

A prática da psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea exige do psicoterapeuta uma aliança sólida com seu paciente, promovendo confiança por meio de cordialidade, empatia, e que tenha competência no uso adequado das técnicas, sendo capaz de observar seus próprios sentimentos e ações, e de aceitar sentimentos de ressonância a partir de uma relação colaborativa (Silva, 2003).

### 1.3 Terceira Geração

Se na psicoterapia cognitivo-comportamental, a pessoa do psicoterapeuta e sua contribuição para o relacionamento ainda não era um tema central para estudos e pesquisas, esse quadro mudou em meados da década de 1980 e em seguida nos

---

<sup>2</sup> Trata-se de um conceito oriundo da psicanálise e utilizado por psicoterapeutas cognitivos. De acordo com o dicionário de psicanálise de Roudinesco e Plon (1998) “é o conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente”. Ainda de acordo com o mesmo dicionário transferência “designa um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos”. Sendo assim, transferência e contratransferência são termos que indicam uma dinâmica existente de envolvimento, ou relacionamento psicoterapêutico, entre analista e paciente, concernentes ao trabalho clínico.

anos 90. O interesse foi direcionado para uma prática menos tecnicista e mais vivencial, apoiada em uma nova leitura contextualista do Behaviorismo Radical (Alves & Isidro-Marinho, 2010).

Uma leitura profunda do contexto ambiental do paciente e suas relações interpessoais e influências culturais, a relação entre paciente e psicoterapeuta como um contexto significativo de aprendizagem experiencial e a valorização do psicoterapeuta como pessoa anuncia a chegada de uma nova geração de profissionais na área clínica (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015).

Esse momento da história das psicoterapias foi marcado por uma leitura crítica da psicoterapia cognitiva comportamental a partir de uma análise funcional das interações entre paciente e psicoterapeuta. A terceira geração de psicoterapias foi desenvolvida, entre outras razões, para clientes que passaram por psicoterapias empiricamente validadas (primeira e segunda geração de psicoterapias), mas não obtiveram melhoras (Vandenberghe, 2005).

Lucena-Santos, Pinto-Gouveia e Oliveira (2015, p. 54), a partir de Hayes (2004) apresenta as principais características que justificam as psicoterapias situadas na terceira geração, em resumo:

- Utilizam de estratégias de mudança contextual e experienciais em conjunto com estratégias diretivas ou didáticas de mudanças, concentradas na função mais do que na forma;
- Buscam a construção de repertórios de comportamento flexíveis e habilidades novas aplicáveis a diversos contextos, mais do que a eliminação de problemas estritamente definidos, como comportamentos problemas específicos, pensamentos disfuncionais e sentimentos aversivos;

- Enfatizam a relevância dos processos de mudança tanto para psicoterapeutas como para os pacientes. Psicoterapeutas devem praticar as habilidades interpessoais que estão ensinando a seus pacientes.
- Apresentam capacidade de síntese das gerações precedentes. A partir de uma síntese realizada pela terceira geração, entre as psicoterapia da primeira e da segunda geração haverá o surgimento de algo mais novo e interconectado.
- Lidam com questões, problemas e domínios antes exclusivos de outras tradições e não valorizados pela psicoterapia comportamental, como a vivência subjetiva, valores de vida, a forma em que a pessoa se relaciona consigo mesma, entre outros assuntos.
- Buscam melhorias em relação a compreensão e aos resultados, abrindo a tradição de psicoterapia comportamental a novas ideias.

Dando ênfase ao que foi mencionado anteriormente, Hayes (2004, citado ainda por Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015) caracteriza a terceira geração como:

Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de psicoterapia cognitiva e comportamental é particularmente sensível ao contexto e funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e também tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos, mais do que uma abordagem eliminativa para problemas definidos, e a enfatizar a relevância destes aspectos tanto para clínicos como para os clientes. A terceira onda reformula e sintetiza as gerações prévias da psicoterapia cognitiva e comportamental e as leva de encontro a questões, problemas e domínios previamente endereçados primariamente por outras tradições, na esperança de melhorar tanto a sua compreensão como os resultados.

Em complemento, a terceira geração de psicoterapia apresenta uma característica importante, a partir da ênfase na relação entre clínico e paciente, que

é a valorização da pessoa do psicoterapeuta e os impactos que este vivencia em função dos comportamentos do paciente na sessão.

Pelo que é possível perceber mediante a um novo quadro que vem sendo desenhado a partir da década de 1980, a terceira geração forma um contexto de abertura e colaboração mútua entre abordagens da psicoterapia.

De aspectos técnicos e diretivos para a modificação do comportamento humano, passando por uma prática clínica voltada para a mudança de pensamentos e perspectivas sobre a realidade, até chegar às psicoterapias comportamentais de terceira geração, caracterizadas como vivenciais e fundamentadas em relacionamento interpessoal, a psicoterapia comportamental no momento abre espaço para novas maneiras de pensar, fazer e pesquisar sobre o que envolve o trabalho clínico, ampliando a interdisciplinaridade e enriquecendo o diálogo acadêmico e profissional na psicologia.

Quais são as psicoterapias situadas na terceira geração? De acordo com Melo (2014) são várias, cada uma apresentando aspectos particulares e inovações em termos técnicos e teóricos. Não é pretensão apresentar no presente texto detalhes de cada uma dessas tendências em psicoterapia. Três psicoterapias podem ser consideradas as pioneiras em terceira geração: psicoterapia de aceitação e compromisso (ACT – sigla em inglês para *acceptance and commitment therapy*) psicoterapia comportamental dialética (DBT – sigla em inglês para *dialectical behavior therapy*) e psicoterapia analítico-funcional (FAP – sigla em inglês para *functional analytic psychotherapy*).

### 1.3.1 Psicoterapia de aceitação e compromisso (ACT)

De acordo com Hayes *et al.* (2004) ACT é uma abordagem terapêutica contextual e de intervenção funcional, tendo como base a teoria dos quadros relacionais, que compreende que a inflexibilidade psicológica (promovida pela fusão cognitiva) e a esquiva experiencial como fundamentos do sofrimento humano. Os conceitos “inflexibilidade psicológica”, “fusão cognitiva” e “esquiva experiencial” estão apresentados nos próximos parágrafos.

De acordo com Saban (2015, p. 215) a ACT

é uma psicoterapia comportamental que compreende as ações como presentes e em relação ao seu contexto (contextualismo funcional). Seu modelo de psicopatologia é a esquiva experiencial. O sofrimento existe por uma restrição, uma limitação das ações do indivíduo que fica preso em tentar se esquivar do que pensa e sente. Isso ocorre porque existem alguns contextos em que somos treinados de que o problema está em nossos sentimentos e pensamentos, que eles devem ser eliminados, e não de que o problema em si gerou tais pensamentos e sentimentos. Estes contextos são a fusão cognitiva, evitar, avaliar e dar razão. Em outras palavras, considerar as palavras como uma realidade, evitar pensamentos, sentimentos, sensações e memórias, julgar e considerar os sentimentos e pensamentos como causas de nossas ações.

A fusão cognitiva, de acordo com a ACT, se refere ao processo psicológico em que a pessoa não diferencia a si mesmo de seus pensamentos negativos, e esquiva experiencial significa o processo pelo qual a pessoa tenta evitar ou se afastar a todo custo de sentimentos e pensamentos aversivos e dos contextos que se relacionam a eles (Boavista, 2012).

A ACT apresenta como proposta de intervenção clínica um modelo de mudança comportamental denominado flexibilidade psicológica, que explica tanto o funcionamento saudável quanto o psicopatológico do ser humano, por meio da interação de processos psicológicos adaptativos (Barbosa & Murta, 2014).

Uma maneira que o terapeuta ACT utiliza para ajudar clientes a compreender e lidar com a natureza dos sentimentos e pensamentos aversivos é através do uso de metáforas. Trata-se de uma maneira criativa e flexível de abordar problemas vivenciados pelos clientes, incentivar a uma nova perspectiva sobre as causas do sofrimento. Trata-se, sobretudo, de um “recurso linguístico que transporta um tema sintomático, já enrijecido e sob controle emocional, para uma nova cadeia relacional tornando possível o contato com a realidade e tomada de consciência plena da experiência” (Boavista, 2012, p. 63).

O terapeuta deve compreender os pensamentos e sentimentos do cliente e de si mesmo como produtos da interação com o ambiente. Essa perspectiva contextual sobre a vivência subjetiva e emocional das pessoas direciona o trabalho terapêutico para a aceitação e compromisso de mudança, a fim de alcançar objetivos e valores, em um trabalho colaborativo entre psicoterapeuta e paciente. A ideia fundamental não é mudar sensações, pensamentos, memórias e sentimentos aversivos, mas sim aceitá-los, compreendendo o que sinalizam sobre as condições de vida, e se comprometendo em alcançar valores importantes para uma vida significativa (Hayes *et al.*, 2004).

O psicoterapeuta ACT deve rever sua vida de acordo com os pressupostos teóricos da abordagem, passando por questionamentos similares aos que faz a seus pacientes. Saban (2011, p. 95) apresenta pontos importantes para o psicoterapeuta pautar sua vida pessoal no modelo de flexibilidade psicológica da ACT. Essa coerência reforça a importância da pessoa do psicoterapeuta situado na terceira geração, eis alguns deles:

- Identificar problemas pessoais e estratégias que utiliza para lidar com eles;



- Analisar para cada estratégia utilizada sua efetividade a curto, médio e longo prazo;
- Identificar similaridade entre as estratégias;
- Classificar cada estratégia como de controle ou de aceitação, e perceber o principal tipo de estratégia utilizada em sua vida;
- Para cada estratégia de controle, identificar o que está tentando controlar, o que está sendo evitado e o que está sendo eliminado;
- Perceber os traços positivos e negativos mais fortes de personalidade e questionar se esses traços influenciam na habilidade de achar soluções criativas para problemas pessoais;
- Para cada problema de sua vida, identificar as emoções, os pensamentos e as memórias e as partes de sua história de vida que eles envolvem que são mais difíceis de lidar;
- Observar quais conteúdos subjetivos considera incompatível com uma vida significativa e se estiver disposto a entrar em contato com estes conteúdos, praticar e permanecer com eles em diferentes contextos;
- Identificar valores em cada área da sua vida, quais são os obstáculos a serem alcançados, e quais são os conteúdos subjetivos que estará disposto a vivenciar para realizar os valores.

Juntando esses elementos, percebe-se que a abordagem exige do psicoterapeuta uma atitude caracterizada pelo acolhimento de sentimentos, sejam eles agradáveis ou perturbadores, almejados ou ameaçadores, sem tentativa de modificá-los, mas com abertura para vivê-los no contexto dos seus esforços para alcançar os valores (pessoais e profissionais) do psicoterapeuta. Assim, a literatura

pede do profissional que ele resista à tendência de afastar o que incomoda e, pelo contrário, invista na realização dos seus valores.

### 1.3.2 Psicoterapia comportamental dialética (DBT)

De acordo com Linehan (2010) o termo “dialética”, aplicada à psicoterapia comportamental, apresenta dois significados:

- a) O de natureza da realidade, entendendo que o mundo é um lugar dinâmico que apresenta forças em constante oposição (tese e antítese), e cuja síntese traz um novo conjunto de forças opostas e;
- b) Diálogo e relacionamento persuasivos como estratégia de tratamento para levar o paciente a mudanças.

Trata-se de uma psicoterapia que tem como perspectiva sobre a realidade a noção de dialética. Foi desenvolvida para ajudar pessoas com transtorno de personalidade *borderline*<sup>3</sup> (TPB) com características suicidas e com automutilação não letais a encontrar equilíbrio emocional e consciência plena.

A dialética é compatível com os modelos de conflitos psicodinâmicos da psicopatologia. Pensamentos, emoções e comportamentos dicotômicos e extremados, que são característicos do TPB, são considerados fracassos dialéticos. O indivíduo se prende a polaridades, incapaz de avançar para a síntese. Com relação ao treinamento de habilidades psicossociais, três dessas polaridades tornam o progresso extremamente difícil. O terapeuta deve prestar atenção a cada uma e ajudar cada cliente a avançar rumo a uma síntese que seja tangível (Linehan, 2010, p. 18).

---

<sup>3</sup> Critérios diagnósticos para o transtorno de personalidade *borderline* estão especificados no manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais (DSM – V). É caracterizado como um transtorno de personalidade que acarreta intenso sofrimento emocional e dificuldades acentuadas em relacionamentos interpessoais.

A teoria biossocial para entendimento para a desregulação emocional, a concepção de vulnerabilidade emocional, a compreensão da existência de ambientes invalidantes são os fundamentos da DBT.

Na DBT a teoria biossocial é o entendimento do desenvolvimento e manutenção da desregulação emocional de acordo com uma interação entre fatores biológicos (vulnerabilidade emocional) e ambientais (ambientes invalidantes). Esses conceitos são fundamentais para a DBT.

A desregulação emocional de pacientes com TPB indica a acentuada dificuldade em lidar bem com áreas importantes da vida, considerando que a maior parte do que uma pessoa faz e quem ela é, de certo modo, depende da estabilidade de humor e da regulação adequada das emoções nas interações sociais (Koerner, 2012). Determinadas variáveis ambientais presentes na vida de pessoas com TPB podem estar implicadas na desregulação emocional, a essas variáveis denomina-se de ambientes invalidantes ou ambientes de invalidação (Dornelles & Sayago, 2015).

Problemas emocionais intensos podem surgir ao longo da vida quando um indivíduo biologicamente vulnerável nasce e se desenvolve em um ambiente invalidante. Dimeff e Korner (2007) mencionam que esses ambientes comunicam que as respostas emocionais características do indivíduo a determinados eventos estão incorretas, são inapropriadas, patológicas, ou essas respostas emocionais não são levadas a sério.

Ainda de acordo com os autores acima mencionados, ambientes de invalidação não ensinam o indivíduo a tolerar angústia ou formar metas e expectativas realistas na vida. Então, punindo a comunicação de experiências emocionais e só respondendo com demonstrações emocionais negativas, o ambiente ensina o indivíduo a oscilar entre a inibição emocional e comunicação

emocional extrema. Uma das funções da DBT é criar um ambiente de validação e compreensão para o paciente, através da pessoa do psicoterapeuta.

Linehan (2010, p. 19) define a vulnerabilidade emocional humana a partir de três características:

- a) Sensibilidade muito elevada a estímulos emocionais;
- b) Resposta muito intensa a estímulos emocionais;
- c) Um retorno lento ao nível basal emocional depois que ocorreu excitação emocional.

O estabelecimento de uma relação psicoterapêutica sólida é fundamental na DBT. Inicialmente há uma intervenção nos comportamentos suicidas e parasuicidas, seguidos de intervenção nos comportamentos que interferem e ameaçam a psicoterapia. Adiante a esses passos, o psicoterapeuta DBT foca nos problemas que impossibilitam o paciente em alcançar uma vida razoável, ensinando-lhe habilidades de resolução de problemas, trabalhando na manutenção de habilidades sociais a serem aprendidas (Sadi, 2011).

A DBT e sua natureza dialética mantêm um foco explícito sobre a relação entre psicoterapeuta e paciente durante todo o tratamento. Entretanto, a relação psicoterapêutica na DBT não é apenas um mecanismo de mudança, muito menos se limita a ser um veículo para a mudança. Essencialmente, a relação terapêutica é um rótulo que pode ser dado a uma série de comportamentos "relacionados", que ocorrem ao longo do tempo dentro em um contexto particular, e que varia em termos de seus níveis de eficácia na promoção da mudança do paciente (Newman, 2007).

Linehan (1988) dimensiona a relação psicoterapêutica na psicoterapia comportamental em três aspectos importantes. Primeiro, considerando a mesma não como uma psicoterapia e si, mas um contexto ou veículo de mudança. A

psicoterapia deve, portanto, ser um contexto fortalecedor de relações interpessoais significativas. Segundo, a relação psicoterapêutica deve ser terapêutica para o paciente, pois a intenção do clínico, sobretudo, é desenvolver um contexto de apoio, compreensão e mudança. E terceiro, como um relacionamento real, a psicoterapia deve se aproximar da realidade de vida do paciente, independente do alcance de objetivos no trabalho psicoterapêutico.

A DBT exige do psicoterapeuta capacidade genuína de relacionamento intenso e profundo com o paciente, a fim de criar para ele um contexto de validação e aprendizagem de repertórios comportamentais direcionados a uma vida que vale a pena ser vivida. O profissional deve ser capaz de entender os sentimentos do paciente com TPB, suas crises, atitudes destrutivas e relacionamentos interpessoais conturbados. Deve igualmente estar disponível e presente em ajudar e acolher sabiamente as contradições do cliente, ensinando-o habilidades de manejo das emoções e auto-observação constante do faz e pensa (*mindfulness*<sup>4</sup>).

### 1.3.3 Psicoterapia analítica funcional (FAP)

A FAP é uma psicoterapia que valoriza o que acontece entre psicoterapeuta e paciente durante a sessão. Esse modelo de psicoterapia proporciona um contexto de relacionamento significativo, onde se espera que tanto o paciente, quanto o psicoterapeuta, saiam transformados. “A FAP conduz o terapeuta a uma relação genuína, envolvente, sensível e cuidadosa com seu cliente, e, ao mesmo tempo, apropria-se com vantagens das definições claras, lógicas e precisas do behaviorismo radical” (Kohlenberg & Tsai, 2004, p. 2).

---

<sup>4</sup> Significa “estar alerta momento a momento” (Germer, 2016, p. 5) ou uma forma de atenção às sensações corporais, aos pensamentos e memória, sem julgamento ou tentativa de controle da experiência subjetiva.

A FAP é uma psicoterapia ideográfica, experimentada de forma singular e única por cada pessoa que têm aprendido, procurado, recebido, pesquisado ou escrito sobre ela (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2010) incluindo psicoterapeutas, pacientes, professores, alunos e pesquisadores.

A aplicação clínica da FAP é baseada no relacionamento entre psicoterapeuta e paciente a cada sessão. É pautada no pressuposto de que as causas e o tratamento psicoterapêutico das psicopatologias estão profundamente ligados a relacionamentos interpessoais ao longo da vida (Baruch *et al*, 2010).

A partir de observações atentas do psicoterapeuta sobre os comportamentos do cliente, o mesmo pode identificar o que é denominado de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs – sigla em inglês para *clinically relevant behavior*). A FAP classifica três tipos de CRBs:

- CRBs1: são comportamentos problemas do paciente, razão pela qual ele provavelmente buscou ajuda psicoterapêutica. São comportamentos que devem ser enfraquecidos ao longo das sessões pelo psicoterapeuta;
- CRBs2: são comportamentos relativos à melhoras do paciente, progressos importantes que devem ser fortalecidos durante as sessões pelo psicoterapeuta e generalizados;
- CRBs3: são comportamentos verbais de descrição que o cliente apresenta sobre o que influencia seu próprio comportamento.

A análise do que ocorre entre terapeuta e cliente em termos de classificação funcional de CRBs, possibilita o desenvolvimento de um potencial curativo da vivência interpessoal durante a própria sessão, o que proporciona à psicoterapia comportamental ser uma experiência clínica profunda (Sousa & Vandenberghe, 2005). Além do mais o psicoterapeuta, ao conseguir identificar CRBs na sessão, tem

a possibilidade de influenciá-los diretamente, transformando os percalços no relacionamento psicoterapêutico em oportunidades de aprendizagem e mudança ao vivo para o paciente.

O psicoterapeuta FAP deve seguir um conjunto de regras que potencializam o efeito curativo e vivencial da relação psicoterapêutica. De acordo com Kanter, Tsai e Kohlenberg (2010) e Tsai et al (2010):

- Regra 1: estar atento aos CRBs. Essencialmente é a noção importante de que CRBs estão ocorrendo a todo momento durante a sessão. O psicoterapeuta deve estar atento ao que ocorre entre ele e o paciente, identificando os CRBs. O psicoterapeuta deve estar consciente sobre as variáveis pessoais que envolvem a relação entre ele e o paciente.
- Regra 2: evocar CRBs. Associado a regra 1, diz respeito a estruturar o relacionamento psicoterapêutico para evocar CRBs. Evocar CRBs<sup>1</sup> é uma maneira de chegar aos CRBs<sup>2</sup>. A psicoterapia deve ser estruturada, através de procedimentos e técnicas variadas, para evocar CRBs. Aspecto pelo qual o psicoterapeuta apresenta coragem ao abordar aspectos difíceis dos comportamentos do paciente, sendo genuíno e assertivo.
- Regra 3: Consequenciar adequadamente, ou naturalmente os CRBs<sup>2</sup>. Nessa regra o psicoterapeuta deve ser uma pessoa amável. O psicoterapeuta deve primar sempre em seu trabalho clínico pelo reforçamento natural e evitar o reforçamento artificial. O psicoterapeuta deve ser naturalmente reforçador, consequenciando as respostas de seu paciente quando elas forem representativas de melhoras.
- Regra 4: Observar os efeitos reforçadores de seu comportamento (comportamento do psicoterapeuta) em relação aos CRBs do paciente. Estar

atento (consciente) ao impacto causado nos comportamentos do paciente e avaliar o grau em que esses comportamentos funcionaram como reforçadores.

- Regra 5: Fornecer interpretações funcionais do comportamento do cliente e programar condições para generalização de CRBs2. O psicoterapeuta estabelece paralelos entre o comportamento do paciente dentro e fora da sessão. A análise funcional caracteriza nessa regra a noção de ser um “bom behaviorista”.

As regras a serem seguidas pelos psicoterapeutas FAP indicam um trabalho clínico orientado para o relacionamento, tendo este como o fundamento da psicoterapia e a principal condição estabelecadora de mudanças, objetivando o bem estar do paciente na vida cotidiana. O psicoterapeuta FAP se torna uma forte influência para seus pacientes.

Como os clientes frequentemente nos procuram, sofrendo e com necessidade de conforto e orientação, eles são particularmente sensíveis à influência do terapeuta. Os terapeutas estão na posição de auxiliar a produzir grandes mudanças nesse período tão vulnerável da vida dos clientes, mas o contrário, a possibilidade de prejudicar também existe (Kohlenberg & Tsai, 2004, p. 210).

A necessidade de conforto e orientação são condições que podem estabelecer uma relação de dependência afetiva do paciente para com o psicoterapeuta. Nesse momento de vulnerabilidade do paciente o psicoterapeuta deve estar atento. Ao estabelecer uma relação de intimidade, característica importante da FAP, o psicoterapeuta deve estar aberto ao que o paciente emite durante a sessão, considerando a individualidade e história única desse paciente. Revelações sobre história de vida, lembranças dolorosas e relatos de carências



afetivas, podem emergir por parte do cliente como CRBs a serem abordados funcionalmente pelo terapeuta.

A FAP, de acordo com Kanter, Tsai e Kohlenberg (2010), é uma psicoterapia que desenvolve repertório de comportamento para a precisão analítica, coração aberto para a generosidade, vulnerabilidade, expressividade e humildade, busca contínua de crescimento intelectual e emocional para seus pacientes.

O psicoterapeuta FAP deve estruturar seu trabalho clínico através de comportamentos de consciência, coragem e amor. Deve então ajudar seu cliente a ser capaz de expressar consciência, vivenciar vulnerabilidade e afeto, aceitação e respeito aos limites durante as sessões como fora delas em seus relacionamentos interpessoais. A construção ou alcance desses repertórios de comportamento pelo cliente é possível mediante um relacionamento psicoterapêutico em que o profissional demonstre pessoalmente como ser genuíno.

As psicoterapias de terceira geração apresentam características comuns em suas práticas, como a valorização da pessoa do psicoterapeuta, considerando seus sentimentos, história de vida e capacidade profissional, e por serem psicoterapias que integram perspectivas, como FAP e ACT (Callaghan *et al*, 2004; Kohlenberg & Callaghan, 2010), FAP e DBT (Waltz, Landes & Holman, 2010), além de estarem abertas a leituras de outras abordagens psicoterapêuticas, como FAP e psicoterapias psicodinâmicas (Rosenfarb, 2010) e FAP e psicanálise (Kohlenberg & Tsai, 2004), por exemplo.

Uma leitura atenta do behaviorismo radical e a valorização dessa filosofia da ciência como perspectiva para o trabalho clínico, a ênfase no contextualismo e pragmatismo e uma postura integrativa e aberta a conhecimentos e avanços de

outras abordagens da psicologia clínica, proporcionam inovações e desenvolvimento das psicoterapias de terceira geração.

## 2 Sentimentos

Definições sobre sentimentos podem diferir na psicologia em função das diversas perspectivas teóricas inerentes a essa área de conhecimento. Há uma diferença entre sentimentos e emoção importante a ser esclarecida. De acordo com o dicionário de psicologia da APA (APA, sigla em inglês para *american psychological association*), (APA, 2010) sentimento é definido como:

Experiência fenomênica completa. Os sentimentos são subjetivos, avaliativos e independentes da modalidade sensorial das sensações, pensamentos ou imagens que os provocam. Eles são inevitavelmente avaliados como agradáveis, mas podem ter mais qualidades intrapsíquicas específicas, de modo que, por exemplo, o tom afetivo do medo é experimentado como diferente daquele da cólera. A característica central que diferencia sentimentos de experiências intrapsíquicas cognitivas, sensorial ou perceptuais é o vínculo entre afeto e avaliação. Os sentimentos diferem de emoção por serem exclusivamente mentais, ao passo que as emoções visam envolver o mundo. (p. 334)

No mesmo dicionário o termo emoção é definido como

Padrão de reação complexo, envolvendo elementos experimentais, comportamentais e fisiológicos, pelo qual o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo. A qualidade específica da emoção (p. ex., medo, vergonha) é determinada pelo significado específico do evento. Por exemplo, se o significado envolve ameaça, é provável que haja medo; se o significado envolve desaprovação de outra pessoa, é provável que haja vergonha. A emoção tipicamente envolve sentimentos, mas difere do sentimento por ser uma relação explícita ou implícita com o mundo. (p. 836)

Os sentimentos nesse caso estão relacionados às atividades subjetivas (intrapsíquicas, mentais) do ser humano, as emoções, por sua vez, estão relacionadas às respostas do organismo ao contexto imediato (mundo) em que a mesmo se insere. Diferentemente das definições tradicionais da psicologia, os termos sentimento e emoção são tratados como correlatos, sendo compreendidos

como respostas complexas do organismo aos estímulos e contingências do ambiente.

Na psicoterapia comportamental a compreensão sobre sentimentos ou o sentir está de acordo com o ponto de vista do behaviorismo radical e da análise do comportamento. A filosofia skinneriana norteia a teoria e a prática clínica de psicoterapeutas comportamentais e fundamenta a perspectiva de psicoterapeutas sobre as razões pelas quais as pessoas sentem e pensam em relação ao que acontece na vida. A terapia cognitiva, por sua vez, considera os sentimentos apenas como aspectos mais acessíveis dos processos cognitivos subjacentes.

Ambas as teorias consideram os sentimentos como reações corporais, mas o princípio de causalidade é diferente. Enquanto o modelo skinneriano entende o sentimento como resultado das contingências (Skinner, 2003), o modelo cognitivo propõe que sentimento é produzido pela ativação de esquemas cognitivos pela percepção da realidade (Beck *et al*, 1997).

O sentir para a psicoterapia cognitivo comportamental é uma consequência do pensamento, ou crenças, influenciado pela maneira que a pessoa percebe a realidade. Sentir-se mal é uma indicação de ocorrência de crenças cognitivas disfuncionais, errôneas e que precisam ser modificadas com a ajuda de procedimentos de modificação de pensamentos. A emoção vivenciada é entendida como o efeito da ativação de esquemas cognitivos por informações que são subjetivamente relevantes de acordo com as necessidades, objetivos e suposições do indivíduo (Lenventhal, 1982).

Skinner (2006) apresenta o sentir como respostas corporais ou ação sensorial do organismo:

Respondemos ao nosso próprio corpo com três sistemas nervosos, dois dos quais estão particularmente relacionados com traços internos. O chamado

sistema nervoso interoceptivo transmite a estimulação de órgãos como a bexiga e o aparelho digestivo, as glândulas e seus canais, e os vasos sanguíneos. É de fundamental importância para a economia interna do organismo. O chamado sistema propioceptivo transmite a estimulação dos músculos, articulações e tendões do esqueleto e de outros órgãos envolvidos na manutenção da postura e na execução de movimentos. Usamos o verbo “sentir” para descrever nosso contato com esses dois tipos de estimulação. Um terceiro sistema nervoso, o exteroceptivo, está basicamente envolvido no ver, ouvir, degustar, cheirar e sentir as coisas do mundo que nos cerca, mas desempenha papel importante na observação do nosso próprio corpo (p. 23).

O sentimento, entendido como respostas do organismo, está relacionado ao ambiente em que uma pessoa se encontra. Comportamentos como fazer, pensar e sentir são ações do organismo que ocorrem sob condições ambientais específicas (Rico, Golfeto & Hamasaki, 2013). No behaviorismo entende-se o sentir com consequência da interação de uma pessoa com seu contexto. O sentir não é um tipo de princípio causal para outros comportamentos ou algo proveniente de uma natureza distinta a eventos naturais no universo (Baum, 2006). Os mesmos princípios físicos que regem os comportamentos públicos regem os comportamentos privados.

O estudo dos sentimentos remete à distinção entre comportamentos (ou eventos) públicos e privados e entre comportamentos respondentes e operantes. Esses conceitos são oriundos das pesquisas em análise experimental do comportamento e fundamentais para o entendimento sobre o sentir e sua importância para a prática e desenvolvimento das psicoterapias comportamentais.

Comportamento operante são ações do organismo sobre o meio, fortalecidas pelas consequências dessas mesmas ações. Entende-se que “as consequências do comportamento podem retroagir sobre o organismo. Quando isso acontece, podem alterar a probabilidade de o comportamento ocorrer novamente” (Skinner, 2007, p. 65). O comportamento respondente está relacionado a respostas do organismo

mediante estímulos específicos presentes no ambiente (Baum, 2006; Skinner, 2006; 2007).

Para a análise do comportamento emoções e sentimentos costumam ser denominadas de “respostas emocionais”, tratadas como fenômenos complexos que envolvem comportamentos respondes e operantes, verbais e não verbais (Barbosa & Marques, 2012).

Distinção entre o que é público e privado no comportamento humano está na acessibilidade que as pessoas possam ter do evento. Comportamentos públicos como falar em voz audível, andar, comer, escrever, estudar, por exemplo, são acessíveis e mais de uma pessoa. Pensar, sentir, imaginar, sonhar, refletir, são exemplos de comportamentos privados, pois somente a pessoa que se comporta tem acesso a eles.

O acesso a comportamentos privados, como sentimentos e pensamentos, é sempre parcial, e depende de como as pessoas aprendem a relatar mediante ensino da comunidade verbal (contexto linguístico e cultural) em que estas mesmas pessoas estão inseridas. Skinner (1978) sugere quatro possibilidades de como a comunidade verbal ensina relato de comportamento privado:

- Ensina a relatar um evento privado relacionando-o a uma resposta pública produzida por um estímulo unicamente privado. Por exemplo, quando uma pessoa franze o rosto em função de uma dor, no momento em que coloca as mãos na barriga. A dor é inferida a partir das respostas colaterais de franzir a testa e colocar as mãos na barriga.
- Ensinar o relato de um evento privado modelando esse comportamento a partir de um evento público que o antecede. Pode-se ensinar uma criança a

dizer “estou com dor”, ou “está doendo”, sempre que ela se machucar, ou cortar o dedo, se ferir de alguma maneira.

- A comunidade verbal pode ensinar o relato de eventos privados recorrendo ao uso de metáforas, como “meu estômago está embrulhado”, “estou feliz como o sol que brilha”, “minhas emoções oscilam como as ondas do mar”, etc. A pessoa emite relatos verbais a partir de propriedades comuns entre estímulos públicos e estímulos privados.
- Pouco usual na cultura é a pessoa aprender a relatar o que sente sem se remeter a nomes de sentimentos, se atendo às situações ambientais que provocam a condição sentida.

De acordo com o behaviorismo radical não há possibilidade de acesso direto aos comportamentos privados de uma pessoa, como se tem em relação aos comportamentos públicos. Inferências sobre o sentir e o pensar são feitas a partir da observação da correspondência entre esses dois eventos. Então, o relato sobre comportamento privado é consequência de contingências verbais especiais pertencentes a um contexto cultural (Skinner, 2006).

A comunidade verbal ensina uma pessoa a relatar sentimentos, por exemplo, utilizando de respostas colaterais ou estímulos que essa pessoa deve aprender e saber identificar. Entretanto, “palavras que designam sentimentos não são ensinadas com tanto sucesso quanto palavras que designam objetos” (Skinner, 2003, p. 15), pois haverá sempre uma dificuldade por parte da comunidade verbal de acessibilidade direta aos comportamentos privados de uma pessoa.

Sentimentos ou emoções, portanto, são respostas corporais, que podem ser públicas e/ou privadas, resultantes da interação do organismo com seu meio. Os sentimentos funcionam como indicadores de contingências ambientais específicas

que influenciam a vida e provenientes da história de aprendizagem de uma pessoa. Sentir, portanto, não é uma escolha livre, ou algo relacionado a “querer”, mas respostas involuntárias e naturais do organismo.

Para os psicoterapeutas comportamentais os sentimentos são indicadores, tanto da história de vida do paciente, quanto do processo terapêutico. A atenção dada aos sentimentos que surgem entre paciente e psicoterapeuta se torna indispensável para a compreensão dos processos em andamento a cada sessão (Braga & Vandenberghe, 2006).

Durante atendimento clínico, frequentemente o paciente verbaliza sobre situações de sofrimento vivenciadas no passado e isso pode ser acompanhado por reação emocional intensa de sua parte. Isso requer uma intervenção psicoterapêutica adequada, proporcionando um contexto seguro para a observação e descrição dos estados emocionais aversivos (Barbosa & Marques, 2012).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, um dos objetivos do psicoterapeuta é ensinar a seus pacientes a perceber e identificar como sentimentos e pensamentos são elos de contingências a serem analisadas e como eles se relacionam a outros eventos do mundo interno e externo (Carvalho, 1999).

Ainda de acordo com o autor referido, o psicoterapeuta deve facilitar a identificação das contingências que influenciam os comportamentos de seu paciente permitindo que este se torne um observador mais acurado de seu próprio comportamento, já que os comportamentos encobertos (sentimentos e pensamentos) são de difícil acesso e geralmente ficam sob controle de contingências por vezes desconhecidas.

A psicoterapia é, portanto, um contexto específico e privilegiado para o paciente aumentar o repertório de auto-observação, para “trazer à consciência”

esclarecimentos sobre as razões (causas e consequências) do comportamento (Skinner, 2003) e compreender seu corpo com *locus* de experiências sensoriais influenciadas pelo ambiente e pela história de aprendizagem.

Como indicadores de contingências que influenciam os comportamentos do paciente e suas vivências no cotidiano, os sentimentos sinalizam também aspectos que envolvem a relação psicoterapêutica. Pacientes relatam suas emoções e sentimentos a cada sessão, solicitam ajuda psicoterapêutica no intuito de eliminar ou bloquear a ocorrência de sentimentos desagradáveis. Por outro lado, o psicoterapeuta usa seus sentimentos e pensamentos durante a sessão para entender o paciente, seus comportamentos, crenças e história de vida.

A compreensão sobre o sentir como experiência sensorial é inerente à filosofia e natureza do trabalho psicoterapêutico. A prática da psicoterapia depende, sobretudo, de como o “mundo é sentido e pensado” pelas pessoas, além do mais, de como esses sentimentos e pensamentos são verbalizados e abordados pela sociedade e cultura.

Sentimentos classificados como raiva, alegria, tristeza, frustração, ansiedade, medo, vergonha, culpa, amor, entre outros são estudados por psicólogos clínicos e abordados em suas práticas clínicas (Rico, Golfeto & Hamasaki, 2013). O que são sentimentos sexuais e como eles se inserem na psicoterapia? Qual é o lugar dos sentimentos sexuais ou atração afetiva sexual na relação psicoterapêutica?



## 2.1 Sentimentos sexuais

Considerando a noção de sentimentos apresentado, de acordo com a filosofia behaviorista radical e perspectiva da psicologia cognitiva, sentimentos sexuais<sup>5</sup> ou atração sexual/amorosa, são sentimentos como quaisquer outros, podem surgir, naturalmente, de variadas maneiras e causas. Caracterizam-se basicamente como respostas corporais de natureza fisiológicas específicas que surgem em função de estímulos do contexto, necessidades de interação e afeto entre os seres humanos. Podem se manifestar de forma pública, através de relatos verbais, atos e indicações de sensações corporais (p.ex.: rubor da pele), ou de forma privada, através de pensamentos, sonhos, fantasias e sentimentos.

O estudo sobre o que envolve o que se denomina atualmente de sentimentos sexuais remete às noções sobre a sexualidade humana, seu desenvolvimento como uma característica da espécie, sua importância ao longo da história em diversos contextos do mundo e sua relação com as mudanças sociais e culturais surgidas no século XX.

A sexualidade e tudo que a envolve, desde suas principais características até seu entendimento cultural, é um assunto que perpassa marcos temporais da história da humanidade, já amplamente comentados em trabalhos filosóficos, científicos e artísticos, desde a Idade Antiga, passando pela Idade Média, seguindo a Idade Moderna até os dias contemporâneos (Carelli, 2013).

O século XX conheceu uma maior exploração científica sobre a sexualidade humana. Os estudos mais conhecidos pela comunidade científica são os relatórios

---

<sup>5</sup> Definido de outros modos, sentimentos sexuais são uma “constelação de sentimentos psicológicos que constituem desejo por satisfação sexual ou liberação de tensão sexual”. Consultar definição em <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sexual+feelings>. No dicionário da associação norte americana de psicologia, (APA, 2010) sentimento sexual é referido apenas como “sentimento prazeroso associado com o coito ou outro contato sexual”.

estatísticos de Kinsey sobre práticas sexuais e os relatórios Hite (Sena, 2007) e o estudo sobre a resposta sexual fisiológica e anatômica de Masters e Johnson (Masters & Johnson, 1984).

Em um estudo pioneiro e considerado clássico sobre sexualidade humana, Masters e Johnson (1984) levantaram dados sobre as reações físicas do ser humano relacionadas à estimulação sexual efetiva. Esses pesquisadores apresentaram o ciclo de reação fisiológica sexual e suas variantes e demonstraram a natureza de aspectos da sexualidade humana. Os sentimentos sexuais, de acordo com esses pesquisadores, estão relacionados às reações sensoriais complexais do organismo mediante estimulação do meio.

Morris (1967) apresenta a sexualidade humana como característica evolutiva da espécie, selecionada ao longo de milhares de anos. Desde os primórdios, iniciando com os primatas até o surgimento do *homo sapiens sapiens*, em um processo gradativo e lento da evolução da espécie humana, o envolvimento sexual humano foi (é) um dos fatores que garantiu (garante) a perpetuação da espécie. Segundo esse autor, o sexo é algo natural que deve ser estudado como uma característica humana sem vieses teóricos ou de interpretações sócio culturais.

Os humanos mais sensíveis à estimulação sexual provavelmente se envolviam mais em relações sexuais na busca de satisfação e prazer. Assim, adquiriram uma vantagem seletiva no processo da evolução da espécie humana. Isso pode ter caracterizado os sentimentos sexuais como um evento corporal natural e funcional. Sentir, deste modo, é um processo inerente à constituição do ser humano e uma de suas formas de se relacionar e conviver.

Skinner (2003), ao se referir sobre o lugar dos sentimentos na análise do comportamento, se reporta ao conceito de amor, que para ele pode ser manifestado

pelo ser humano de três maneiras: o amor *philia* é um tipo amor relacionado a coisas, como lugares, músicas, assuntos, etc. O amor *agape*, relacionado a um tipo de amor no sentido de amizade, boa convivência e companheirismo. E o *amor eros*, relacionado a amor sexual, erótico ou relacionamento sexual.

Ainda de acordo com Skinner (2003) amor *eros* é primariamente consequência da seleção natural (semelhante a Morris, 1967); amor *philia* está relacionado ao condicionamento operante (história de aprendizagem); e amor *agape* significa evolução cultural, como um terceiro processo de seleção.

O que envolve questões sexuais no contexto da psicoterapia ganha importância em função da queixa de pacientes com problemas na vida sexual. Pessoas com algum grau de disfunção ou insatisfação sexual, além de vítimas de abuso sexual infantil, representam uma grande parte da população de pacientes que buscam ajuda através de um psicólogo clínico (Cavalcante & Cavalcante, 2006; Araújo & Lordello, 2013).

A psicoterapia, geralmente, tenta ajudar pacientes que apresentam problemas em temas de sexualidade ou vida sexual. Cavalcante e Cavalcante (2006) recomenda que o estudo da sexualidade humana para a prática psicoterapêutica deve levar em consideração aspectos como o biológico, sociocultural e psicológico. Esses três aspectos fundamentais são apresentados de acordo com os seguintes pontos de vista sobre “normalidade” ou “disfuncionalidade” dos aspectos sexuais:

- Sociológico: há padrões construídos socialmente que definem o que é “sexo normal” e como dever ser praticado. O que se distancia do que é praticado como regra é considerado com desvio da norma. A noção de desvio reflete o pensamento predominante de uma parcela da sociedade que, de certo modo,

determina o que é “normal” em um determinado contexto e momento da história.

- Biológico: “normal” ou “funcional” é considerado como a resposta fisiológica hígida, ou resposta sexual íntegra. Quando a cadeia de reações sexuais fisiológica está bloqueada o indivíduo pode apresentar o que se denomina de reações sexuais disfuncionais.
- Psicológico: “normal” considerado de acordo com a visão de cada pessoa. Nesse aspecto o critério fundamental é a satisfação ou adequação sexual do indivíduo.

O que é considerado “normal” ou “anormal” sobre sexo, práticas sexuais ou sexualidade em um contexto cultural pode não ser em outro, por isso seu caráter é relativo. Concepções sobre sexualidade vão mudando conforme o desenvolvimento das sociedades, seus valores e características históricas.

Problemas, inadequações e disfunções são tipos de queixas de vários pacientes que procuram psicoterapia como maneira de resolver problemas de natureza sexual. Isso caracteriza a psicoterapia como um contexto de ajuda e mudança da vida sexual dessas pessoas. Isso faz com que psicoterapeutas estejam preparados para abordar questões sexuais que envolvem sofrimento na vida do paciente e são apresentados como queixa durante o processo terapêutico.

Entretanto, a sexualidade concebida apenas como “comportamentos problemas” a serem modificados pode limitar a psicoterapia em relação a uma compreensão mais profunda sobre os sentimentos sexuais, que naturalmente podem surgir em uma relação psicoterapêutica.

Em uma perspectiva mais ampla sobre sentimentos sexuais entende-se que tanto o paciente, quanto o clínico, podem vir a sentir atração sexual durante processo psicoterapêutico.

Os sentimentos sexuais são tratados como *taboos* quando envolvem os sentimentos sexuais do psicoterapeuta. Estudos indicam que psicoterapeutas atraídos sexualmente por seus pacientes apresentam (Pope, Sonne & Holroyd, 1993, p. 79) reações como:

- Surpresa, susto e choque;
- Culpa;
- Ansiedade sobre questões pessoais não resolvidas;
- Medo de perder o controle;
- Medo de ser criticado;
- Frustração por não ser capaz de falar abertamente;
- Frustração por não ser capaz de ter contato sexual;
- Confusão sobre tarefas;
- Confusão sobre limites e papéis;
- Confusão sobre ações
- Raiva direcionada à sexualidade do paciente;
- Medo e desconforto em frustrar as demandas do paciente.

Além do mais, psicoterapeutas podem sentir vergonha de relatar a vivência de sentimentos sexuais por seus clientes em supervisão, considerando ser um assunto delicado e difícil de ser exposto como algo natural (Pope, Sonne & Greene, 2006).

Em outro sentido, sentimentos sexuais do paciente direcionados ao terapeuta também podem emergir na relação psicoterapêutica. Podem acontecer, durante o

processo terapêutico, sentimentos com características eróticas por parte de alguns pacientes, isso vai desde a emergência de sentimentos afetuosos e carinhosos pelo terapeuta até intensa atração sexual.

A atração sexual de paciente por seus psicoterapeutas também é assunto que interessa à literatura e ao cinema. Dois exemplos ilustram esse interesse: Hernández (2014) apresenta um romance chamado “A terapeuta: um romance sobre a ansiedade”, em que um paciente com diagnóstico de ansiedade e estresse pós-traumático apaixona-se por sua psicoterapeuta. O paciente personagem do romance supõe, em função de sua atração amorosa, que a maioria dos homens que frequentam sessões de psicoterapia acabam por se apaixonar por suas terapeutas. Em “Sessão de Terapia”, livro de Vargas (2013) apresenta a narrativa escrita de um seriado de televisão sobre psicoterapia, uma história de um psicanalista que quase se envolve sexualmente com uma paciente sedutora. A paciente idealiza e tenta de várias formas romper os limites da psicoterapia, aproveitando-se dos momentos de carência, crises e problema pessoais vivenciados pelo psicanalista.

A literatura e a televisão, ao apresentarem histórias de envolvimento e sentimentos sexuais entre psicoterapeutas e seus pacientes, revelam o interesse do público leigo sobre o assunto. A atração sexual/amorosa adentra os consultórios psicológicos na ficção, semelhante a qualquer história que desperte interesse aos espectadores e leitores.

A atenção das psicoterapias comportamentais contemporâneas voltadas para a interação entre paciente e terapeuta abre, portanto, novas formas de entendimento da psicoterapia. Sentimentos, intimidade, impacto sobre a pessoa do terapeuta e mudanças de ambas as partes fazem atualmente parte do que compõe a base dessa interação.

### 3 Projeto

A presente tese de doutorado é de natureza qualitativa, exploratória, apoiada em uma abordagem contextualista, de acordo com o método indutivo. Tem como base a GT na sua modificação sugerida por Charmaz (2003; 2009). Esse método foi escolhido especialmente para as seguintes utilidades:

- a) Compreender esse grupo profissional (comunidade de pares que trabalham como terapeutas analítico-comportamentais e cognitivo-comportamentais) que vivencia um aspecto da sua realidade compartilhada e como lidam com os desafios embutidos neste aspecto: o surgimento de sentimentos sexuais na relação terapêutica.
- b) Produzir teoria nova, flexível e enraizada nos dados brutos do mundo real do trabalho clínico de terapeutas analítico-comportamentais e cognitivo-comportamentais.

#### 3.1 Justificativa

A psicoterapia é um empreendimento de significativa relevância social. Ao longo do século XX a psicoterapia foi se consolidando como um importante elemento na área da saúde humana, por oferecer um contexto especial de interação, significado e mudança. Pesquisar sobre o que permeia essa forma de interação é uma oportunidade de compreender com mais clareza a atuação de terapeutas, principalmente no que diz respeito aos aspectos dessa atuação que ainda não foram abordados empiricamente.

A observação acurada do que envolve a relação terapêutica proporciona a psicoterapeutas e pesquisadores questionamentos sobre o que pode contribuir com

o sucesso ou fracasso do trabalho clínico. As psicoterapias-comportamentais e cognitivo-comportamentais contemporâneas compreendem a relação com o cliente como uma forma de envolvimento pessoal (Banaco, 1993; Linehan 1988). Entendem o terapeuta como uma pessoa que contribui significativamente com sua perspectiva e sua vivência na relação terapêutica para o processo de mudança e não um mero técnico ou ouvinte neutro (Beck, 1976).

Para desenvolver uma psicoterapia, esses modelos convidam o terapeuta a usar sua própria pessoa como ferramenta terapêutica, porém, não pesquisam como isso funciona para a pessoa do terapeuta. Portanto, a justificativa fundamental da presente pesquisa é preencher este déficit. Considerando a importância atribuída à pessoa do terapeuta para compreender o processo terapêutico, a presente pesquisa pode ajudar a esclarecer o que envolve os sentimentos na relação terapêutica, além do mais, oferecer conhecimentos para o desenvolvimento da psicoterapia em âmbito geral.

Tanto as psicoterapias comportamentais da “segunda onda” (psicoterapia cognitivo-comportamental) e as situadas como “terceira onda” (por ex.: Psicoterapia Analítico Funcional, Psicoterapia de Aceitação e Compromisso, e a Psicoterapia Comportamental Dialética) abordam os comportamentos do terapeuta por um ângulo normativo, ou seja, descrevem como os terapeutas devem entender, usar e manejar sentimentos na relação com o paciente (Saban, 2011; Del Prette, 2015; Brandão & Silveira, 2004; Falcone & Macedo, 2012). A presente pesquisa traça o caminho inverso, propondo contribuir a partir de uma compreensão baseada na vivência concreta dos terapeutas.



### 3.2 Objetivos

#### *Objetivo Geral*

Compreender como terapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais percebem e se posicionam mediante sentimentos sexuais do cliente e tentativa de envolvimento amoroso pelo mesmo na sessão.

Visando responder questionamentos que surgem mediante experiência profissional, conjuntamente com estudos da literatura sobre a temática proposta, procura-se responder a seguinte questão: “de que forma os sentimentos sexuais do paciente por sua terapeuta podem influenciar a relação terapêutica”?

#### *Objetivos específicos*

- Compreender o que pode causar a ocorrência de sentimentos e desejos sexuais por parte do paciente em ambiente clínico;
- Compreender como os psicoterapeutas lidam, em contexto clínico, mediante a ocorrência de sentimentos sexuais do paciente.

### 3.3 Finalidade da pesquisa

Pretende-se contribuir, com essa pesquisa, para os subsídios teórico-práticos para intervenções psicoterapêuticas mais efetivas. Os cursos de Psicologia, bem como os psicoterapeutas e profissionais em psicologia de variados seguimentos, poderão utilizar os dados e informações da pesquisa como suporte para intervenções profissionais junto a pacientes e demais pessoas que necessitam do trabalho de psicólogos(as).

O modelo da pesquisa e apresentação de dados proposto pretende auxiliar os profissionais sobre características e detalhes que envolvem uma relação terapeuta-paciente, sobre os sentimentos possíveis de existir em uma sessão terapêutica, suas causas e consequências. O presente trabalho levanta dados inéditos sobre especificidades da relação terapêutica e, por fim, pode lançar luz a formas mais apropriadas de intervenção, apoio e efetividade do trabalho clínico.

## CAPÍTULO 2

### MÉTODO

#### 1 *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados

A pesquisa qualitativa pode ser utilizada como método quando um pesquisador deseja compreender perspectivas de indivíduos ou grupos de pessoas em relação aos fenômenos sociais em que esses indivíduos estão inseridos, aprofundando em suas experiências, perspectivas, opiniões e significados (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). O objetivo principal é compreender profundamente fenômenos sociais, explorados a partir da perspectiva de quem participa no ambiente natural em que o fenômeno ocorre. *Grounded theory* (GT) ou teoria fundamentada nos dados constitui-se como uma, entre várias maneiras possíveis, de realizar pesquisa qualitativa.

A GT foi desenvolvida na década de 1960, pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, e influenciada pela etnografia e pelo Interacionismo Simbólico, uma abordagem sociológica inspirada pelo filósofo americano George Herbert Mead (Charmaz, 2003; 2009).

Pesquisar utilizando GT indica que o pesquisador tem interesse em saber profundamente sobre determinados fenômenos que ocorrem em âmbito social, como por exemplo: pontos de vista de sujeitos em relação a um assunto; investigação de acontecimentos sociais de interesse dentro de seus contextos ou ambientes locais; explicar problemas sociais concretos e localmente situados, além de explorar um assunto pouco estudado que apresente lacunas em termos de conhecimento (Henwood & Pidgeon, 2010).

A construção de uma teoria inteiramente fundamentada nos dados que explica o comportamento das pessoas na sua interação com o fenômeno é a marca principal da GT, o que a diferencia de outras linhas de pesquisa qualitativa. As reflexões do pesquisador sobre o tema em questão, suas próprias vivências, e a verificação de literatura pertinente, podem influenciá-lo, porém, a teoria criada está inteiramente baseada nos dados obtidos.

A produção de conhecimentos na GT exige do pesquisador abertura e sensibilidade aos conteúdos que emergem a partir da coleta de dados. A teoria é indutivamente derivada dos dados e deve representar a realidade dos sujeitos e situações estudadas (Martins & Theófilo, 2009).

O pesquisador deve desenvolver e refinar sua sensibilidade teórica em função da coleta de dados, leituras e reflexões constantes. Trata-se de um cuidado em não forçar os dados, pois o pesquisador deve ser capaz de extrair dos dados o que pode produzir teoria relevante. Nesse sentido, a sensibilidade do pesquisador é estabelecida como ferramenta que direciona seu olhar, assumindo, assim, a função que em muitos outros tipos de pesquisa é empenhada por conceitos teóricos pré-estabelecidos (Charmaz, 2009).

As ideias, convicções, perspectivas do pesquisador e estudos prévios são utilizadas para afinar a sensibilidade teórica. O pesquisador deve transformá-los em conceitos sensibilizadores. Estes têm um papel fundamental na GT. Os conceitos sensibilizadores são derivados das experiências e da formação do pesquisador. Este os usa de maneira consciente onde eles podem ajudá-lo a tornar-se mais sensível aos aspectos da realidade examinada, à qual os conceitos sensibilizadores dizem respeito.

Ao tornar os conceitos sensibilizadores explícitos, o pesquisador também será capaz de monitorá-los para que não distorçam de forma despercebida a coleta e a leitura dos dados, pois o papel deles é restrito a aumentar a sensibilidade do pesquisador. Eles não devem determinar a interpretação dos dados, interpretação, esta que deve emergir do processo contínuo de comparação entre os dados e os códigos emergentes (Charmaz, 2009).

O pesquisador GT deve estar, durante a coleta de dados, imerso no universo estudado, o que caracteriza um modelo de pesquisa fundamentado na etnografia. De acordo com Charmaz (2009) “a etnografia pretende registrar a vida de um determinado grupo e, assim, implicar a participação e a observação sustentadas em seu ambiente, sua comunidade ou sua esfera social” (p. 40). A autora menciona ainda que a GT se distancia da etnografia quando privilegia a interação das pessoas com o fenômeno ou o processo estudado e não o ambiente cultural em que ocorre.

A leitura reiterada e comparação contínua entre os dados, códigos e categorias emergentes servem para construir teoria mais adequada aos dados brutos. “O êxito de uma pesquisa conduzida com a GT é uma teoria, uma interpretação racional, densa, articulada e sistemática, capaz de dar conta da realidade estudada” (Tarozzi, 2011, p. 19). A teoria na GT, portanto, é uma construção que resulta de interação constante com os dados. Durante a coleta de dados na GT o pesquisador deve estar atento e saber que:

- a) O próprio participante não tem, a princípio, noção clara do que contribuir. As perguntas feitas pelo pesquisador proporcionam *insights* ao participante;
- b) As necessidades teóricas influenciam o pesquisador a olhar numa certa direção, onde talvez jamais tenha observado, tendo uma nova visão e desenvolvendo uma teoria nova.

- c) A redação dos resultados é um comportamento do pesquisador e deve ser compreensiva. Reflexividade do pesquisador significa saber que está escrevendo e vigiar a sua produção e as influências sobre ela.

A atitude em relação a leituras pelo pesquisado pode estar de acordo com as correntes de pensamento em GT. Para Strauss e Corbin (1998) o pesquisador deve fazer um estudo extenso da literatura antes de iniciar a coleta de dados. Glasser (2016) orienta a não ler sobre o assunto antes, somente depois de completado o levantamento dos dados e Charmaz (2009) recomenda uma posição intermediária, em que o pesquisador deve estudar a literatura observando se seus dados confirmam, não confirmam ou solucionam as questões propostas (Tarozzi, 2011; Henwood & Pidgeon, 2010).

### 1.1 Justificativa para escolha do método *Grounded Theory*

Há um leque de métodos qualitativos sendo utilizados na pesquisa em psicoterapia. Referem-se a várias formas de se pensar a pesquisa utilizando o método qualitativo. E a busca de consenso a respeito destes está nas suas fases iniciais (Hill *et al.*, 2005). Na presente pesquisa, a intenção é de dar voz aos profissionais a respeito de um tema que até o presente é restrito ao domínio dos teóricos, supervisores e instâncias acadêmicas e normativas da profissão. Para realizar esse intuito, faz-se necessário desligar-se dos significados preestabelecidos das teorias psicoterápicas, para poder escutar a vivência concreta do profissional. A GT oferece uma abordagem neste sentido.

O método busca uma alternativa às explanações teóricas e normativas. Ao invés de privilegiar um modelo teórico ou uma determinada escola de pensamento para compreender a realidade estudada, o trabalho da GT se concentra no

depoimento das vivências de quem está inserido na realidade em questão. Enquanto modelos estabelecidas competem entre si no espaço acadêmico para impor os seus conceitos como as ferramentas legítimas para a compreensão da realidade, a GT valoriza o privilégio epistêmico das pessoas que vivem a realidade estudada, deixando o diálogo com a teoria estabelecida em conjunto com a reflexão, ou para o fim da pesquisa. Trata-se de uma atitude reflexiva, denominada de agnosticismo teórico.

Conceitos pré-estabelecidos teóricos e, por vezes, de cunho ideológico podem enviesar, engessar e enrijecer o pensamento. Porém, são inevitáveis e, em muitos casos, necessários para fazer sentido dos dados. Para poder pensar a realidade na GT, conceitos ideológicos e teóricos que o pesquisador queira usar são transformados em sensibilizadores. Tanto esses conceitos, quanto os que emergem durante a interpretação dos dados são deixados entre parênteses. Conceitos ficam suspensos, no intuito de eles ajudarem na detecção de aspectos relevantes dos dados, sem que eles determinem a leitura dos mesmos. A escolha desse método ajuda a evitar que uma realidade complexa seja reduzida a aplicações de modelos teóricos existentes. A GT assim procura ser um caminho para produzir novas perspectivas e compreensões de uma realidade.

De acordo com Rennie, Watson e Monteiro (2000) o uso de GT, provinda da sociologia, como método de pesquisa em psicologia foi se intensificando de forma significativa a partir da década de 1990. Rennie, Phillips e Quartaro (1988) criticaram a forte tendência da psicologia em supervalorizar métodos de verificação de teorias pré-estabelecida, pois essa tendência prejudica o pensamento novo e a descoberta. Segundo esses autores a contribuição da GT como método é importante neste quesito. Mais especificamente, pesquisas utilizando GT como método na busca de

conhecimentos sobre psicoterapia começaram a surgir recentemente. Alguns exemplos podem ilustrar essa tendência.

Hill *et al.* (1996) entrevistaram terapeutas, sobre suas experiências em lidar com impasse terapêutico que culminou no rompimento da psicoterapia. As variáveis associadas com impasses na maioria dos casos provinham de um histórico de clientes com problemas interpessoais, a falta de concordância entre terapeutas e clientes sobre as tarefas e objetivos da psicoterapia, interferência na psicoterapia por terceiros, transferências, possíveis erros do terapeuta e questões pessoais do terapeuta. Implicações sobre a formação do terapeuta, sua prática profissional e pesquisas foram também fornecidas e analisadas.

Frankel e Levitt (2009) construíram um modelo teórico derivado das experiências de distanciamento dos clientes. Entrevistas foram realizadas com nove clientes que fizeram sessões de psicoterapia com terapeutas de abordagens variadas. Distanciamento dos clientes foi definido como momentos em que eles se retiram, se distanciam ou diminuem o envolvimento com o conteúdo relevante da psicoterapia ou relacionamentos. O modelo construído a partir dessas entrevistas descreve como os clientes se desligam para se protegerem da dor, como essas retiradas podem ser estratégicas, como podem ser parte das formas deles de lidar com relacionamentos, com autodescoberta ou autodesenvolvimento.

Macfarlane, McClintock e Anderson (2015) investigaram as percepções de clientes em sessão sobre experiências relacionadas a empatia. Surgiram a partir da análise:

- Contexto relacional de empatia (isto é, a relação pessoal e profissional do relacionamento terapêutico);



- Tipos de empatia (isto é, empatia cognitiva, empatia emocional e sintonização do cliente para com seu psicoterapeuta);
- Função/uso de empatia (isto é, os benefícios relacionados com o processo e os benefícios relacionados com o cliente).

Essa pesquisa estabeleceu como a empatia é multidimensional, e específica de quais formas o processo de interação afeta a relação complexa entre cliente e psicoterapeuta.

Cada uma dessas pesquisas trouxe perspectivas inovadoras a respeito de assuntos já elaboradas na literatura teórica, acrescentando uma compreensão a partir da realidade viva das pessoas, para quem o assunto estudado é de relevância pessoal e que lidam com ela no mundo real.

Alguns trabalhos acadêmicos realizados no Brasil traçaram o mesmo caminho, abordando questões do processo terapêutico através da GT.

Sousa (2004a) investigou a ocorrência de sentimentos que o atendimento a pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade *borderline* provoca em psicoterapeutas comportamentais durante as sessões de psicoterapia. Os resultados indicam que atenção do terapeuta direcionada aos padrões interpessoais do cliente durante a sessão pode, em primeiro lugar, evitar a emergência de problemas na relação terapêutica que podem ser fatais para a continuação do tratamento, e mostram como a análise dos sentimentos que o cliente *borderline* provoca no psicoterapeuta pode ajudar a identificar o que está ocorrendo na psicoterapia e a tornar o manejo adequando das dificuldades possíveis.

Oliveira (2006) abordou o efeito dos momentos interpessoais aversivos sobre a pessoa do terapeuta durante a sessão e como esses momentos influenciam o terapeuta na sua atuação. Os resultados indicam que os momentos aversivos na

relação terapêutica têm significativo impacto nos sentimentos do terapeuta e na qualidade da sua atuação clínica. A autora compreende que refletir sobre a relação terapêutica, durante as entrevistas, proporcionou aos terapeutas consciência sobre o impacto dos eventos aversivos causados pelo cliente e as consequências para a efetividade do trabalho psicoterapêutico sob um ângulo diferente.

Coppede (2007) pesquisou sobre como o terapeuta maneja a auto revelação e a intimidade durante a sessão. Os resultados demonstraram que os terapeutas apresentam estilos individuais de manejar a intimidade na relação terapêutica, relacionados às suas características pessoais e estilo de vida (e não à sua abordagem teórica), no entanto, sempre com intenção terapêutica. A autora constatou que a intimidade pode tornar a relação mais intensa e mais eficaz como ferramenta da psicoterapia. Os resultados direcionam para a consideração da relevância de repertórios pessoais e profissionais do terapeuta que influenciam a relação terapêutica.

Vieira (2007) realizou um estudo sobre a intenção e a perspectiva do terapeuta em relação a “falar de si mesmo” – auto revelação – no relacionamento terapêutico. De acordo com os resultados, a auto revelação é utilizada como recurso na psicoterapia por terapeutas comportamentais para a intensificação do relacionamento terapêutico, para demonstrar compreensão, normalizar experiências do cliente e oferecer modelos saudáveis de comportamento.

Silvestre (2009) buscou descrever a vivência das emoções positivas de terapeutas no relacionamento com o cliente. A pesquisa mostrou que as fontes de emoções positivas são provenientes dos resultados positivos do tratamento, do processo terapêutico, do vínculo colaborativo com o cliente, do sucesso profissional e de repertórios interpessoais do cliente. Os tipos de emoções positivas nomeadas

pelos terapeutas e vivenciadas durante as sessões são: felicidade e alegria, segurança, satisfação e bem-estar. Essas vivências favorecem engajamento do terapeuta em aprimoramento profissional, desenvolvimento pessoal, promoção de resiliência, melhoras no relacionamento terapêutico e na motivação profissional.

A escolha e utilização da GT está relacionado à natureza do problema que o pesquisador deseja explorar e ao seu olhar lançado a esse problema (Tarozzi, 2011). A GT já foi privilegiada para o estudo e busca de compreensão sobre a dinâmica que envolve a interação complexa entre terapeuta e cliente em sessões de psicoterapia. O rompimento entre cliente e terapeuta (Hill *et al*, 1996), o distanciamento de clientes da psicoterapia (Frankel & Levitt, 2009), experiências de clientes relacionados à empatia (McFarlane, Maccliontock & Anderson, 2015), sentimentos de terapeutas que atendem pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (Sousa, 2004), sentimentos aversivos de terapeutas em função de comportamentos punitivos de clientes (Oliveira, 2006), o manejo da auto revelação do terapeuta e da intimidade na relação terapêutica (Coppede, 2007; Vieira, 2007) e a vivência de emoções positivas de terapeutas durante atendimento (Silvestre, 2009) são exemplos de pesquisas sobre relação terapêutica que utilizaram a GT como método e que contribuíram para o surgimento de conhecimento novo.

A presente pesquisa pretende seguir os exemplos de pesquisas apresentadas nos parágrafos acima, ao utilizar a GT como método para o desenvolvimento da presente tese. A dinâmica que envolve a relação terapêutica e os sentimentos sexuais que influenciam o trabalho do terapeuta pode ser investigada por um método flexível, vivencial e interacionista, independente do que os modelos teóricos e normativos propõem, procurando, dessa forma acessar a vivência concreta dos

profissionais no campo, e aumentando a probabilidade de descrever algo além das teorias existentes.

## 1.2 Participantes

Foram entrevistadas 27 terapeutas cognitivo-comportamentais e analítico-comportamentais do sexo feminino, com tempo de formação de no mínimo dois anos e que estavam atuando profissionalmente como psicoterapeutas. As identidades das profissionais, seus locais de trabalho, paciente e história de vida são de caráter totalmente sigiloso e de responsabilidade estritamente profissional e acadêmica.

A escolha de participantes para as finalidades de uma pesquisa de metodologia GT é denominada de amostragem proposital. Essa escolha indica que os sujeitos são selecionados para que os conteúdos trazidos por eles permitam a produção de categorias que, por sua vez, possibilitem respostas para as questões da pesquisa e desenvolvimento de teoria.

Como teste de saturação dos resultados obtidos, depois de realizadas e analisadas as 27 entrevistas, foi entrevistado 1 psicólogo analítico comportamental do sexo masculino. Os resultados dessa entrevista foram apresentados e discutidos em um dos artigos da presente tese.

A entrevista com o psicoterapeuta do sexo masculino teve como função averiguar o nível de saturação em relação aos conteúdos de várias entrevistas anteriormente realizadas. Esse procedimento é utilizado na teoria fundamentada nos dados quando as informações coletadas em uma ampla variedade de fontes não mais apresentam novidades para o pesquisador.

O presente trabalho de doutorado teve aprovação do conselho de ética da PUC-GO, Parecer nº 638.121, na data de 08/05/2014 e obedeceu rigorosamente às normas éticas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde através da resolução Nº 466/12.

### 1.3 Materiais

Roteiro de entrevista semi estruturado com cinco perguntas e informações sobre dados básicos (ANEXO 1). Foi utilizado um aparelho eletrônico (gravador de voz de telefone celular) em todas as entrevistas com os terapeutas participantes. Foram entrevistadas em seus consultórios e em sala reservada e apropriada nas dependências do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Pelo fato da profissão de psicologia ser, até o presente momento, uma profissão de predominância feminina, optou-se por entrevistar terapeutas mulheres. Os terapeutas foram identificados através da listagem do Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região, no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e por seus consultórios e locais de atuação profissional, principalmente da cidade de Goiânia, considerando também outras cidades do estado e outros estados do Brasil. Foram também identificadas e convidadas a participarem da pesquisa em eventos e encontros de psicologia comportamental e cognitivo-comportamental.

Foram contatados pelo pesquisador através de contato pessoal ou por telefone e recrutadas de acordo com a aceitação e disponibilidade para conceder uma entrevista sobre a temática proposta.

As terapeutas participantes da pesquisa puderam, antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 2), fazer qualquer pergunta em relação ao documento. Todas as dúvidas foram prontamente esclarecidas.

Todas as profissionais entrevistadas receberam uma cópia do TCLE com a assinatura e dados profissionais e acadêmicos do pesquisador responsável, endereço eletrônico, telefone, instituição (PUC-GO) e o nome do professor orientador.

A qualquer momento o terapeuta que estivesse concedendo a entrevista poderia se retirar, por qualquer motivo, ou não autorizar o estudo das respostas emitidas, sem nenhuma consequência.

A Tabela 1 apresenta as características gerais das terapeutas participantes da presente pesquisa. São 7 terapeutas de abordagem e formação cognitivo-comportamentais e 20 terapeutas analítico-comportamentais. A amostra, em relação ao estado civil, apresenta 9 terapeutas casadas, 13 solteiras, 2 namorando e 2 divorciadas. No que se refere a orientação sexual, 2 relataram ser homossexuais, e 25 heterossexuais. Informações sobre religiosidade, 13 responderam não frequentar nenhuma instituição religiosa, 6 responderam ser espíritas, 4 são católicas e 3 evangélicas.

Exceto no que se refere ao gênero (27 profissionais do sexo feminino entrevistadas), as características das participantes em relação a abordagem, tempo de atuação profissional e formação, *status* de relacionamento, orientação sexual e religiosidade, são diversificados.

**Tabela 1** Características dos participantes.

<b>T</b>	<b>S</b>	<b>TA</b>	<b>FA</b>	<b>SR</b>	<b>OS</b>	<b>R</b>	<b>E</b>
1	F	2 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	S/R	Branca
2	F	3 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	S/R	Parda
3	F	6anos	Ter. Comp.	Namorando	Het	S/R	Parda
4	F	2, 6 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Espírita	Parda
5	F	4 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	S/R	Parda
6	F	8 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Espírita	Branca
7	F	7, 6 anos	Ter. Comp.	Solteira	Hom	Espírita	Branca
8	M	9 anos	Ter. Comp.	Casado	Het	S/R	Pardo
9	F	7 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Het	S/R	Branca
10	F	12 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	Católica	Parda
11	F	12,6 anos	Ter. Comp.	Divorciada	Het	Espírita	Parda
12	F	2 anos	Ter. Comp. Cog.	Namorando	Het	S/R	Parda
13	F	3 anos	Ter. Comp.	Namora	Het	S/R	Parda
14	F	9 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	Católica	Parda
15	F	11 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Evangélica	Parda
16	F	7 anos	Ter. Comp.	Divorciada	Het	S/R	Parda
17	F	7 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	S/R	Branca
18	F	16 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Hom	Católica	Branca
19	F	14 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	Evangélica	Parda
20	F	3,6 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Espírita	Parda
21	F	3 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Het	Espírita	Parda
22	F	9 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Evangélica	Parda

Continuação da Tabela 1

23	F	11 anos	Ter. Comp.	Casada	Het	Católica	Parda
24	F	6 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	S/R	Parda
25	F	2 anos	Ter. Comp.	Solteira	Het	S/R	Parda
26	F	2 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Het	S/R	Parda
27	F	3 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Het	Católica	Parda
28	F	2 anos	Ter. Comp. Cog.	Solteira	Het	S/R	Parda

Legendas: **T** – terapeuta, **S** – sexo, **TA** – tempo de atuação, **FA** – formação/abordagem, **SR** – status de relacionamento, **OS** – orientação sexual, **R** – religiosidade (**S/R** – sem religiosidade) e **E** – etnia.

#### 1.4 Conceitos sensibilizadores

O pesquisador procurou aderir ao agnosticismo teórico (Henwood & Pidgeon, 2010) para não forçar os dados, evitando privilegiar tendências teóricas existentes. Apenas na discussão comparou-se o modelo emergente com a literatura já existente, tomando como referência os resultados obtidos e não as correntes teóricas preestabelecidas. De acordo com essa atitude, o pesquisador mantém-se imparcial face às explanações científicas e aos modelos teóricos utilizados pelos protagonistas das controvérsias na área. Ele se recusa a aderir precocemente a uma específica escola de pensamento ou a significados estabelecidos numa teoria existente, esperando para que os conceitos relevantes emerjam dos dados. Assim, as ideias que o terapeuta já possuía acerca do objeto da pesquisa se tornam conceitos sensibilizadores. Estes ajudam o pesquisador a perceber certos aspectos da realidade (os conceitos os sensibilizam), mas também precisam ser vigiados, porque tendem a enviesar a percepção da realidade.

Desde o início do projeto, o pesquisador esforçou-se para tornar-se consciente das noções que fazem parte do repertório de conhecimento do



pesquisador provenientes da literatura relacionada ao assunto ou de outras experiências prévias do pesquisador. O pesquisador tentou estar atento à maneira como seus conceitos sensibilizadores trazidos em sua bagagem intelectual e ideológica influenciam os códigos emergentes. O uso coerente dos conceitos sensibilizadores é uma vantagem, pois deixa o pesquisador mais sensível a certos aspectos dos dados. Porém, descuidando deste ponto importante, os mesmos conceitos podem levá-lo a uma leitura truncada do material que estará examinando (Charmaz, 2003; 2009).

Na presente pesquisa, os primeiros conceitos sensibilizadores do pesquisador a respeito da temática são decorrentes da literatura sobre relação terapêutica e sexualidade: “sentimentos sexuais”, “sentimentos eróticos”, “fantasias sexuais”, da forma em que aparecem na literatura psicológica (Pope, Sonne & Holroyd, 1993; Bohmer, 2000; Pope, Sonne & Greene, 2006) e “relação terapêutica” das formas descrito na literatura da psicoterapia comportamental (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010; Linehan, 1988).

### 1.5 Procedimento

A coleta e organização dos dados seguiram os seguintes passos:

- a) Primeiramente, a partir da aceitação da terapeuta em colaborar como participante, concedendo entrevista sobre sua prática profissional, prontamente era marcado o lugar apropriado (consultório ou sala da PUC-GO),
- b) Em segundo lugar, era apresentado o TCLE, explicado em todos os seus detalhes e assinados por pesquisador e terapeuta, garantindo todos os itens e normas éticas da presente pesquisa;

- c) A entrevista era realizada de acordo com a filosofia da GT, com tempo relativo de 40 minutos de entrevista (gravador ligado);
- d) As transcrições das entrevistas foram sujeitas à codificação analítica e aberta. Códigos abertos na GT, a saber, são conceitos construídos pelo pesquisador durante o processo de análise das entrevistas. Eles não são pré-concebidos, mas emergem a partir dos dados analisados.
- e) Foram criadas categorias a partir de padrões de semelhanças ou diferenças identificadas entre os códigos. Para facilitar releituras e recategorizações, foram devidamente preparados registros em fichas de papel para identificação de cada código e organização de coordenadas numéricas que permitiam identificar em cada entrevista, a página, e o parágrafo onde se encontram os dados que contribuíram para um determinado código.
- f) Após a nomeação das categorias, as mesmas foram organizadas em eixos conceituais que permitiram responder os questionamentos norteadores da presente tese.
- g) Durante todo o processo, foram elaborados memorandos que servem para contextualizar as categorias emergentes. Os memorandos são registros realizados durante todas as fases da pesquisa, que ajudaram no armazenamento de observações, reflexões e relações estabelecidas e que auxiliaram na construção da teoria.

Como em muitas áreas da psicoterapia, diferentes escolas teóricas competem para a definição de categorias legítimas de percepção e de apreciação de eventos psicológicos e processos interpessoais. Enquanto a psicoterapia cognitivo-comportamental adota o conceito psicanalítico de contratransferência para explicar a vivência do terapeuta (Beck, 1976), a psicoterapia analítico-funcional usa

conceitos da análise do comportamento para compreender o mesmo processo (Kohlenberg & Tsai, 1987).

Frente a esse cenário, a *Grounded Theory* propõe estudar a vivência a partir da perspectiva de quem a vive. Assumimos o pressuposto que as práticas dos terapeutas são contraditórias e inacabadas, não podendo ser resumidas por um modelo teórico fechado. Como alternativa, buscamos permitir que categorias flexíveis emergjam dos próprios depoimentos da vivência dos participantes. Estas categorias podem ser colocadas em ação na revisão de pontos de vista já estabelecidos na literatura, excluindo dogmatismos e a crença de que podemos descrever a realidade estudada de forma exaustiva.

## 1.6 Referências Bibliográficas

- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 2*, 71-79.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bohmer, C. (2000). *The wages of seeking help: sexual exploitation by professionals*. London, Praeger.
- Brandão, M. Z. S., & Silveira, J. M. (2004). Manejo de Comportamentos Clinicamente Relevantes. Em: C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*, pp. 194-204. São Paulo: Roca.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. A. Smith. *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. (pp. 47-78). Sage Publications: London.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta – cliente: alcances e limites*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Del Prette, G. (2015). O que é psicoterapia analítico – funcional e como ela é aplicada? In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp 310 – 342). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Falcone, E. M. O. & Macedo, T. (2012). Quando o espelho não reflete a imagem idealizada. In C.B. Neufeld (Org.). *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais. Histórias de vida e de psicoterapia*. Porto Alegre: Sinopsys.

Frankel, Z. & Levitt, H.M. (2009). Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 171–186.

Glaser, B. (2016). The grounded theory perspective: Its origins and growth. *The grounded theory review*, 15, 1-9.

Henwood, K. & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell, C. FifeSchaw, J. A. Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 240-361). Porto Alegre. Artmed.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196–205.

Hill, C. Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J. & Rhodes, R. J. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: a qualitative analysis. *Journal of counseling psychology*, 43, 207 – 217.

Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2010). Introduction to the practice of functional analytic psychotherapy. In J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Orgs.), *The practice of functional analytic psychotherapy*, (pp. 1 – 7). London. Springer.

Kohlenberg, R.J. e Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In N. S. Jacobson (ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1988). Perspective on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7(3), p. 278 – 290.

MacFarlane, P., Anderson, T., McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*, 52, 363-372.

Martins, G. A.; Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo, Atlas.

Oliveira, J. A. (2006). *Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: uma exploração da relação terapêutica*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: explorations for therapists and therapists – in – training*. Washington DC, American Psychological Association.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Greene, B. (2006). *What Therapists don't talk about and why: understanding taboos that hurt us and our clients*. Washington DC, American Psychological Association.

Rennie, D. L., Philips, J., & Quartaro, G. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-145.

Rennie, D.L., Watson, K.D., & Monteiro, A.M. (2000). Qualitative research in Canadian psychology. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1 (2): <http://qualitative-research.net/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>

Saban, M. T. (2011). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André, ESETec.

Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre, AMGH.

Silvestre, R. L. S. (2009). *Emoções positivas na vivência do terapeuta*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Souza, A. C. A. (2004). *O impacto sobre a pessoa do terapeuta do atendimento ao cliente borderline*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Tarozzi, M. (2011). *O que é grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis, Vozes.

Vieira, M. F. J. A. (2007). *Campo de função da auto – revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico: a vivência do terapeuta*.

## TESE

A tese apresentada foi elaborada a partir dos resultados da pesquisa. No presente trabalho, ela é apresentada primeiro, antes dos resultados que a sustentam. Estes estão organizados, nos textos que seguem, na forma de três artigos.

A presente tese afirma que aproximações românticas ou tentativas de envolvimento sexual por parte de pacientes são muitas vezes vivenciadas por psicoterapeutas comportamentais e cognitivos comportamentais como adversidades, ou surpresa inusitada. Esses eventos evocam nelas sentimentos negativos e as colocam em situação de dúvida concernente a como proceder na sessão.

As psicoterapeutas relatam sentir medo, raiva, constrangimento e vergonha além de desamparo. O impacto do evento provoca nas terapeutas confusão sobre como intervir mediante as tentativas de aproximação do paciente e sobre como prosseguir com o tratamento.

Em um primeiro momento, as psicoterapeutas agem de forma pessoal frente a esse tipo de ruptura do relacionamento. Às vezes apresentam certo padrão cultural de moralização. Reconhecem a tentativa de envolvimento do paciente como uma transgressão. Percebem a sessão prejudicada e o seu desempenho invalidado. Entretanto, compreendem que o assédio por parte de pacientes é comportamento relacionado a sua história de aprendizagem, ao momento de sua vida ou ao transtorno para o qual o paciente se encontra em tratamento.

As regras éticas da profissão incluem limites claros na relação terapêutica, que parecem não ser passados explicitamente para o paciente no início da terapia.

Esclarecer os limites da terapia garantiria uma boa base para poder trabalhar de maneira produtiva com transgressões por parte do paciente.

As psicoterapeutas subestimam como o estilo da terapia e suas características pessoais podem evocar sentimentos sexuais no paciente. Subestimam o quanto a intimidade na relação terapêutica, a compreensão e a proximidade afetiva favorecem iniciativas românticas ou sexuais por parte do paciente. Poucas captam esse momento em prol do processo psicoterapêutico. Tudo isso sugere uma lacuna na formação de terapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais. A literatura traz amplo suporte para permitir que a ruptura de limites seja aproveitada para intensificar o processo.



## CAPITULO 3

### ARTIGO 1

#### **APROXIMAÇÃO SEXUAL DO PACIENTE NA RELAÇÃO: O IMPACTO SOBRE A PSICOTERAPEUTA**

##### **Resumo**

O presente artigo descreve de que forma os sentimentos sexuais de um paciente por seu(a) psicoterapeuta podem influenciar a relação terapêutica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e interpretativa, de acordo com uma abordagem contextualista e método indutivo, tendo como referência a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory analysis*). Foram entrevistadas 27 psicoterapeutas, com no mínimo dois anos de atuação profissional. Essas profissionais relataram situações vivenciadas em ambiente clínico relacionadas a tentativa de pacientes de rompimento dos limites da psicoterapia e o impacto que esses comportamentos tiveram sobre seus sentimentos. As tentativas e rompimento de limites por parte dos pacientes são: descrever características físicas que a psicoterapeuta possui, idealizar e elogiar a psicoterapeuta de forma sedutora, relatar fantasias sexuais em relação à psicoterapeuta, fazer perguntas pessoais à psicoterapeuta, convidar a psicoterapeuta para sair e tentar obter o contato físico prolongado e com intensidade fora do padrão convencional. As psicoterapeutas vivenciaram sentimentos como: constrangimento, desconforto, culpa, incomodo e impotência, espanto e susto, vergonha e se sentir desrespeitada e invalidada. A partir dos dados levantados entende-se que os limites éticos de uma psicoterapia são claros para a psicoterapeuta, mas nem sempre para o paciente. As tentativas de ruptura do limite

da psicoterapia, por parte do paciente, podem estar relacionadas a uma má compreensão da natureza do relacionamento terapêutico.

**Palavras chave** – Limites na psicoterapia, sentimentos sexuais, relação terapêutica.

## **PATIENT SEXUAL APPROACH IN THE RELATIONSHIP IN RELATIONSHIP: IMPACT ON THE THERAPIST**

### **Abstract**

This article describes how sexual feelings of patients for psychotherapists can influence the therapeutic relationship. This is a qualitative, exploratory and interpretative study, using a contextual approach and inductive method, with framed in grounded theory analysis. 27 psychotherapists were interviewed, with at least two years of professional experience. The professionals reported situations experienced in clinical environment related to attempts patients to break the limits of psychotherapy and the impact that these behaviors have on therapists feelings. Attempts at breaking boundaries by patients are: describing physical characteristics the psychotherapists has, idealizing and complimenting psychotherapist seductively, reporting sexual fantasies regarding the psychotherapist, asking personal questions psychotherapist, inviting the psychotherapist to go out and trying to, obtain prolonged and intense physical contact outside the conventional pattern. Psychotherapists experienced feelings such as embarrassment, discomfort, guilt, helplessness, bewilderment, shock, shame and feeling disrespected and void. From the data collected, it is understood that the ethical limits of psychotherapy are clear to the psychotherapist, but not always to the patient. Attempts to break the limits of psychotherapy, may be related to a misunderstanding of the nature of the therapeutic relationship.

## Introdução

Limites estabelecidos entre profissional e paciente em psicoterapia são extremamente importantes, pois definem o quanto a psicoterapia é especial e diferente de relações entre familiares, envolvimento sexual, vida no trabalho, entre outras formas de convivência. Os limites no relacionamento, nesse sentido, estabelecem os papéis sociais, os deveres, direitos e responsabilidades de cada uma das pessoas envolvidas nesse processo (Zur, 2007).

O ponto de partida do presente artigo é a constatação de que os limites estabelecidos em um trabalho psicoterapêutico não são impermeáveis. Adiante, apresentar o impacto emocional aversivo que psicoterapeutas como pessoas sofrem ao atender paciente com comportamentos intrusivos.

Existe uma tendência de repensar o processo terapêutico, tornando a pessoa do psicoterapeuta com seus sentimentos e suas características um componente vital nesse cenário (Aveline, 2005; Falcone & Macedo, 2012). A relação entre a eficácia do tratamento clínico e a pessoa do psicoterapeuta vem ganhando cada vez mais interesse de pesquisadores ao longo dos anos (Anderson *et al.* 2009; Cella *et al.* 2011). Mais especificamente, na literatura comportamental, Kohlenberg e Tsai (1987) fundamentaram o processo psicoterapêutico no relacionamento entre psicoterapeuta e paciente.

As psicoterapias comportamentais e cognitivo-comportamentais contemporâneas cada vez mais enfatizam o psicoterapeuta como uma pessoa que contribui com sua vivência numa relação de cuidado. Essa perspectiva psicoterapêutica encontrou sua maior importância nas últimas décadas através da perspectiva de atuação das denominadas psicoterapias comportamentais da terceira

geração (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015; Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013; Linehan, 2010; Hayes *et al*, 2004; Pierson & Hayes, 2008).

Entende-se a relação psicoterapêutica como uma contingência de determinação recíproca, em que o psicoterapeuta também passa por transformações profundas ao propiciar uma vivência genuína aos seus pacientes. A psicoterapia, portanto, ocorre através dos efeitos que o paciente tem sobre o relacionamento com o psicoterapeuta, porque são as consequências do comportamento do paciente que transformam o próprio paciente (Vandenberghe, 2002). O psicoterapeuta, então, deve observar atentamente a sua própria atuação influenciada pelos comportamentos do seu paciente, entendendo que as variáveis analisadas dentro do fluxo de interações interpessoais no processo psicoterapêutico são necessariamente interdependentes.

Esses comportamentos do paciente podem ser relevantes para o tratamento quando um paralelo pode ser feito entre o que ocorre na sessão e o que ocorre em sua vida cotidiana. Podem indicar aspectos de sua história de vida (Tsai *et al.*, 2012) e ajudar a terapeuta a levantar hipóteses sobre o paciente mediante tentativas de rompimento de limites do mesmo. Essas hipóteses podem ajudar o psicoterapeuta a entender melhor o que está ocorrendo entre ele e o paciente e usar essa compreensão no desenvolvimento da psicoterapia.

A literatura atribui, aos psicoterapeutas, a tarefa de acolher esses sentimentos como indícios sobre a história de vida e repertórios de comportamento do cliente, tentar compreender se esses relatos sobre sentimentos acontecem em outros contextos, quais as regras ou crenças que fundamentam esses sentimentos do cliente direcionados à psicoterapeuta (Layden *et al.*, 1996) e, sobretudo, qual é a real função de romper limites da psicoterapia (Tsai *et al.*, 2012).

Porém, nesse cenário, o terapeuta abre mão das suas seguranças e da sua autoridade. Os limites e regras nem sempre são claros sobre como cumprimentar o paciente (com abraço ou aperto de mão), frequentar os mesmos ambientes sociais, relações de gênero, auto revelação do psicoterapeuta e tempo das sessões entre outros fatores (Coppede, 2007). Dúvidas em como proceder podem surgir mediante situações inusitadas ou inesperadas para o psicoterapeuta. Além disso, entre a diversidade de sentimentos que podem surgir como consequência do relacionamento psicoterapêutico, os de natureza afetivo sexuais são o assunto do presente estudo.

Pacientes podem vir a sentir atração sexual pelos seus terapeutas e em função desses sentimentos alimentarem fantasias ou perspectivas de um envolvimento amoroso no futuro e, nesse sentido, tentar romper os limites estabelecidos na psicoterapia ou invalidar as tentativas do terapeuta de atuar de acordo com sua ética profissional.

A literatura das psicoterapias comportamentais e cognitivo-comportamentais contemporâneas (Guilbert & Leahy, 2008; Roemer & Orsillo, 2010) aborda o manejo dos sentimentos do psicoterapeuta vivenciados durante o atendimento por um ângulo normativo, ou seja, descrevem como o psicoterapeuta deve compreender e manejar os seus sentimentos na relação com o paciente. Essa abordagem normativa é fundamental, por oferecer orientação firme aos profissionais. Porém, deixa de fora o processo subjetivo do terapeuta como pessoa.

Entende-se, por isso, ser necessário desenvolver pesquisas sobre como a psicoterapeuta percebe esses sentimentos no contexto da relação e do processo terapêutico. O presente trabalho questiona de que forma os sentimentos sexuais ou aproximação romântica pelos clientes pode influenciar a relação terapêutica. Para o

alcance desse objetivo fundamental, o presente estudo coletou depoimentos de um grupo de psicoterapeutas abordando como as mesmas vivenciaram e manejaram tais eventos adversos na relação com o paciente. Além do mais, o presente artigo levanta reflexões sobre a atuação profissional de psicoterapeutas comportamentais e cognitivos comportamentais acerca dessa temática.

### **Método**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, exploratória e interpretativa, apoiada em uma abordagem contextualista, de acordo com o método indutivo. Tem como base Teoria Fundamentada nos Dados ou Grounded Theory Analysis (GTA) na sua modificação desenvolvida por Charmaz (2003; 2009).

Os parâmetros da GTA que nortearam o método da presente pesquisa são os seguintes:

- *Conceitos sensibilizadores*: são noções que fazem parte do repertório do pesquisador, provenientes da sua formação ou de suas vivências pessoais. Na presente pesquisa, foram conceitos da teoria e prática psicoterápica: “limites”, “relação terapêutica” e “efeito na pessoa do psicoterapeuta”.
- *Amostragem proposital*: escolha de participantes dispostos e competentes a oferecer os conteúdos necessários para responder às questões da pesquisa. Os participantes foram recrutados através da pós-graduação em psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e em encontros em congressos de psicoterapia comportamental e cognitivo comportamental, acrescentados pela estratégia chamada de *snowballing*, que consiste em recrutamento por indicação de participantes anteriores;

- *Agnosticismo teórico*: consiste na recusa em aderir precocemente a conceitos já articulados ou a significados estabelecidos num modelo consolidado, esperando que as relações relevantes surjam dos dados;
- *Memorandos*: são registros, feitos durante todas as fases da pesquisa, que ajudaram no armazenamento de observações, reflexões e relações estabelecidas e auxiliando na construção da teoria.

### ***Participantes***

Foram entrevistadas 27 psicoterapeutas sendo 20 psicoterapeutas comportamentais e 7 cognitivos comportamentais, com tempo de atuação profissional de no mínimo dois anos, A presente pesquisa teve aprovação do conselho de ética da PUC-GO, parecer nº 638.121, na data de 08/05/2014.

### ***Materiais***

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado com cinco perguntas. Foi utilizado um gravador de voz em todas as entrevistas. As psicoterapeutas foram entrevistadas em salas reservadas da PUC-GO ou em seus consultórios particulares, conforme preferência e disponibilidade delas.

### ***Procedimento***

As psicoterapeutas foram convidadas através de contato pessoal ou por telefone e recrutadas de acordo com a aceitação e disponibilidade para conceder a entrevista.

As transcrições das entrevistas foram sujeitas à codificação analítica ou aberta. Posteriormente foram criadas categorias a partir da identificação de padrões de semelhanças ou diferenças identificadas entre os códigos. Para facilitar releituras

e recategorizações, foram preparados registros em fichas de papel para identificação de cada código e os lugares onde foi usado nas transcrições. As psicoterapeutas entrevistadas foram denominadas com a letra “T” e numeradas conforme categorização e organização dos dados (T1, T2, T3... e T27).

Após a construção das categorias, houve a organização das mesmas em eixos conceituais, o que permitiu construir um modelo teórico que responde à pergunta problema da presente pesquisa, representando a vivência do fenômeno estudado pelos psicoterapeutas.

## **Resultados**

As narrativas das psicoterapeutas sugerem que aproximações sexuais dos pacientes ocorrem no contexto do consultório e que essas aproximações ameaçam os limites do relacionamento terapêutico. Além disso, têm notável impacto negativo nos sentimentos das psicoterapeutas.

Chama a atenção que as psicoterapeutas se encontraram com dificuldades, em sua maioria, para manejar situações adversas como a emergência de sentimentos sexuais do cliente. Certas entrevistas sugerem que os limites de uma relação terapêutica podem ficar subentendidos no momento da apresentação do contrato terapêutico quando as regras estabelecidas se referem basicamente a esclarecimentos sobre duração, horário e valores das sessões, sigilo profissional e explicações sobre a abordagem e técnicas que podem ser utilizadas. Tipicamente, os contornos do que, normalmente, não deve acontecer entre psicoterapeuta e paciente como pessoas não são bem especificados ao se iniciar o tratamento. Os limites da relação psicoterapêutica tornam-se uma “parede de vidro” vista apenas por uma das partes: a psicoterapeuta.

**Tabela 1** – Tentativa do paciente de romper limites



Subcategorias	Psicoterapeutas que contribuíram para cada subcategoria
Chamar atenção às características físicas que a psicoterapeuta possui	1, 3, 5, 7, 10 12, 17, 25 e 27 - (9/27)
Idealizar e elogiar a psicoterapeuta de forma sedutora	3, 5, 6, 12, 15, 16, 20, 22, 24, 25 e 27 - (11/27)
Relatar fantasias sexuais em relação à psicoterapeuta	2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19, 21, 22, 24, 25 e 27 - (15/27)
Fazer perguntas pessoais à psicoterapeuta	1, 2, 4, 7, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 23 e 26 - (12/27)
Convidar a psicoterapeuta para sair	2, 4, 5, 7, 10, 13, 14, 18, 23 e 26 - (10/27)
Tentar e obter contato físico prolongado e com intensidade fora do padrão convencional	1, 2, 5, 7, 10 e 21 - (6/27)

A Tabela 1 apresenta o comportamento do paciente que é interpretado pela psicoterapeuta como sendo uma tentativa de romper limites do relacionamento, ao tentar uma aproximação romântica com a psicoterapeuta. Percebe-se uma variedade de tentativas, incluindo referência às características físicas da psicoterapeuta, elogios sedutores, relato de fantasias sexuais, perguntas pessoais à psicoterapeuta, convites para sair e tentativa de contato físico de maior intensidade. Os números do lado direito da tabela correspondem às psicoterapeutas que contribuíram para as respectivas subcategorias. Entre parênteses, a quantidade de terapeutas que relataram ter vivenciado ao que corresponde às subcategorias comparadas ao total de entrevistadas (n = 27).

Na Tabela 2 apresentamos o impacto vivenciado pelas psicoterapeutas em relação às tentativas do paciente de romper limites. Incluem os depoimentos sobre sentimentos de constrangimento, desconforto e culpa, sentimentos de incômodo e impotência. Constrangimento, sentir-se desrespeitada e medo foram as categorias que mais emergiram no grupo de psicoterapeutas entrevistadas.

**Tabela 2** - Impacto sobre os sentimentos das psicoterapeutas

Subcategorias	Psicoterapeutas que contribuíram para cada subcategoria
Constrangimento	1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 14, 16, 17, 21, 22, 24 e 27 (14/27)
Desconforto	1, 3, 4, 6, 7, 10, 12, 17, 20, 22, 25 e 26 (12/27)
Culpa	2, 5, 6, 9, 10, 11, 15, 18, 19, 23, 25, 26 e 27 (13/27)
Incômodo e impotência	2, 6, 10, 13, 18, 19 e 20 (7/27)
Espanto e susto	4, 12, 13, 14, 23, 22, 26 e 27 (8/27)
Vergonha	1, 6, 9, 15, 18 e 22 (6/27)
Se sentir desrespeitada e invalidada	1, 2, 3, 4, 6, 9, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 26 e 27 (14/27)
Medo	3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26 e 27 (16/27)

A Tabela 1 surpreende ao mostrar que muitas psicoterapeutas passaram pela experiência de ouvir o paciente relatar fantasias sexuais em relação a elas. Perguntas pessoais, convidar a psicoterapeuta para sair e elogiar de forma sedutora foram comportamentos típicos nessa amostra. Poucas relataram que pacientes

tentaram um contato físico mais prolongado e contrário ao padrão convencional da cultura.

Pode ser observada uma graduação nas tentativas de romper os limites que vão desde intrusões sutis ainda abertas à interpretação por parte do psicoterapeuta até tentativas deliberadamente evidentes. Discutimos as tentativas de ruptura do relacionamento por parte do paciente na sequência do mais leve até o mais avançado.

Uma tentativa intrusiva ainda considerada suave é o comentário feito por um dos pacientes sobre suas preferências para características físicas femininas que a psicoterapeuta possui: “Ele falava: ‘ah, branquinha assim como a doutora’” (T25). No entendimento da psicoterapeuta tais comportamentos, apesar de sutis, indicam uma atitude leviana quanto ao trabalho sendo feito em sessão e podem aumentar, evoluindo para transgressões mais sérias se não forem logo abordados. A psicoterapeuta relata conjugar no momento sentimento de desconforto e culpa.

Uma intrusão mais avançada é a idealização explícita da psicoterapeuta como um objeto de desejo. “Ele disse que seria tudo que ele queria, uma mulher como eu.” (T12). Ocorrem relatos de sentimentos pelo paciente: “Na sessão, ele começou a falar que me amava e que sonhava comigo, que tinha fantasias.” O paciente revela à psicoterapeuta T12 que seus motivos em continuar a psicoterapia não eram mais os combinados no início do tratamento, mas a própria pessoa da psicoterapeuta. O impacto na psicoterapeuta foi intenso: “Eu fiquei com bastante vergonha, meu rosto ficou bastante vermelho”. Ela relata constrangimento e desamparo: “É como se aquilo ali fosse muito para mim.” Ela tinha a impressão de não saber como atuar, como se o problema superasse suas capacidades: “quando acontece uma coisa assim você se sente falho, se sente impotente”.

Similarmente, a participante T19 relata: “Ele falou ‘nossa, você não sai da minha cabeça, eu durmo pensando e você, eu acordo pensando em você, sonhando com você a noite toda’. Eu senti um frio no estômago, um aperto, eu senti medo”.

O comportamento intrusivo pode ocorrer na forma de perguntas pessoais ao psicoterapeuta: “perguntava se eu era solteira, perguntava se eu gostava de sair. Perguntava que tipo de homens eu gostava” (T18). “Perguntou se eu tinha namorado.” (T9). Os efeitos sobre as psicoterapeutas são similares: “Naquele momento eu fiquei constrangida” (T14); “Meus sentimento em relação ao assédio dele eram de desconforto” (T23); “Fiquei sem graça na hora, constrangida, além de ficar com vergonha” (T9).

Convites diretos, também ocorrem, como no caso do paciente que pergunta “se poderia acontecer alguma coisa entre eu e ele” (T9). Outro exemplo: “Ele disse que me achou interessante, ali na sessão mesmo, e que gostaria de sair com uma mulher como eu. Ele me convidou pra sair e parar com esse ‘negócio’ psicoterapia. Achei estranho. Não gostei. Me senti invalidada por ele.” (T10). As participantes relataram que tipicamente, o comportamento intrusivo do paciente tende a abalar a função profissional da terapeuta, sinalizando que o paciente não esperava mais que ela desempenhasse essa função. O convite coloca a terapeuta numa posição de dificuldade no trabalho.

A forma mais direta do comportamento intrusivo é o contato físico: “Eu percebi inicialmente, levemente na forma do cumprimento e que depois recebia muita atenção dele no sentido de toque, na forma de abraço” (T5). “Com abraço, eu achava completamente constrangedor. Então no caso desse paciente eu me sentia constrangida de dar a mão” (T5). “Quando ele chegava, ele me abraçava, queria um contato físico maior do que se espera, mais do que necessário” (T7).

## Discussão

Compreender uma perspectiva teórica que compreende a psicoterapeuta como uma pessoa sensível aos efeitos do relacionamento com o paciente exige um cuidado especial. Um trabalho de psicoterapia tente a evocar e reforçar aproximação emocional, abertura e comportamento íntimo nos pacientes, como parte do trabalho.

Psicoterapeutas não estão imunes a estresse e sentem o impacto dos comportamentos de seus pacientes nos atendimentos clínicos (Banaco, 1993; 1997; Sanzovo & Coelho, 2007; Sousa, 2004; Abreu, *et al.* 2002; Miller, 2004). Em um contexto de relação psicoterapêutica, além dos comportamentos do cliente, os sentimentos pessoais do psicoterapeuta também interferem em sua atuação como clínico (Guy, 1987).

A aproximação romântica ou sexual por parte do paciente pode ser consequência de uma má compreensão da natureza do relacionamento. A razão principal é que o paciente não está iniciado na cultura profissional dos psicoterapeutas. Tipicamente, os limites explicitados no início de uma psicoterapia comportamental são relacionados aos procedimentos na clínica (Silveira, 2012).

A atenção dispensada e a intimidade construída na relação possuem uma intenção terapêutica e fazem parte da atuação profissional. Isto parece ser óbvio para quem é da área, mas pode não ser compreendido pelo paciente, deixando a este a iniciativa de preencher esse vácuo a partir das suas necessidades afetivas e pessoais. Precisa ser claramente explicitado pelo psicoterapeuta.

O caráter inesperado do comportamento do paciente e a imprevisibilidade que a tentativa de ruptura gera no relacionamento contribui para o mal-estar da terapeuta. As ações do paciente em vista de intenções afetivo sexuais não parecem ter cabimento, do ponto de vista das profissionais, no contexto do trabalho que está

em andamento no consultório. Porém, do ponto de vista do cliente, a situação pode parecer diferente.

O risco de criar um contexto ou provocar comportamentos intrusivos no paciente decorre de um estilo de psicoterapia que trabalha intensamente com relacionamentos. De acordo com Hilton (2001, p. 114) “a psicoterapia efetiva envolve um relacionamento íntimo no qual ambos, terapeuta e cliente, estão em perigo”. Psicoterapias que utilizam a relação psicoterapeuta-paciente como ferramenta clínica aprofundam o relacionamento interpessoal entre psicoterapeuta e paciente. Assim, colocam a terapeuta numa situação vulnerável.

A intimidade na relação pode ser mal entendida pelo paciente. Uma constante nos relatos é a aparente ingenuidade do paciente que emite comportamentos de aproximação com intensão sexual. O paciente, ao relatar fantasias sexuais com a psicoterapeuta pode indicar que um contexto de intimidade, como característica da psicoterapia e caminho de transformação, pode proporcionar dificuldades para a psicoterapeuta, considerando a vivência de sentimentos aversivos durante atendimento clínico.

Quando pacientes demonstram tentativas de aproximação, como comportamentos sexuais e tentativa de rompimento dos limites éticos da psicoterapia, o psicoterapeuta pode tender a fazer suposições equivocadas sobre as razões ou os fatores de controle dos comportamentos do paciente, pode julgar o paciente de forma precipitada, influenciado por suas características morais e história de vida pessoal (Hartl *et al*, 2007). O risco, nesse sentido, é perder informações fundamentais sobre a vida do paciente, além de enfraquecer a relação psicoterapêutica.

Kohlenberg e Tsai (2004) mencionam que

Uma vez que focalizar o comportamento que ocorre durante a sessão intensifica os sentimentos entre cliente e terapeuta, pode acontecer como resultado uma atração sexual entre os dois indivíduos. Mesmo pensando que discutir esses sentimentos pode ser uma possibilidade de progresso terapêutico, agir é contraterapêutico e antiético. (p. 211)

Os sentimentos sexuais do paciente podem ser uma fonte de informações valiosas para o psicoterapeuta e para a psicoterapia em si. Sentimentos sexuais do paciente podem ser abordados pelo psicoterapeuta como quaisquer outros sentimentos que o cliente vivencia em sua vida e dentro da sessão terapêutica. Entender suas causas e consequências faz parte do trabalho do psicoterapeuta no sentido de ajudar o paciente a aumentar repertório de autoconhecimento.

Então, sentimentos sexuais do paciente, seja pelo psicoterapeuta ou por terceiros, devem fazer parte da agenda de assuntos a serem enfatizados durante a sessão, quando necessário e benéfico para a relação psicoterapêutica. As ações do psicoterapeuta de bloquear ou impedir as investidas sexuais do cliente devem acontecer quando esses sentimentos sexuais passam a ser utilizados como pressupostos para o cliente tentar romper os limites éticos da psicoterapia, tendo o psicoterapeuta como um alvo a ser conquistado e desvalorizando trabalho clínico em sua finalidade.

Uma das maneiras que o psicoterapeuta pode ter em mãos para não se deixar levar pelas investidas sexuais ou românticas de paciente é o exercício de consciência plena (*mindfulness*) durante o atendimento clínico. Para Vandenberghe e Sousa (2005) o psicoterapeuta, ao observar atentamente seus próprios sentimentos e pensamentos durante atendimento clínico, tende a transformar e fortalecer a relação psicoterapêutica.

Várias situações ocorridas em consultório podem ser impactantes para psicoterapeutas, além de tentativas intrusivas de alguns pacientes. Agentes

estressores internos e externos ao trabalho clínico podem influenciar negativamente o trabalho psicoterapêutico (Sanzovo & Coelho, 2007) ou situações difíceis de manejar durante atendimento (Wielewiski, Silveira & Costa, 2007).

Lidar com limites na psicoterapia quando o paciente apresenta comportamentos sexuais intrusivos parece ser tarefa difícil, considerando que o psicoterapeuta pode vir a se perder ou se deixar influenciar pelo cliente. De acordo com pesquisa de Martin *et al* (2011) sobre atração sexual em psicoterapia, psicoterapeutas que vivenciaram sentimentos sexuais por seus pacientes enfatizaram como importante uma formação sobre o assunto, a internalização de uma postura ética e supervisão permanente para orientar a prática, e ainda, alguns psicoterapeutas conceituaram a compreensão e o manejo dos limites como o foco central da psicoterapia.

Normas culturais, perspectiva política, valores pessoais, diferenças de gênero, espiritualidade e religiosidade são fatores, entre outros, que podem influenciar a efetividade e o alcance de objetivos em uma psicoterapia. Diferenças entre psicoterapeuta e paciente, de acordo com Kohlenberg e Tsai (2004), podem ser prejudiciais à relação psicoterapêutica principalmente quando o paciente emite comportamentos incompatíveis com os valores éticos do psicoterapeuta. Por exemplo, um cliente durante a terapia pode fazer declarações racistas, sexistas, reafirmar posição de *status* social, criticar o psicoterapeuta, etc. Outros fatores podem dificultar a relação psicoterapêutica, como o paciente ir à psicoterapia em busca de contato afetivo sexual com o profissional, tentando romper os limites da psicoterapia e descaracterizar o trabalho clínico.

Um dos fatores importantes em psicoterapia, relacionado aos cuidados que o psicoterapeuta deve ter em relação ao seu exercício profissional, é desenvolver a



capacidade de se observar, ser consciente de suas vivências na relação psicoterapêutica, percebendo suas necessidades e limitações profissionais e pessoais (Baker, 2002). O psicoterapeuta deve estar aberto para compreender os sentimentos expressos de seu paciente e explorar seus próprios sentimentos e vivências na relação psicoterapêutica.

Psicoterapeutas exercem um trabalho diário com pessoas que apresentam em seus relatos de vida sofrimentos, por vezes intensos. Isso pode caracterizar a psicoterapia como um exercício profissional difícil e desgastante em termos emocionais. As 27 psicoterapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais vivenciaram dificuldades impostas por seus clientes de forma imprevisível. Verifica-se que os limites estabelecidos e necessários na relação entre paciente e profissional em psicoterapia, como esclarecimento de papéis, direitos e responsabilidades de ambas as partes, conforme Zur (2007), são permeáveis.

De acordo com Norcross e Guy Jr. (2007) psicoterapeutas, para exercerem seu trabalho clínico com êxito, devem cuidar de si, considerando qualidade de vida pessoal, descanso suficiente e prática de atividades físicas adequadas. Significa que aspectos da vida particular, como cuidados com a saúde emocional, espaço de distanciamento do trabalho e atenção permanente ao corpo podem ser fundamentais como preparo ao enfrentamento de relações psicoterapêuticas difíceis e impactantes.

### **Conclusão**

Os limites no trabalho de psicoterapia são permeáveis, pois nem sempre serão compreendidos ou respeitados por pacientes que emitem comportamentos intrusivos. Em determinados estilos de psicoterapia, quando a relação entre

profissional e paciente torna-se um caminho para a mudança ou a própria psicoterapia em si, riscos e perigos podem acontecer para ambas as pessoas envolvidas no processo. O contexto de uma psicoterapia que exige em seu processo a intimidade entre psicoterapeuta e paciente pode vir a ser um terreno suficiente para o surgimento de sentimentos sexuais. Em consequência, psicoterapeutas podem vivenciar impacto sentimental aversivo mediante as tentativas de envolvimento sexual do paciente. A desvalorização do trabalho e a perspectiva de que a psicoterapeuta pode mudar de papel vindo a aceitar a aproximação do paciente é aversiva e incômoda para essas profissionais. Os sentimentos relatados pelas psicoterapeutas indicam que o trabalho de atendimento clínico apresenta característica de imprevisibilidade e impacto negativo. O autocuidado pessoal e profissional é uma das maneiras recomendadas que os profissionais em psicoterapia comportamental e cognitivo comportamental dispõem para lidar e manejar efetivamente comportamentos invasivos de pacientes.

### **Referências bibliográficas**

- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S. Baumgardt, R. A., Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2), 22-29.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapists effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapists success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768.
- Aveline, M. (2005) The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.

Baker, E. K. (2002). *Caring for ourselves: a therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington DC: American Psychological Association.

Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 2*, 71-79.

Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiência de vida. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, vol. 2, (pp. 169-176). Santo André: ARBytes.

Barbosa, J. I. C & Marques, N. S. (2012). O trabalho com relatos de emoções e sentimentos na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Casas (Orgs.). *Clínica analítico – comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 178 – 185). Porto Alegre, Artmed.

Cella, M., Stahl, D., Reme, S. E. & Chalder, T. (2011). Therapist effects in routine psychotherapy practice: an account from chronic fatigue syndrome. *Psychother Res.*, 21(2), 168-78.

Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. A. Smith. *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. (pp. 47-78). Sage Publications: London.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta – cliente: alcances e limites*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Falcone, E. M. O. & Macedo, T. (2012). Quando o espelho não reflete a imagem idealizada. In C.B. Neufeld (Org.). *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais. Histórias de vida e de psicoterapia*. (pp. 641-657). Porto Alegre: Sinopsys.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2008). Introduction and overview: basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York. Routledge.

Guy, J. D. (1987). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Hartl, T. L. Tamara L. Zeiss, R. A. Marino, C. M. Zeiss, A. M. Regev, L. G. Leontis, C. (2007). Client's sexually inappropriate behaviors directed toward clinicians: conceptualization and management. *Professional Psychology: research and Practice*, 38(6), 674 – 681.

Hayes S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. (orgs). *Strosahl. A practical guide to acceptance and commitment therapy*. (pp. 3 – 29). New York, Springer.

Hilton, R. (2001). Os perigos da intimidade no relacionamento terapêutico, In Hedges L. E. Hedges, R. Hilton, V. W. Hilton & O. B. Caudill Jr. *Terapeutas em risco: perigos da intimidade na relação terapêutica* (pp. 97-115). São Paulo, Summus.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec.

Kohlenberg, R.J. e Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In N. S. Jacobson (ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos da Personalidade Borderline: Guia do Terapeuta*. Tradução de R. C. Costa. Porto Alegre. Artmed.

Lucena – Santos, P., Pinto – Gouveia, J. & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp 29 – 58). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Martin, C., Godfrey, M., Meekums B., & Madill, A. (2011) Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy, *Counselling and Psychotherapy Research* 4(11), 248-256.

Miller, L. (2004). Psicoterapeutas traumatizados. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 350-363). Porto Alegre: Artmed.

Norcross, J. C. & Guy Jr., J. D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self – care*. New York and London: The Guilford Press.

Pierson, H. & Hayes, S. C. (2008). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Orgs.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York. Routledge.

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2010). *A Prática da Terapia Cognitivo Comportamental Baseada em Mindfulness e Aceitação*. Tradução de M. A. V. Veronese. Porto Alegre. Artmed.

Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

Silveira, J. M. (2012). A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 110 – 118). Porto Alegre: Artmed.

Sousa, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno da personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9, 381-390.

Sousa, A. C. A. (2004). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Psicoterapia analítica comportamental e Cognitiva*, 5(2), pp. 121-137.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. & Walts, J. (2012). Técnicas terapêuticas: as cinco regras. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follete & G. M. Callaghan. *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André. ESETec.

Tsai, M. Callaghan, G.M. & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 366-370.

Vandenberghe, L. (2002). A prática e as implicações da análise funcional. *Revista brasileira de psicoterapia analítica comportamental e cognitiva*, 1(4), 35-45.

Wielewicki, M. G., Silveira, J. M & Costa, C. E. (2007). Problemas enfrentados por terapeutas em sua prática clínica. *Estudo de Psicologia*, 24(1), 61-68.

Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: ethical and clinical explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.

## ARTIGO 2

### PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL E O MANEJO DE LIMITES COM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

#### Resumo

O presente artigo apresenta as tentativas de aproximação romântica como forma de ruptura de limites da psicoterapia de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline e o manejo de dois psicoterapeutas comportamentais que utilizaram procedimentos da psicoterapia analítica funcional (FAP) para intervenção. É uma pesquisa qualitativa, exploratória e interpretativa, de acordo com uma abordagem contextualista e método indutivo, tendo como referência a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*). Apresenta dados de dois psicoterapeutas comportamentais, (1 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) de um grupo de 28 psicoterapeutas, com no mínimo dois anos de atuação profissional. As tentativas de transgressão dos pacientes foram colocados como conteúdos a serem abordados durante a sessão. Os psicoterapeutas compreenderam que se tratava de comportamento clinicamente relevante emitido pelo paciente. Seus próprios sentimentos, consequências da relação terapêutica, foram usados como forma de avaliar e intervir sobre os comportamentos intrusivos do paciente. Os psicoterapeutas não se deixam levar por sentimentos aversivos, estabelecendo esquiva ativa ou proporcionado afastamento ou término do tratamento. Sugere-se, a partir dos dois casos apresentados e seus desfechos na psicoterapia, que psicoterapeutas devem cuidar de si para atuar na clínica com efetividade e perspicácia.



**Palavras chave** – Limites na psicoterapia, sentimentos sexuais, relação terapêutica, transtorno de personalidade borderline.

**PSYCHOTHERAPY ANALYTICAL FUNCTIONAL AND MANAGEMENT  
BOUNDARIES WITH PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

**Abstract**

This article presents attempts of romantic approach as the patient's way to break boundaries of psychotherapy and management of two behavioral psychotherapists who used procedures of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) for intervention. It is a qualitative, exploratory and interpretative research, according to a contextual approach and inductive method. It presents data from two behavioral psychotherapists (1 female and 1 male), with at least two years of professional experience. The patient's attempted transgressions were situated as content to be addressed during the session. The psychotherapists understood that it as clinically relevant behavior emitted by the patient. Their feelings, and consequences for the, therapeutic relationship were used as a way to assess and intervene on the intrusive behavior of the patient. The psychotherapist's did not get carried away by aversive feelings, established active avoidance, nor did they treatment. It is suggested, from the two cases presented and their outcomes in psychotherapy that psychotherapists should take care of themselves to work in the clinic with effectiveness and insight.

**Keywords** - Limits in psychotherapy, sexual feelings, therapeutic relationship, borderline personality disorder.

## Introdução

Nas últimas décadas é crescente a tendência em várias abordagens na psicoterapia em considerar a relação terapêutica como instrumento terapêutico em si (Brandão, 2004; Shinohara, 2000). O presente artigo explora especificamente o posicionamento da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), sendo esta um estilo de psicoterapia interpessoal apoiada numa releitura da filosofia behaviorista radical que utiliza a relação terapêutica como o principal caminho de intervenção (Kohlenberg & Tsai, 2004).

De acordo com a FAP, as interpretações do psicoterapeuta e sua forma de intervenção são baseadas no paralelo traçado entre o que acontece durante a sessão e o que o paciente vivencia fora dela. O que acontece na relação entre psicoterapeuta e paciente é uma interação manejada para alcançar mudanças significativas e aguçar seu potencial curativo (Weeks *et al.* 2011).

Por isso a FAP enfatiza que o psicoterapeuta deve observar, além dos comportamentos do paciente, a si mesmo durante as sessões. Deve ficar atento, por exemplo, aos seus próprios sentimentos causados pelo impacto dos comportamentos do paciente em sessão. Nesse sentido, a relação terapêutica é entendida como via de mão dupla, onde tanto o paciente como o psicoterapeuta passam por mudanças profundas (Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013).

O psicoterapeuta FAP deve ser capaz de perceber e manejar os comportamentos clinicamente relevantes (CCRs) do paciente que surgem na sessão em função da história de aprendizagem e vida cotidiana do mesmo, e também de características do relacionamento psicoterapêutico. O termo CCR é empregado como expressão para designar determinadas classes de respostas apresentadas pelo paciente (Brandão & Silveira, 2004). São três tipos de CCR:

- CCR1 – são comportamentos problemas, déficits ou excessos apresentados pelo paciente durante a sessão psicoterapêutica. Ao longo do processo psicoterapêutico os CCRs1 devem ser enfraquecidos ou extintos.
- CCR2 – são comportamentos relacionados a melhoras e progressos do paciente. O processo psicoterapêutico deve fortalecer esses CCRs2 criando condições para que o paciente utilize-os em sua vida cotidiana.
- CCR3 – nível em que o paciente consegue identificar e explicar a relação entre causas e consequências de seus comportamentos, aumento do seu repertório de autoconhecimento.

Faz-se necessário esclarecer que, pela visão contextual, a noção de CCRs na FAP não indica uma maneira de classificar todos os pacientes de uma maneira única, desconsiderando a individualidade e história de vida dos mesmos. O que pode ser considerado CCR1 para um determinado paciente poder ser considerado CCR2 para outro, pois “a FAP é uma psicoterapia ideográfica e que é experimentada de forma diferente por cada um que têm aprendido, praticado, procurado, recebido” (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2010, p. 21).

A FAP apresenta regras apropriadas para aprofundar a relação entre psicoterapeuta e paciente, proporcionando dinâmica e envolvimento, sem abrir mão de estratégias organizadas que visam o alcance dos objetivos terapêuticos. Em síntese, as regras recomendadas da FAP são, de acordo com Tsai *et al* (2010):

- O psicoterapeuta deve estar atento ao que ocorre na relação com o paciente e observar os CCRs do mesmo durante as sessões;
- Evocar CCRs. O psicoterapeuta deve ter em seu repertório de habilidades terapêuticas a virtude da coragem para correr riscos ao evocar sentimentos no paciente em um ambiente psicoterapêutico de intimidade e segurança.

Entende-se como risco o paciente desistir da psicoterapia ao tentar não vivenciar sentimentos dolorosos evocados pelo psicoterapeuta ou entender mal a intimidade na relação psicoterapêutica.

- Reforçar e fortalecer os CCRs2 do paciente. As melhoras e mudanças positivas do paciente devem ser prontamente reforçadas pelo psicoterapeuta de forma genuína e natural.
- O psicoterapeuta deve estar atento ao impacto dos seus comportamentos sobre o paciente. É uma forma de avaliar e estar atendo ao impacto do quanto o comportamento do psicoterapeuta funciona como reforçador para o paciente.
- Fornecer interpretações racionais baseadas em análise funcional, tanto da vida do paciente, quando da relação estabelecida entre paciente e psicoterapeuta. Essa regra estabelece o paralelo que o psicoterapeuta deve realizar entre CCRs do cliente na sessão e vida cotidiana.

Em síntese, a relação psicoterapêutica e sua função como ferramenta de mudança se estrutura tendo como base habilidades como: atenção, coragem para evocar e reforçar CCRs, atenção ao impacto sobre o paciente e interpretar de forma racional e esclarecedora o que envolve os comportamentos do paciente.

As regras e procedimentos da psicoterapia e a ética envolvida no trabalho clínico incluem também maneiras de estabelecer limites no relacionamento entre o profissional e o paciente que procura ajuda. Limites, inerentes à relação estabelecida entre paciente e psicoterapeuta, são debatidas tendo em vista a ética profissional. Aproximar-se dos limites éticos, sair da sua zona de conforto, deve ser descrito como um ato de coragem do psicoterapeuta.

A auto revelação do psicoterapeuta, sobre aspectos de sua história de vida, sentimentos despertados nas sessões, valores e perspectivas sobre a realidade pode ser um recurso para aproximar e favorecer a intimidade na relação psicoterapêutica. Situações de sofrimento vivenciadas pelo psicoterapeuta que se assemelham aos sofrimentos do cliente podem ser colocadas em pauta nas sessões, com o devido cuidado e manejo adequado (Tsai *et al*, 2010).

Pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB) apresentam histórico de intenso sofrimento relacionado ao rompimento de limites e problemas interpessoais na vida. Desde a infância esses pacientes aprenderam a buscar estímulos sociais para entender suas vivências e vivenciam “sentimentos de vazio”, evocando respostas emocionais no outro (Sousa & Vandenberghe, 2005). Tendem a reproduzir no consultório a intensidade e instabilidade emocional e interpessoal que vivenciam na vida cotidiana (Sadi, 2011; Sousa, 2004).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) os critérios diagnósticos para TPB, em síntese, são:

- Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário;
- Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar);
- Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto estimulante;

- Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias);
- Sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes);
- Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

O que caracteriza pessoas com TBP é a intensidade e frequências dos comportamentos prejudiciais a sua própria vida, principalmente relacionados a instabilidade de sentimentos e impulsividade. Os critérios apresentados no DSM V são topográficos indicando a forma com que esse transtorno de personalidade se manifesta em uma parcela da população. Psicoterapeutas comportamentais tendem a avaliar pessoas com TPB de maneira funcional, identificando qual a função que os vários comportamentos prejudiciais do paciente têm em sua vida cotidiana e em suas relações interpessoais.

No presente artigo apresentamos a possibilidade de compreender tentativas de aproximação romântica como forma de ruptura de limites de pacientes com TPB e o manejo de psicoterapeutas comportamentais que utilizaram procedimentos oriundos da FAP como forma de intervenção. Essa visão, a respeito de sentimentos sexuais na relação terapêutica, incentiva a discutir como o psicoterapeuta pode trabalhar de forma produtiva com um tabu cultural, atendendo pacientes exigentes em termos emocionais e interpessoais, que demandam cuidado e capacidade interpessoal e técnica.

## Método

O presente estudo é de natureza qualitativa e exploratória, contextualista, de acordo com o método indutivo. Tem como suporte a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) na vertente elaborada por Charmaz (2009).

Os conceitos a seguir nortearam o método da presente pesquisa:

- a) Conceitos sensibilizadores: conceitos que influenciam o olhar do pesquisador, (neste caso, derivados da literatura sobre “limites em psicoterapia”, “sentimentos sexuais”, “transtorno de personalidade *borderline*” e “relação terapêutica”);
- b) Amostragem proposital: participantes que, em função de suas vivências, podem responder aos questionamentos da pesquisa. Os psicoterapeutas participantes vivenciaram tentativas de ruptura de limites por parte de seus pacientes com TPB. Ambos os psicoterapeutas utilizaram procedimentos semelhantes de acordo com as possibilidades de intervenção da FAP;
- c) Agnosticismo teórico, codificação aberta e memorandos: o pesquisador evitou forçar os dados com uma interpretação teórica, construiu os códigos a partir de uma atitude aberta aos sentidos vivenciados pelos participantes (Henwood & Pidgeon, 2010), organizando os conceitos emergentes com a ajuda de memorandos, registrando as observações, reflexões e relações estabelecidas, pois a referência são os resultados obtidos e não as correntes teóricas preexistentes.

## ***Participantes***

Foram entrevistados um psicoterapeuta do sexo masculino (psicoterapeuta “A”), 34 anos, mestre e doutorando em psicologia clínica, e uma psicoterapeuta (psicoterapeuta “B”), sexo feminino, 37 anos, mestre em psicologia clínica, com tempo de formação e atuação profissional de 6 e 10 anos, respectivamente.

Foram contatados pessoalmente e de acordo com a aceitação e disponibilidade para conceder uma entrevista semiestruturada. Ambos os profissionais atuam como psicoterapeutas comportamentais e utilizam de procedimentos da FAP como forma de intervenção.

A paciente do psicoterapeuta A era do sexo feminino, 25 anos, com queixa de problemas no relacionamento conjugal. O psicoterapeuta tinha como objetivo estabelecer uma relação terapêutica de confiança, empática e voltada, sobretudo, para o estabelecimento de equilíbrio emocional.

A psicoterapeuta B atendeu um paciente do sexo masculino, 36 anos, com queixa de problemas em relacionamentos interpessoais, principalmente em seu núcleo de amigos e no trabalho. A psicoterapeuta tinha como objetivos terapêuticos ajudar o paciente, promovendo suas habilidades sociais e sua capacidade de lidar com limites nas relações interpessoais.

## ***Procedimento***

As entrevistas foram concedidas em seus consultórios particulares. Após a explicação da função e dos objetivos da pesquisa por parte do pesquisador responsável, o psicoterapeuta participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida concedia a entrevista.



O estudo obedeceu às normas éticas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde através da resolução Nº 466/12. Foi utilizado um aparelho de telefone celular em ambas as entrevistas para a gravação do áudio.

A entrevista com a psicoterapeuta B faz parte de um estudo envolvendo um grupo de 27 psicoterapeutas. Os relatos apresentados pela psicoterapeuta B, no presente artigo, foram separados para análise e discussão mais detalhada, considerando diferenças qualitativas em termos de manejo e procedimento técnico em relação a outras psicoterapeutas participantes.

Os conteúdos da entrevista do psicoterapeuta A são interessantes para o presente artigo, considerando sua forma de manejo e intervenção em um caso clínico difícil, semelhante à psicoterapeuta B.

As transcrições das entrevistas foram submetidas à codificação analítica ou aberta. Categorias foram feitas para as entrevistas transcritas a partir da identificação de padrões de semelhanças ou diferenças, identificadas entre os códigos. Para facilitar releituras e recategorizações, registros foram criados em pequenos fichamentos, para identificação dinâmica de cada código e os lugares onde cada um foi usado nas transcrições.

Após a construção das categorias, as mesmas foram organizadas em eixos conceituais. Isso permitiu construir uma teoria que respondesse ao objetivo fundamental do presente artigo: apresentar manejos psicoterapêuticos a partir da FAP no atendimento de pacientes com TPB.

## **Resultados**

Os psicoterapeutas relataram que responderam, num primeiro momento, às tentativas de aproximação romântica com posicionamentos claros sobre os limites

necessários em uma relação terapêutica. Os trechos de entrevistas que seguem exemplificam as tentativas de paciente de romper um limite; a afirmação dos limites pelos psicoterapeutas em função dos objetivos e da pragmática da psicoterapia; o impacto pessoal sobre o psicoterapeuta; a validação do psicoterapeuta dos esforços do paciente em se ater ao que é mais importante na psicoterapia; como os psicoterapeutas usaram a regra “interpretar” da FAP; a auto revelação do psicoterapeuta; como os pacientes tentam coagir, chantagear e manipular o psicoterapeuta após intervenção do mesmo; o êxito na intervenção; o perigo para o psicoterapeuta em se apegar e “ir na onda” dos sentimentos do paciente; a verificação do psicoterapeuta sobre o que possa estar acontecendo na relação terapêutica; como o paciente consegue acessar a perspectiva da psicoterapeuta e a tentativa de manipulação do paciente seguida por limite imposto pelo psicoterapeuta .

### ***Psicoterapeuta A***

O psicoterapeuta A relata as tentativas de uma paciente com transtorno de personalidade *borderline* de romper os limites da relação ao buscar envolvimento sexual durante a sessão: “Pela própria natureza do transtorno, fazia convites na sessão terapêutica que eram diretos. Por exemplo: ela dizia ‘não tem problema nenhum se nós dois tivermos um caso aqui mesmo, a sala fechada, meu marido não corresponde sexualmente ao que eu preciso’”. Em seguida a esse instante, o psicoterapeuta se posiciona apresentando os limites a partir da valorização e ênfase nos objetivos e na pragmática da psicoterapia. Segundo o psicoterapeuta: “Nesse caso eu já me mantinha bem tranquilo. E bloqueava mesmo, dizendo: ‘nosso objetivo não é esse, perde a função da psicoterapia’.”.

Em outro momento, psicoterapeuta A concentra esforço em validar o investimento da paciente em comparecer às sessões de psicoterapia: “E ela era uma paciente que viajava 60 km para fazer psicoterapia. Eu dizia: ‘Olha seu esforço... Eu vejo isso, [convites sexuais fora de contexto] como parte do problema que você está tentando resolver aqui’.”. Em seguida, psicoterapeuta A faz o paralelo entre o cotidiano de vida da paciente e o que está acontecendo no momento da sessão, o que corresponde a regra interpretar da FAP. “Ai, a FAP ajudava muito nesse momento. Eu dizia: ‘eu me sinto incomodado... Esse assédio pode te atrapalhar em outros contextos, e isso fere o nosso objetivo, não há a mínima possibilidade’.” Psicoterapeuta A usou como estratégia de relatar seus próprios sentimentos e se coloca como pessoa na relação terapêutica, pontuando o impacto causado pelo assédio da paciente, e em seguida enfatiza os objetivos terapêuticos e estabelece explicitamente limites interpessoais na sessão.

A tentativa de envolvimento sexual da paciente com o psicoterapeuta A durante a sessão é entendido pelo mesmo como um comportamento clinicamente relevante da paciente: “Era um CCR1. Mas ai, na sessão seguinte ela me criticava, me xingava. Mandava e-mails, coisas desse tipo.” A paciente ao se deparar com forma de intervir do psicoterapeuta tenta coagi-lo e manipulá-lo. O psicoterapeuta mediante esses comportamentos da paciente responde com estabilidade emocional e interpessoal.

O psicoterapeuta faz uma análise funcional dos sentimentos sexuais da paciente em sessão, segundo seu relato: “Eu aprendi que o psicoterapeuta não pode se vangloriar dessas coisas [atração sexual da paciente] como se fosse uma fonte de desejo, achando que é irresistível. Analisando a função, isso é muitas vezes parte do problema da pessoa. Então você tem que ser maduro e profissional a ponto de

fazer essa análise funcional. Até que ponto isso realmente é remetido a mim ou é parte do problema dela? Eu consegui entender isso'. Psicoterapeuta A avalia positivamente o resultado: "Essa paciente apresentou progressos na sessão, com o passar do tempo, foram 8 meses de psicoterapia, ela apresentou muitos progressos".

A paciente não voltou a expressar intensões sexuais para com o terapeuta durante as sessões que se seguiram. Isso não significa que a atração pelo psicoterapeuta não possa ainda ter ocorrido, mas com o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, provavelmente, viu os seus sentimentos de outra perspectiva. A estratégia utilizada pelo psicoterapeuta A, de compreender os sentimentos sexuais da paciente com parte do problema que ela apresentava, pode ter sido um contexto de ressignificação de sentimentos e aprendizagem de novos comportamentos de equilíbrio emocional e moderação de atitudes.

### ***Psicoterapeuta B***

Psicoterapeuta B relata outra tentativa deliberada de um paciente com TPB em romper os limites do relacionamento: "Na verdade ele não falou, ele fez. Ele, como todo *borderline*, muito afetivo, muito intenso e comigo não foi diferente. Teve um dia na sessão que ele chegou, me abraçou e quase me beijou. Ele quase me beijou mesmo".

Após ser assediada fisicamente no início da sessão, psicoterapeuta B verifica com o paciente o que aconteceu: "Ele sentou como se nada tivesse acontecido e começou a falar da vida dele. Chamei ele de volta e perguntei a ele o que era aquilo que ele tinha feito. Ele: 'ah, me deu vontade'." Esse comportamento do paciente

causa impacto emocional negativo na psicoterapeuta : “Eu fique com muita raiva dele, muita raiva mesmo.”

Ao “chamar o paciente de volta” e abordar o assédio, psicoterapeuta B faz um paralelo entre a vida cotidiana do paciente e o que aconteceu no início da sessão e cumpre a regra interpretar da FAP e revela o impacto pessoal sobre seus sentimentos. Diz: “Aí eu falei para ele isso: ‘Então eu vou falar o que eu senti com isso que você fez’. Aí eu falei para ele que eu tinha me sentido desrespeitada, que eu tinha me sentido invadida. Sentimentos assim. E mais, disse que ele fazia isso muito com as pessoas. Ele já tinha me relatado outras situações em que ele tinha feito isso”.

Psicoterapeuta B aproveita o comportamento invasivo do paciente para tornar a psicoterapia mais intensa. “Então eu pontuei algumas coisas para ele, que ele fazia com as pessoas, que ele invadia as pessoas. Que a vida era assim, que a gente tinha algumas vontades de fazer as coisas, mas a gente não saía por aí fazendo tudo que a gente gostaria. Ele acabava esbarrando no limite das pessoas, que era quando as pessoas se afastavam dele.” Aqui, a psicoterapeuta aponta que ela, como a pessoa com quem ele interage tinha sentimentos também. O convida a refletir sobre o tipo de relação que ele mantinha com as pessoas, dentre as quais a psicoterapeuta era um exemplo claro e ali presente.

Psicoterapeuta B revela no momento, de forma genuína, mas cuidadosa, os sentimentos que CCR1 do paciente evocou nela: “Eu disse a ele no dia: ‘A vontade que eu tenho agora é de me afastar de você, de não te atender mais’. Eu senti nojo, mas não disse isso para ele.” Com essa intervenção, ajuda o cliente a tomar a perspectiva da outra pessoa, no caso, a terapeuta. Essa habilidade de imaginar

como a outra pessoa, num relacionamento, se sente ou como ele impacta sobre ela, se mostrou um CCR2 importante para o cliente.

O paciente consegue acessar a perspectiva da psicoterapeuta e ver as coisas do ponto de vista terapêutico. “Ele voltou para a psicoterapia, ele disse que tinha ficado deprimido, que ele tinha pensado em tudo que eu falei. Ele até disse que ficou pensando no nojo que eu teria sentido dele. Ele disse que era louco por ter feito isso, que eu estava trabalhando. Acho que foi muito produtivo.” Foi um passo importante para o paciente aprender a ver a perspectiva da outra pessoa na interação e entender seu efeito em um relacionamento.

Nesse paciente também, a discrepância entre a sua vivência interior e a perspectiva da psicoterapeuta, leva a mais instabilidade, em primeira instância. O mesmo ainda tenta usar de manipulação, a psicoterapeuta impõe novamente o limite: “Na sessão seguinte ele veio me abraçar, daí eu não deixei. E depois durante toda a psicoterapia ele não invadiu mais meus limites.” Em seguida faz outra auto revelação e tentou fazer a ligação com pontos anteriormente discutidos na terapia: “Eu falei para ele que tinha perdido a confiança nele”, e faz o paralelo entre cotidiano e relação, interpretar: “Eu pegava todos os exemplos que ele me dava e coloquei na sessão. Eu mostrava para ele que do jeito que ele agia parecia mesmo que ele queria algo. Aí aos poucos ele foi percebendo”. De acordo com a terapeuta, essa maneira de intervir levou ao êxito na psicoterapia.

Essa sessão serviu como um momento da psicoterapeuta demonstrar genuinidade em relação a seus sentimentos pelo paciente e coerência na forma de intervir: “Nesse ponto de vista foi muito bom. Mais uma vez a gente vê o quanto é importante a gente estar atento ao que acontece e devolver o mais honestamente possível.”

Psicoterapeuta B ressalta a importância de se ater ao perigo de se apegar, ou “ir na onda” dos sentimentos do paciente : “Agora, se você me perguntar como pessoa mesmo, eu preferia não ter passado por isso. Eu fiquei, na hora, com vontade de mandar ele procurar outra pessoa para atendê-lo. Tive realmente vontade de não atendê-lo mais. Mais aí, depois, a gente esfria a cabeça e vai pensando. Pensei o que aquilo significou para ele também. Depois, foi bom pelo tanto que ele melhorou e começou a colocar limites na relação com outras pessoas.”

Psicoterapeuta B obtém êxito como consequência de sua maneira de intervir: “E eu percebi que, com o tempo, ele foi generalizando mesmo. De fato, ele melhorou muito. Ele já vinha apresentando melhoras em outras áreas. Depois disso, ele começou a colocar limites, a ver o outro e não só o que ele quer ou o que ele pensa”.

### **Discussão**

O paciente, ao procurar psicoterapia, inicialmente não conhece as regras que envolvem uma psicoterapia. Como norma ética, cabe ao psicoterapeuta explicar os procedimentos inerentes a um processo terapêutico (Silveira, 2012). No entanto, tentativas de romper os limites da psicoterapia por parte do paciente podem acontecer. Perguntas sobre a vida pessoal do psicoterapeuta, presentes, abraços, convites para encontros, relatos sobre sentimentos sexuais e aproximações românticas são formas que pacientes têm como tentativa de rompimento de limites nas sessões.

O psicoterapeuta, ao atender um paciente, não espera que o mesmo tente romper limites emitindo comportamentos de assédio, tentativa de toques ou

revelação de sentimentos sexuais. Isso fica claro no artigo 1 (“aproximação sexual do cliente na relação: o impacto sobre a terapeuta”) da presente tese

Os psicoterapeutas A e B compreenderam as tentativas de aproximação romântica e tentativa e rompimento de limites dos pacientes como CCRs relacionados ao transtorno de personalidade *borderline*.

O relato de sentimentos por parte do paciente é esperado. Principalmente sentimentos aversivos, considerando que seu relato, a princípio, estará relacionado a sofrimentos e dificuldades na vida. Em relação ao manejo dos sentimentos e emoções no processo clínico, o objetivo principal do psicoterapeuta é o de ajudar seus pacientes a entenderem as causas de seus sentimentos (Barbosa & Marques, 2012). Mas, quando esses sentimentos relatados pelo paciente são sentimentos sexuais e suas tentativas na sessão são de assédio ou aproximação romântica? A estratégia de estabelecer de forma clara os limites na relação pode ser observado na postura dos psicoterapeutas A e B.

De acordo com Zur (2007), definir e articular claramente os limites terapêuticos é uma das maneiras de melhorar a efetividade da psicoterapia e pode criar uma estrutura de proteção em torno da relação terapêutica, além da responsabilidade em proteger os pacientes que podem se tornar vulneráveis durante o processo terapêutico. Para a efetividade da psicoterapia é necessário que os pacientes relatem e/ou demonstrem o que estão sentindo. Mas, quando comparado a falar de sentimentos, demonstrar sentimentos é mais vantajoso porque está menos sujeito a contingências sociais e, então, parece ser mais espontâneo e menos enganoso (Brandão, 2000).

Percebe-se, a partir do relato dos psicoterapeutas, que os cuidados no manejo dos sentimentos sexuais revelados pela paciente atendida pelo



psicoterapeuta A e o contato físico do paciente da psicoterapeuta B tiveram como suporte as regras específicas recomendadas pela FAP (Tsai *et al*, 2013) e a habilidade em manejar os CCRs (Brandão & Silveira, 2004). Isso sugere que as regras do modelo psicoterápico podem oferecer subsídio valioso para lidar com situações pessoalmente ameaçadoras para o psicoterapeuta.

Nos dois casos, perceber que os psicoterapeutas tinham uma visão clínica dos comportamentos dos pacientes não foi suficiente. Os pacientes entraram numa fase de mais intensidade emocional e persistiram mais com os comportamentos problemáticos, para coagir os psicoterapeutas de confirmar a vivência interna que o paciente teve da interação. A fase subsequente em ambos os casos, mostra que, na interação com o psicoterapeuta, ambos os clientes aprenderam gradualmente a compreender e levar em conta a perspectiva da outra pessoa, num relacionamento próximo.

Esse foco sobre a tomada de perspectivas parece ter ajudado os pacientes a compreender a vivência que a outra pessoa tem sobre eles e a desenvolver a capacidade de refletir sobre sua vivência interior e a da outra pessoa. Este estudo sugere a auto revelação do psicoterapeuta e a comparação do que ocorre na sessão com as dificuldades no cotidiano do paciente como duas intervenções plausíveis nesse processo.

A intimidade de acordo com a FAP significa “um repertório interpessoal que envolve a revelação dos pensamentos ou sentimentos mais profundos, e resulta em uma sensação de conexão, apego e proximidade com o outro” (Kohlenberg; Kohlenberg e Tsai, 2012, p. 171). Em terapias como a FAP intimidade entre terapeuta e cliente é essencial. A relação terapêutica estabelecida como caminho principal de mudança tem como fundamento a intimidade. É nesse sentido que a

FAP pode ser uma estilo de terapia perigoso, pois em determinados momentos da relação terapêutica sentimentos e pensamentos, tanto do cliente quanto do terapeuta, podem ser revelados e colocados em pauta na sessão. Sentimentos e fantasias sexuais do cliente podem ser revelados pelo mesmo durante a sessão, por exemplo.

Sentimentos sexuais do cliente ou uma tentativa deliberada de rompimentos dos limites da terapia do mesmo pode ser impactante para o terapeuta e relevar uma contradição no que se refere à ênfase na intimidade na FAP: criar um contexto de intimidade e reforçar a proximidade afetiva e revelação de sentimentos profundos e ao mesmo tempo punir ou bloquear os relatos de sentimentos eróticos que como comportamentos são verdadeiros e íntimos.

Tsai *et al* (2012) mencionam que a intensidade e a intimidade emocional que estão frequentemente presentes nas relações da FAP podem desenvolver um contexto em que uma atração sexual pode ocorrer. De acordo com os autores acima citados, terapeutas FAP devem, portanto, ter as melhores barreiras possíveis nessa área não e devem, evidentemente, explorar clientes sexualmente. No entanto, devem conhecer formas mais sutis de explorar o comportamento sexual. Um exemplo pertinente: quando um paciente tem um CRB1 de chamar a atenção de outras pessoas através de um comportamento sexualizado de uma maneira que seja prejudicial à sua própria pessoa, o terapeuta deve estar apto a identificar esse comportamento e evitar reforçá-lo. Isso pôde ser constatado nas intervenções dos psicoterapeutas A e B.

### **Conclusão**

Tomar a perspectiva de outra pessoa é uma habilidade a ser adquirida por muitos pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. A habilidade pode ser

desenvolvida ao vivo no relacionamento genuíno com o psicoterapeuta. Os psicoterapeutas em nosso estudo não se deixam levar por sentimentos aversivos, estabelecendo esquivas ativas ou proporcionando afastamento ou término precoce do tratamento, ou ainda, repetindo um padrão moral de resposta usual da sociedade.

As tentativas de transgressão dos pacientes não foram invalidadas pelos psicoterapeutas, mas colocadas como conteúdos a serem abordados durante a sessão. Os psicoterapeutas compreendiam, mesmo sofrendo impacto negativo sobre seus sentimentos durante a sessão, que se tratava de comportamento clinicamente relevante emitido pelo paciente. Usam ainda seus próprios sentimentos, consequências do fluxo de interações na relação terapêutica, como forma de avaliar e intervir sobre os comportamentos do paciente.

### **Referências bibliográficas**

APA (2014). *DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na intervenção terapeuta-paciente como recurso para a análise clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição v. 5*. (pp.24-29). Santo André: ESETec

Brandão, M. Z. S., & Silveira, J. M. (2004). Manejo de Comportamentos Clinicamente Relevantes. Em: C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*, pp. 194-204. São Paulo: Roca.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Frankel, Z., Holland, J. M., & J. M. Currier (2012). Encounters with Boundary Challenges: A Preliminary Model of Experienced Psychotherapists' Working Strategies. *Journal Contemp. Psychotherapy*, 42, 101-112.

Henwood, K. & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell, C. FifeSchaw, J. A. Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (pp. 240-361). Porto Alegre. Artmed.

Kohlenberg, R. J. Kohlenberg, B. & Tsai, M. (2013). Intimidade. In Mavis, T., R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callagan (Orgs.) *Um guia para a psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo*. (pp. 171 – 186). Santo André, ESETec.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Kanter, J. W. (2010). O que é psicoterapia analítico funcional (FAP)? In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (orgs.), *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 21 – 42). Santo André: ESETc.

Martin, C., Godfrey, M., Meekums B., & Madill, A. (2011) Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy, *Counselling and Psychotherapy Research* 4(11), 248-256.

Rodgers, N. M. (2011). Intimate boundaries: Therapists' perception and experience of erotic transference within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 266-274

Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de paciente e terapeuta em um caso de transtorno de personalidade borderline* (Tese de doutorado). Acessível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/pt-br.php>.

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

Silveira, J. M. (2012). A apresentação do caso clínico, o encontro e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Casas. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 110-118). Porto Alegre, Artmed.

Sousa, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno da personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9, 381-390.

Sousa, A. C. A. (2004). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Psicoterapia analítica comportamental e Cognitiva*, 5(2), pp. 121-137.

Tsai, M., Callaghan, G., & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 50, 366 –370.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. & Walts, J. (2012). Técnicas terapêuticas: as cinco regras. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follete & G. M. Callaghan. *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo Andre. ESETec.

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2011) Translating the Theoretical Into Practical. A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. *Behavior Modification*. 1-33

Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: ethical and clinical explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.

### ARTIGO 3

## COMO PSICOPTERAPEUTAS ANALÍTICO COMPORTAMENTAIS E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS LIDAM COM OS SENTIMENTOS SEXUAIS DO PACIENTE

### Resumo

O que profissionais fazem em ambiente clínico quando um paciente revela sua atração sexual para o terapeuta? Para responder ao presente questionamento, realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e interpretativa, de abordagem contextualista e método indutivo, de acordo com a teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*). Foram entrevistados 27 terapeutas do sexo feminino com no mínimo dois anos de atuação profissional, convidadas a relatar momentos vivenciadas durante atendimento com pacientes que revelaram ou emitiram sentimentos sexuais. As entrevistas foram semi estruturadas, transcritas e codificadas. Percebeu-se que a atuação do terapeuta como uma audiência não punitiva, reforçadora e compreensiva pode ser contexto que proporciona a revelação de fantasias e sentimentos sexuais por parte do paciente. Como estratégias os terapeutas tornam a relação mais profissional; bloqueiam o comportamento; buscam apoio externo e aproveitam o que ocorreu no relacionamento para a psicoterapia. O enfrentamento de incidentes quando um paciente tenta um envolvimento amoroso aproveitando o momento de sessão para revelar sentimentos sexuais torna-se uma forma de aprendizagem e experiência significativa para esse profissional.

**Palavras chave** – Psicoterapia comportamental, psicoterapia cognitivo comportamental, sentimentos sexuais, relação terapêutica.

## HOW PSYCHOTHERAPISTS BEHAVIORAL AND COGNITIVE-BEHAVIORAL HANDLE FEELINGS SEXUAL PATIENT

### Abstract

How do professionals respond in a clinical setting, when a patient reveals his sexual attraction to the therapist? To answer to this question, a grounded theory analysis was conducted of 27 interviews with the therapists were asked about female therapists moments during in which patients revealed sexual feelings. The interviews were semi-structured. They were recorded transcribed and coded. It was noticed that the therapist's role as a non-punitive audience, reinforcing and understanding can be a context that favors the revelation of sexual fantasies and feelings of the patient. As strategies, therapists make the relationship more professional; block the client problem behavior; seek external support and leverage for what happened in the psychotherapy relationship. Addressing incidents seizing the moment, when a patient in session to reveals sexual feelings, becomes a form of learning and meaningful experience for this professional.

Keywords - behavioral psychotherapy, cognitive behavioral psychotherapy, sexual feelings, therapeutic relationship.



## Introdução

A psicoterapia é um trabalho que por sua natureza proporciona um contexto para a emergência de situações imprevisíveis entre terapeuta e paciente. Pode haver envolvimento forte emocional, compreensão, confronto e amor. Além disso, é esperado que o psicoterapeuta valide os sentimentos do paciente que ocorrem no relacionamento (Kohlenberg & Tsai, 2004, Linehan, 2010).

Uma variedade de técnicas e modelos de intervenção são utilizados por terapeutas comportamentais e cognitivos comportamentais em seus trabalhos clínicos, em função da variedade de demandas e necessidades apresentadas pelos pacientes. Essa variedade de técnicas é prescrita por manuais que sugerem como os terapeutas devem agir em cada caso clínico, mas não preveem os sentimentos das pessoas envolvidas.

Entretanto, nem sempre as técnicas ou procedimentos padrão utilizados por psicoterapeutas são suficiente, considerando que pacientes podem apresentar comportamentos inusitados e imprevisíveis nas sessões. Várias situações no trabalho de atendimento clínico podem ser impactantes e difíceis emocionalmente para psicoterapeutas. Divergências com o paciente, por exemplo, sobre questões e valores morais, erros do psicoterapeuta nas interpretações e manejos das sessões, sentimentos como inveja ou pena do paciente podem surgir na relação psicoterapêutica e atrapalhar o alcance de objetivos (Banaco, 1993; 1997)

O trabalho de psicoterapia pode ser caracterizado como uma atividade profissional que envolve alto risco para a saúde e integridade emocional dos psicoterapeutas. Estressores internos e externos ao trabalho clínico (Sanzovo & Coelho, 2007), dificuldades em observar e estar consciente das variáveis que envolvem a relação psicoterapêutica (Oliveira, 2006), atendimento de pacientes com

transtorno grave (Sousa, 2004) e entre vários fatores, a aproximação indevida do paciente (Wielewiski, Silveira & Costa, 2007) são alguns exemplos de exigências do trabalho de atendimento psicoterapêutico.

A exigência de ouvir relatos de sofrimento de pacientes em consultório constantemente pode ser fator de esgotamento físico e emocional em psicoterapeutas (Abreu *et al*, 2002) e de desenvolvimento de síndrome de *burnout* (Wicks, 2008). Outros fatores como enfermidade mental, tentativas de suicídio, abuso de substâncias psicoativas e condutas sexuais inadequadas são resultados negativos de fatores estressantes da profissão de psicologia clínica (Guy, 1987).

As circunstâncias que estão relacionadas ao desenvolvimento de estresse agudo e síndrome de *burnout* em psicoterapeutas incluem a falta de controle nas atividades do trabalho clínico, trabalhar por horas sem descanso, gastar tempo com problemas administrativos, receber pouco por atendimento e ter que lidar com comportamentos inadequados dos pacientes (Rupert & David, 2005).

Exigências da intimidade na relação psicoterapêutica (Vandenberghe & Pereira, 2005), o surgimento de intimidade perigosa na relação terapêutica, pacientes com transtornos de humor ou de personalidade graves (Sousa & Vandenberghe, 2005), pacientes resistentes a mudanças, estão entre as dificuldades com as quais os terapeutas lidam em seu cotidiano de trabalho. Além disso, o manejo de relação dual (Zur, 2007) ou aspectos relacionados a tentativas de aproximação sexual por parte do paciente estão na ordem de circunstâncias dificilmente previsíveis.

Os programas de formação de terapeutas em universidades, tanto em termos de graduação e estágio supervisionado, quanto de pós-graduação, prepararam o aluno mais para aspectos técnicos da intervenção do que para o enfrentamento de

desafios que surgem naturalmente no decorrer do trabalho clínico. Isso não significa negligência das universidades no ensino e preparação de futuros profissionais, mas revela a complexidade e imprevisibilidade que envolve o trabalho de psicoterapia.

É fundamental, em psicoterapias que trabalham questões relativas aos relacionamentos interpessoais, que o psicoterapeuta dê atenção e se preocupe com suas próprias questões pessoais, pois a familiaridade e clareza com essas questões podem facilitar a utilização efetiva de seus sentimentos a favor da relação terapêutica (Hilton, 2001). O terapeuta, ao observar seus próprios sentimentos, pode reconhecer desejos, fantasias, valores diferentes daqueles de seus pacientes.

O psicoterapeuta não sabe antecipadamente como um paciente irá se comportar durante uma sessão. Nesse contexto, sentimentos sexuais, atração e tentativa de envolvimento por parte de pacientes podem comprometer os objetivos da psicoterapia (Pope, Sonne & Greene, 2006). Psicoterapeutas são constantemente confrontados com o desafio de lidar com questões sexuais na prática clínica sem ter, na maioria das vezes, treinamento adequado, respondendo a essa tarefa sem apoio da sociedade, da profissão e da própria história de vida, vindo a refletir a atitude coletiva de moralização (Hilton, 2001).

O presente artigo trata de como o terapeuta age mediante uma situação específica durante a sessão. Nossa pergunta é: o que os profissionais fazem quando um paciente revela sua atração sexual para o terapeuta?

## Método

### Participantes

Foram entrevistados 27 terapeutas do sexo feminino, com tempo de formação de no mínimo 2 anos, sendo 20 terapeutas analíticos comportamentais e 7 cognitivo comportamentais. Foram contatados pessoalmente e de acordo com a aceitação e disponibilidade para conceder uma entrevista semiestruturada.

### Procedimento

As entrevistas foram concedidas em seus consultórios particulares e em sala reservada nas dependências da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – *campus* de Goiânia. Após a explicação da função e dos objetivos da pesquisa por parte do pesquisador responsável, os terapeutas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida concederam a entrevista.

O presente estudo é de natureza qualitativa e exploratória, de acordo com o método indutivo. Tem como suporte a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) na vertente contextualista elaborada por Charmaz (2009).

Alguns *conceitos sensibilizadores* nortearam o método da presente pesquisa que influenciam o olhar do pesquisador, derivados da literatura sobre “manejo terapêutico”, “sentimentos sexuais”, “coping” e “relação terapêutica”. Usou-se a *amostragem proposital*: foram convidados participantes que, em função de suas vivências podem responder aos questionamentos da pesquisa. Lançando mão do *agnosticismo teórico*, o pesquisador evita forçar os dados, mas está “aberto” aos sentidos construídos pelos participantes (Henwood & Pidgeon, 2010), pois a referência são os resultados obtidos e não as correntes teóricas preexistentes.

Durante todo o processo, *memorandos* foram elaborados: registros sobre as observações, reflexões e relações estabelecidas auxiliaram na construção de uma teoria que organiza as categorias emergentes (Charmaz, 2009).

## Resultados

Emergiu das entrevistas uma variedade de comportamentos das psicoterapeutas contingentes a essas situações, como categorizado na Tabela 1, indo de tentativas de estabelecer limites, tornando a relação terapêutica mais profissional, bloqueios de comportamentos problemáticos, buscar apoio até aproveitar a ruptura em prol da psicoterapia.

Os trechos a seguir mostram como terapeutas responderam às tentativas de aproximação romântica e expressões de sentimentos sexuais dos pacientes. Tipicamente as respostas foram improvisadas e raramente surgiram de uma fundamentação teórica.

Tabela 1 - Formas de manejo dos terapeutas

Artifício	Terapeutas
Tornar a relação mais profissional	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24 e 26 (17/27)
Bloquear o comportamento	2, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 24 (12/27)
Buscar apoio externo	3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25 e 27 (17/27)
Aproveitamento para a psicoterapia	1, 7, 9, 10, 13, 16, 20, 21, 26, e 28 (10/27)
Relacionamento real	4, 6 e 10

Todas as estratégias descritas na Tabela 1 acontecem durante a sessão, exceto a subcategoria de maior abrangência “buscar apoio”. Abaixo são considerados um a um.

### ***Tornar a relação mais profissional***

Entre os 27 terapeutas entrevistados, 17 terapeutas (1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 24 e 26) apresentam para o paciente, de maneira enfática quais são os limites da relação psicoterapêutica como forma de manejo mediante comportamentos intrusivos do paciente. “Procurei colocar em extinção, a parte que ele se referia a mim” (T26). “Hoje eu tomo o maior cuidado, por exemplo, quando eu vou cumprimentar um paciente meu. Antes eu tinha um hábito de abraçar, eu não abraço paciente meu mais, eu pego na mão” (16). “Eu mudei com esse segundo paciente a forma de cumprimentar, por exemplo, já não cumprimentava com abraço, mas estendia a mão, isso eu mudei” (T7).

Estratégias de tornar a relação mais profissional foram utilizadas pelas terapeutas e incluíam ênfase na ética profissional e tornar o papel e postura profissional mais explícita. “Uma coisa que eu fiz foi explicar para ele o código de ética (T5). “Expliquei que, como psicóloga, eu não poderia me relacionar com nenhum paciente meu, ou seja, a recíproca não acontecia, que eu não tinha nenhum interesse afetivo ou sexual por ele” (T8). “Tomava mais cuidado com ele, antes era uma relação mais tranquila ai eu tive que começar a ser mais séria, uma postura mais séria” (T10). “Dentro do consultório, eu trato por senhor e por senhora” (T15).

### ***Bloqueio do comportamento do paciente***

O bloqueio como intervenção comportamental consiste em interromper a emissão do comportamento do paciente antes dele ser concretizado por inteiro, para

evitar dessa forma que alcance reforçamento. Nos casos relatos aqui, caracteriza uma maneira que as terapeutas têm de evitar que o paciente, consiga expressar seus sentimentos sexuais ou se aproximar de maneira romântica, seja fora ou no momento da sessão terapêutica.

As terapeutas 2, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 24, como forma de manejo, mudam de assunto, não respondem mensagens, mudam a forma de cumprimentar o paciente, ou não dão atenção às tentativas de aproximação romântica do paciente, ou chamam a atenção do paciente como uma espécie de “bronca”. “Eu tentei mudar de assunto nas horas em que eu percebia, ou focar em alguma outra fala dele que não fosse essa em relação a minha figura” (T2). “Quando ele me mandava mensagem perguntado ‘quando é que a gente vai se ver de novo’, aí eu nem respondia” (T3). “Quando ele falava algo sobre meu cabelo, perguntava se eu saía aos finais de semana, essas coisas, eu desconversava” (T12). “Naquele momento eu fiquei constrangida, mas chamei a atenção dele e falei: ‘não gostei do seu comentário, me deixou sem graça, encabulada’” (T15). “Ah, eu ouvia, mas nem dava moral para isso” (T24).

### ***Busca de apoio externo***

A busca de apoio externo das psicoterapeutas (3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25 e 27) significa fazer uso de recursos fora da sessão terapêutica, com supervisão, estudo e psicoterapia pessoal. Essas estratégias propostas pelo mundo acadêmico são tentativas de soluções para problemas não previstos no currículo.

“Aprendi na supervisão, tive um supervisor muito bom, ótimo” (T3). “Eu estava sempre buscando artigos” (T4) “Tem que procurar livros e estudar” (T8). “É você buscar mesmo em artigos da área” (T11). “Aí eu fui para minha terapeuta e

leve para ela o que eu estava enfrentando e o que ela poderia me sugerir, o que eu faria naquela situação” (T12). “Eu tive contato com meu orientador da época da graduação” (T13). “Eu não tinha tanto tempo de formada e fui pegar uma supervisão para saber o que fazer. Fui buscar ajuda para ser mais assertiva na situação” (T15).

### ***Aproveitamento para a psicoterapia***

Terapeutas 1 e 7 utilizam a tentativa de aproximação romântica como oportunidade de ensinar o paciente a lidar com sentimentos e ampliar repertório de interação social: “Eu acabei utilizando isso dentro do processo terapêutico mostrando, por exemplo, que era muito fácil gostar de uma pessoa que entendia ele, de uma pessoa que era capaz de falar” (T1). “Disse a ele que eu era capaz de demonstrar sentimentos para ele, era simplesmente para que ele aprendesse também a demonstrar sentimentos e estar generalizando fora, aprendendo a fazer isso com outras pessoas” (T7).

### ***Relacionamento real***

As psicoterapeutas 4, 6 e 10 entendem o que ocorreu como um incidente numa relação real. Adotam uma posição estabelecendo limites como numa relação típica entre duas pessoas que se encontram com frequência. Abordam os sentimentos do paciente como um evento natural e inerente a relação interpessoal: “Disse para ele que o que estava acontecendo era normal, que eu tirei ele de um estado depressivo muito grande, que ele estava confundindo as coisas (T4). “O que estava acontecendo realmente é que ele estava me vendo toda semana e que ele gostou da minha fala que o sentimento que ele estava tendo por mim não era nada de especial, que iria passar” (T6). “Intervi dizendo que era para ele não confundir as coisas, que eu estava ali como terapeuta dele” (T10).



## Discussão

Uma das ferramentas mais importantes a ser utilizadas no relacionamento psicoterapêutico para a compreensão dos comportamentos do cliente são os sentimentos do psicoterapeuta. Esses sentimentos evocados no relacionamento com o paciente podem funcionar como uma fonte valiosa de informação, se bem observado pelo psicoterapeuta. De acordo com Kohlenberg e Tsai (2004) os sentimentos dos psicoterapeutas são indicadores valiosos para refletir e intuir sobre como o paciente se relaciona e como é o impacto de seus comportamentos sobre as pessoas na vida cotidiana.

A relação psicoterapêutica é vista como uma relação real. De acordo com Gelso *et al* (2012) e Gelson (2011), relacionamento real em psicoterapia pode existir entre duas ou mais pessoas em que há um reflexo no grau em que cada uma é verdadeira com a outra. De acordo ainda com o mesmo autor, nessa definição existem dois elementos importantes para o entendimento do que vem a ser um relacionamento real em uma psicoterapia: autenticidade e realismo. A autenticidade no sentido de como cada um é verdadeiro a si mesmo e como uma maneira de perceber o outro realisticamente e com precisão, considerando os medos, desejos e necessidades do observador. Há uma valorização dos aspectos que influenciam a percepção do paciente e do psicoterapeuta na compreensão de um pelo outro.

Terapeutas, mediante o comportamento intrusivo do paciente tentem a utilizar de procedimentos de extinção, não respondendo a relatos do paciente que podem sinalizar uma tentativa de envolvimento. Esse manejo é utilizado não como procedimento relacionado diretamente aos objetivos terapêuticos, mas como uma forma de bloquear assédio do paciente e de evitar a reincidência de assédio e de constrangimento durante as sessões.

De acordo com Frankel, Holland e Currier (2012) ao estabelecer limites na relação psicoterapêutica, profissionais em psicologia clínica tentam assegurar e manter o foco nas necessidades principais do cliente. A manutenção dos limites e utilizadas para proteger a prática eficaz da psicoterapia, além de promover e facilitar a reflexão do cliente, aumento do repertório de consciência e assunção de responsabilidades. Para as 27 psicoterapeutas, fica claro que as principais necessidades dos pacientes não devem ser justificativas para o rompimento dos limites éticos do trabalho clínico.

Os limites estabelecidos pelo psicoterapeuta, quando aproximação e tentativas de envolvimento sexual por parte do cliente acontecem, podem enriquecer terapia, servir o plano de tratamento e fortalecer a relação de trabalho entre psicoterapeuta e paciente (Pope & Keith-Spiegel, 2008), se bem entendido e compreendido pelo psicoterapeuta. Entretanto, essas aproximações e um manejo inadequado do profissional em relação aos limites na psicoterapia podem ser prejudiciais ao relacionamento psicoterapêutico e causar danos ao paciente. As psicoterapeutas agiram de forma ética, não se envolvendo com seus pacientes, estabelecendo limites, porém somente duas (n = 27) utilizaram os sentimentos sexuais do paciente como comportamento a ser abordado e aproveitado no relacionamento psicoterapêutico.

Outra maneira que os terapeutas utilizam no manejo de limites é a forma de cumprimentar o paciente, não permitindo proximidade corporal. Não abraçar o paciente é considerado uma forma não verbal de “avisar” os limites estabelecidos no trabalho clínico. Os terapeutas utilizam também da não obrigatoriedade de tocar fisicamente o paciente. Essa forma de manejo é utilizada após a tentativa de assédio

do paciente, como forma de proteção da pessoa da psicoterapeuta e do trabalho realizado.

Referir explicitamente à postura profissional e ao código de ética é uma estratégia utilizada pelos terapeutas como manejo durante a sessão. Essa forma de manejo deixa claro a proteção e valorização do processo terapêutico pelas psicoterapeutas quando o paciente tenta aproximação romântica. A postura ética dos terapeutas denota um cuidado para com os objetivos propostos na psicoterapia.

Condutas sexuais na relação psicoterapêutica são potencialmente prejudiciais ao paciente e ao próprio psicoterapeuta, destrutivas ao processo psicoterapêutico e altamente danosas à profissão em si (Kohlenberg & Tsai, 2004). Mesmo depois do encerramento da psicoterapia o envolvimento sexual entre um psicoterapeuta e seu ex-paciente pode causar sérios problemas, principalmente o que se refere a violação dos padrões éticos da profissão. Observa-se o cumprimento de padrões éticos no sentido de não aceitar envolvimento com o paciente de todas as psicoterapeutas participantes da pesquisa.

O impedimento de comportamentos intrusivos do paciente pelos terapeutas caracterizou semelhança em relação a padrões culturais em lidar com comportamentos sexuais “inadequados”. São atitudes semelhantes aos convencionais da cultura: impedir, “chamar a atenção”, desconversar. O comportamento de assédio do paciente não é abordado pela maioria das profissionais entrevistadas como algo relacionado à história de aprendizagem desses pacientes, mas algo moralmente errado, que não tem seu lugar na situação psicoterapêutica.

Um dos objetivos de psicoterapias comportamentais e cognitivo comportamentais é aumentar repertórios de comportamento de pacientes. De

acordo com uma natureza educativa das psicoterapias, as mesmas visam ampliar formas de interação e desenvolver variabilidade comportamental em pessoas que apresentam dificuldades interpessoais e pouca compreensão sobre a interação do organismo com o ambiente, como funciona os pensamentos e sentimentos. As psicoterapeutas, ao bloquear comportamentos sexuais intrusivos dos pacientes, podem ter perdido, em determinados momentos ou sessões, informações valiosas sobre a história de vida do pacientes e suas características de convivência com as pessoas, além de sufocar a intimidade e a possibilidade de um relacionamento real e significativo.

Kohlenberg e Tsai (2004) enfatizam que o maior abuso que pode acontecer em uma psicoterapia é quando as ações do psicoterapeuta estão sob controle de outros reforçadores e não necessariamente pelos progressos do cliente. As ações do terapeuta durante a sessões devem estar voltadas para os benefícios do cliente e da relação estabelecida por ambos. A terapia é desenvolvida principalmente para o cliente e seu bem estar. O terapeuta é controlado pelo progresso e melhoras do cliente, fazendo valer, sobretudo, a finalidade da terapia e seus princípios éticos.

A busca de apoio externo é uma forma utilizadas por terapeutas mediante situações de dificuldade vivenciadas no trabalho clínico (Norcross & Guy, 2007). Seguir orientação de outros profissionais é uma forma de valorização do trabalho e tentativa de acertar, entender com mais profundidade o caso clínico a partir de outro olhar profissional. Além de apoio de outros profissionais e supervisão, o estilo de vida, espiritualidade e consciência, meditação e exercícios físicos são fatores de ajuda a terapeutas que passam por exigências significativas no trabalho clínico (Wicks, 2008).

O aproveitamento para a psicoterapia é uma forma de entender o comportamento do paciente como algo relacionado à sua história de vida. Esse paralelo entre o que o paciente apresenta na sessão e o que ele vivencia na vida cotidiana ajuda o terapeuta a entender o paciente como alguém que pode se expressar, como oportunidade de ajudar o paciente a ampliar repertório e entender sentimentos como algo natural.

### **Conclusão**

A atitude do psicoterapeuta como uma audiência não punitiva, exigida pela literatura e a uma proximidade afetiva em função de intimidade e relação psicoterapêutica, de fato, dão margem à revelação de fantasias e sentimentos sexuais por parte do paciente. A busca de ajuda do terapeuta, quando um paciente tenta um envolvimento amoroso aproveitado o momento de sessão para revelar sentimentos sexuais, pode ser uma forma de aprendizagem e experiência para esse profissional.

As psicoterapeutas, a partir de ações para lidar com as investidas intrusivas dos pacientes, podem ter dado pouca atenção a aspectos da relação psicoterapêutica e do relacionamento real. Por outro lado deram muita atenção em proteger o processo psicoterapêutico ao bloquear comportamentos. Para essas psicoterapeutas proteger o processo pode significar fazer valer a ética na profissão. Oferecer pouca atenção pode ser uma forma comum de lidar com sentimentos sexuais de outras pessoas, conforme comportamentos morais da sociedade.

Fica caracterizado que as investidas do paciente podem colocar as psicoterapeutas em perigo. As tentativas de rompimento de limites podem ser

classificadas como um entre vários fatores de estresse que interfere na saúde e no desempenho dessas profissionais.

### **Referências bibliográficas**

Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S. Baumgardt, R. A., Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia, ciência e profissão*, 22(2), 22-29.

Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.

Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiência de vida. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, vol. 2, (pp. 169-176). Santo André: ARBytes.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Frankel, Z., Holland, J. M., & J. M. Currier (2012). Encounters with Boundary Challenges: A Preliminary Model of Experienced Psychotherapists' Working Strategies. *Journal Contemp. Psychotherapy*, 42, 101-112.

Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: the hidden foundation of change*. Washington, D. C. American Psychological Association.

Gelso, C. J., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., Ma, Y. E. & Markin, R. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 59(4), 495–506.

Guy, J. D. (1987). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Henwood, K. & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell, C. FifeSchaw, J. A. Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre. Artmed

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec.

Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos da Personalidade Borderline: Guia do Terapeuta*. Tradução de R. C. Costa. Porto Alegre. Artmed.

Norcross, J. C. & Guy Jr., J. D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York and London: The Guilford Press.

Oliveira, J. A. (2006). *Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: uma exploração da relação terapêutica*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Pope, K. S. & Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of clinical psychology: in session*, 64(5), 638-652.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Greene, B. (2006). *What Therapists don't talk about and why: understanding taboos that hurt us and our clients*. Washington DC, American Psychological Association.

Rupert, P. A. & David, M. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional psychology: research and practice*, 36(5), 544-550.

Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

Sousa, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno da personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9, 381-390.

Sousa, A. C. A. (2004). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Psicoterapia analítica comportamental e Cognitiva*, 5(2), pp. 121-137.

Vandenberghe, L. & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.

Wicks, R. J. (2008). *The Resilient Clinician*. Oxford: University Press.

Wielewicki, M. G., Silveira, J. M & Costa, C. E. (2007). Problemas enfrentados por terapeutas em sua prática clínica. *Estudo de Psicologia*, 24(1), 61-68.

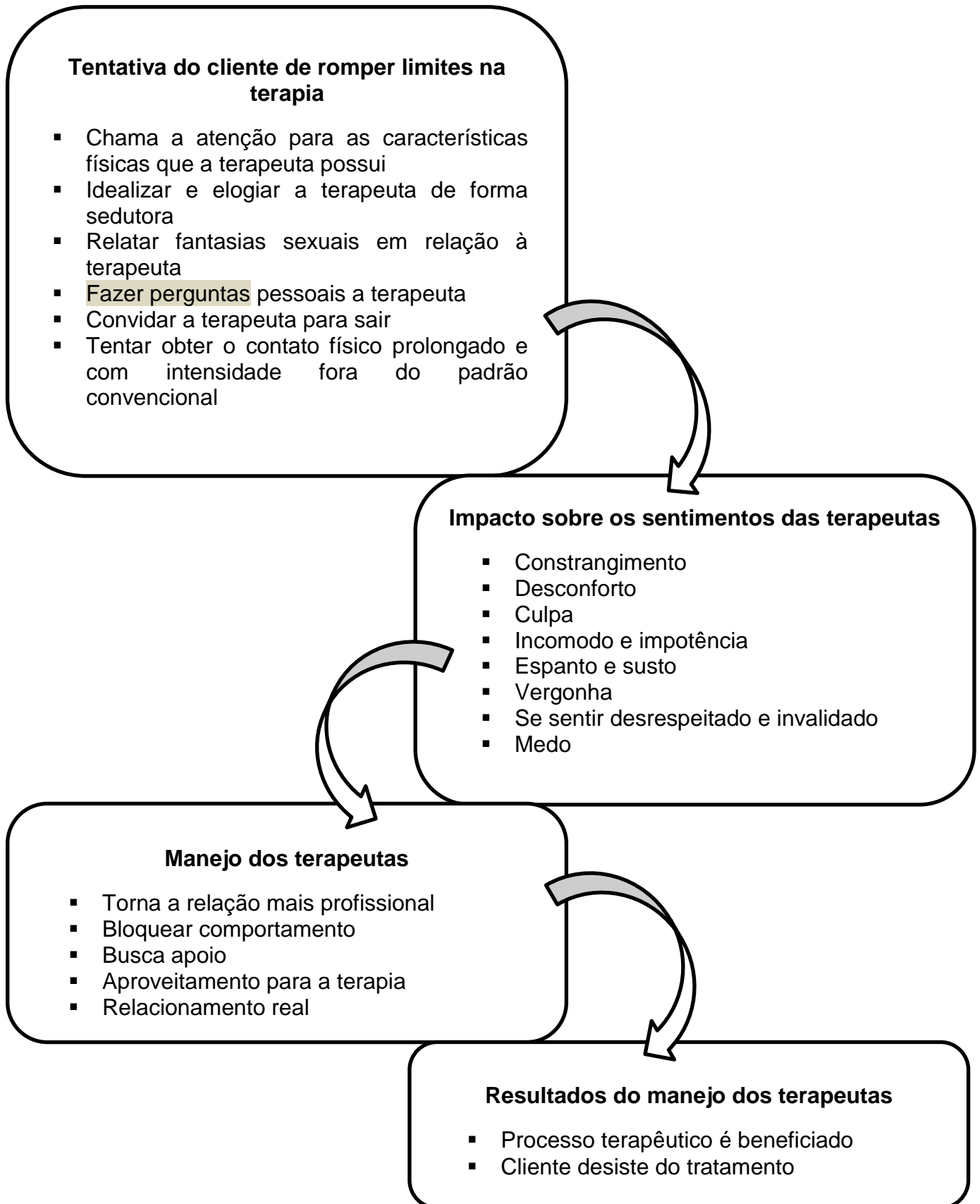
Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: ethical and clinical explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.



## CAPITULO 4

### DISCUSSÃO GERAL

**Figura 1** – Sentimentos sexuais do cliente, impacto, manejo das terapeutas e consequências para o tratamento.



A forma livre de coletar os depoimentos das participantes e a reflexão disciplinada sobre as mesmas, de acordo com a teoria fundamentada nos dados, permitiram a emergência de informações relevantes sobre aspectos que permeiam a relação terapeuta-paciente em psicoterapia. As reflexões que seguem partem de um conjunto de dados maior, provenientes dessas conversações.

A Figura 1 apresenta um retrato da dinâmica que envolve as tentativas de pacientes de sobrepujar os limites éticos da psicoterapia, como as psicoterapeutas sentiam isso, o manejo das mesmas e o desfecho para o tratamento. Os comportamentos intrusivos dos pacientes em sessão são semelhantes a padrões culturais de tentativas de conquista, como aproximações que variam de intensidade e forma, como convidar a profissional para sair ou tentar um contato físico mais prolongado, como abraços e apertos de mãos. Um tipo de atitude intrusiva do cliente, que não corresponde a maneira usual de conquista, de acordo com o contexto cultural, é o relato de fantasias sexuais em relação à psicoterapeuta.

Como pode ser observado na sequência do fluxograma, apresentado na Figura 1, as psicoterapeutas vivenciam sentimentos negativos durante a sessão em função dos comportamentos intrusivos do cliente. Os termos utilizados pelas psicoterapeutas para nomear os sentimentos, como desconforto, culpa, vergonha, medo, entre outros, indicam o acontecimento de algo (provavelmente) inesperado durante a sessão e, a princípio, interpretado como negativo pelas mesmas. O acontecimento inesperado durante a sessão implica manejos das profissionais como tentativa de lidar e compreender o fenômeno e utilizá-lo na psicoterapia, exceto o bloquear comportamento e a busca de apoio externo (supervisão). Os resultados das ações das psicoterapeutas indicam dois caminhos diferentes: o processo psicoterapêutico é beneficiado e o paciente desiste da psicoterapia.

A Tabela 1 apresentou as características das psicoterapeutas entrevistadas em relação a sexo, tempo de atuação, formação ou abordagem, status de relacionamento, orientação sexual, religiosidade e etnia. Essas características foram relacionadas aos resultados organizados e discutidos nos artigos 1 e 3. É possível perceber pouca influência das características das psicoterapeutas na determinação das aproximações sexuais dos pacientes e os manejos utilizados por elas mediante essas aproximações. Encontrar fatores, como religiosidade ou *status* de relacionamento, que podem influenciar o relato de sentimentos sexuais do paciente e suas tentativas de romper os limites da psicoterapia provavelmente em uma amostra maior de participantes, ou a partir de pesquisas específicas, como relacionar tempo de atuação profissional e manejo de limites, por exemplo, são importantes aspectos a serem investigados em futuras pesquisas. Estudos sobre a relação entre as características do psicoterapeuta e o que acontece no relacionamento psicoterapêutico passam a ser importantes por remeterem à valorização do profissional como pessoa, características das psicoterapias comportamentais e cognitivo comportamentais de terceira geração (Linehan, 2010; Hayes, *et al*, 2004; Kohlenberg & Tsai, 2004).

Psicoterapeutas podem conjugar, em um mesmo processo psicoterapêutico, com um cliente intrusivo, várias formas de manejo, como as psicoterapeutas 10 e 16, que tentaram tornar a psicoterapia mais profissional, buscaram apoio externo, tentaram aproveitar os sentimentos sexuais do paciente, além de também bloquearem algumas invertidas dos mesmos. As psicoterapeutas tentam de variadas maneiras lidar com os sentimentos sexuais e comportamentos intrusivos dos

clientes, mesmo vivenciando sentimentos negativos, não desistiram prontamente dos atendimentos ou encaminharam o paciente para outro psicoterapeuta.

Independente da nomeação de sentimentos impactantes vivenciados pelas psicoterapeutas, conforme Figura 1, todas perceberam esses sentimentos como negativos e potencialmente prejudiciais à sua atuação profissional e ao alcance de objetivos no processo psicoterapêutico. O relato de sentimentos aversivos por profissionais em uma relação psicoterapêutica indica que o trabalho clínico pode ser considerado um contexto que proporciona momentos de dificuldade e estresse. A psicoterapia passa a ser considerada um trabalho de risco para o psicólogo clínico, que envolve estressores internos e externos às sessões (Zanzovo & Coelho, 2007), aproximações indevidas e agressões verbais dos pacientes (Wielewiski, Silveira & Costa, 2007) e pacientes que demonstraram comportamentos sexuais inadequados durante as sessões (Hartl *et al*, 2007).

Tentar beneficiar a relação psicoterapêutica através da aceitação da vivência de sentimentos aversivos no momento presente e compreender os sentimentos sexuais e tentativas de intrusão dos pacientes indica que os psicoterapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais utilizam estratégias oriundas das psicoterapias de terceira geração (Wielenska, 2012; Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015) independente da obtenção de êxito no processo psicoterapêutico.

Conversar sobre características da relação psicoterapêutica, considerando o impacto de sentimentos sexuais sobre a pessoa do psicólogo, permitiu abordar assuntos relacionados às suas vivências profissionais que raramente tinham sido tratados como tema de pesquisa. As conversações ocasionaram reflexões sobre práticas e manejo terapêutico, os sentimentos que podem estar envolvidos na relação terapeuta – paciente, as dificuldades e êxitos no tratamento, os limites que

envolvem uma psicoterapia e a busca de apoio por parte do terapeuta. A produção de reflexões mediante as conversações foram, portanto, uma oportunidade rara, tanto para o pesquisador, quanto para esses psicoterapeutas, de observar de forma acurada a prática profissional e a habilidade em lidar com casos clínicos difíceis e inusitados.

Como substancia das entrevistas e análise detalhada do conteúdo das mesmas, três artigos foram produzidos, com os seguintes títulos:

- Artigo 1 – Aproximação sexual do cliente na relação: impacto sobre a terapeuta.
- Artigo 2 – Psicoterapia analítico funcional e o manejo de limites com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*;
- Artigo 3 – Como os psicoterapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais lidam com os sentimentos sexuais do paciente.

Os conteúdos das entrevistas organizados e apresentados nos artigos acima mencionados possibilitaram uma compreensão, por parte do pesquisador, sobre o que fundamenta a emergência de sentimentos sexuais de pacientes por seus psicoterapeutas, e como, durante as sessões, esses profissionais manejam esses sentimentos.

O primeiro artigo aponta que os limites de uma psicoterapia não são compreendidos de imediato pelos pacientes. Pope, Sonne e Holroyd (1993) recomendam que psicoterapeutas não se envolvam com seus pacientes, por razões éticas da classe profissional, mas, sobretudo, por prejudicar o trabalho psicoterapêutico, proporcionar sofrimento emocional e sensação de abuso e abandono ao paciente, mesmo depois do encerramento da psicoterapia.

De acordo com Zur (2007) o psicoterapeuta ao estabelecer um contrato com o paciente, deve levar em consideração, além dos itens iniciais, como valores, tempo das sessões e sigilo profissional, o contexto geográfico e cultural do paciente e da psicoterapia, se o paciente é uma pessoa próxima (se possuem amigos em comum, professores em comum, se mora próxima a casa do psicoterapeuta, frequenta os mesmo lugares, como cinema, igreja, etc.) e se haverá consultas por telefone.

Estratégias de psicoterapia de terceira geração podem aumentar a margem de interpretações equivocados por parte paciente, pois o estilo dessas psicoterapias recomenda um contexto de envolvimento emocional, auto revelação e genuinidade (Braga & Vandenberghe, 2006). Em geral, psicoterapeutas devem estar abertos aos sentimentos e vivências dos pacientes como devem estar abertos para explorar e compreender seus próprios sentimentos no relacionamento psicoterapêutico (Katzow & Safran, 2007).

As tentativas de ruptura dos pacientes durante as sessões foram consideradas como situações estressantes para as 27 psicoterapeutas. Os estudos sobre a psicoterapia como contexto de risco para a saúde do psicólogo clínico apresentam informações relevantes sobre psicoterapeutas que desenvolveram estresse por atendem pacientes traumatizados (Miller, 2004), outros sobre psicoterapeutas sob estresse agudo e com sintomas relacionados a síndrome de *Burnout* (Wicks, 2008) e outros ainda que apresentam dados sobre profissionais com a saúde psicológica e física gravemente prejudicadas (Dunkley & Whelan, 2006).

O cuidado pessoal e profissional é algo importante para psicoterapeutas comportamentais e cognitivo comportamentais. Um dos fatores relacionados a cuidado que o psicoterapeuta deve ter é buscar quando necessário suporte em

sessões de supervisão com profissionais mais experientes. A maioria das psicoterapeutas participantes da presente pesquisa relatou buscar apoio externo como uma das maneiras de manejar bem sessões em que elas previam as tentativas de intrusão do cliente e relatos de sentimentos sexuais. No modelo de supervisão da psicoterapia cognitiva o supervisor cria um contexto de relacionamento colaborativo e que proporciona ao psicoterapeuta em supervisão uma observação acurada da relação vivenciada entre os dois, e como essa relação genuína pode ser utilizada em atendimentos clínicos posteriores (Tracey, 2006).

A supervisão para psicoterapeutas comportamentais enfatiza os relatos pelo supervisionando sobre as sessões que vem realizando em seus atendimentos, observação de registros ou de forma direta através de espelhos unidirecionais ou até mesmo a presença do supervisor na sessão psicoterapêutica (Moreira, 2003). Em psicoterapia com a FAP, o supervisionando experimenta uma relação com seu supervisor semelhante ao que pode ser vivenciado em seus próximos atendimentos clínicos. Para Sousa e Vandenberghe (2007) a supervisão na FAP inclui um estabelecimento de um relacionamento genuíno, comunicação irreverente, enfoque positivo nas habilidades que o psicoterapeuta possui e validação de comportamentos e mudanças.

As psicoterapeutas acharam difícil conversar, mesmo com um supervisor preparado, situações em que o paciente relatava fantasias e sentimentos sexuais em sessão. Confessaram, nas entrevistas de coleta de dados, ser um tipo de assunto difícil, entretanto reconhecem ser útil discutir problemas clínicos com colegas de profissão e supervisores, considerando ser uma maneira de diminuir situações de estresse na prática clínica (Norcross & Guy Jr., 2007).

Dois psicoterapeutas da amostra (psicoterapeutas A e B, artigo segundo) se destacaram por demonstrar maneiras de lidar com pacientes difíceis e de apresentar um modelo de intervenção típico de psicoterapias baseadas em relacionamento psicoterapêutico e aceitação, característicos da psicoterapia analítica funcional. Esses psicoterapeutas compreenderam os sentimentos sexuais dos clientes como algo natural, não deixaram que os mesmos ultrapassassem os limites no relacionamento psicoterapêutico e proporcionaram momentos durante o processo de autoconhecimento e mudança, chegando a obter êxito no processo.

O que também pôde ser constatado por parte dos psicoterapeutas A e B foi que a compreensão de sentimentos sexuais como algo natural e relacionado a ações do organismo, função da interação com o contexto e história de aprendizagem (Baum, 2006; Barbosa & Marques, 2012; Rico, Golfeto & Hamasaki, 2013), que ajuda os psicoterapeutas a manejar adequadamente a relação psicoterapêutica, principalmente quando esses sentimentos emergem e ameaçam a integridade do trabalho psicoterapêutico e impactando negativamente o profissional. Os sentimentos sexuais dos pacientes foram compreendidos como comportamentos clinicamente relevantes e utilizados pelos psicoterapeutas como aproveitamento para a psicoterapia.

No terceiro artigo, constatamos que a proximidade afetiva e a intimidade entre psicoterapeuta e paciente criam um contexto de revelação de fantasias sexuais por parte desse paciente. Isso pode indicar que aspectos de psicoterapias de terceira geração podem criar um contexto psicoterapêutico perigoso.

Intimidade pode ser um contexto que desperta sentimentos sexuais nos clientes? Qual o limite da intimidade na FAP? Intimidade mal conduzida, ou sem função na terapia, pode prejudicar o cliente?



Na psicoterapia, intimidade envolve convidar clientes a se abrirem e revelarem segredos profundamente guardados em seu coração. Esse elemento básico da terapia arranja o cenário para evocar comportamentos interpessoais vulneráveis. O terapeuta está pedindo, implicitamente, que os clientes se arrisquem e confiem que não serão punidos por assumirem tais riscos. Levando em conta suas grandes implicações clínicas, acreditamos que muitos, se não a maioria dos clientes podem se beneficiar de melhoras em seus repertórios de relações de intimidade. Além disso, é comum descobrir que problemas de intimidade pode ter se iniciado cedo na história de vida do cliente. (Kohlenberg; Kohlenberg, & Tsai, 2012, p. 175)

Arriscar implica em revelar os sentimentos sexuais. Se há essa revelação por parte do cliente, ele deve ser punido? Se sim, de que forma e em quais circunstâncias?

Sentimentos sexuais não são sensações corporais necessariamente aversivas, como sentimentos de tristeza, raiva, ódio, etc. A tentativa de evitar esses sentimentos ou não evidenciá-los com verbalizações ou atitudes se deve às consequências estabelecidas pela cultura para esse tipo específico de comportamento. A esquiva não é do sentimento sexual em si, mas de prováveis consequências punitivas quando esse mesmo sentimento é colocado em evidência. Em uma sessão terapêutica, relatar esses sentimentos ou não pode depender de como o terapeuta aborda e cria uma esfera de intimidade e acolhida.

Manejar de forma efetiva uma relação psicoterapêutica em que emergem sentimentos sexuais do paciente e que o mesmo revela durante a sessão esses sentimentos pode ser algo difícil, considerando ser uma situação inusitada e surpresa para essas profissionais. As psicoterapeutas fazem valer a ética e cumpriram os cuidados de proteger a profissão. Ceder às investidas e tentativas de rompimento de limites dos pacientes foi considerado por essas psicoterapeutas como improbidade profissional e abuso de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade emocional. Na psicoterapia a relação sexual entre psicoterapia e

paciente como indicativo de que os limites éticos foram rompidos e o *status* profissional foi quebrado não deve acontecer, sob nenhuma hipótese (Orbach, 2000). A atitude das psicoterapeutas em manter os limites éticos, mesmo apresentando dificuldades de manejo na relação psicoterapêutica, cumpre as recomendações profissionais sobre pacientes intrusivos e exploração de paciente por parte de profissionais (Bohmer, 2000).

A justificativa das psicoterapeutas para a dificuldade de pensar sobre tema da presente pesquisa foi o cuidado com a ética profissional. Segundo esses profissionais a tentativa de aproximação romântica do paciente pode dar margem a um possível envolvimento sexual entre terapeuta e paciente. Consideram que envolvimento sexual entre psicoterapeuta e paciente quebra a função de ajuda da relação terapêutica, descaracteriza a essência do tratamento psicoterapêutico e, sobretudo, impede o alcance de objetivos terapêuticos. E ainda, o psicoterapeuta sai do seu papel de profissional e o paciente perde a ajuda da psicoterapia.

A temática da presente tese foi considerada por esse grupo de terapeutas como um assunto inusitado e de difícil entendimento. Justificaram desconhecer o assunto por não haver publicações suficientes em artigos e livros em língua portuguesa, e por não terem visto esse assunto como tema de palestras em congressos e encontros de psicoterapia. Entenderam, a partir da vivência de ouvir relatos de sentimentos sexuais dos pacientes, terem uma formação limitada mediante as demandas atuais que surgem no trabalho clínico.

De acordo com Pope, Sonne e Greene (2006) assuntos relacionados à sexualidade ou que envolvam sentimentos sexuais em terapia são vistos como mitos, segredos a serem guardados a “sete chaves” ou tidos como assuntos proibidos por psicoterapeutas. Além do mais, os sentimentos sexuais de pacientes

são considerados como “sentimentos inconfortáveis”, ou seja, que não devem acontecer, pois não são esperados em uma sessão de psicoterapia.

Pope, Sonne e Holroyd (1993) alertam que os sentimentos sexuais do terapeuta por um paciente apresentam motivos variados, entre eles: tratamento indevido, isolamento do terapeuta e de forma geral questões da vida pessoal do terapeuta. A conduta profissional inadequada do terapeuta pode envolver vários fatores prejudiciais, e um dos principais prejuízos é a exploração sexual do paciente (Bohmer, 2000). Kohlenberg e Tsai (2004, p. 211) alertam que

uma vez que focalizar o comportamento que ocorre durante a sessão intensifica os sentimentos entre paciente e terapeuta, pode acontecer como resultado uma atração sexual entre os dois indivíduos. Mesmo pensando que discutir esses sentimentos pode ser uma possibilidade de progresso terapêutico, agir é contraterapêutico e anti-ético.

Terapias da terceira onda como a FAP, que enfatizam proximidade de sentimentos entre profissional e paciente, tendo como procedimento terapêutico a intimidade entre ambos são tidas como “terapias perigosas” por esses terapeutas. O cuidado com a ética profissional torna-se um caminho seguro para os terapeutas como forma de lidar com os sentimentos sexuais e as tentativas de violação de limites dos pacientes durante as sessões. Essa postura ética por parte dos terapeutas é também uma forma de valorizar os objetivos terapêuticos e a relação terapêutica.

Entretanto, a ênfase na ética como forma de assegurar cuidados com o paciente e com a terapia não significa, necessariamente, benefício ao processo terapêutico. Uma decisão do terapeuta como medida ética, pode ser interromper os atendimentos e encaminhar o paciente a outro terapeuta. Essa postura ética foi tomada por terapeutas que perceberam o trabalho clínico prejudicado e perdido,

considerando que o paciente não estava em terapia por mudanças na vida, mas para “conquistar romanticamente” o terapeuta.

O fator predominante sobre o não aprofundamento e estudo sobre assédio ou tentativa de aproximação romântica em terapia, segundo a justificativa de alguns dos terapeutas, está relacionado à baixa frequência de pacientes que emitem esse tipo de comportamento em sessão. Por serem situações raras para cada um dos terapeutas, o assédio do paciente passa a ser um evento de “pouca importância” para alguns desses profissionais.

O que causa e mantém a ocorrência de sentimentos sexuais do paciente e a tentativa de aproximação romântica do mesmo, a princípio, não é percebido por parte dos terapeutas. Durante as conversações não relacionaram estilo de terapia, intimidade, vestimenta, tipos de assuntos abordados nas sessões, horários dos atendimentos, gênero do terapeuta, como contextos que podem provocar sentimentos sexuais nos pacientes. Os terapeutas atribuíram os sentimentos sexuais dos pacientes à história de vida, problemas afetivos, privações ou devidos à diversidade que as fantasias sexuais podem ganhar.

Observação limitada por parte do terapeuta de situações que ocorrem durante as sessões, como o impacto dos comportamentos do paciente sobre sua pessoa, tipo de assuntos abordados e como o trabalho clínico é conduzido, aumenta a margem de possíveis problemas (entre esses problemas a tentativa do paciente de violar os limites éticos do trabalho clínico). Essa “observação limitada” da relação terapêutica e de si mesmo como pessoa está relacionada a esquivas emocionais do terapeuta, como forma de evitar assuntos tidos como difíceis e constrangedores nas sessões. De acordo com Brandão (1999) terapeutas com capacidade limitada de

auto observação apresentam dificuldades de identificar comportamentos clinicamente relevantes dos pacientes que ocorrem no relacionamento terapêutico .

A aproximação do paciente e suas tentativas de romper os limites éticos na terapia, revelando sentimentos sexuais ou como tentativa de aproximação romântica por sua/seu terapeuta não foi um tema de estudo durante formação a acadêmica na graduação ou em pós-graduação para esses terapeutas. Matérias relacionadas a inadequação ou disfunções sexuais de pacientes, sexualidade como um assunto geral e questões de gênero foram mais estudados e abordados por esses profissionais. Vivências sobre sentimentos sexuais são tratados de maneira informal, provenientes de conversas com colegas de trabalho que também foram assediados em sessão por seus pacientes. Essa “troca informal” de experiências sobre sentimentos sexuais são tratadas por essa amostra de terapeutas como um assunto curioso.

Mesmo vivenciando em consultório psicoterapêutico o assédio de pacientes, grande parte dos terapeutas não apresentaram curiosidade em buscar na literatura e/ou em cursos como intervir adequadamente. Essa “não busca” se justifica pela percepção de que a formação e a literatura profissional não são lugares aptos a trazer respostas sobre o assunto e pela raridade com que o tema é abordado em palestra e eventos de formação em psicologia comportamental e cognitivo comportamental. O direcionamento dos cursos e literatura, em sua grande maioria, apresenta técnicas e procedimentos para demandas previamente classificadas em manuais, como os transtornos e déficits comportamentais.

As lacunas da formação acadêmica em psicoterapia e a falta de referências bibliográficas acessíveis sobre as consequências das tentativas de rompimento de limites do paciente podem ser um fator que prejudica a atuação dos terapeutas e o

alcance de um trabalho eficiente. Compreende-se quando, durante as conversações algumas terapeutas relataram não saber como proceder. Somado a isso a literatura sobre psicoterapia analítica comportamental e cognitivo comportamental, em língua portuguesa pouco aborda sentimentos sexuais/aproximação romântica de pacientes e suas conseqüências para a pessoa do terapeuta.

O que pode ser observado é uma preocupação sobre sexualidade como comportamentos a serem modificados quando são problemas para os pacientes, quando há disfunções ou inadequações sexuais, por exemplo. Quando os sentimentos sexuais dos pacientes são direcionados aos terapeutas, como forma de aproximação romântica ou tentativa de romper limites do trabalho clínico os terapeutas sentem-se constrangidos, impotentes para agir adequadamente na sessão, envergonhados, desrespeitados e invalidados, além de sentimentos de culpa, medo e desconforto.

É possível perceber que os sentimentos vivenciados por terapeutas, consequência da aproximação romântica do paciente, proporcionam interpretações de cunho moral, em detrimento de uma análise funcional da vida do paciente e da relação terapêutica.

Os terapeutas que apresentam dúvidas sobre como lidar com um paciente sexualmente invasivo tendem a agir de forma pessoal na sessão, moralizam e acabam por repetir padrões culturais de proibição e rotulação de sentimentos sexuais como algo errado e que deve ser evitado. Essa postura moral em conceber os comportamentos de assédio dos pacientes como algo errado pode estar relacionado a uma atitude defensiva dos terapeutas, ao se sentirem punidos e invalidados pelo paciente. Oliveira e Vandenberghe (2009) mencionam que ocorre que terapeutas se esquivam do contato genuíno com o paciente durante as sessões

para fugir de sentimentos de serem punidos ou invalidados pelo mesmo em seu trabalho clínico.

A postura defensiva dos terapeutas, ao vivenciarem sentimentos aversivos, evocados pelos comportamentos do paciente na sessão, impede o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa. Ao deixarem de observar seus próprios sentimentos na sessão, os terapeutas tendem a perder informações valiosas para a análise funcional da relação terapêutica. Abreu-Motta, de-Farias e Coelho (2010) enfatizam que “os sentimentos e emoções do terapeuta são estímulos discriminativos para a compreensão das contingências evocadas ou estabelecidas, durante a sessão, na relação terapêutica” (p. 50).

Ao vivenciarem sentimentos aversivos em função da tentativa de rompimento de limites pelo paciente, os terapeutas percebem seu desempenho como profissional invalidado e o trabalho clínico prejudicado. Pode ser observada uma tendência nos terapeutas em lidar com a tentativa de rompimento de limites dos pacientes. Tendem a evitar o assunto, utilizando de procedimentos de extinção. Em segundo momento, tendem a “chamar a atenção do paciente”, abordam os sentimentos sexuais como algo que deve ser evitado. Um terceiro caminho utilizado pelos terapeutas é encerrar a terapia e encaminhar o paciente a outro profissional. Entendem essas medidas como fatores de segurança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (GERAL)

- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S. Baumgardt, R. A., Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2), 22-29.
- Alves, N. N. F. & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. In A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*, (pp. 66 – 94). Porto Alegre. Artmed.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapists effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapists success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768.
- Andrade, T. M. R. (2012). Relação terapêutica. In I. Andretta & M. S. Oliveira. *Manual prático de terapia cognitivo – comportamental*, (pp. 193 – 202). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- APA (2014). *DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (trad. Maria Inês Corrêa Nascimento). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, T. R. E. & Lordello, M, C. O. (2013). Psicoterapias sexuais. In A. Diehl & D. L. Vieira (Orgs.), *Sexualidade: do prazer ao sofrer* (pp. 489 – 512). São Paulo: Roca.
- Aveline, M. (2005) *The person of the therapist*. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.
- Baker, E. K. (2002). *Caring for ourselves: a therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington DC: American Psychological Association.



Banaco, R. A. (1993). *O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. Temas em Psicologia, 2*, 71-79.

Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiência de vida. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, vol. 2, (pp. 169-176). Santo André: ARBytes.

Barbosa, J. I. C & Marques, N. S. (2012). O trabalho com relatos de emoções e sentimentos na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Casas (Orgs.), *Clínica analítico – comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 178 – 185). Porto Alegre, Artmed.

Barbosa, L. M. & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva, 16*(3), 34-39.

Barcellos, A. & Haydu, V. B. (1995). História da psicoterapia comportamental. Em B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 43-53). Campinas: Editorial Psy.

Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J. Holman, G. I. (2011). Linhas de e evidências que dão suporte à FAP. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 43-60). New York, NY: Springer.

Baum, W. M. (2006). *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. Porto Alegre, Artmed.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Boavista, R. R. C. (2012). *Terapia de aceitação e compromisso: mais uma possibilidade para a clínica comportamental*. Santo André, ESETec.

Bohmer, C. (2000). *The wages of seeking help: sexual exploitation by professionals*. London, Praeger.

Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 307-314.

Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na intervenção terapeuta-paciente como recurso para a análise clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* v. 5. (pp.24-29). Santo André: ESETec

Brandão, M. Z. S., & Silveira, J. M. (2004). Manejo de Comportamentos Clinicamente Relevantes. Em: C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*, pp. 194-204. São Paulo: Roca.

Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.

Carelli, A. R. (2013). A sexualidade humana do passado e do presente. In A. Diehl & D. L. Vieira (Orgs.), *Sexualidade: do prazer ao sofrer* (pp. 1 – 38). São Paulo: Roca.

Carvalho, S. G. (1999). O lugar dos sentimentos na ciência do comportamento e na terapia comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 1(2), pp 33-36.

Cavalcante, R. & Cavalcante, M. (2006). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca.

Cella, M., Stahl, D., Reme, S. E. & Chalder, T. (2011). Therapist effects in routine psychotherapy practice: an account from chronic fatigue syndrome. *Psychother Res.*, 21(2), 168-78.

Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. A. Smith. *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. (pp. 47-78). Sage Publications: London.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Charmaz, K. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: um guia prático para análise qualitativa*. Bookman. Artmed. Porto Alegre.

Conte, F. C. S. & Brandrão, M. Z. S. (2012). Eventos a que o clínico analítico – comportamental deve atentar nos primeiros encontros: das vestimentas aos relatos e comportamentos clinicamente relevantes. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.). *Clínica analítico – comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 128 – 137). Porto Alegre, Artmed.

Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta – cliente: alcances e limites*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Del Prette, G. (2015). O que é psicoterapia analítico – funcional e como ela é aplicada? In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.).

*Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais.* (pp 310 – 342). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Dicionário de Psicologia da APA (2010). Porto Alegre: Artmed.

Dimeff, L. A. & Korner. K. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L. A. Dimeff & K. Koemer (Orgs.). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings.* (pp. 1 – 18). New York and London, The Guilford Press.

Dorneles, V. G. & Sayago, C. W. (2015). Terapia comportamental dialética: princípios e bases de tratamento. In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais.* (pp 440 – 473). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Falcone, E. M. O. & Macedo, T. (2012). Quando o espelho não reflete a imagem idealizada. In C.B. Neufeld (Org.). *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais. Histórias de vida e de psicoterapia.* (pp. 641-657). Porto Alegre: Sinopsys.

Frankel, Z. & Levitt, H.M. (2009). Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 171–186.

Frankel, Z., Holland, J. M., & J. M. Currier (2012). Encounters with Boundary Challenges: A Preliminary Model of Experienced Psychotherapists' Working Strategies. *Journal Contemp. Psychotherapy*, 42, 101-112.

Franks, C. M. (2002). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: uma revisão conceitual. In V. E. Caballo (Org.). *Manual de*

*técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (pp. 3 – 22). São Paulo, Editora Santos.

Garcia, M. R. (2007). O percurso histórico da terapia comportamental. *Revista terra e cultura*, 44(23), 118-126.

Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: the hidden foundation of change*. Washington, D. C. American Psychological Association.

Gelso, C. J., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., Ma, Y. E. & Markin, R. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 59(4), 495–506.

Germer, C. K. (2016). Mindfulness: o que é? Qual sua importância?. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton. *Mindfulness e psicoterapia* (pp. 2-36). Porto Alegre: Artmed.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2008). Introduction and overview: basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York. Routledge.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (orgs.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 3 - 23). New York: Routledge.

Glaser, B. (2016). The grounded theory perspective: its origins and growth. *The grounded theory Review*, 15, 1-9.

Guilhardi, J. H. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Campinas / SP.

Guy, J. D. (1987). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Hartl, T. L.; Tamara L.; Zeiss, R. A.; Marino, C. M.; Zeiss, A. M.; Regev, L. G.; Leontis, C. (2007). Client's sexually inappropriate behaviors directed toward clinicians: conceptualization and management. *Professional Psychology: research and Practice*, 38(6), 674 – 681.

Hayes S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. (orgs). Strosahl. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. (pp. 3 – 29). New York, Springer.

Hayes, C. H. & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). Nevada/Washington. Springer.

Henwood, K. & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell, C. FifeSchaw, J. A. Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre. Artmed

Hernandez, G. (2014). *A terapeuta: um romance sobre a ansiedade*. Rio de Janeiro, Casa da palavra.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 196–205.

Hill, C. Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J. & Rhodes, R. J. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: a qualitative analysis. *Journal of counseling psychology, 43*, 207 – 217.

Hilton, R. (2001). Os perigos da intimidade no relacionamento terapêutico, In Hedges L. E. Hedges, R. Hilton, V. W. Hilton & O. B. Caudill Jr. *Terapeutas em risco: perigos da intimidade na relação terapêutica* (pp. 97-115). São Paulo, Summus.

Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2010). Introduction to the practice of functional analytic psychotherapy. In J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Orgs.), *The practice of functional analytic psychotherapy*, (pp. 1 – 7). London. Springer.

Knapp, P. (2004). Principios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Org.). *Terapia cognitivo – comportamental na prática psiquiátrica*. (pp. 19 – 41). Porto Alegre, Artmed.

Koemer, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: a practical guide*. New York and London, The Guilford Press.

Kohlenberg, B. S. & Callaghan, G. M. (2010). FAP and acceptance commitment therapy (ACT): similarities, divergence, and integration. In J. W. Kanter, Mavis T. & R. J. Kohlenberg (Orgs.). *The practice of functional analytic psychotherapy*. (pp. 31 – 46). New York, Springer.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas e funcionais*. Santo André, ESETc.

Kohlenberg, R. J. Kohlenberg, B. & Tsai, M. (2013). Intimidade. In Mavis, T., R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callagan (Orgs.) *Um guia para a psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo*. (pp. 171 – 186). Santo André, ESETec.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2004). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec.

Kohlenberg, R. J., Kohlenberg, B. & Tsai, M. (2010). Intimidade. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (orgs.), *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 171 – 186). Santo André: ESETc.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Kanter, J. W. (2010). O que é psicoterapia analítico funcional (FAP)? In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (orgs.), *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 21 – 42). Santo André: ESETc.

Kohlenberg, R.J. e Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. In N. S. Jacobson (ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.

Leventhal, H. (1982). The integration of emotion and cognition. In: M.S. Clark.; T.S. Fiske (orgs.), *Affect and Cognition*. Hillsdale, Erlbaum, p. 253-276.



Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo – comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre, Artmed.

Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos da Personalidade Borderline: Guia do Terapeuta*. Tradução de R. C. Costa. Porto Alegre. Artmed.

Linehan, M. M. (1988). Perspective on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7(3), p. 278 – 290.

Lucena – Santos, P., Pinto – Gouveia, J. & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp 29 – 58). Novo Hamburgo, Sinopsys.

MacFarlane, P., Anderson, T., McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*, 52, 363-372.

Martin, C., Godfrey, M., Meekums B., & Madill, A. (2011) Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy, *Counselling and Psychotherapy Research* 4(11), 248-256.

Martins, G. A.; Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo, Atlas.

Master, W. H. & Johnson, V. E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.

Melo, W. V. (2014). Terapia comportamental dialética. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a Terceira onda em terapia cognitiva*. (pp. 314 -343). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Miller, L. (2004). Psicoterapeutas traumatizados. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Estratégias cognitiva-comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 350-363). Porto Alegre: Artmed.

Morris, D. (1967). *O macaco nú*. São Paulo, circulo do livro S.A.

Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. In P. Gilbert & R. Leahy (Orgs.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (pp. 165-184). London and New York: Routledge.

Norcross, J. C. & Guy Jr., J. D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York and London: The Guilford Press.

Oliveira, J. A. (2006). *Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: uma exploração da relação terapêutica*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Pereira, M. & Rangé, B. P. (2011). Terapia cognitiva. In B. Range (Org.). *Psicoterapias cognitivo – comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 20 – 39). Porto Alegre, Artmed.

Pierson, H. & Hayes, S. C. (2008). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Orgs.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York. Routledge.

Pope, K. S. & Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of clinical psychology: in session*, 64(5), 638-652.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: explorations for therapists and therapists – in – training*. Washington DC, American Psychological Association.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: explorations for therapists and therapists – in – training*. Washington DC, American Psychological Association.

Pope, K. S., Sonne, J. L. & Greene, B. (2006). *What Therapists don't talk about and why: understanding taboos that hurt us and our clients*. Washington DC, American Psychological Association.

Rennie, D. L., Philips, J., & Quartaro, G. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-145.

Rennie, D.L., Watson, K.D., & Monteiro, A.M. (2000). Qualitative research in Canadian psychology. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(2): <http://qualitative-research.net/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>

Rico, V. V.; Golfeto, R. & Hamasaki, E. I. M. (2013). Sentimentos. Em M. M. C. Hübner e M. B. Moreira (coord.) *Fundamentos da Psicologia: Temas Clássicos da Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan

Rodgers, N. M. (2011). Intimate boundaries: Therapists' perception and experience of erotic transference within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 266-274

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2010). *A Prática da Terapia Cognitivo Comportamental Baseada em Mindfulness e Aceitação*. Tradução de M. A. V. Veronese. Porto Alegre. Artmed.

Rosenfarb, I. S. (2010). FAP and psychodynamic therapies. In J. W. Kanter, Mavis T. & R. J. Kohlenberg (Orgs.). *The practice of functional analytic psychotherapy*. (pp. 83 – 95). New York, Springer.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar.

Rupert, P. A. & David, M. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional psychology: research and practice*, 36(5), 544-550.

Saban, M. T. (2011). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André, ESETec.

Saban, M. T. (2015). O que é terapia de aceitação e compromisso? In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp 179 – 216). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de paciente e terapeuta em um caso de transtorno de personalidade borderline* (Tese de doutorado). Acessível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/pt-br.php>

Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre, AMGH.

Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

Sayago, C. W. & Dorneles, V. G. (2015). Terapia comportamental dialética: estrutura e estratégias de tratamento. In P. Lucena – Santos, J. Pinto – Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp 474 – 505). Novo Hamburgo, Sinopsys.

Sena, T. (2007). *Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: as sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas*. Tese de doutorado. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.

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

Silva, S. N. (2003). Relação Terapêutica. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo comportamentais: teoria e prática*. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Silveira, J. M. (2012). A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 110 – 118). Porto Alegre: Artmed.

Silvestre, R. L. S. (2009). *Emoções positivas na vivência do terapeuta*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo, Cultrix.

Skinner, B. F. (2003). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas, Papirus.

Skinner, B. F. (2006). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo, Cultrix.

Skinner, B. F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo, Martins Fontes.

Sousa, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno da personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9, 381-390.

Sousa, A. C. A. (2004). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Psicoterapia analítica comportamental e Cognitiva*, 5(2), pp. 121-137.

Souza, A. C. A. (2004a). *O impacto sobre a pessoa do terapeuta do atendimento ao cliente* borderline. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás.

Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Swales, M A. & Heard, H. L. (2009). The therapy relationship in dialectical behavior therapy. In P. Gilbert & R. L. Leahy (orgs.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavior psychotherapies*, (pp. 185 – 204). London and New York. Routledge.

Tarozzi, M. (2011). *O que é grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis, Vozes.

Tsai, M. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. & Waltz, J. (2010). Técnica terapêutica: as cinco regras. In Mavis, T., R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C.

Follette & G. M. Callagan (Orgs.) *Um guia para a psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo*. (pp. 89 – 137). Santo André, ESETec.

Tsai, M., Callaghan, G., & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy, 50*, 366 –370.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Bolling, M. & Terry, C. (2010). Valores na terapia e green FAP. In Mavis, T., R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callagan (Orgs.) *Um guia para a psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo*. (pp. 249 – 265). Santo André, ESETec.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. & Walts, J. (2012). Técnicas terapêuticas: as cinco regras. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follete & G. M. Callaghan. *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André. ESETec.

Tsai, M.; Callaghan, G.M. & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy, 50*(3), 366-370.

Vandenberghe, L. & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática, 7*, (1), 127-136.

Vandenberghe, L. (2002). A prática e as implicações da análise funcional. *Revista brasileira de psicoterapia analítica comportamental e cognitiva, (4)*1, 35-45.

Vandenberghe, L. (2005). Uma ética behaviorista radical para a terapia comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 55-66.

Vargas, J. (2013). *Sessão de terapia*. São Paulo, Arqueiro.

Vieira, M. F. J. A. (2007). *Campo de função da auto – revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico: a vivência do terapeuta*.

Waltz, J., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2010). FAP and dialectical behavior therapy (DBT). In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy*. (pp. 47-64). New York, Springer.

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2011) Translating the Theoretical Into Practical. A Logical Framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training, and Clinical Purposes. *Behavior Modification*. 1-33

Wicks, R. J. (2008). *The Resilient Clinician*. Oxford: University Press.

Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta – cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.). *Clínica analítico – comportamental: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 160 – 165). Porto Alegre, Artmed.

Wielewicki, M. G., Silveira, J. M & Costa, C. E. (2007). Problemas enfrentados por terapeutas em sua prática clínica. *Estudo de Psicologia*, 24(1), 61-68.

Wolpe, J. (1983). *Prática da terapia comportamental*. São Paulo: Brasiliense.



Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: ethical and clinical explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:

Local e hora da entrevista:

Iniciais do nome:

Idade:

Tempo de atuação:

Formação:

Status de relacionamento:

Orientação sexual: ( ) heterossexual ( ) homossexual

Religiosidade:

Frequenta alguma instituição religiosa? Se sim, qual?

Frequenta a instituição ( ) assiduamente ( ) razoavelmente ( ) pouco ( ) de vez em quando.

Etnia/raça (que a psicóloga entrevistada considera)

#### Perguntas

- Você poderia me contar algo sobre a vivência de sentimentos sexuais de paciente s por você? Ou sobre sentimentos sexuais seus por algum paciente?
- Quais foram os efeitos destes sentimentos sobre você como pessoa e sobre seu bem-estar.
- De que forma estes sentimentos influenciaram a relação terapêutica?
- Como você reage nestes casos? Quais são ou foram suas atitudes e seu manejo na sessão? E quais foram os resultados destes?
- Há algo a mais que você deseja compartilhar sobre o assunto desta entrevista?

## **ANEXO B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título SENTIMENTOS SEXUAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA PSICOTERAPIA ANALÍTICA COMPORTAMENTAL COGNITIVA E COMPORTAMENTAL. Meu nome é ARTUR VANDRÉ PITANGA, sou o pesquisador (a) responsável, doutorando em Psicologia Clínica pelo Programa Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob orientação do professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Você como participante voluntário da pesquisa terá no mínimo 3 dias para decidir sobre conceder ou não a entrevista. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável ARTUR VANDRÉ PITANGA ou com o orientador da pesquisa Professor LUC MARCEL ADHEMAR VANDENBERGHE nos telefones: (62) 33240522 (residência) / (62) 81479412 e (62) 96193751 (orientador), ou através do e-mail arturvandre@gmail.com ou arturvandre@hotmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, telefone: (62) 3946-1512.

A presente pesquisa cumpre os seguintes requisitos de acordo com a Resolução do CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA, CNS 466/12, a saber:

I. A leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua explicação deve ser feito em lugar apropriado com mesa e cadeiras, ar condicionado, protegido de

barulhos, livre de interrupções e circulação de pessoas. A entrevista tem tempo previsto de 50 min. O local da entrevista poderá ser realizado em consultório clínico de preferência do profissional participante da pesquisa ou em sala previamente reservada e adequada do Programa *Stricto Sensu* em

Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

II. Você foi convidado a participar como voluntário desta pesquisa por cumprir os requisitos mínimos comuns a amostra de profissionais a serem entrevistados: ser terapeuta comportamental ou cognitivo comportamental e estar atuando por no mínimo 2 anos como terapeuta.

III. Os objetivos da pesquisa são:

Compreender o que pode causar a ocorrência de sentimentos e desejos sexuais em ambiente clínico;

Compreender como os psicoterapeutas(as) lidam, em contexto clínico, mediante a ocorrência de sentimentos sexuais por parte do paciente ;

Saber de que forma os sentimentos sexuais de paciente s podem influenciar a relação terapêutica;

Verificar se os terapeutas identificam uma relação entre a ocorrência dos sentimentos sexuais e o êxito no tratamento.

Saber se houve durante a formação acadêmica (graduação) e pós-graduação (*lato sensu* e/ou *stricto sensu*) disciplinas e aprendizado sobre sentimentos sexuais.

IV. Sobre o método da presente pesquisa:

Será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com cinco perguntas. As informações por você concedidas estarão sob responsabilidade do pesquisador e sob GARANTIA DE ANÁLISE SIGILOSA DO CONTEÚDO DAS MESMAS, cabendo somente o pesquisador responsável e seu orientador analisar seu conteúdo.

Será utilizado um aparelho eletrônico (gravador de voz digital). A análise dos dados será feita de acordo com os princípios da TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS. As transcrições das entrevistas serão sujeitas a codificação para posterior análise.

Os códigos são conceitos construídos pelo pesquisador durante o processo de análise das entrevistas. Eles não são pré-concebidos, mas emergem a partir dos dados analisados.

Após a nomeação de categorias, a partir dos códigos, haverá a organização das mesmas em eixos conceituais, que provavelmente permitirão responder a pergunta problema do presente projeto de pesquisa.

#### V. Riscos considerados:

Os riscos da presente pesquisa envolvem assuntos sobre revelação de características profissionais do terapeuta e de situações delicadas do trabalho clínico, o que pode ser um assunto constrangedor. Considerando os riscos que envolvem uma pesquisa desta natureza as seguintes providências serão tomadas, a seguir:

Providências imediatas: mediante constrangimento de sua parte irei interromper a entrevista e oferecer apoio psicológico imediato.

Providências após a entrevista: se você sentir algum tipo de desconforto dias após a entrevista você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável e solicitar apoio psicoterapêutico ou anulação do conteúdo da entrevista.

Apoio psicoterapêutico: se você, que em função das respostas dadas durante a entrevista, solicitar apoio psicoterapêutico, receberá atendimento sem nenhum custo financeiro. Em primeiro plano o atendimento em sessões de psicoterapia será oferecido pelo aluno pesquisador, e em segundo plano por outro profissional terapeuta (sob responsabilidade financeira em relação aos valores de sessões a serem pagas pelo pesquisador responsável pelo presente projeto de pesquisa) de acordo com a escolha do(a) psicólogo(a) entrevistada.

Previsão de ressarcimento de gastos: caso ocorrer algum gasto de sua parte em relação ao tempo concedido à entrevista, a um possível deslocamento ao local de

coleta de dados ou quais situações que imponham gastos financeiros haverá total ressarcimento por parte pesquisador.

Interrupção livre da entrevista: em qualquer momento da entrevista você poderá se retirar, por quaisquer motivos, ou não autorizar a gravação e estudo das respostas emitidas, sem

nenhuma consequência.

Apresentação e explicação da resolução 466: Uma cópia impressa da resolução estará com o pesquisador no momento da entrevista. O teor do documento, sua necessidade e função como norma para pesquisa com seres humanos poderá ser explicado se for solicitado de sua parte.

#### VI. Benefícios para os participantes:

O benefício maior desta pesquisa, a princípio, é levar conhecimentos específicos sobre relação terapêutica à comunidade de psicólogos clínicos e proporcionar subsídios teórico práticos para intervenções psicoterapêuticas mais efetivas.

Os participantes terão acesso a esse benefício, porque o pesquisador os mandará, assim que o trabalho estiver pronto, uma explanação dos achados da pesquisa. Além disso, num nível mais pessoal e imediato, as entrevistas providenciarão a oportunidade de fazer uma reflexão aprofundada sobre a própria atuação, o que pode levar a maior segurança e eficácia no consultório.

EU \_\_\_\_\_,RG \_\_\_\_\_

abaixo assinado, discuti com o pesquisador Artur Vandr  Pitanga, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participa o é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento psicológico se caso for necessário. Concordo voluntariamente a participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou

perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Psicoterapeuta entrevistado(a)      Pesquisador Artur Vandré Pitanga

CRP      09/004501

Telefone para contato: (62) 8147-9412/(62)33240522

e-mails: arturvandre@hotmail.com e

arturvandre@gmail.com