



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* Em Psicologia

OLÍVIA RODRIGUES DA CUNHA

**A RELEVÂNCIA DAS EMOÇÕES DO TERAPEUTA NO
ATENDIMENTO CLÍNICO**

Goiânia
2017

OLÍVIA RODRIGUES DA CUNHA

**A RELEVÂNCIA DAS EMOÇÕES DO TERAPEUTA NO
ATENDIMENTO CLÍNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia
2017

<p>C972</p> <p>atendimento</p>	<p>Cunha, Olivia Rodrigues da</p> <p>A relevância das emoções do terapeuta no</p> <p>clínico[manuscrito]/ Olivia Rodrigues da Cunha.--</p> <p>2017.</p> <p>98 f.; il. 30 cm</p>
<p>Católica</p>	<p>Texto em português com resumo em inglês</p> <p>Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade</p> <p>de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu</p> <p>em Psicologia, Goiânia, 2017</p> <p>Inclui referências f.91-99</p> <p>1. Psicoterapia. 2. Psicoterapia - Pacientes. 3. Terapia</p> <p>racional-emotiva comportamental. 4. Psicologia clínica.</p> <p>I.Vandenberghe, Luc. II.Pontifícia Universidade Católica</p> <p>de Goiás. III. Título.</p> <p>CDU:</p> <p>159.964.2:615.85(043)</p>

OLÍVIA RODRIGUES DA CUNHA

**A RELEVÂNCIA DAS EMOÇÕES DO TERAPEUTA NO ATENDIMENTO
CLÍNICO**

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito para obtenção de título de Mestre em psicologia.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Luc Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca/Orientador

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Resende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof^a. Dr^a. Cláudia Kami Bastos Oshiro
Universidade de São Paulo
Membro convidado externo

Prof^a. Dr^a. Kátia Barbosa Macedo
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Professora Suplente

Goiânia, ____ de _____ de 2017.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pela vida, saúde e pelo entusiasmo que me nutriu durante esse percurso.

Aos meus pais, Eliana e Silvio, por buscarem meios de manter os meus sonhos vivos e por em tantos momentos, transmitirem confiança em meus projetos, ter para quem voltar e onde descansar, fez toda diferença.

Agradeço aos meus irmãos, Rodrigo e Maria Rita, pela parceria construída e alimentada com o decorrer dos anos, e que mesmo escolhendo caminhos diferentes, souberam respeitar e encorajar o meu.

Agradeço aos meus familiares e amigos, em especial aos que estiveram comigo de forma mais presente nesses dois anos, as amizades feitas durante o mestrado, com eles partilhei ansiedade semelhante e não só, mas também por isso, tanto me entenderam quanto ampararam.

Agradeço ao meu orientador e parceiro em mais esse desafio, Prof. Luc Vandenberghe por desempenhar de forma tão flexível o papel de orientador, mostrando caminhos, mas em nenhum momento andando por mim, pela generosidade com que sempre transmitiu o quanto sabe, o cuidado em fazer suas sugestões. Agradeço principalmente por valorizar meu modo de enxergar a vida e as relações, por me sanar dúvidas, ter compreendido minha cautela e valorizado a minha coragem.

Expresso minha gratidão aos psicólogos com quem tive a oportunidade de conversar durante a pesquisa e colher bem mais que dados, por terem me recebido de forma tão aberta e se mostrarem tão dispostos a contribuir com o que me era relevante.

A minha gratidão se estende aos professores do mestrado, ao coordenador Prof. Cristiano Coelho e a Martha Diniz, por terem mantido o profissionalismo e o rigor que a Pós-Graduação exige, mas sem esquecerem da suavidade e do calor que as pessoas precisam.

*“Nossas emoções necessitam cuidado,
cada uma é diferente da outra.
Necessitamos escutá-las com atenção,
respeito e tentar entendê-las.”*

(Esther Spach)

Resumo

A psicoterapia é voltada para as emoções do cliente, embora por se tratar de uma relação, o terapeuta também seja afetado no processo e assim, suas emoções e ações também possam alterar o andamento do tratamento. O objetivo desse estudo é explorar como o terapeuta decide usar suas emoções e como o envolvimento emocional do terapeuta pode ser benéfico ao processo psicoterápico. Foi desenvolvido um estudo com 14 terapeutas, por meio de entrevistas semiestruturadas para compreender como os terapeutas lidam com suas emoções na prática clínica. O método foi pautado na *Grounded Theory Analysis*. Os resultados sugerem que as emoções do terapeuta expostas em sessão têm utilidade terapêutica, auxiliam no acesso aos problemas clinicamente relevantes do cliente ou no diagnóstico, avaliação ou formulação do caso. Foi possível constatar que, as emoções do terapeuta serviram como ferramentas de intervenção para evocar, reforçar ou enfraquecer comportamentos. Serviram também como meio para que o cliente acessasse novas perspectivas, para que considerasse o outro na relação e para a tomada de consciência da própria experiência. E, finalmente, as emoções do terapeuta possibilitaram interpretações relacionais e modelos para novos comportamentos. Terapeutas que trabalharam com suas emoções na clínica, notaram mudanças em suas vidas nas esferas pessoais e profissionais. Quanto aos caminhos e suportes usados pelos terapeutas ao se exporem emocionalmente, a pesquisa verificou que os terapeutas decidiam a relevância das suas emoções se baseando no seu modelo teórico, na conceituação do caso de cada cliente e em sua sensibilidade pessoal. Afloraram nos clínicos, modos para trabalhar com suas emoções, considerando os riscos e suas dificuldades pessoais e tendo cautela, mas também agindo com coragem e acolhendo o cliente com humildade e amor.

Palavras-chave: Relacionamento Terapêutico; Emoção do Terapeuta; *Grounded Theory Analysis*;

Abstract

Psychotherapy is focused on the client's emotions, although, as it is a relationship, the therapist is also affected in the process and thus, his or her emotions and actions can also change the course of treatment. The aim of this study is to explore how the therapist decides to use his or her emotions and how the therapist's emotional involvement can be beneficial to the psychotherapy process. A study was developed with 14 therapists, through semi-structured interviews, to probe how therapists work with their emotions in clinical practice. The method was based on Grounded Theory Analysis. The results suggest that the therapist's emotions exposed in session have therapeutic utility, helping to access the client's clinically relevant problems or to diagnosis, evaluate or formulate the case. They can serve as an intervention tool to evoke, reinforce or weaken behaviors. In addition to helping the client access new perspectives concerning the other in the relationship, the awareness of one's own experience, they also help the therapist offer relational interpretations and models for new behaviors. Therapists who work their emotions notice changes in their life in the personal and professional spheres. Concerning the ways and safeguards used by therapists to expose themselves emotionally the study found that the therapist decides on the relevance of his or her emotions based on his or her theoretical model, his or her conceptualization of the client's case and his or her personal sensitivity. Pathways for work with their emotions are developed by the therapist, with consideration of the risks and of their personal difficulties, balancing caution, with courage and accepting the client with humility and love.

Keywords: Therapeutic Relationship, Therapist's Emotions, Grounded Theory Analysis

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO TERAPEUTA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL	14
TABELA 2. A PESSOA DO TERAPEUTA NO CONTEXTO CLÍNICO / ESTUDOS PUC-GOIÁS....	25
TABELA 3. ENFOQUE TEÓRICO, ANOS DE EXPERIÊNCIA E GÊNERO DOS PARTICIPANTES	37
TABELA 4. EXEMPLO DA EVOLUÇÃO DE ANÁLISE ORIENTADA PELA GROUNDED THEORY ANALYSIS – CODIFICAÇÃO ABERTA.....	42
TABELA 5. EXEMPLO DA EVOLUÇÃO DE ANÁLISE ORIENTADA PELA GROUNDED THEORY ANALYSIS – CODIFICAÇÃO FOCADA	43
TABELA 6. EXEMPLO DE EVOLUÇÃO DE ANÁLISE ORIENTADA PELA GROUNDED THEORY ANALYSIS - CATEGORIA	44
TABELA 7. DADOS DOS PARTICIPANTES: ENFOQUE TEÓRICO, GÊNERO E ANOS DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA.....	71
TABELA 8. CAMINHOS E SUPORTES PARA O USO DAS EMOÇÕES PELOS TERAPEUTAS.....	75

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DA EXPOSIÇÃO EMOCIONAL DO TERAPEUTA: FORMAS DE SE EXPOR E QUAIS OS BENEFÍCIOS PODEM SUCCEDER A EXPOSIÇÃO.....	47
FIGURA 2. EMOÇÕES DO TERAPEUTA DE ACORDO COM A RELEVÂNCIA TERAPÊUTICA.....	74

SUMÁRIO

1 Introdução	12
1.1 A Emoção como Comportamento	14
1.2 Emoção no Contexto Terapêutico	15
1.3 Transferência, Aliança e Relação Real entre Terapeuta e Cliente	17
1.4 As Especificidades das Terapias Comportamentais.....	20
1.5 Intimidade na Relação Real como Veículo do Processo Terapêutico	23
1.6 A Pessoa do Terapeuta no Contexto Clínico - Estudos na PUC-Goiás	25
2 Objetivos.....	36
2.1 Objetivo Geral	36
2.2 Objetivos Específicos	36
3 Método	37
3.1 Participantes	37
3.2 Materiais.....	38
3.3 Procedimento	41
3.4 Coleta de Dados.....	41
3.5 Análise dos Dados	41
4 Resultados	46
4.1 Artigo 1: Emoções do Terapeutas Expostas em Sessão: Quais são os Benefícios?.....	48
4.2 Artigo 2: Caminhos e Suportes para o Terapeuta Expor Emoções em Sessão.....	67
5 Discussão	85
6 Considerações Finais	87
Referências	91
Anexos	94
Apêndices.....	98

1 Introdução

O terapeuta habilitado para a prática clínica, não apenas aplica técnicas, ele se envolve na construção de uma relação que seja em si terapêutica. O terapeuta se envolver, nesse contexto, significa que ele permite a vulnerabilidade pessoal. Para promover a ajuda que o cliente busca, o terapeuta precisa antes de tudo, estar envolvido (vulnerável) com esse cliente e se permitir mudar para então, colaborar com o processo de mudança de seus clientes (Braga & Vandenberghe, 2006).

Na literatura clínica atual é enfatizada a importância dos sentimentos do terapeuta como ferramenta clínica (p.ex. Linehan, 1993; R. Kohlenberg¹ & Tsai, 2001; Holman, Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2017). Falta a essa literatura uma perspectiva do terapeuta, o que torna importante o entendimento dos terapeutas atuantes sobre como a relação terapêutica provoca emoções nos mesmos e como essas emoções, quando identificadas, utilizadas de forma consciente, podem trazer ganhos ao processo psicoterápico.

Neste sentido, tem sido apontado que para compreender o processo terapêutico, é necessário considerar no mínimo duas pessoas, tornando o terapeuta também fundamental (Delitti, 1997). Sendo assim, a psicoterapia acontece em um contexto interpessoal, no qual terapeuta e cliente interagem em um trabalho que visa uma transformação profunda, a pessoa do terapeuta não está isenta a essa transformação. Trata-se de uma relação onde nem o terapeuta e nem o cliente podem sair ilesos (Braga & Vandenberghe, 2006). Da mesma forma que a relação terapêutica mobiliza o cliente, o terapeuta também é mobilizado pela relação, ou seja, a atenção do terapeuta deverá também estar dirigida aos seus próprios sentimentos e aos sentimentos que o cliente lhe desperta.

Na psicoterapia comportamental contemporânea são grandes desafios do terapeuta, uma vez que para oferecer auxílio a seu cliente, o terapeuta integra seu conhecimento e suas capacidades profissionais a seus atributos pessoais (Linehan, 1988).

Visto que uma relação terapêutica é influenciada pelas características e habilidades pessoais do terapeuta, o profissional deve estar atento a seus comportamentos privados (emoções e pensamentos) e aos comportamentos do cliente que evocam os comportamentos privados do terapeuta, para realizar uma análise do que ocorre em sessão (Banaco, 1993). A

¹ Considerando que dois autores citados no trabalho possuem mesmo sobrenome, as referências, conforme as normas da APA passam a incluir a sigla de seus primeiros nomes, a fim de diferenciá-los: R. Kohlenberg e B. Kohlenberg.

capacidade de compreender as dificuldades do cliente e de se envolver no processo de mudança pode decorrer dos sentimentos do terapeuta, possivelmente advenha do quanto o terapeuta passou por vivências similares às quais o cliente está passando (R. Kohlenberg & Tsai, 2001).

Uma variedade de estudos apoia a exposição das emoções do terapeuta (Doster & Brooks, 1974; Nilsson, Strassberg & Bannon, 1979; Simonson & Bahr, 1974; VandeCreek & Angstadt, 1985; Wetzell & Wright-Buckley, 1988). Ainda que a conceituação e a função das emoções do terapeuta em sessão variem de escola para escola, na literatura comportamental (Tabela 1), não se trata de um conceito novo, nem mesmo antagônico aos preceitos comportamentais.

As emoções dos terapeutas tem um papel de destaque, tanto nas terapias comportamentais de matriz anglo-americana, como nas brasileiras, conforme ilustra a tabela abaixo (Tabela 1). Esse destaque é ainda mais evidente em modelos de psicoterapias contemporâneas, sobretudo nas terapias comportamentais contextuais (as da Terceira Geração) que valorizam estratégias de aceitação, atenção plena e o relacionamento pessoal construído entre terapeuta/cliente (Linehan, 1993; R. Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2009; Pierson & Hayes, 2007; Tsai, R. Kohlenberg, Kanter, Holman & Loudon, 2012).

A terapia comportamental da Primeira Geração enfatizava o domínio que o terapeuta precisava ter das técnicas pavlovianas (Eysenck, 1959). A Segunda Geração ressaltava a relação colaborativa com o cliente (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990). A terapia comportamental da Terceira Geração, antigamente referida como Análise Clínica do Comportamento (R. Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993), mais recentemente como Clínica Comportamental Contextual (Villatte, Villatte & Hayes, 2015), é um movimento que busca resgatar a subjetividade do cliente e do terapeuta no contexto da relação interpessoal que constitui o processo psicoterapêutico.

A literatura cognitiva-comportamental chama atenção ao fato de ser comum que terapeutas experimentem fortes emoções em sessão. Estas emoções podem indicar algo sobre o cliente e estar relacionada às queixas do mesmo. Em outros casos, as emoções dizem respeito ao próprio terapeuta, como produto de crenças irracionais e premissas do profissional sobre a vida, relacionamentos ou sobre outros assuntos que venham à tona durante a interação com o cliente (Freeman, et al., 1990).

Tabela 1

O envolvimento emocional do terapeuta na terapia comportamental

	Denominações	Orientação Paradigmática	Emoções do Terapeuta
Terapias Comportamentais de Matriz Anglo-Americana	Primeira Geração: Terapia Comportamental Clássica	Pavloviana	A relação terapêutica pode determinar o tratamento, mas não é condição essencial.
	Segunda Geração: Terapia Cognitiva Comportamental	Cognitiva	Contratransferência do modelo psicodinâmico traduzido para o cognitivo
	Terceira Geração: ACT, FAP, DBT	Contextualista	A relação envolvente entre terapeuta e cliente está no cerne do processo clínico
Terapias Comportamentais de Matriz Brasileira	Terapia por Contingências de Reforçamento Terapia Analítico Comportamental	Skinneriana	As emoções do terapeuta contêm informações importantes a respeito das contingências da interação com o cliente.
Análise Aplicada do Comportamento		Skinneriana	Devido seu foco em operações funcionais, dá pouca atenção às emoções do terapeuta.

Adaptação do modelo de Vandenberghe e Gauy (2014)

Os terapeutas lidam, concomitantemente com as suas próprias emoções, com as emoções do cliente e com as emoções que o cliente evoca no terapeuta, o que pode abalar sua capacidade em prestar a ajuda profissional solicitada (Hill, Stahl, & Roffman, 2007). Cabe ao terapeuta discernir suas emoções das de seu cliente e o que evoca suas emoções, com esse discernimento, elaborar estratégias que possibilitem que tantas emoções presentes beneficiem o processo terapêutico.

Por vezes, o terapeuta enfrenta grandes dificuldades com o cliente, similares àquelas que pessoas significativas para o cliente enfrentam. Porém, contrário às pessoas com quem o cliente convive, o terapeuta não pode apenas contornar os problemas, precisa fornecer interpretações ou observações que os outros não costumam fornecer (Kiesler, 1988; R. Kohlenberg, et al., 2009).

1.1 A Emoção como Comportamento

Autores skinnerianos consideram as emoções evocadas pelo comportamento do cliente como pistas que devem interpretadas pelo terapeuta como sinal. Porém, não atribuem uma função causal à emoção. Guilhardi (2002) argumenta que estímulos antecedentes em uma

contingência produzem ao mesmo tempo comportamentos e emoções. As emoções não são causa das ações das pessoas. Assim, para entender as ações e as emoções que as acompanham, é necessário localizar eventos que produziram simultaneamente ambos: comportamentos e emoções.

As reações emocionais (medo, alegria, raiva, tristeza, ansiedade e outras) surgem em contextos específicos, ou seja, estão vinculadas a eventos ambientais que as ativaram, mesmo que esse evento não esteja explícito no momento. Assim como a experiência de sofrer um assalto, viver a situação ou falar posteriormente sobre ela produz emoções de ansiedade e medo. Nisto, o autor segue a proposta de Skinner (1974) que a emoção não é a origem de um comportamento, mas acompanha a ação.

Quando um indivíduo anuncia alguma emoção (“estou bravo”, por exemplo), traz consigo uma predisposição para agir de maneiras específicas (como emitir respostas de agredir, xingar, ter os batimentos cardíacos aumentados, franzir o cenho – no caso do exemplo “estar bravo”). “Os nomes das assim chamadas emoções, servem para classificar o comportamento em relação a várias circunstâncias que afetam sua probabilidade acontecer (p. 178)”. É dessa forma, então, que Skinner (1974) relaciona a emoção como sendo uma alteração na predisposição à ação, já que ações e emoções são resultado das contingências. Estar atento às emoções pode ajudar a detectar as contingências que deram origem a elas e esclarecer a função das ações.

1.2 Emoção no Contexto Terapêutico

Usando o mesmo referencial operante skinneriano, Banaco (1997) explica que as emoções vivenciadas pelo terapeuta na sessão são efeitos das interações com o cliente ou decorrentes da história pessoal do próprio terapeuta. No primeiro caso, o terapeuta deve identificar as contingências interpessoais entre ele e o cliente para reconhecer quais os comportamentos do cliente que evocaram essas emoções e se elas são relevantes para o problema do cliente. No segundo caso, o terapeuta deve atentar às questões pessoais relevantes e evitar que estas, interfiram negativamente na sua relação com o cliente.

A escolha pelo entendimento do funcionamento das emoções sob um referencial operante se torna viável, uma vez que defende que as emoções emergem da relação interpessoal. E, por isso, serve como paradigma em uma pesquisa cujo foco seja a relação interpessoal.

As terapias contextualistas (Terceira Geração, Tabela 1) enfatizam que o terapeuta

deve estar aberto às emoções que emergem na sessão, vivenciando, genuína e plenamente o relacionamento, possibilitando assim o crescimento do terapeuta e do cliente como pessoas (R. Kohlenberg & Tsai, 2001). Vivenciar genuína e plenamente, consiste em aceitar a realidade e acolher o momento presente. As incoerências e a intensidade dos eventos internos (como as emoções), os desafios externos do ambiente interpessoal podem ser igualmente objetos de aceitação, pois, a aceitação permite que o indivíduo tenha dificuldades, e que a díade, terapeuta/cliente tenham diferenças entre si e ainda assim, se aceitem e colaborarem com o trabalho conjunto (Linehan, 1993).

Não são todas as reações pessoais do terapeuta que são interessantes para compartilhar com o cliente. No entanto, todas são dignas da consideração do profissional. O terapeuta faz uma análise funcional de seus próprios sentimentos e comportamentos evidentes, para que após a análise, reaja melhor aos interesses do cliente e diminua a sensação negativa experimentada pelo terapeuta ao ser exposto a algo que o cliente apresenta (B. Kohlenberg, 1998).

Quando o terapeuta considera suas emoções e compreende a função de seus sentimentos, lida melhor com estes eventos privados (sentimentos e emoções). pode aproveitar as dicas que trazem para a relação com o cliente. Nas situações em que o terapeuta torna explícito aquilo que sentiu, o cliente pode ter contato íntimo com as emoções do terapeuta como parte do processo terapêutico aprendendo a discriminar as reações de outras pessoas (Tsai et al., 2012).

O convite à abertura para a relação com o terapeuta, pode ser de fato um estímulo aversivo ao cliente, evocar tendências a escapar, se esquivar ou mesmo de atacar (Cordova & Scott, 2001). Contudo, com expressões de emoções positivas como carinho, atenção e proximidade (R. Kohlenberg & Tsai, 1998), os terapeutas abordam como esses comportamentos de esquiva afetam suas oportunidades de formar relacionamentos significativos fora do contexto clínico.

Em uma relação curativa, relação que auxilia na redução das queixas trazidas pelo cliente, o comportamento interpessoal vulnerável (permitir se expor e arcar com as consequências desta exposição, ora ser entendido, noutra criticado) é construído e reforçado. Além de aceitar o risco de se expor emocionalmente, o cliente aprende a reforçar comportamentos interpessoais íntimos dos outros para criar e manter relacionamentos próximos. Então, as expressões interpessoais vulneráveis do terapeuta, como expressar algumas de suas emoções, também serão reforçadas. O terapeuta ativamente cria um ambiente em que o comportamento de intimidade vai sendo construído, modelado e

reforçado. Por isso, um terapeuta ativo e carinhoso, que emite comportamentos interpessoais vulneráveis, está geralmente melhor posicionado para evocar os problemas do cliente e criar um ambiente apropriado para a evolução do cliente em terapia (Tsai et al., 2012).

O plano de intervenção mais eficaz é inútil se o terapeuta não estiver engajado em sua realização ou se com algum cliente específico, não conseguir construir um vínculo. A interação afeta o terapeuta em um nível pessoal para ser válida. A intimidade pode promover crescimento psicológico para todas as pessoas e adicionar uma experiência profundamente terapêutica em momentos de estresse (Linehan, 1988).

1.3 Transferência, Aliança e Relação Real entre Terapeuta e Cliente

A importância do relacionamento entre terapeuta e cliente para os resultados do processo psicoterápico não é um achado recente. Os fundadores da terapia cognitiva comportamental eram a princípio psicanalistas atuantes que adotaram a noção de contratransferência, discutida primeiro na literatura psicanalítica (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Freeman, et al., 1990) para então, trazê-la ao modelo cognitivo. Por isso, é necessária a visita à literatura psicanalítica.

Freud em seu trabalho “A Dinâmica da Transferência”, argumentou sobre a importância de o analista manter interesse e atitude simpática em relação ao seu paciente e com ele estabelecer uma relação positiva. Argumentou também que o padrão que o paciente imprime à sua transferência com o analista é determinado por sua neurose, sendo, aliás, um componente da mesma (Freud, 1916).

As publicações de Heiman (1950), Little (1951), Zetzel (1956), Greenson (1965, 1981) e Maroda (1991) introduziram uma nova perspectiva sobre a contribuição do analista no relacionamento com o paciente. Para descrever a relação do analista com o paciente, Greenson (1965) postulou um modelo com três componentes: transferência, aliança de trabalho e relação real. A contratransferência é definida como um fenômeno relacional da clínica analítica, pois, surge como resultado da influência do paciente e, portanto, está intimamente vinculado à transferência, aspecto central do método analítico. Sua definição, nesse momento inicial, abrange as reações emocionais inconscientes do analista frente às investidas afetivas do paciente.

Na perspectiva clássica, a contratransferência é abordada como obstáculo e resistência inconsciente do analista para as associações livres e para o prosseguimento da análise (Leitão, 2003). É compreendida em termos dos complexos e resistências internas do analista, que

podem limitar o avanço do trabalho. Essa compreensão torna imprescindível o manejo da contratransferência como algo crucial para a continuidade do tratamento (Freud, 1910).

Heiman (1950) criticou a opinião dos seus colegas veiculada em seminários e discussões de casos, de que a contratransferência seria um obstáculo à psicanálise. Ela teorizou que muitos psicanalistas sentiam medo ou culpa ao observar que possuíam sentimentos em relação aos seus pacientes e, por isso tentavam evitar esses sentimentos, tornando-os emocionalmente desconectados de seus pacientes. Ela admitiu que a literatura psicanalítica contem descrições que defendem esse distanciamento como uma prática correta assumida pelo analista, mas as considerava equivocadas.

Em oposição a essa visão, Heiman referiu às noções dos escritos de Ferenczi (1928), que aponta momentos em que o analista deve expressar ao paciente o que sente. Na mesma época, Little (1951) denunciou atitudes paranóides ou fóbicas na profissão, a respeito dos sentimentos subjetivos do analista. Ela defendia a utilidade de compreender a contratransferência como resultado do trabalho analítico, que poderia trazer material importante para ser trabalhado com o paciente.

McGuire (1976) reconhece as duas opiniões e as distingue como dois momentos da subjetividade do analista. No primeiro momento, afirma que as emoções vivenciadas no contexto terapêutico pelo analista é o que possibilita a melhor compreensão do psiquismo humano. No segundo, afirma ser tal aspecto da subjetividade do analista, é uma interferência no processo analítico e, por isso, deve ser controlada.

Para Maroda (1991), as respostas conscientes e inconscientes do analista na relação com o paciente são parte de uma intrincada movimentação psicológica entre paciente e analista. A autora aborda a variedade de nuances da movimentação entre transferência e contratransferência, do deslocamento de uma para outra e a necessidade da transparência emocional (tanto quanto possível e útil) do analista. Este processo pode incluir, não raramente, o falar algo de si da parte do analista.

A autora supracitada alerta que se uma contratransferência não for reconhecida e trabalhada intencionalmente na sessão, inevitavelmente, afetará o tratamento de alguma outra forma. Em certos impasses terapêuticos, o analista deve esperar o pedido do paciente, para revelar o que está sentindo. Porém, em outros momentos, o impasse pode ocorrer porque o analista reteve sua resposta emocional honesta. A revelação da contratransferência pode fornecer ao paciente, informações vitais para entender o que está ocorrendo e permitir a criação de um desfecho diferente e mais produtivo para aquilo que o analisando vivencia (Maroda, 1991). A autora apontou que a prática psicanalítica continuava investindo pouca

atenção à contratransferência e ao seu poder como ferramenta de atuação. A prática pouco havia avançado, apesar de a teorização ser pertinente.

Relke (1993) verificou que as publicações que defendem o compartilhar da contratransferência como atuação analítica, desde o meio do século vinte, foram em sua maioria de autoria feminina, dando a ideia de que, o interesse pelas emoções do analista e suas expressões seria interesse maior a um gênero específico. A autora vê nessa prática algo de caráter feminino, valorizando o envolvimento pessoal com o paciente e admitindo as emoções de cuidado, em contraste com o caráter taciturno masculino que Relke (1993) considera predominante na teoria psicanalítica. De uma perspectiva feminista, ela cogita que autoras tem menos autoridade sobre as práticas profissionais promovidas na área.

A aliança terapêutica, conceito desenvolvido por autores pós-freudianos (Zetzel, 1956; Greenson, 1981), inicialmente foi compreendida como um aspecto especial da transferência positiva que se relaciona com o desejo de colaborar, de trabalhar com determinação e afinco na situação analítica, de seguir adiante apesar das resistências ou da transferência negativa.

Originalmente, Zetzel (1956) já tinha apresentado a distinção entre transferência e aliança terapêutica, onde aliança seria a parte não neurótica da relação entre terapeuta/paciente, possibilitando o *insight* e uso das interpretações do terapeuta, para discernir entre as experiências relacionais passadas e a relação real com o paciente. Greenson (1981) explica a aliança terapêutica como um fenômeno transferencial relativamente consciente, onde as funções do ego do paciente desempenham um papel importante, seus elementos básicos são o desejo racional e consciente do paciente em colaborar com o terapeuta bem como sua aptidão em seguir as instruções e compreensões oferecidas por ele.

O autor supramencionado esclareceu algumas das distinções entre transferência e aliança, sugerindo que, na verdade, o componente não neurótico na relação terapeuta-cliente (aliança) permite ao cliente usar as interpretações do terapeuta para distinguir melhor entre algo remanescente de relações passadas e a real associação entre ele mesmo e o terapeuta. Argumentou que, em análise, o cliente oscila entre os períodos em que a relação é dominada pela transferência e períodos dominados pela aliança de trabalho (Zetzel, 1956).

Para Greenson (1981) uma aliança de trabalho forte é caracterizada por terapeuta e cliente apoiando e valorizando mutuamente os objetivos (resultados) que são alvo da intervenção. O conceito de vínculos abrange a rede de apegos pessoais positivos entre cliente/terapeuta que inclui questões como confiança mútua e aceitação. A aliança de trabalho, que é a cooperação do paciente nas tarefas terapêuticas ainda pode ser tingida com

elementos de motivação arcaica (transferência) desse cliente. Há, no entanto, um ego observador que pode se afastar da experiência temporariamente e refletir sobre ela.

O conceito de aliança terapêutica tem sido incorporado pela maioria das escolas psicoterapêuticas, distanciando-se da leitura transferencial original. Bordin (1979) conceitua a aliança terapêutica como uma construção conjunta entre terapeuta e cliente, que envolve um laço afetivo e colaborativo. O estabelecimento da aliança está vinculado a três fatores: concordância sobre os objetivos, acordo sobre as tarefas assumidas no processo e o laço afetivo positivo entre terapeuta e cliente. Contudo, da mesma maneira em que elementos favorecem e fortalecem a aliança terapêutica, outros podem torná-la frágil, são as situações de rupturas da aliança terapêutica.

Segundo Safran e Muran (2006) situações de tensão ou colapso no relacionamento colaborativo entre terapeuta e cliente podem ser entendidas como uma quebra na colaboração ou comunicação (Safran, Muran, & Carter, 2011). Embora a palavra "ruptura" passe a ideia de rompimento do vínculo de forma definitiva, rupturas da aliança terapêutica são entendidas como variações de intensidade na relação colaborativa entre cliente e terapeuta ou deterioração na comunicação entre os mesmos.

Não é incomum rupturas ocorrerem ao longo do processo psicoterápico, embora a frequência e intensidade delas variem de caso a caso. Cabe ao terapeuta identificar essas manifestações de ruptura e intervir. Caso o terapeuta não perceba a situação de conflito ou não faça uma intervenção, poderá ocorrer o abandono prematuro do tratamento pelo paciente (Safran & Muran, 2000).

Para Safran e Muran (1998) os diferentes tipos de rupturas correspondem a diferentes formas de o cliente lidar com a tensão existente em suas relações. As intervenções que devem ser feitas pelo terapeuta incluem convidar o cliente a falar sobre as rupturas na aliança e explorar essas experiências. Falar a respeito propicia ao cliente, associações entre a ruptura e seu estilo habitual de se relacionar com os outros.

O desenvolvimento da relação terapêutica inclui discutir os sentimentos e problemas que surgem na sessão, sendo crucial que os sentimentos sejam expressos e aceitos, os problemas discutidos e resolvidos, assim o relacionamento terapêutico será reforçado. Segundo Safran (1993), o terapeuta pode fornecer aos pacientes novas experiências interpessoais construtivas que irá modificar os seus esquemas interpessoais mal adaptados. Logo, o reparo de uma ruptura de aliança dentro do consultório, pode servir de modelo para que o cliente expanda e restaure outras relações interpessoais importantes que mantenha e que até então, eram mal adaptadas e causavam sofrimento.

Relação real é definida por Gelso (2011) como a relação interpessoal entre dois ou mais sujeitos em que cada um é genuíno com o outro e o considera na sua unicidade, autenticidade. Um exemplo da relação real pode ser a preocupação realista ou a crítica justa do paciente na relação com o terapeuta (Greenson, 1981). Gelso (2011) propõe o uso do conceito relação real, num sentido trans-teórico para outras vertentes de psicoterapias. Entende a relação real como sendo a conexão pessoal marcada pelo grau em que cada um experimenta percebendo o outro e a forma como se adequa a esse outro, sendo a genuinidade e o realismo os elementos fundamentais da relação. A genuinidade refere-se à habilidade de ser verdadeiro e agir de forma autêntica no aqui, agora. O realismo implica em perceber o outro de maneira praticável e funcional, ao invés de atuar de acordo com projeções desejadas ou temidas. Entre autores nas terapias comportamentais, Linehan (1988) e Tsai et al. (2012) fazem referências mais extensivas a essa dimensão da relação terapeuta-cliente.

1.4 As Especificidades das Terapias Comportamentais

Como indicou a Tabela 1, a terapia comportamental clássica não enfatiza o envolvimento pessoal do terapeuta, ainda que o envolvimento possa ser importante em casos específicos (Eysenck, 1959). Discute-se, a seguir, vertentes como a Terapia Cognitiva Comportamental (Segunda Geração) e a Terapia Comportamental Contextual (Terceira Geração), que consideram fatores relacionais e interpessoais do terapeuta e do cliente, enfatizam aspectos antes negligenciados na terapia comportamental, como aceitação e valores como fundamentais ao processo de mudança.

O enfoque cognitivo-comportamental tem ressaltado a relação colaborativa como um recurso fundamental para o tratamento. As características do terapeuta facilitam o processo terapêutico e devem incluir cordialidade, empatia acurada e autenticidade, habilidades que afetam as atitudes e o comportamento na sessão durante todo tratamento. Essa dimensão do relacionamento se refere ao que já foi citado, sobre o termo aliança terapêutica. Nessa dimensão, por sua vez, o termo de contratransferência é usado num sentido que lembra diretamente o uso psicanalítico acima. O terapeuta deve manejar seus sentimentos de contratransferência, que podem ser decorrentes de seus esquemas cognitivos, limitar ou impedir a terapia, mas precisa também utilizá-los quando acusam algo importante na problemática do cliente (Beck et al., 1979; Freeman et al., 1990).

Já a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, Tsai et al., 2012, uma das Terapias Contextualistas), enfatiza o vínculo formado entre terapeuta e cliente, em termos de uma

relação real entre eles, como principal veículo transformador na terapia. Segundo Assunção e Vandenberghe (2010), o processo de mudança, nessa visão, baseia-se na criação de uma relação terapêutica intensa, na qual o cliente tem a oportunidade de entrar em contato com sua história de vida, sonhos, esperanças e perdas. O cliente pode mostrar-se vulnerável e ser aceito nesse processo, uma vez que a intenção é ter uma relação íntima, intensa entre terapeuta e cliente.

Linehan (1988) descreveu a relação terapêutica na Terapia Comportamental Dialética (DBT, também uma das terapias contextualistas), como uma relação real que tem a capacidade de melhorar a vida do cliente independentemente da concretização das metas terapêuticas previamente estabelecidas. O autor supramencionado observou que muitos clientes com ideação suicida, por exemplo, relataram que um terapeuta anterior os ajudou a se manterem vivos, mesmo indicando simultaneamente que a terapia em si não havia sido eficaz em atingir alguns objetivos preliminares. Linehan interpretou que algo no relacionamento terapêutico desempenhou uma importante função protetora na vida do cliente, e isso foi útil, mesmo na ausência de progressos técnicos.

A aliança terapêutica na DBT é vista como um processo ideográfico, como um método de conhecimento científico, que trata de fatos considerados individualmente. A DBT se desdobra ao longo do tempo através de uma série de interações entre o terapeuta e o cliente e é definida por cada díade terapeuta-cliente. A relação evolui à partir da disponibilidade para mudança na vida do terapeuta, na do cliente e nas sessões. O terapeuta se esforça para ser honesto, genuíno e presente no relacionamento, e ele também pode crescer e ser afetado pelas interação nas sessões com seus clientes (Swales & Heard, 2007).

O relacionamento terapêutico é um processo interpessoal em que terapeuta e cliente trocam influências recíprocas carregadas de sentido. É um relacionamento pessoal que contribui não só, como explanado acima, para a vida do cliente, independente das técnicas usadas no tratamento, mas também para o outro membro participante da dupla, o terapeuta (Linehan, 1988). Para cada díade terapeuta/cliente, o relacionamento é singular. Possui características únicas, e envolve, naturalmente, mudanças na vida do terapeuta e do cliente e na interação entre eles.

A forma com que os terapeutas interagem com seus clientes pode colaborar com o surgimento de problemas na relação terapêutica. Assim, terapeutas correm o risco de uma ruptura da aliança, participando involuntariamente de ciclos viciosos similares aos característicos das outras interações do cliente. Pode ocorrer de o terapeuta assumir comportamentos semelhantes aos de outras pessoas da história do cliente (R. Kohlenberg &

Tsai, 1998; Safran, 2002). A maneira com que o cliente reage ao terapeuta e como ambos passam a lidar com a situação, podem abrir caminho para temas fundamentais à terapia.

Assunção e Vandenberghe (2010) ressaltam que o comportamento do terapeuta deve ser entendido essencialmente em termos de como o cliente reage a esse comportamento. Ou seja, não é o que o terapeuta faz, mas o impacto que tem sobre o cliente, que será esclarecedor. A reação do cliente é determinada pela história de aprendizagem única deste cliente. Assim, a mesma intervenção terapêutica ou o mesmo comportamento do terapeuta podem ser interpretados de forma bastante diferente por dois clientes. E esta interpretação fornece mais material para a terapia.

Ao trabalhar como o cliente interpreta situações interpessoais e como lida com elas, o cliente pode desenvolver novos repertórios que o capacita a resolver conflitos, manter contato interpessoal em situações difíceis, revelar seus sentimentos e perceber quando e como outras pessoas estão emocionalmente disponíveis (Vandenberghe & Pereira, 2005).

1.5 Intimidade na Relação Real como Veículo do Processo Terapêutico

A intimidade é um repertório interpessoal que envolve a revelação dos pensamentos ou sentimentos mais profundos, resulta em uma sensação de conexão, apego e proximidade com o outro (Tsai, et al., 2012). Cada expressão de intimidade é caracterizada pelo risco, possibilidade de censura ou punição do comportamento pelo outro. Intimidade refere-se a uma sucessão de eventos em que o comportamento vulnerável à punição interpessoal, é reforçado pelo comportamento de outra pessoa (Cordova & Scott, 2001). Um exemplo típico de intimidade é o compartilhamento de pensamentos e sentimentos, revelar algo de si, seja algum sofrimento, sensações desagradáveis como tristeza ou dor, preocupações, ansiedade, vergonha ou insegurança.

O comportamento será considerado vulnerável à medida que estiver associado a ser penalizado pelos outros direta ou indiretamente. Cordova e Scott (2001) sustentam que a intimidade é um processo gerado pela capacidade do parceiro de fortalecer o outro quando se mostra vulnerável. Assim, tanto a pessoa do terapeuta, quanto suas vivências tornam-se indispensáveis para que se estabeleça intimidade no processo terapêutico. Quando terapeuta e cliente reforçam comportamentos vulneráveis à punição interpessoal, uma relação íntima bidirecional está sendo construída.

O terapeuta procura sentir genuinamente e comunicar de forma espontânea como os atos e sentimentos do cliente fazem sentido, do ponto de vista do terapeuta, naquele momento

(Koerner, 2012). O terapeuta não adota uma postura meramente técnica ou de ouvinte neutro, ao invés disso, colabora expressivamente através de sua perspectiva e vivência na relação terapêutica, para que o processo de mudança almejado pelo cliente ocorra (Linehan, 1988).

Para favorecer a vivência plena e genuína em terapia, deve haver intimidade na relação. A intimidade entre duas pessoas favorece que emergam emoções e sentimentos vulneráveis que em outras relações sociais tendem a ser esquivadas, mantidas sob controle ou camufladas. Oliveira (2002) refere-se à intimidade como o compartilhamento do que está no interior, revelar-se para o outro sem medo de rejeição, isto num contexto de particular afeição e confiança, facilitando a descoberta do outro por meio da abertura, do carinho e da compreensão. Porém, ainda que a intimidade seja uma premissa para a construção de uma boa relação terapêutica, não descarta que a mesma intimidade, pode causar intercorrências na terapia quando mal conduzida, o que gera agravos ao terapeuta ou ao cliente.

Os terapeutas precisam de estratégias e ferramentas que os torna aptos a analisar e interpretar as dificuldades que enfrentam na relação com o cliente. Eles devem ser capazes de elaborar formas de evitar novos impasses e de favorecer a terapia. As dificuldades experimentadas pelo profissional na relação com o cliente, não devem atingir à proporção de inviabilizar a relação, como aconteceria em outros relacionamentos, mas elucidar ao terapeuta pontos relevantes para o tratamento, que podem ser trabalhados diretamente entre terapeuta e cliente (Oliveira & Vandenberghe, 2009).

Situações em sessão que evocam emoções vulneráveis podem ser clinicamente importantes. Muitas vezes são significativas para as pessoas que procuram psicoterapia e devem ser cuidadosamente atendidas. A intimidade terapêutica envolverá exposição mútua ou revelação de algo próprio (expressando pensamentos e sentimentos), o que pode ser difícil, até aterrorizante. O terapeuta deve ser capaz de fornecer interpretações ou *feedbacks* que outros na vida diária do cliente não estão abertos a oferecer. Assim, trabalhar os problemas na relação com o terapeuta, beneficia outros relacionamentos na vida diária do cliente (Tsai, et al., 2012).

Oliveira (2002) observou que a literatura faz exigências pesadas em relação à função exercida pelo terapeuta, uma vez que este deve estar apto a provocar as reações disfuncionais de seus clientes. Espera-se que o cliente expresse sentimentos fortes e disfuncionais em sessão, neste caso em direção ao profissional. E ainda, é esperado do profissional, que forneça uma resposta embasada em aceitação e compaixão, por meio de uma comunicação aberta e espontânea.

Desta forma, é esperado do terapeuta habilidade em lidar com suas próprias emoções,

com as emoções do cliente, além de ser capaz de oferecer feedbacks produtivos lidando com originalidade e compaixão com comportamentos do cliente, que tendem a ser aversivos a outros. Isto torna importante, um trabalho que analise como os clínicos identificam suas emoções na relação com o cliente, como lidam com elas e como as transforma em ferramenta para progresso clínico. A presente dissertação pretende dar voz aos profissionais no campo e valorizar suas vivências como fonte de saber clínico na construção de teoria psicoterápica.

1.6 A Pessoa do Terapeuta no Contexto Clínico - Estudos na PUC-Goiás

Essa problematização vem recebendo gradualmente mais atenção da comunidade acadêmica. Porém, o interesse de pesquisas a respeito do processo psicoterápico continua focado muito mais à outras variáveis do processo, sendo estes a abordagem e a técnica terapêutica. A presente dissertação contribui para uma linha de pesquisa desenvolvida na PUC Goiás sob orientação do professor Luc Vandenberghe, que tem como objeto a pessoa do terapeuta, investigando a vivência subjetiva do clínico na relação com o cliente. Essa linha de pesquisa aborda a pessoa do terapeuta através da *Grounded Theory Analysis* na vertente também privilegiada pela presente dissertação. Assim, o presente trabalho se inscreve numa tradição de pesquisas iniciada em 1997 incluindo, além de grande número de trabalhos de conclusão de curso, dez dissertações de mestrado e duas teses de doutorado, somando 12 materiais (Tabela 2). Abaixo da tabela, são resumidas, brevemente as dissertações e teses, defendidas entre 2004 a 2017:

Tabela 2

A Pessoa do Terapeuta no Contexto Clínico / Estudos Puc-Goiás

Estudos	Principais contribuições
Souza, 2004	Sentimentos negativos experienciados na relação com um cliente Borderline. Estratégias de manejo dessas dificuldades.
Oliveira, 2006	Explorou momentos interpessoais aversivos ao terapeuta. Oportunidades terapêuticas originadas a partir de episódios aversivos ao terapeuta.
Coppede, 2007	Frente a perguntas intrusivas de clientes, possibilidades de manejo e atuação clínica diante do fenômeno da intimidade na relação terapêutica.
Vieira, 2007	Razões que levam os terapeutas a fazerem autorrevelações, como os terapeutas as conduzem. Situações que autorrevelações devem ser evitadas.
Roncato, 2008	Fatores de estresse ao psicólogo clínico e maneiras de enfrentar essas fontes de forma construtiva.
Pitanga, 2009	Fatores de risco ao trabalho do psicólogo clínico e fatores de proteção
Silvestre, 2009	Emoções positivas vivenciadas pelo terapeuta no relacionamento com o cliente durante o trabalho psicoterapêutico e os efeitos dessas emoções ao profissional.
Bittencourt, 2010	Impacto das fantasias sexuais sobre a pessoa do terapeuta, relação proteção x rigidez dos terapeutas.
Prado, 2010	Os valores do terapeuta implícitos na terapia e como influenciam na forma de conduzir o processo psicoterápico.
Dias, 2015	Demandas e desgastes do trabalho do psicólogo clínico. Estratégias de coping frente a situações difíceis no trabalho clínico.
Pitanga, 2016	O impacto dos sentimentos sexuais dos clientes em seus terapeutas e enfrentamento em resposta às tentativas de aproximação romântica e expressões de sentimentos sexuais.
Lima, 2017	Sofrimento gerado ao terapeuta no atendimento a casais e os mecanismos de resiliência dos terapeutas.

1^o Dissertação - *O efeito sobre a pessoa do terapeuta, do atendimento ao cliente borderline (Sousa, 2004).*

Este trabalho explorou sentimentos que o atendimento ao cliente *borderline* provoca em terapeutas. Participaram deste trabalho, quatro psicólogas. O modelo aponta como

sentimentos frequentes de terapeutas, ao atender clientes *borderline*: sentimentos de incompetência, sentimentos maternos e/ou medo de fazer mal ao cliente, culpa, raiva, insegurança, desvalorização, dificuldade em trabalhar (vontade de não atender mais, alívio na ausência do cliente), desmotivação. As estratégias de manejo utilizadas frente às contingências que geraram tais sentimentos incluem tentativas de esquiva experiencial (de não sentir ou de afastar o contato com uma parte difícil da vivência do momento), tentativas de enfraquecer os comportamentos do cliente que causam os problemas no relacionamento terapêutico, evocar e/ou reforçar comportamentos mais produtivos do cliente no relacionamento, fazer uma análise das contingências visando uma melhor compreensão do que está ocorrendo na relação com o cliente, praticar a vulnerabilização (permitir-se de ser afetado pelo cliente), praticar a validação e aproximar-se, e em algumas sessões, limitar-se a “apagar incêndios” colocando o processo terapêutico em espera a favor de resolução dos problemas concretas do momento. A supervisão é vivenciada como uma ferramenta que ajuda o terapeuta enfraquecer os comportamentos problema do cliente, conseguir se vulnerabilizar na relação terapêutica, e que modela um repertório verbal que permite o terapeuta de tatear eventos privados e apontar paralelos funcionais entre comportamentos do cliente ou do terapeuta em diferentes relacionamentos (na terapia, na vida do cotidiano, na supervisão etc).

2ª) *Dissertação - Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: Uma exploração da relação terapêutica (Oliveira, 2006).*

O trabalho explorou um aspecto da vivência da relação terapêutica. Abordou o efeito dos momentos interpessoais aversivos sobre a pessoa do terapeuta: como esses momentos influenciam o terapeuta na sua atuação, como esse profissional lida com esses momentos (*coping*) e os efeitos decorrentes deles (efeitos de *coping*). O modelo construído a partir dos dados enfatiza como eventos aversivos vivenciados pelos terapeutas: a falta de engajamento do cliente na terapia/resistência à terapia, rejeição/desaprovação da atuação da terapeuta, sarcasmo/arrogância, desconsiderar ou desvalorizar a terapeuta, agressividade verbal/escândalo na sessão e o não comparecimento na sessão. Frente a tais eventos, os sentimentos negativos experienciados pelos terapeutas foram de incômodo/desconforto; dúvida e insegurança quanto à própria atuação; sentimento de raiva/ódio; cobrança exagerada sobre si mesmo; culpa/remorso; preocupação e ruminação de pensamentos. As principais reações dos terapeutas incluíram: deixar de intervir na sessão; desistir do cliente/abandonar o cliente; revidar a punição; colocar condições para continuar atendendo; abandonar a

estratégia/intervenção que foi punida pelo cliente. O cliente podia reconhecer sua falha/desamparo, esquivar, se abrir para a ajuda da terapeuta ou negar sua falha. Como *coping* pelo terapeuta, o modelo traz o ato de o terapeuta conversar consigo mesmo; a difusão; procurar supervisão e/ou terapia individual; contextualizar os sentimentos provenientes do evento aversivo; se controlar para evitar revidar e atribuir o problema ao diagnóstico do cliente. Os efeitos do *coping* são: a terapeuta se sentir mais aliviada/tranquila, sentir-se mais preparada e consciente para atuar e transformar raiva em compreensão. As variáveis de proteção que promovem a resiliência à episódios aversivos incluem a consciência da terapeuta do seu próprio contexto, a compreensão da história de vida do cliente e da sua relação mantida com este; o conhecimento da teoria que embasa o atendimento, a compreensão funcional do comportamento aversivo do cliente, entre outros. As dificuldades pessoais do terapeuta frente aos eventos aversivos influenciam a sua reação ao episódio aversivo, seus sentimentos interferem na atuação, a tendência de “pisar em ovos”, assumir responsabilidade excessiva pelo tratamento, levar a punição sofrida como algo pessoal, a percepção de ter reforçado ou apoiado comportamentos problemáticos precorrentes ao episódio aversivo, quando o terapeuta ainda não os tinha identificado como tal, esquivar experiencial pelo terapeuta e ficar presa num contexto de dar razões. Por fim, o modelo trouxe a transformação de sentimentos pelas terapeutas: raiva decorrente da punição pode transformar em compreensão, e a intensidade dos sentimentos diminua com o verbalizar da terapeuta. Os terapeutas podiam aproveitar os episódios aversivos. Eles podem usar os sentimentos do terapeuta para aprofundar a sua compreensão, contribuindo para a análise do caso, por exemplo. A vivência aversiva pode guiar uma busca na literatura para orientar o caso clínico. O terapeuta passa a enxergar o seu envolvimento pessoal e a contextualizar o episódio aversivo para escolher sua atuação. Pode ser uma ocasião para uma intervenção terapêutica em que o profissional compartilha sua interpretação ou de sua emoção. O terapeuta pode compartilhar algo do seu enfrentamento como modelo para o cliente. Compartilhar o que sentiram, ou considerar a história de vida do cliente pode trazer mais confiança ao profissional em sua atuação com o cliente difícil. O terapeuta pode aprender a compreender a ocorrência de sentimentos intensos como sinal de perigo de atuação inadequada. O aproveitamento da vivência aversiva pelo terapeuta como profissional favorece o desenvolvimento da sua percepção e atenção. Ele aprende a ser mais tolerante, fazer melhor uso da supervisão clínica, separar sua vida da terapia e refletir sobre a sua atuação profissional. Como efeitos da participação na pesquisa, os terapeutas destacaram uma nova forma de perceber suas reações na sessão, maior atenção e disposição de aprender em relação às experiências aversivas e serviu como tratamento do terapeuta.

3ª) Dissertação - Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: Alcances e limites (Coppede, 2007)

O estudo buscou investigar perguntas pessoais dos clientes que levam o terapeuta a falar de particularidades íntimas, o efeito que têm sobre o terapeuta e a relação terapêutica, o que controla o comportamento do terapeuta de responder a essas questões. Parte de uma discussão das possíveis formas de responder a perguntas intrusas do cliente, considerando a relevância clínica, a possibilidade da reação ser espontânea ou planejada, e a oportunidade que oferece de reforçar ou enfraquecer o comportamento do cliente. Questiona-se enfim, por essas vias, as possibilidades de manejo e atuação clínica diante do fenômeno da intimidade na relação terapêutica. A pesquisa contou com a colaboração de oito terapeutas comportamentais. Os resultados encontrados demonstraram que os terapeutas comportamentais têm seus estilos singelos de prevenir, manejar, aproveitar situações que envolvem intimidade no relacionamento com o cliente e, no geral, os terapeutas que falam sobre aspectos da sua vida (emitem comportamentos vulneráveis) o fazem com intenção terapêutica. A pesquisadora, em seu modelo, aponta diferentes funções nos comportamentos dos terapeutas diante do fenômeno intimidade: comportamentos de prevenção (esquiva do terapeuta que visam a preservação do vínculo), comportamentos de manejo (os comportamentos do terapeuta, seja intra ou extra sessão, que aumentam o grau de intimidade com o cliente, visando o desenvolvimento produtivo do vínculo). Por fim, o modelo elaborou o que definiu de “estilos clínicos” - o repertório comportamental pessoal, profissional e científico do terapeuta, produto da sua história de contingências pessoal e profissional, que caracteriza sua maneira de interagir com o cliente, bem como suas intervenções. Sendo esses estilos clínicos: o defensivo (caracterizado principalmente por comportamentos de seguir regras de conduta profissional, bem como por comportamentos de fuga-esquiva de intimidade). Estilo Afetivo (caracteriza-se por comportamentos naturais e espontâneos que refletem a maneira calorosa e aconchegante de ser do terapeuta). Estilo Criativo (caracterizado principalmente pela variabilidade comportamental do terapeuta, sua habilidade para tornar situações de risco ou inusitadas, em intervenções valiosas).

4ª) Dissertação - Campo e Função da Auto-Revelação no relacionamento terapêutico. A vivência do terapeuta (Vieira, 2007);

O referido estudo especifica que a Auto-Revelação (AR) é o ato do terapeuta de

revelar verbalmente algo de si durante a sessão. No relacionamento terapêutico, um encontro de subjetividades no contexto interpessoal, não é raro a AR pelo terapeuta ao seu cliente. O objetivo do estudo foi buscar amparo para utilização ou não da auto-revelação e investigar a intenção, assim como a visão do terapeuta do impacto da AR sobre si, sobre o cliente e sobre o processo. O estudo contou com a participação de 10 terapeutas de formação e atuação comportamental contextualista. O modelo fundamentado nos dados ilustrou as razões para que o terapeuta utilize a AR: para intensificar o relacionamento terapêutico, potencializar ou aperfeiçoar estratégias, oferecer modelos de estratégias pessoais, de criatividade, e de táticas concretas ou perspectivas mais produtivas de enfrentamento. A AR, seguindo esse modelo, pode ser utilizada para evocar ou reforçar comportamento, evidenciar compreensão do problema do cliente, normalizar a experiência do cliente ou explicar o comportamento do terapeuta. A pesquisadora mostrou também, como os terapeutas conduzem AR: mantendo foco no cliente, com parcimônia e limitando conteúdos íntimos. O modelo abarcou situações em que as AR devem ser evitadas de acordo com os terapeutas: quando envolvem valores contrários aos do cliente, o perfil do cliente não é indicado, a realidade do cliente e terapeuta são distintas e quando há falta de condição emocional do terapeuta. Por fim, o modelo apontou uma ambiguidade quanto à autenticidade da AR, se precisa ser genuína ou não para que possa ser ferramenta produtiva em sessão.

5ª) Dissertação - Fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência em psicólogas clínicas no ambiente de consultório (Roncato, 2008).

O estudo explorou a adaptação de psicólogas, às características particulares do consultório como ambiente de trabalho. Foram averiguados os esforços das profissionais para lidarem com demandas específicas do ambiente profissional e os recursos que auxiliam a superar vivências adversas próprias do consultório. Participaram desta pesquisa 20 psicólogas. O modelo construído a partir dos dados mostra como fontes de demandas estressantes, a jornada de trabalho exaustiva, a sensação de impotência no trabalho, o manejo de reações negativas do paciente, o sentimento de responsabilidade excessiva e a insegurança quanto à atuação. No setting terapêutico, de acordo com as participantes, outros aspectos estressantes se relacionam à discrepância entre esforço profissional e o resultado financeiro, ao absentismo de pacientes, o caráter solitário do trabalho, a conflitos com colegas de trabalho e a interferência da família de pacientes. Segundo as participantes, há fontes externas de estresse que impactam a qualidade da atuação profissional como: atividades paralelas à

clínica, problemas na vida pessoal, turbulência no trânsito, hiperacessibilidade (telefone, redes sociais, por exemplo). Os sintomas desse estresse: exaustão e/ou cansaço, angústia e/ou irritação e ainda, lapsos de memória. Diante desse quadro, as participantes utilizam como esQUIVA situacional: não atender quando problemas pessoais possam interferir, reduzir a jornada de trabalho e evitar casos mais complexos. Como maneira de enfrentar as fontes de estresse de forma construtiva, há: a organização da atividade laboral para que não interfira na vida pessoal, o cultivo de um bom relacionamento com o paciente, a terapeuta aprimorar-se, e organização da vida pessoal como prevenção de estresse. Estratégias que auxiliam as terapeutas a reabastecer o que foi exaurido pelo estresse: divertir-se, atividade física para recarregar, fazer terapia/análise, tirar férias, massagem. Fatores de proteção, que tornam as terapeutas mais resilientes frente a adversidades em sessão abarcam: autoconhecimento, tolerância consigo mesma e com os outros, buscar supervisão e aprender com a vivência terapêutica. Além de prazer e foco na atuação profissional e prazer na atividade intelectual. Por fim, maneiras das terapeutas aumentarem sua resiliência incluem o cultivo de hábitos saudáveis (cultivar a família, amigos, bons relacionamentos, atividade física pelo prazer), ter hábitos de lazer (leitura regular, sair frequentemente, viajar regularmente, música e dança) e estar em consonância com seus valores e ideias (realizar sua filosofia de vida na atuação, cultivar qualidade de vida e emoções positivas, respeitar os próprios limites, flexibilidade, espiritualidade/religiosidade, abertura para a complexidade da vivência emocional).

6ª) Dissertação - Conversações com psicólogas clínicas sobre resiliência profissional (Pitanga, 2009).

O estudo pesquisou sobre os fatores de proteção que levam a superação e manejo de fatores de risco e dificuldades profissionais relacionados a esse campo de atuação. Os fatores de risco no trabalho de psicologia clínica são as situações diretamente ligadas aos atendimentos e que afetam o bem estar e a saúde do terapeuta negativamente. Esse estudo contou com a participação de vinte psicólogas do sexo feminino de diferentes abordagens. Os psicólogos clínicos, assim como outros profissionais passam por problemas e sofrimentos em função de adversidades e fatores de risco inerentes ao seu campo de atuação. O pesquisador trouxe em seu modelo os fatores de adversidade: dificuldades técnicas na atuação, comportamentos negativos (cliente exigente, agressivo, intrusivo ou não colaborativo), características de clientes (transtornos específicos, quadros que mexem com a terapeuta, fatores de risco inerentes da profissão e adversidades da vida do cotidiano não profissional).

Por fim, no modelo, como fatores de proteção foram descritos: atitudes e características da terapeuta em seu trabalho (amor à profissão, valores pessoais, reconhecimento de limites, cuidado com o paciente e proximidade emocional com o cliente), “vivências profissionais e sabedoria adquirida, recursos pessoais da profissional (mindfulness, espiritualidade), cuidados pessoais (terapia pessoal e cuidados físicos), formação intelectual/conhecimento, orientação profissional/supervisão, apoio social (família, apoio de colegas de profissão) religiosidade e lazer.

7ª) Dissertação - Emoções positivas na vivência do terapeuta (Silvestre, 2009).

Há uma tendência nas psicoterapias contemporâneas de incluir a subjetividade do terapeuta no processo terapêutico. Porém, a vivência de emoções positivas pelo terapeuta recebe tradicionalmente pouca consideração nestes modelos. O presente trabalho descreve a vivência das emoções positivas pelos terapeutas no relacionamento interpessoal com o cliente durante o trabalho psicoterapêutico. As fontes de emoções positivas, se referem a situações de vínculo terapêutico, de processo, de resultados, da realização profissional e dos próprios clientes. O modelo proposto pela pesquisadora traz os tipos de emoções positivas identificadas pelos terapeutas participantes, sendo elas: felicidade e alegria; segurança; satisfação e bem-estar. Por fim, o modelo apresentado propõe os efeitos provocados pelas vivências de emoções positivas como sendo relativos ao aprimoramento profissional do terapeuta, ao seu crescimento pessoal, à maior resiliência, às melhoras no relacionamento terapêutico e à motivação profissional.

8ª) Dissertação - Fantasias sexuais no relacionamento terapeuta-cliente: Desafio e Oportunidade Terapêutica (Bittencourt, 2010).

Este trabalho examinou o impacto das fantasias sexuais sobre o terapeuta e processo psicoterápico. Foram entrevistados 20 terapeutas, sendo 4 do sexo masculino. O modelo construído pela pesquisadora mostrou a falta de preparo dos terapeutas para lidar com a temática, a importância de impor limites claros ao cliente (autocuidado), a relação proteção x rigidez dos terapeutas. Além disso, mostrou influência de alguns fatores sob o impacto das fantasias: formação técnica, ética, a segurança pessoal. Os terapeutas apontaram estimar os riscos, ter tolerância e tomar algumas medidas para prevenir incidentes, nesses casos. Contudo, foi observado que tal situação teria também aproveitamento terapêutico e que esta era analisada a partir da formação do terapeuta.

9ª) *Dissertação - O lugar de valores religiosos e de espiritualidade na terapia comportamental (Prado, 2010).*

A pesquisa investigou como o terapeuta lida com seus valores religiosos/espirituais em sessão. Participaram nove terapeutas comportamentais. O modelo construído a partir dos dados mostra que o terapeuta procura estar seguramente presente com seus valores, podendo explorar a maneira com a qual o cliente dá sentido à vivência da terapia e a sua dimensão religiosa/espiritual caso seja vantajoso para o progresso do mesmo. Porém, o terapeuta está consciente que, nesse processo, não deve impor seus valores. Os valores do cliente devem nortear os alvos e os esforços terapêuticos, enquanto os valores do terapeuta só devem se tornar explícitos em situações com intenções terapêuticas e éticas específicas. No modelo proposto pela pesquisa, alguns critérios emergiram, como: o terapeuta aceita os valores religiosos/espirituais do cliente valorizando o cliente ou norteando as intervenções de acordo com as crenças do cliente. Outro, o terapeuta não ensina valores ao cliente (o terapeuta evitar questões que possam revelar divergências com o cliente e o terapeuta não deve aconselhar o cliente). Além disso, de acordo com os entrevistados, o terapeuta age explicitamente de acordo com os seus valores. Nesse contexto, o terapeuta revela seus valores se o cliente pergunta. Os valores explícitos fora da sessão podem ser utilizados terapeuticamente e podem ser explorados se o cliente deseja, ou ainda o terapeuta pode questionar valores que pareçam prejudiciais ao cliente. Por fim, os valores da terapeuta estão implicitamente presentes na terapia, onde o espaço terapêutico é sagrado para o terapeuta. Os valores do profissional direcionam a atuação ética do terapeuta, favorece o vínculo terapêutico e as discrepâncias entre valores do terapeuta e cliente são fontes de estresse na clínica.

10ª) *Tese - Estresse, resiliência e coping em psicoterapeutas (Dias, 2015).*

Psicólogos clínicos lidam diariamente com o sofrimento de outros, e parcialmente por esse motivo, estão sujeitos aos danos causados pelas demandas e o desgaste do trabalho. A pesquisa investigou como a vivência subjetiva do trabalho impacta a pessoa do psicoterapeuta e como ele se posiciona frente a este impacto. Participaram da pesquisa 20 psicólogos clínicos (psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e analítico-comportamentais). Buscou-se identificar as principais fontes de dificuldades no trabalho; bem como as formas de *coping* destes profissionais. No modelo construído com base nos dados, um conjunto de causas do estresse em psicólogos analistas comportamentais e cognitivos comportamentais diz respeito

ao contexto profissional do psicólogo (início da carreira, elevada carga de trabalho, amplitude das tarefas profissionais ou falta de supervisão). Outras causas de estresse decorrem do manejo da relação com o cliente, de questionamentos envolvendo a competência do profissional, dos desafios do envolvimento pessoal e do manejo dos mesmos. Por fim, o modelo descreve as estratégias de *coping* construídas pelos terapeutas frente a situações difíceis no ambiente clínico: recuar, usar algoritmo existente na área, buscar ajuda extramuros (supervisão, apoio de colegas), qualificar-se profissionalmente, lançar mão da criatividade clínica, aprimorar o psicoterapeuta enquanto pessoa e recuperar o desafio a favor da terapia.

11ª) Tese - Conversações com terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais sobre sentimentos sexuais na relação terapêutica (Pitanga, 2016).

A pesquisa procurou esclarecer a leitura que terapeutas fazem dos sentimentos sexuais do paciente na relação psicoterapêutica e como os terapeutas manejam esses sentimentos na relação. Participaram da pesquisa, 28 terapeutas, 27 do sexo feminino e um do sexo masculino. O modelo formado a partir dos dados trouxe as características da compreensão dos terapeutas do que ocorria em sessão a tentativa do cliente em romper os limites terapêuticos: chamando atenção às características físicas que a psicoterapeuta possuía, idealizando e elogiando a psicoterapeuta de forma sedutora, relatando fantasias sexuais em relação à psicoterapeuta, fazendo perguntas pessoais, convidando a psicoterapeuta para sair ou tentando obter contato físico prolongado e com intensidade fora do padrão convencional. O impacto vivenciado pelas psicoterapeutas em relação às tentativas envolveu incômodo, desconforto, constrangimento, sentir-se desrespeitada / invalidada, culpa, sensação de incompetência, de espanto/susto, e medo de vergonha. O enfrentamento dos terapeutas em resposta às tentativas de aproximação romântica e expressões de sentimentos sexuais dos pacientes inclui: bloquear o comportamento inapropriado do cliente na sessão e tomar medidas para tornar a relação mais profissional. Às vezes buscou-se apoio externo. Os terapeutas podem situar o incidente no nível do relacionamento real e aproveitar a situação de algumas maneiras para a psicoterapia, tornando ela uma oportunidade para uma intervenção mais avançada.

Os estudos citados focaram aspectos diferentes da vivência do terapeuta em seu trabalho clínico, tais como: suas emoções positivas ou negativas, o sofrimento presente na clínica, sua contribuição para o processo terapêutico, as estratégias de *coping* com emoções difíceis e a resiliência frente às adversidades na relação com o cliente. O presente estudo

aborda todos esses aspectos, sendo que este se interessa, tanto nas emoções positivas, quanto nas negativas do terapeuta, acrescentando uma análise esmiuçada da forma como os terapeutas identificam suas emoções, atribuem significado a elas e em como as manifesta ao cliente. Isto torna importante, um trabalho que analise como os clínicos identificam suas emoções na relação com o cliente, como lidam com elas e como as transformam em ferramenta para progresso clínico. A presente dissertação pretende dar voz aos profissionais no campo e valorizar suas vivências como fonte de saber clínico na construção de teoria psicoterápica.

12ª) Dissertação – Campo e função do sofrimento do psicoterapeuta na terapia de casal em Goiás. (Lima, 2017).

O presente trabalho tratou dos sentimentos do terapeuta de casal, tendo como objetivo explorar o funcionamento do sofrimento gerado a partir do atendimento, como o terapeuta se defrontava com esse sofrimento e o impacto pessoais e profissionais do atendimento a casais no terapeuta. Foram entrevistados 16 terapeutas de diferentes abordagens. Nesse modelo, foi observado que o sofrimento do terapeuta foi valioso, pois apontou indícios da realidade do casal, aguçou o olhar clínico e mostrou as falhas do processo. O modelo construído pela pesquisadora explanou o casal e seu sofrimento no processo terapêutico, trazendo emoções negativas no terapeuta, o processo terapêutico e suas reviravoltas que acabam por surpreender o terapeuta, dificuldades do processo, como a falta de experiência, por exemplo. Foi observado que o terapeuta expressar suas emoções favoreceu o desenvolvimento de seu trabalho, serviu de ferramenta terapêutica, além de ter propiciado benefícios ao terapeuta nas esferas pessoais (como o amadurecimento) e profissionais (aumento de suas habilidades). O modelo explorou ainda, os mecanismos de resiliência dos terapeutas, fatores de vulnerabilidade (falta de suporte na prática de atendimento a casais) e fatores de proteção como lazer extra clínica. Por fim, o modelo apresentou entraves envolvendo as consequências das emoções negativas vivenciadas nos atendimentos quando atingem a vida pessoal do terapeuta e que ressoam em sua cabeça no seu cotidiano fora da clínica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho foi o de descrever como terapeutas identificam e expõem suas emoções em seus atendimentos clínicos.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender o que antecede a exposição emocional do terapeuta
- Compreender como é feita a exposição dessas emoções pelo profissional ao cliente
- Analisar os impactos da exposição emocional do terapeuta sobre a dupla terapeuta-cliente
- Averiguar se gênero, abordagem teórica ou tempo de experiência clínica são fatores determinantes na exposição de emoções dos terapeutas
- Elencar as dificuldades que o profissional enfrenta em se expor

3 Método

3.1 Participantes

Participaram da pesquisa 14 psicólogos, sendo 8 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Eles tinham em média 7,6 anos de experiência profissional, variando de dois a vinte anos de experiência clínica, trabalhando sob enfoques teóricos distintos conforme ilustrado na Tabela 3, a seguir.

Quanto às abordagens dos participantes, 5 eram comportamental, 2 psicanalítica, 2 cognitiva, 2 *gestalt* e 3 de outras abordagens. A diversidade de enfoque teórico, de tempo de experiência clínica (entre dois e vinte anos) e um número próximo entre terapeutas participantes dos dois gêneros (seis homens e oito mulheres) foram propositais, com intuito de verificar se algum desses fatores eram variáveis determinantes para optar por caminhos e suportes na exposição emocional.

Tabela 3

Enfoque teórico, anos de experiência e gênero dos participantes

Abordagem teórica que fundamenta os atendimentos	Participante	Gênero	Anos de experiência clínica
Comportamental	T1	F	15
	T2	F	10
	T3	M	10
	T4	M	8
	T5	F	5
Psicanalítica	T6	M	3
	T7	F	2
Cognitiva	T8	F	6
	T9	M	5
Gestalt-terapia	T10	F	9
	T11	M	2
Programação neolinguística	T12	F	20
Histórico-cultural	T13	M	7
Psicodrama	T14	F	4

Os participantes foram encontrados através da divulgação de informações sucintas sobre a pesquisa em redes sociais, em páginas previamente selecionados por terem grande acesso de psicólogos (como o grupo no Facebook com o título “Psicólogos Goiânia”), também foi feito o convite a psicólogos já conhecidos pela pesquisadora, que possuísem

familiaridade com o foco da pesquisa (utilização das suas emoções em seus atendimentos clínicos).

Feita essa divulgação, foi realizado contato com os possíveis participantes por telefone ou por e-mail, quando foi explicado o objetivo do estudo e caso interessasse ao psicólogo, era agendado um encontro para a realização da entrevista.

Os terapeutas que participaram da pesquisa foram escolhidos de acordo com os critérios previamente definidos, sendo eles: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a algum CRP; b) relatar usar suas próprias emoções em seus atendimentos clínicos; c) ter no mínimo dois anos de experiência clínica; d) possuir interesse em ser participante da pesquisa e assinar o TCLE (Anexo 1). Assim, pretendeu-se incluir somente profissionais com perfil clínico e que atribuíssem ao uso das emoções em seus atendimentos alguma relevância clínica. Não houve nenhuma desistência ou exclusão de participante ao longo da pesquisa.

3.2 Materiais

A entrevista consistiu em seis perguntas norteadoras elaboradas pela própria pesquisadora, sendo elas (Apêndice 1): 1) O que costuma te indicar que sua observação ou alguma experiência pessoal sua, pode ser útil ao cliente? 2) Qual seu objetivo quando revela uma emoção sua, ao seu cliente? 3) Há algum tipo de cliente que você opte por não utilizá-las, que considere arriscado ou pouco vantajoso? 4) Qual costuma ser a reação do cliente após ter conhecimento das suas emoções? 5) Qual o impacto que você percebe sobre você depois de expor uma emoção ao cliente? 6) Quais os benefícios que você percebe no atendimento a esse cliente, após dividir suas emoções?

O intuito das perguntas eram identificar: a) o que antecede a utilização das emoções pelos terapeutas em seus atendimentos; b) a forma como manifestam suas emoções; c) as consequências ao processo terapêutico acarretadas pela expressão das emoções; d) as impressões que ficaram ao terapeuta sobre o uso de suas emoções em seus atendimentos.

A partir das perguntas realizadas, conforme as respostas eram dadas, a entrevistadora pôde levantar novas perguntas para esclarecer e aprofundar algum ponto. Toda a coleta de dados seguiu o método indutivo da *Grounded Theory Analysis*, na sua forma modificada proposta por Charmaz (2006).

Ao escolher a *Grounded Theory Analysis* como método de pesquisa e análise de dados, valeu-se durante toda a pesquisa do agnosticismo teórico, uma postura que consiste na

recusa da pesquisadora de ajustar sua interpretação precocemente a uma posição teórica já articulada e a estudos realizados na área. A pesquisadora não privilegiou nenhuma das correntes de pensamento nem possibilidades de encaixe teórico (Henwood & Pidgeon, 2010).

O agnosticismo teórico não consiste em negar que convicções e teorias da pesquisadora influenciam seu trabalho de muitas formas, porém, assume uma atitude diferente a respeito do conhecimento e convicções teóricas. Na *Grounded Theory Analysis* o conhecimento e as convicções da pesquisadora são vistas como conceitos sensibilizadores (derivados das experiências da pesquisadora e da sua formação).

Charmaz (2006) acrescenta que, mesmo não sendo possível conduzir a pesquisa com uma mente vazia, nada impede que a pesquisadora tenha uma mente aberta durante o processo. Ainda que o estudo tenha origem em hipóteses para a construção do conhecimento e que os pesquisadores possuam interesses iniciais de pesquisa, são necessárias comparações constantes destes interesses com os dados emergentes e são os dados que direcionam a análise (Lyn & Morse, 2013). Para efetuar essas comparações é necessário tornar os conceitos sensibilizadores dos pesquisadores explícitos.

A noção de “conceitos sensibilizadores” para Blumer (1969) significa que pesquisadores podem iniciar seus estudos com certos interesses de pesquisa, conceitos, convicções e crenças. Esses interesses e conceitos são advindos de vivências profissionais, pessoais e são importantes, pois, definem e aguçam a sensibilidade às vivências dos participantes. Nesta pesquisa, conceitos sensibilizadores da pesquisadora decorrentes da sua trajetória profissional motivaram a pesquisa: acreditar na eficácia de uma relação calorosa, a busca em propiciar uma relação de cooperação no contexto clínico motivou a pesquisa. Os conceitos sensibilizadores propiciaram a pesquisadora uma melhor compreensão da fala dos entrevistados, deram hipóteses a pesquisa, porém não a nortearam. Uma vez que, a pesquisadora em outros momentos, precisou se desvencilhar de seus conceitos, que em outros momentos ajudaram, para poder compreender o que os entrevistados realmente traziam como conteúdo. Então, os conceitos sensibilizadores foram usados com cuidado, evitando distorção na interpretação dos dados.

Se a pesquisadora não buscou o conhecimento pronto nas teorias, ela concedeu o privilégio epistêmico às pessoas que vivem a realidade pesquisada. As coordenadas da pesquisa são construídas na interação entre pesquisador e participantes. Os participantes são quem tem o acesso à realidade e possuem maior condição de identificar e explanar sobre o funcionamento daquilo que se pretende estudar.

Desta forma, quando se utiliza a *Grounded Theory Analysis*, a pesquisadora não busca

aplicar teorias, mas aprender com a comunidade que vive e trabalha com as situações que aguçam sua curiosidade. E assim, a pesquisadora organiza e formula novos significados que permitam uma contribuição teórica, através da descrição de como um grupo social percebe e lida com uma situação, de como enfrenta os desafios inseridos nela. Na presente pesquisa, essas informações passaram por uma análise interpretativa sofrendo comparação contínua, estabelecendo distinções analíticas, semelhanças e diferenças que permitiram compreender a vivência e as ações do grupo (Charmaz, 2006).

A princípio, a pesquisadora definiu quais grupos auxiliaram na compreensão do fenômeno, pois são eles que irão tornar possível o surgimento das categorias - no caso dessa pesquisa, psicólogos clínicos que expressam suas emoções em sessão. Essa escolha direcionada é denominada amostragem teórica. A amostragem se desenvolve durante o processo de pesquisa, não sendo determinada previamente à investigação. Na amostragem teórica, buscam-se dados de lugares, pessoas e eventos que possam ajudar a maximizar oportunidades de desenvolver conceitos em termos de propriedades e dimensões (Corbin & Strauss, 2008).

A suficiência teórica ocorre quando dados novos ou relevantes não são mais encontrados ou começam a se repetir. Não existem critérios rígidos para a suficiência, sendo uma decisão do pesquisador quanto à seleção e encerramento, fato este que pode resultar em muitos códigos e comparações. Neste caso, obedeceu-se o pressuposto de Corbin e Strauss (2008). A suficiência teórica, quando o desenvolvimento da categoria se tornou denso e as relações entre as categorias bem estabelecidas.

Memorandos ou “memos” são registros informais de análise escritos pela pesquisadora que podem variar em tipo e formato. A função usual do memorando é atuar como lembrete ou fonte de informação. Seu conteúdo apresenta os produtos da análise, fornecendo direções para o analista. Poucas ideias ou frases produtivas são suficientes. Os memorandos usualmente apresentam respostas às perguntas o que, quando, onde, com quem, como e com que consequências. Devem ser datados e de fácil localização (Corbin & Strauss, 2008).

Essas anotações possibilitam maior reflexão sobre o fenômeno investigado e proporcionam *insights* que contribuem para uma compreensão mais apurada do estudo. Os memos, geralmente são escritos para apoiar o pesquisador nas suas reflexões sobre a teoria em construção e não para serem divulgados; portanto, eles devem ser produções livres. No caso da atual pesquisa, um memo que surgiu na segunda entrevista, em abril de 2016, referiu ter sido verbalizado pelo participante que, “falar sobre sua experiência clínica e suas emoções foi terapêutico a ele”, essa observação se repetiu ao longo de outras seis entrevistas (T2, T4, T5,

T9, T11, T13 e T14), sugerindo que um processo relevante havia sido identificado.

3.3 Procedimento

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE: 53401616.0.0000.0037), foram programados encontros entre a pesquisadora e cada participante.

Nos encontros, após a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I), era cedido espaço para eventuais questionamentos e/ou dúvidas sobre a entrevista. Se os participantes consentissem em se tornarem participantes da pesquisa, era assinado o TCLE. Depois da assinatura, o gravador era ligado e era entregue a folha com os dados sociodemográficos/perfil profissional (Anexo 2), uma vez respondida e devolvida a folha, era iniciada a entrevista.

3.4 Coleta de Dados

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos e 57 segundos (a menor de 27 minutos e 42 segundos, e a maior de 01 hora 08 minutos e 18 segundos). Sendo que, a entrevista era feita, transcrita e analisada, para então partir para uma nova entrevista. Elas foram realizadas no consultório dos terapeutas ou via Skype, respeitando as condições necessárias de privacidade e isolamento acústico. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, de modo que apenas ela e seu orientador tiveram acesso ao material para análise dos dados.

3.5 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas literalmente e passaram então por uma codificação aberta. A princípio era feita uma leitura analítica da entrevista e um delineamento de unidades de sentido, denominada codificação aberta ou codificação analítica (exemplo Tabela 4). Isto é, foram criados códigos que sintetizassem e explicassem as partes relevantes do texto das entrevistas.

Tabela 4

Exemplo da evolução de análise orientada pela *Grounded Theory Analysis* – Codificação aberta

Participante	Fragmento	Codificação Aberta
T2	“Mas tem uma coisa de saber identificar o momento certo e acho que eu tive bons professores, também a supervisão que eu vinha fazendo, a supervisão é muito válida pra encontrar os momentos certos e as medidas certas dessa exposição.”	Medida e Momento
T11	“Uma pessoa me contou algo em sessão e isso me tocou, me tocou muito e eu fiquei naquela dúvida, será que eu posso chorar? ”	

A codificação aberta de linha a linha é uma estratégia que induz o pesquisador a estudar os seus dados rigorosamente – linha a linha – e a começar a conceituar as suas ideias (Charmaz, 2006). Esta codificação aberta, formou uma ferramenta descritiva para analisar os dados que se repetiam quando o sentido de outras partes do texto fossem semelhantes ao mesmo código, sendo que poderiam ser alterados, melhorados ao longo das análises.

À medida que os códigos foram criados, poderiam influenciar na análise das entrevistas posteriores e a pesquisadora pôde então, notar a necessidade de levantar novas questões que poderiam ser acrescentadas nas entrevistas seguintes. Em seguida, os dados passaram por uma codificação focalizada (Tabela 5). A codificação focalizada permite a pesquisadora separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados (Charmaz, 2006). Foi feito um processo de comparação contínua entre os dados da própria entrevista e das outras entrevistas. E dessas comparações surgiram as categorias, sendo que os dados formam a base da teoria e a análise desses dados origina os conceitos que construiu-se

Tabela 5

Exemplo da evolução de análise orientada pela *Grounded Theory Analysis* – Codificação focada

Participante	Fragmento	Códigos	Codificação focada
T2	“Mas tem uma coisa de saber identificar o momento certo e acho que eu tive bons professores, também a supervisão que eu vinha fazendo, a supervisão é muito válida pra encontrar os momentos certos e as medidas certas dessa exposição.”	Medida e Momento	
T11	“Uma pessoa me contou algo em sessão e isso me tocou, me tocou muito e eu fiquei naquela dúvida, será que eu posso chorar?”		Tornar a exposição oportuna
T12	“Normalmente quando eu exponho, hoje em dia, eu exponho com a segurança do vínculo, tá? Uma pessoa que está chegando, eu ainda não tenho segurança, para fazer uma leitura e colocar pra ela.”	Exposição de forma segura	
T14	“Se eu percebo que a expressão da emoção pode ter um efeito disfuncional, eu fico mais cauteloso ao expressar isso ou a introduzir o assunto.”	Cautela ao se expor	

Assim, a partir dos códigos, categorias foram construídas. Categorias explicam ideias, eventos ou processos encontrados. Elas abarcam temas comuns a vários códigos, o que permite refinar os dados de uma forma mais genérica, reunindo mais dados quando o processo estivesse evidente. Dessa forma, muitas categorias foram criadas (Tabela 6). Estas, por sua vez, foram agrupadas em categorias maiores.

Tabela 6

Exemplo da evolução de análise orientada pela Grounded Theory Analysis – Categoria

Participante	Fragmento	Codificação focada	Categoria
T2	“Mas tem uma coisa de saber identificar o momento certo e acho que eu tive bons professores, também a supervisão que eu vinha fazendo, a supervisão é muito válida pra encontrar os momentos certos e as medidas certas dessa exposição.”		
T11	“Uma pessoa me contou algo em sessão e isso me tocou, me tocou muito e eu fiquei naquela dúvida, será que eu posso chorar? ”	Tornar a exposição oportuna	
T12	“Normalmente quando eu exponho, hoje em dia, eu exponho com a segurança do vínculo, tá? Uma pessoa que está chegando, eu ainda não tenho segurança, para fazer uma leitura e colocar pra ela.”		
T14	“Se eu percebo que a expressão da emoção pode ter um efeito disfuncional, eu fico mais cauteloso ao expressar isso ou a introduzir o assunto.”		Tendo cautela
T6	“Eu tento na minha supervisão, na minha análise pessoal, primeiro saber o que está acontecendo, porque pode ser uma contratransferência, esse paciente trouxe algum elemento na fala dele que mexeu comigo, se mexeu ao ponto de me emocionar, o que tem dele na minha história?”	Questões do próprio terapeuta	
T8	“ O terapeuta antes de usar esse caminho, precisa estar seguro, saudável e consciente do que está acontecendo. Por mais que ele possa se atrapalhar dentro disso, precisa estar consciente dentro dessa atrapalhação, pra poder contornar isso de alguma forma. Penso que é a tríplice né? A terapia, supervisão e conhecimento. Acho que tem que estar muito bem paramentado para dar conta disso.”	Cuidados para o terapeuta se resguardar	

Toda a coleta e análise de dados foram norteadas por conceitos sensibilizadores, que foram pontos de partida para a realização da pesquisa e foram desenvolvidos ao longo dela, pela própria pesquisadora. Os conceitos que sensibilizaram o questionamento sobre o assunto da pesquisa estavam relacionados com: a literatura sobre emoções revisada na introdução; a pessoa do terapeuta; a relação terapêutica; a experiência clínica com exposição de emoções da própria pesquisadora durante o estágio clínico. Foi possível perceber também, à medida que os atendimentos aconteciam, como a exposição da emoção da pesquisadora como estagiária traziam força para a relação terapêutica. Relacionando as categorias, construiu-se uma teoria substancial que descreve porquê, como e de que forma as emoções dos terapeutas são usadas na clínica, de acordo com a perspectiva dos próprios entrevistados.

No capítulo a seguir, os resultados serão apresentados partindo das categorias que

emergiram dos dados obtidos nas entrevistas. Cada categoria possui subcategorias, descritas através de códigos. Para cada código são apresentados fragmentos retirados das entrevistas, para exemplificar o que o código expressa.

4 Resultados

Os resultados permitiram construir um modelo teórico que descreve como terapeutas lidam com a exposição das suas emoções. O terapeuta escolhe, de acordo com esse modelo, caminhos e suportes baseados na análise da relevância terapêutica partindo do modelo teórico que adota, da conceituação de caso e de sua sensibilidade pessoal. O profissional leva em consideração os riscos dessa exposição, as suas dificuldades pessoais e procura agir com cautela em suas exposições, propulsionado por coragem, humildade e amor ao cliente e às suas demandas.

Neste modelo, a exposição emocional do terapeuta tem utilidade terapêutica e acarreta em benefícios para a terapia, para a vida do cliente e para a do terapeuta. A utilidade terapêutica da exposição está em facilitar o acesso ao comportamento clinicamente relevante do cliente e em auxiliar no diagnóstico/ avaliação / formulação do caso. Além disso, como benefícios para a terapia houve: evocar, reforçar ou enfraquecer comportamentos. O acesso às novas perspectivas oportunizou aos clientes, uma visão mais profunda sobre o outro na relação, maior consciência da própria experiência nas interações, interpretações relacionais desenvolvidas, sobretudo na relação entre terapeuta e cliente e em algumas situações, o terapeuta serviu de modelo para sugerir novos comportamentos ao cliente (Figura 1).

Os dados coletados indicam que a exposição das emoções do terapeuta trazem benefícios tanto para o cliente quanto para o terapeuta. Os benefícios para o cliente, identificados pelos participantes alcançaram mudanças na esfera comportamental e no acesso às novas perspectivas. Os benefícios para a vida do terapeuta envolveram o crescimento no âmbito profissional e em sua vida pessoal.

Verificando as entrevistas, ficou claro que todos os participantes, sem distinção de gênero, abordagem teórica ou tempo de experiência clínica expõem suas emoções como parte da sua atuação clínica. A partir dos dados obtidos, surgiram 19 subcategorias (divididas entre os dois artigos), nestas, apenas em 6, gênero, tempo de experiência clínica ou abordagem teórica mostraram-se relevantes. E ainda assim, com baixa discrepância, são os seguintes casos: Auxiliar no diagnóstico/avaliação/formulação de caso em que terapeutas mais experientes foram mais presentes e das abordagens comportamentais e cognitivos. Além disso, tanto em “reforçar comportamentos alvo” como em “crescimento pessoal” só houve participação feminina e de terapeutas com médio ou muito tempo de experiência clínica, também houve maior participação feminina em “conceituação de caso”. Em “dificuldades pessoais” chamou atenção que nenhum dos terapeutas com pouca experiência clínica, teve em

sua fala, essa subcategoria. Por fim, terapeutas comportamentais foram mais representativos em “coragem” e em “humildade e amor”. Em “humildade e amor” houve maior participação masculina, e de terapeutas de pouca ou média experiência clínica e não contribuíram nessa subcategoria terapeutas cognitivos ou da Gestalt-terapia. Porém, nenhum desses grupos (gênero, abordagem e tempo se experiência clínica) se diferencia por usar ou recusar o uso de suas emoções no contexto clínico.

O presente estudo optou pela apresentação do modelo no formato de artigos²: 1) Emoções do terapeuta expostas em sessão: Quais são os benefícios? 2) Caminhos e suportes para o terapeuta expor emoções em sessão

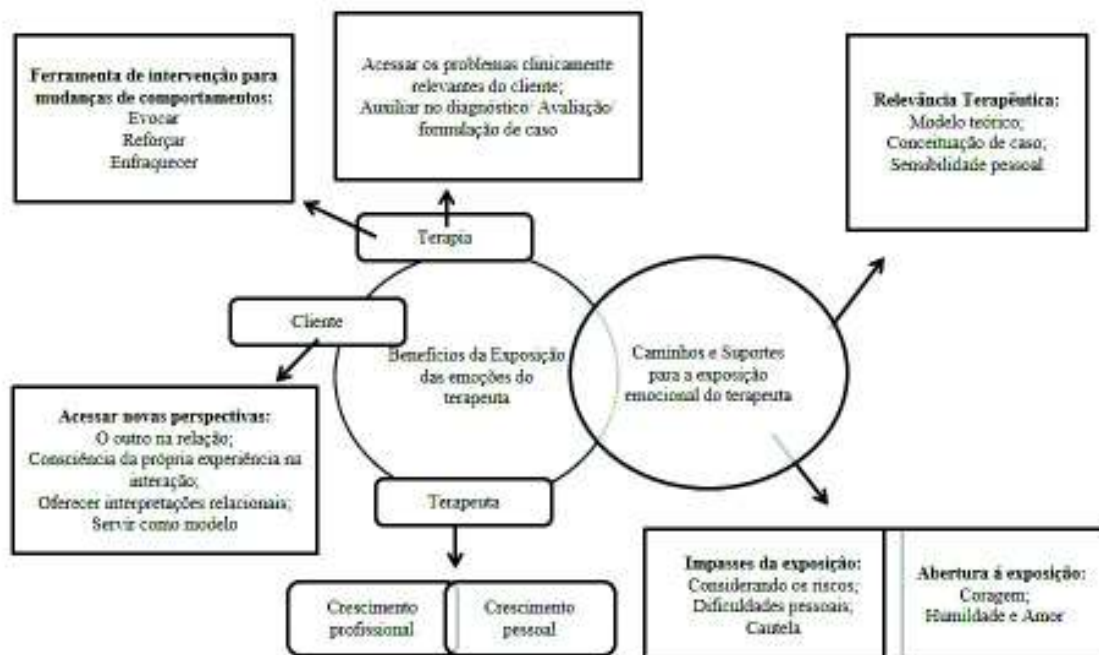


Figura 1. Fluxograma da exposição emocional do terapeuta: Formas de se expor e quais benefícios podem suceder a exposição

² Os dois artigos foram submetidos a revistas científicas. O primeiro artigo sobre os benefícios da exposição foi designado a Psicologia: Ciência e Profissão e está em fase de apreciação. O segundo artigo, caminhos e suportes para a exposição, designado a Revista Brasileira de Psicoterapia e foi aprovado para publicação.

4.1 Artigo 1

Emoções do Terapeuta Expostas em Sessão: Quais são os Benefícios?

Resumo

A literatura contemporânea enfatiza o envolvimento emocional do terapeuta no relacionamento terapêutico. O objetivo desse estudo é explorar como o envolvimento emocional do terapeuta pode ser benéfico ao processo psicoterápico. Foi desenvolvido um estudo a partir de entrevistas com 14 terapeutas, com perguntas sobre como utilizam suas emoções em sessão e quais os ganhos terapêuticos que perceberam ao utilizarem de suas emoções nos atendimentos. A análise e categorização dos dados encontrados foi pautada na *Grounded Theory Analysis*. Os resultados mostraram que as emoções do terapeuta expostas em sessão teve utilidade terapêutica, auxiliou no acesso aos problemas clinicamente relevantes do cliente ou na formulação, avaliação ou diagnóstico do caso. As emoções serviram de ferramenta de intervenção para evocar, reforçar ou enfraquecer comportamentos. Além de ter sido útil para acessar as perspectivas da outra pessoa na relação e para tomada de consciência da própria experiência. Ofereceu interpretações relacionais e modelos para novos comportamentos. O terapeuta que optou por trabalhar com suas emoções na clínica, notou mudanças em sua vida nas esferas pessoais e profissionais. O profissional foi transformado por cada relação intensa e genuína que estabeleceu com um cliente, mostrando que os efeitos da relação não ocorreram numa direção só.

Palavras-chave: emoção do terapeuta; *Grounded Theory Analysis*; relacionamento terapêutico; envolvimento emocional.

Abstract

Contemporary literature emphasizes the therapist's emotional involvement in the relationship with the client. The aim of this study is to explore how the therapist's emotional involvement can be beneficial to the psychotherapy process. A study questioned 14 therapists in semi-structured interviews about how they use their emotions and what therapeutic gains can be obtained through the use of their emotions. The analysis and categorization of the data was based on Grounded Theory Analysis. The results show that the therapist's emotions exposed in session have therapeutic utility, assisting in accessing the client's clinically relevant problems or in formulating, evaluating or diagnosing the case. They can serve as an intervention tool to evoke, reinforce or weaken behaviors. In addition to being useful to access new perspectives, the other in the relationship, the awareness of one's own experience, offer relational interpretations and models for new behaviors. The therapist who chooses to work with her emotions in the clinic will notice changes in her life in the personal and professional spheres.. That the professional is transformed by the intense and genuine relationships he or she maintains with a client shows that the effects of the relationship are not restricted to only one direction.

Keywords: therapist emotion; Grounded Theory Analysis; Therapeutic relationship; Emotional involvement

Introdução

A literatura sobre psicoterapia, atualmente enfatiza que o relacionamento terapêutico se pauta em uma relação de igualdade entre a dupla terapeuta-cliente e na abertura bidirecional à mudança (Linehan, 1988; Tsai R. Kohlenberg, Kanter, Holman & Loudon, 2012; Fideles & Vandenberghe, 2014). A questão investigada liga a relação de igualdade e abertura plena e mútua com a disposição do terapeuta de trabalhar de forma transparente com seus próprios sentimentos.

Conceder abertura plena para os direitos do cliente na sessão e permitir negociar o poder num nível de igualdade, não é só uma questão de ética, mas um componente importante para o processo curativo (Fideles & Vandenberghe, 2014). A presente pesquisa constituiu contribuição numa sequência de estudos que procuraram desvendar o papel do envolvimento emocional do terapeuta na relação terapêutica. Um breve resgate dessas contribuições é necessário para contextualizar a pesquisa.

O envolvimento do terapeuta como pessoa na relação com o cliente foi investigada de várias formas (Hill & Lent, 2006; Orlinsky, Botermans & Ronnestad, 2001; Ronnestad & Skovholt, 2003; Farber, 1983; Freeman & Hayes, 2002; Skovholt & McCarthy, 1988). As pesquisas sugerem que esse envolvimento pessoal tem consequências no processo terapêutico. Num estudo de Vandenberghe e Silvestre (2013), por exemplo, em que participaram 26 terapeutas, os clínicos perceberam a adesão dos clientes ao tratamento como claramente influenciada pela disponibilidade dos terapeutas em construir um relacionamento pessoal.

Pesquisas baseadas em estudos de casos mostram que as emoções do terapeuta expostas em sessão, podem servir como uma ferramenta pontual durante as sessões. O terapeuta precisa aceitar ser influenciado pelo cliente, para que possa observar de forma direta como o cliente se relaciona com outras pessoas e para poder trabalhar diretamente com as formas pelas quais o cliente tenta suprir suas necessidades numa relação interpessoal (Santo & Vandenberghe, 2015; Vandenberghe & Silveira, 2013). Para clientes com dificuldades em construir laços de intimidade ou que tenham problemas em lidar com a proximidade em seu dia a dia, construir com o terapeuta uma relação intensa e transparente, pode ser um progresso clínico importante (Vandenberghe, Nasser & Silva, 2010).

Em dois estudos de caso, Santo e Vandenberghe (2015) ilustraram como o envolvimento emocional da terapeuta com o cliente, permitiu uma atuação bem focada. A profissional expôs sentimentos relacionados aos clientes, contou do impacto que os comportamentos destes tiveram sobre ela, para que os clientes tivessem a oportunidade de

detectar como os seus comportamentos afetaram outra pessoa (no caso a terapeuta). Além de ter sido um primeiro passo para que os clientes aprendessem a compreender como afetam as pessoas com quem interagem, serviu também como um modelo para os clientes construírem uma relação recíproca e saudável. Silvestre e Vandenberghe (2008) analisam um momento em que a terapeuta compartilhou seu sentimento de ter sido invalidada durante uma terapia, o que permitiu ao cliente uma conexão com o sofrimento que ele causou e promoveu uma abertura ao processo de mudança. Expor sua dor na frente do casal atendido, oferecendo um modelo de como a esposa poderia mostrar ao seu marido, como ele a afetou. Assim, a exposição das emoções da terapeuta oportunizou ao casal experimentar novas estratégias que viriam a melhorar os problemas que os levaram para a terapia.

Assim, percebe-se que o uso das emoções do terapeuta pode ter várias finalidades (Hill et al., 1988; Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997), dependendo da queixa que levou o cliente à terapia e do objetivo terapêutico no momento. O terapeuta estar atento às próprias emoções aumenta a eficácia do seu trabalho, através da utilização do que sente para identificar as contingências que estão atuando no processo terapêutico e usando essa informação para aprimorar sua análise funcional (Silvestre & Vandenberghe, 2008). No estudo de Vieira e Vandenberghe (2017), em que participaram 10 terapeutas, alguns deles relataram utilizar a exposição de uma vivência pessoal como modelo de ousadia e confiança ao cliente, encorajando-o a realizar alguma mudança em sua vida, ou com a intenção de tornar a relação um lugar seguro onde o cliente poderia expressar-se livremente, ou, ainda, para intensificar a relação terapêutica.

Uma relação intensa e transparente, onde terapeuta e cliente saem de suas zonas de conforto, pode oferecer oportunidade de aprendizagem que ampliarão o repertório do cliente. Como exemplo: Um cliente que raramente mostrava interesse pelos outros, e era visto como egocêntrico ou indiferente em seus relacionamentos num dado momento dar importância aos sentimentos e valores pessoais do terapeuta. O terapeuta pode responder a perguntas pessoais desse cliente e assim apoiar uma melhora em seu repertório interpessoal (Vandenberghe, Coppede & R. Kohlenberg, 2006).

Usar os sentimentos do terapeuta na sessão pode auxiliar na elaboração de intervenções terapêuticas, mas pode também intensificar os impasses na terapia. Ainda assim, essas dificuldades abrem, muitas vezes, novas possibilidades para o tratamento. Quando o terapeuta analisa de forma aberta seu envolvimento na relação, os impasses podem ser transformados em oportunidades terapêuticas (Cunha & Vandenberghe, 2016). É necessário que o terapeuta aceite o incômodo e o sofrimento inerente de um envolvimento genuíno para

que possa acolher o cliente com problemas interpessoais graves (Vandenberghe & Silveira, 2013; Machado & Vandenberghe, 2014).

No estudo de Oliveira e Vandenberghe (2009), terapeutas relatam que seu sofrimento no relacionamento com o cliente muitas vezes serve de norte para rever e aprofundar a compreensão dos problemas do mesmo. Os profissionais também relataram ganhos pessoais, como melhora na maneira de lidar com o comportamento negativo de terceiros, aprenderam a ser mais tolerantes em suas relações, e a compreender melhor a própria angústia.

Os resultados acima resumidos mostram a necessidade de um questionamento mais sistemático. Um grande leque de objetivos terapêuticos foi identificado pelos quais o terapeuta pode decidir usar seus sentimentos de maneira ativa na sessão. Além de algumas consequências não intencionais para a pessoa do terapeuta. Os estudos já realizados, às vezes se complementam, mas não oferecem um panorama coerente. A crescente de resultados obtidos nestes, nos convida a retornar à essência da questão e questionar o propósito desse tipo de atuação: Quais benefícios pode haver na exposição emocional do terapeuta em sessão?

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 14 psicólogos, sendo 8 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Eles tinham em média 7,6 anos de experiência profissional, variando entre dois a 20 anos de experiência clínica e trabalhando sob enfoques teóricos distintos.

Os participantes foram encontrados através da divulgação de informações sucintas sobre a pesquisa em redes sociais, em páginas previamente selecionados por terem grande acesso de psicólogos, também foi feito o convite a psicólogos já conhecidos pela primeira autora que possuíssem familiaridade com o foco da pesquisa (utilização das suas emoções em seus atendimentos clínicos).

Os terapeutas que participaram da pesquisa foram escolhidos de acordo com os critérios previamente definidos, sendo eles: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a algum CRP; b) relatar usar suas próprias emoções em seus atendimentos clínicos; c) ter no mínimo dois anos de experiência clínica; d) possuir interesse em ser participante da pesquisa e assinar o TCLE.

Assim, pretendeu-se incluir somente profissionais com perfil clínico e que atribuíam no uso das suas emoções em seus atendimentos, alguma relevância clínica. Foram excluídos os terapeutas cuja ênfase de trabalho não fosse a área clínica.

Materiais

A entrevista consistiu em seis perguntas norteadoras elaboradas pela primeira autora, a fim de identificar: a) o que antecede a utilização das emoções pelos terapeutas em seus atendimentos; b) a forma como manifestam suas emoções; c) as consequências ao processo terapêutico acarretadas pela expressão das emoções; d) as impressões que ficaram ao terapeuta sobre o uso de suas emoções em seus atendimentos.

A partir das perguntas realizadas e, conforme as respostas eram dadas, a entrevistadora podia levantar novas perguntas para esclarecer e aprofundar algum ponto. Toda a coleta de dados seguiu o método indutivo da *Grounded Theory Analysis*, na sua forma modificada proposta por Charmaz (2006).

Procedimento

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos e 57 segundos, sendo que a mais curta foi de 27 minutos e 42 segundos, e a mais longa de 01 hora 08 minutos e 18 segundos. Elas foram realizadas no consultório dos terapeutas, via Skype, caso assim fosse acordado ou no local de escolha dos participantes, desde que respeitassem as condições necessárias de privacidade e isolamento acústico. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela primeira autora, de modo que apenas ela e seu orientador tiveram acesso ao material para análise dos dados.

Ao escolher a *Grounded Theory Analysis* como método de pesquisa e análise de dados, valeu-se durante toda a pesquisa do agnosticismo teórico, uma postura que consiste na recusa da pesquisadora de ajustar sua interpretação precocemente a uma posição teórica já articulada e a estudos realizados na área. A pesquisadora não privilegiou nenhuma das correntes de pensamento nem possibilidades de encaixe teórico (Henwood & Pidgeon, 2010). A opção metodológica adotada é uma abordagem especificamente desenvolvida para compreender a experiência das pessoas a respeito de um fenômeno que seja importante e problemático na sua vida cotidiana (neste caso, envolve profissionais em Psicologia, no contexto clínico). Não pretende reivindicar conhecimento objetivo sobre a representatividade da experiência. O intuito não é provar algo, mas acessar significados novos e trazer uma contribuição teórica que explique uma prática clínica importante.

Charmaz (2006) acrescenta que, mesmo não sendo possível conduzir a pesquisa com uma mente vazia, nada impede que a pesquisadora tenha uma mente aberta durante o processo. Ainda que o estudo tenha origem em hipóteses para a construção do conhecimento e que os pesquisadores possuam interesses iniciais de pesquisa, são necessárias comparações constantes destes interesses com os dados emergentes e são os dados que direcionam a análise (Lyn & Morse, 2013). Para poder efetuar essas comparações constantes é necessário tornar os conceitos sensibilizadores dos pesquisadores explícitos.

A noção de ‘conceitos sensibilizadores’ para Blumer (1969) significa que pesquisadores podem iniciar seus estudos com certos interesses de pesquisa, conceitos, convicções e crenças. Esses interesses e conceitos são advindos de vivências profissionais, pessoais, próprias da formação do pesquisador e são importantes, pois definem e também aguçam sua sensibilidade às vivências dos participantes. Os conceitos sensibilizadores da primeira autora e de sua trajetória profissional motivaram a pesquisa: acreditar na eficácia de uma relação calorosa, a busca em propiciar uma relação de cooperação ao invés de

hierarquizada e acreditar que uma relação terapêutica intensa, em que o terapeuta expõe suas emoções de maneira honesta e cuidadosa ao cliente, poderá desencadear outras relações com características semelhantes na vida do cliente, motivaram a pesquisa. O segundo autor, entrou com sua experiência e seu profundo interesse em compreender os efeitos da pessoa do terapeuta sobre os processos clínicos, assim, o segundo autor, funcionou como uma espécie de árbitro/juíz analítico, ajudando a delinear categorias e seus significados. Sacrifica-se a validade externa, a fim de dar maior ênfase à validade interna, nesse caso, realmente ser compreendido o que aqueles participantes queriam dizer. Sacrifica-se a generalização a favor da profundidade. Os conceitos sensibilizadores foram usados evitando distorção na interpretação dos dados. Foram utilizados de forma consciente para aguçar a elaboração de determinados questionamentos sobre os tópicos da pesquisa e ajudou a compreender o sentido dos dados encontrados.

As entrevistas foram transcritas literalmente e passaram então, por uma codificação aberta. A princípio era feita uma leitura analítica da entrevista e um delineamento de unidades de sentido, denominada codificação aberta. Isto é, foram criados códigos que sintetizassem e explicassem as partes relevantes do texto das entrevistas.

A codificação aberta de linha a linha é uma estratégia que induz o pesquisador a estudar os seus dados rigorosamente – linha a linha – e a começar a conceituar as suas ideias (Charmaz, 2006). Esta codificação aberta formou uma ferramenta descritiva para analisar os dados que se repetiam quando o sentido de outras partes do texto fossem semelhantes ao mesmo código, sendo que poderiam ser alterados e melhorados ao longo das análises.

À medida que os códigos iam sendo criados, poderiam influenciar na análise das entrevistas posteriores e a pesquisadora poderia então, notar a necessidade de levantar novas questões que poderiam ser acrescentadas nas entrevistas seguintes. Em seguida, os dados passaram por uma codificação focalizada. A codificação focalizada permite a pesquisadora separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados (Charmaz, 2006). Foi feito um processo de comparação contínua entre os dados da própria entrevista e das outras entrevistas. E dessas comparações surgiram as categorias, sendo que os dados formam a base da teoria e a análise desses dados origina os conceitos que construiu-se.

Assim, a partir dos códigos, categorias foram construídas. Categorias explicam ideias, eventos ou processos encontrados. Elas abarcam temas comuns a vários códigos, o que permite refinar os dados de uma forma mais genérica, reunindo mais dados quando o

processo estivesse evidente. Relacionando as categorias entre elas, um modelo teórico foi formado.

Os resultados serão apresentados partindo das categorias que emergiram dos dados obtidos nas entrevistas. Cada categoria possui subcategorias, descritas através de códigos. Para cada código são apresentados fragmentos retirados das entrevistas, para exemplificar o que o código expressa.

Resultados

Através das falas e interpretações dos 14 participantes, emergiram categorias envolvendo as emoções do terapeuta no atendimento clínico. Essas categorias deram origem a 03 eixos (Quadro 1). Além disso, foi identificada a quantidade de terapeutas e quais deles contribuíram com cada uma das categorias. Como ilustração, foram privilegiados fragmentos de respostas que evidenciaram cada categoria.

Quadro 1

Temas e categorias: benefícios do uso das emoções do terapeuta

Eixos	Categorias	Contribuições	
		Total	Participantes
Benefícios para	Acessar os problemas clinicamente relevantes	11	T1,T2, T3, T4,T6, T7, T8, T9,T10,T12, T14
	Auxiliar no diagnóstico/ avaliação/ formulação de caso	6	T1,T2,T3,T4,T5,T9
	Ferramenta de intervenção para modificação de comportamento:		
	Evocar novos comportamentos	3	T1, T2, T9
	Reforçar comportamentos alvo	3	T2, T8, T12
	Enfraquecer comportamentos problema	4	T1, T2, T3, T7
A terapia	Acessar novas perspectivas:		
	O outro na relação	4	T2,T10,T11,T13
	Consciência da própria experiência	6	T2,T3,T4,T8,T11,T14
	Oferecer interpretações relacionais	5	T1,T4,T6,T10,T13
	Servir como modelo	7	T1,T2,T3,T6,T9,T10,T14
O cliente	Crescimento pessoal	2	T1,T12
	Crescimento profissional	4	T1,T7,T11,T12
O terapeuta			

De acordo com os resultados observou-se que as emoções do terapeuta expostas em sessão, beneficiaram o andamento da terapia, a pessoa do cliente como também o terapeuta.

A terapia, pois as emoções do terapeuta serviram de ferramenta para acessar os

problemas clinicamente relevantes do cliente, auxiliou no diagnóstico, avaliação ou formulação de caso. Além da condição de ferramenta de intervenção para progressos terapêuticos, trouxe a mudança comportamental do cliente e alterou a frequência de comportamentos alvo estabelecidos entre cliente e terapeuta.

Ao cliente, a exposição das emoções trouxe novas perspectivas relacionais ao cliente. Benefícios subjetivos como a ampliação da perspectiva de si e do outro na esfera relacional. As emoções do terapeuta quando se tornaram acessíveis aos clientes proporcionaram o crescimento do terapeuta, tanto em sua vida profissional quanto pessoal, mesmo não sendo este o objetivo principal da terapia, tornando-o um ganho secundário de um processo terapêutico bem conduzido. A seguir, são apresentadas as categorias que emergiram na pesquisa, o significado de cada uma delas e fragmentos da fala dos participantes que auxiliaram na construção da categoria.

Benefícios para a terapia:

Acessar os problemas clinicamente relevantes: entrar em contato com as dificuldades principais do cliente.

Alguns problemas identificados na relação terapêutica possivelmente estavam presentes nas outras relações do cliente. A terapeuta T10 verbalizou para a cliente seu desconforto com a postura irônica daquela cliente e essa verbalização abriu espaço para o trabalho terapêutico ocorrer: *“Ela falou que percebeu, mas que não entendia o que na ironia dela me provocava tanta raiva e aí trabalhamos isso em terapia.”*. Outra situação em que as emoções do terapeuta propiciaram o acesso aos problemas clinicamente relevantes do cliente foi a do terapeuta T3. Nela, o terapeuta sentiu que o cliente precisava direcionar mais atenção ao que estava trazendo. Então, o terapeuta expressou seus sentimentos diante o que havia ouvido e o cliente, ao se sentir compreendido, chorou: *“Atender homem que trabalha em corporação militar e aí ele fala alguma coisa e você sente que ele deveria entrar mais em contato. Você fala da sua emoção e ele chora. Isso eu vejo como um ponto, uma oportunidade, um conteúdo muito bom para chegar nesse cliente e mostrar que ele pode expressar sem ser fraco(...) quebrar essa resistência, algum gelo.”*

Quando acessou os problemas clinicamente relevantes do cliente, o terapeuta reagiu de maneira diferente daquelas que outras pessoas da vida do cliente reagiam *“A ideia é dar algo diferente do que aquela pessoa vinha recebendo. Me emociono possivelmente igual, mas manejo de outra forma.”*- T7.

Auxílio no diagnóstico/avaliação/formulação do caso: As emoções do terapeuta fizeram com que ele tivesse mais clareza sobre a maneira de funcionar daquele cliente.

“Então, eu comecei a perceber que a verdade mais próxima que eu tenho daquele cliente, de como ele é e funciona em suas relações, eram as minhas próprias emoções, esse fluxo da relação é o que eu tenho de mais próximo, de mais verdadeiro ali.”- T3. O terapeuta passou a ter acesso no impacto que as queixas provenientes do comportamento do cliente causavam nas pessoas com quem ele se relacionava fora do espaço terapêutico.

Além de ter sido uma forma de aproximar o cliente e de ter uma melhor compreensão do caso. “A expressão emocional do terapeuta, acaba sendo uma própria técnica para resolução de problemas e queixas do paciente. Então, a expressão emocional da minha parte, ela é utilizada quando eu observo que tem algum fundamento técnico ou que ela pode de alguma maneira ser uma técnica auxiliar para um objetivo terapêutico que eu estou planejando” – T9.

A expressão emocional foi usada também, como uma forma de avaliação e formulação de caso mais precisa que trouxe elementos particulares, que variaram de cliente para cliente, o que apontou para uma escolha de intervenção mais acertada “A ideia é de que quando eu tenho a formulação de um caso(...) e eu consigo traçar ali as necessidades do caso e pensar em objetivos terapêuticos. Se eu uso a técnica de expressão emocional, a gente consegue dentro do mesmo objetivo pensar em mais alguma outra alternativa, para cumprir aquele objetivo, dentro daquele caso específico.” - T9.

Ferramenta de intervenção para mudanças de comportamentos: As emoções do terapeuta serviram instrumento para alterar os comportamentos dos clientes, seja evocando, reforçando ou enfraquecendo estes.

Evocar novos comportamentos: As emoções foram utilizadas como recurso terapêutico para modificar comportamento e/ou alterar sua frequência.

A expressão do que o terapeuta sentia fez surgir novas formas do cliente se comportar. Como em um caso citado pela terapeuta 1, em que as expressões da terapeuta oportunizaram ao cliente trocar um comportamento por outro, este, mais apropriado. “Ali é dada a oportunidade de expandir esse repertório, no caso, trocar o grito por outra forma de interação”- T1.

Reforçar comportamentos alvos: O terapeuta percebeu a existência do comportamento apropriado no repertório do cliente, porém com uma frequência pouco significativa. O terapeuta então constrói situação para que esse comportamento apropriado apareça um número maior de vezes. “Se eu tô tentando, por exemplo, reforçar alguma melhora que tá acontecendo na sessão, falo da minha emoção, na tentativa justamente de aumentar o impacto desse reforço e ajudá-lo a revelar mais”- T2.

O que também vale, para emoções tidas como negativas, o terapeuta pode reforçar sentimentos de raiva, de tristeza do seu cliente, como forma de fazê-lo entrar em contato. E validar esses sentimentos, para que o cliente deixe de evitá-los e passe a reconhecê-los, aceitá-los e então, trabalhá-los. *“Muitas vezes, inclusive poder normatizar, né? Que é válido ele sentir raiva, tristeza, é validar a emoção”*- T8.

Enfraquecer comportamentos problema: Outro objetivo foi o de diminuir a frequência do comportamento do cliente. O terapeuta T11 expôs o caso em que uma cliente faltava às sessões com frequência e o quanto aquilo o chateava e viu na exposição dessa chateação à cliente, uma forma de auxiliá-la a melhorar sua forma de se relacionar com as outras pessoas *“Falei que cobraria, mais... por estar chateado com a situação mesmo, foi o jeito que eu achei na hora de expressar isso, de tentar fazer com que ela respeitasse o compromisso comigo. E mais pra frente, eu vi que ela precisava disso, porque também não tinha respeito com os compromissos que fazia com as outras pessoas e aí se sentia sozinha, o que era uma das queixas mais fortes dela, por sinal”*.

Em outras situações o terapeuta se expôs com o intuito de colocar limites no relacionamento com o cliente, para preservar a natureza profissional e colaborativa da relação. *“Ajuda, até na hora de colocar limites, tentando falar o quanto aquilo está sendo incômodo pra mim, o quanto está sendo invasivo e que eu gosto demais daquela cliente. Quero ajudá-la, quando é verdade, lógico, mas que está passando de algum limite meu que não pode ser ultrapassado, senão aquela relação vai se perder”* - T2.

Benefícios para o cliente:

Acessar novas perspectivas: As emoções expostas do terapeuta servem de gatilho para que o cliente expanda sua visão a respeito de um determinado assunto, sobre a forma com que esse cliente vinha se relacionando com suas próprias experiências ou em como mantinha relação com as outras pessoas.

O outro na relação: Considerar o outro na relação expande a consciência do cliente a respeito do mundo interno das pessoas com quem se relaciona, do terapeuta, por exemplo, que trouxe informações relacionais importantes como a aprender a discernir o que é conteúdo dele, do que é de outra pessoa *“O paciente não está sozinho, mas também aprender essa divisão do que é dele, do que é do outro, situações em que explico a ele que uma dificuldade por exemplo, é minha e não dele, situações assim já me aconteceram e foram proveitosas pro cliente também, ter conhecimento do que se passa com outra pessoa.”* - T10. Essa consideração ofereceu aos clientes uma rede de apoio, compreensão de que as emoções

faziam parte do cotidiano das pessoas e que ainda que cada um viva histórias diferentes, traziam sensações semelhantes *“O que a gente vê no consultório, é que os pacientes acham que o sofrimento é único, que ninguém tem o mesmo sofrimento que ele, e quando eles encontram outras pessoas com vivências similares. Quando percebem que às vezes o sentimento é até igual, que eu mesmo sendo terapeuta dele já vivi uma dor parecida por exemplo, o processo de cura, no que eu percebo, se dá até mais rápido.”* -T13.

Consciência da própria experiência na interação: O terapeuta expressou alguma emoção ou interpretação pessoal que fez do que foi trazido pelo cliente. Isso foi feito, a fim de promover a reflexão do cliente. A exposição com o intuito de favorecer que o cliente entrasse em contato com a forma como interpretava e sentia suas vivências, o colocou inteiro e presente em suas vivências. *“Normalmente é para mostrar algo que possivelmente aquela pessoa não está percebendo ou está minimizando. Muitas vezes as pessoas não levam em consideração, estão contando uma história como se fossem pontos desassociados, são situações que a pessoa não consegue nomear. E aí nessas situações geralmente eu pontuo, eu falo.”* - T14.

Oferecer interpretações relacionais: Acesso ao cliente sobre a interpretação que o terapeuta fez da relação mantida entre eles, das dificuldades que percebeu nessa relação, da forma como foi atingido no contexto relacional. Essas interpretações envolvem situações em que o terapeuta agiu de maneira franca com o cliente e procurou averiguar se havia similaridade entre o que aconteceu, entre as emoções que emergiram no setting terapêutico, com as situações vividas nas relações do cliente fora do contexto terapêutico. *“Olha muito interessante ou muito ruim isso que você está dizendo, gera esse tipo de reação, você já viu isso outras vezes? Como você se sente ao perceber que isso causa esse tipo de impacto em mim?”* -T4.

Servir como modelo: O terapeuta ou algum comportamento dele serviram como exemplo para o cliente inovar suas estratégias de vida. É quando a postura adotada pelo terapeuta ou a emoção que ele trouxe ofereceu uma alternativa de caminho para ser seguido pelo cliente. *“Eu quero gritar também, devolver na mesma intensidade que o cliente trouxe. Mas não grito, porque minha intenção é dar um modelo, mostrar que sentimentos inclusive os negativos, podem ser expressos de outra forma, que não seja a agressiva. Honesta, sincera, mas sem agressividade”* - T1.

A relação aberta á exposições emocionais tanto do cliente como do terapeuta, serviu como exemplo, como inspiração para que novas relações, em outros contextos do cliente, pudessem ser estabelecidas nos mesmos parâmetros. E assim, ser igualmente saudável, segura

e prazerosa. *“Ajuda o cliente porque tá dando um modelo de relação que pode funcionar e ser aberta, onde as pessoas podem se colocar vulneráveis e não serem punidas por isso”*- T2.

Benefícios para o terapeuta:

Crescimento profissional: O terapeuta percebeu mudanças e aprimoramento em sua capacidade profissional. Através de uma postura mais flexível advinda da própria experiência profissional *“Acho que com a prática você vai perdendo esses medos de errar dentro do processo e você vai vendo que tem que estar aberto a isso também.”*- T11, ou quando de alguma forma, a experiência do encontro com um cliente tornou o terapeuta mais sensível e aguçado ao processo psicoterápico: *“ Eu ganho quando trabalho com um cliente, ganho como terapeuta pelo processo autor reflexivo, por ir tomando conta, em algumas situações que não sou dona do saber. O quanto é importante desenvolver essa humildade e esse autoconhecimento mesmo, que isso vai ter impacto direto sobre o meu trabalho.”*- T7.

Crescimento pessoal: Vivências junto ao cliente produziram uma nova perspectiva sobre si ou sobre algum ponto da vida do terapeuta. Aprendizados para o como ser humano e que puderam ser úteis em outros papéis sociais que o profissional exercia, além de terem promovido o autoconhecimento do terapeuta *“Cada pessoa que traz algo numa relação tá mostrando coisas pra gente e da gente que a gente precisa também, olhar e trabalhar e aceitar”* – T12.

Esse crescimento oportunizou ao profissional revisitar seus valores, possibilitou o treino de suas habilidades pessoais *“Foco sempre no meu desenvolvimento como pessoa, trabalhar com minha vulnerabilidade, assertividade, coisas que me valem mais do que como profissional né? Me valem como gente mesmo.”* - T1.

Discussão

A expressão da emoção do terapeuta, que a princípio se deu de forma pontual, como um gatilho específico, trouxe uma tomada de perspectiva ao cliente mais ampla e levou a benefícios para além da intenção primeira. Por exemplo, além de ter evocado um novo comportamento do cliente, ampliou a forma deste enxergar o outro e fortaleceu a relação terapêutica. As emoções do terapeuta e os objetivos que embasaram seu uso, além de atingirem os objetivos terapêuticos, trouxeram ganhos secundários ao cliente.

O terapeuta ter falado sobre emoções similares ajudou o cliente a compreender sua vivência como natural e não mais, uma vivência ao qual apenas ele estava exposto. Esse objetivo de normalizar a experiência do cliente foi identificado também em outros estudos (Hill et al., 1988; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997).

O presente estudo também confirmou outras funções da exposição pessoal do terapeuta apontadas na literatura: aumentar a similaridade percebida entre si e seus clientes; modelar comportamento apropriado; promover aliança terapêutica; validar a realidade do cliente ou para oferecer formas alternativas de pensar e agir (Edwards & Murdock, 1994; Geller & Farber, 1997). Confirmou-se também que a exposição de algum conteúdo íntimo do terapeuta teve potencial para fortalecer o vínculo terapêutico, normalizar a reação do cliente, reduzir os medos do cliente e modelar uma forma eficaz de funcionamento (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003).

Em alguns casos uma única intervenção do terapeuta, uma exposição de algum conteúdo pessoal, conseguiu agregar uma série de mudanças comportamentais ao cliente e consequentemente trazer uma melhora globalizada a sua vida dentro e fora da sessão.

A literatura se concentrou em ajudar na capacitação de habilidades (Hill & Lent, 2006) e na supervisão (Bernard & Goodyear, 2004) como fatores-chave para a formação de terapeutas. Isto significa menos atenção dada à aprendizagem adquirida pelo terapeuta junto a seus clientes. Embora haja evidências de que os terapeutas atribuem a maior parte da sua aprendizagem sobre terapia ao que vivenciam na clínica com seus clientes (Orlinsky, Botermans & Ronnestad, 2001; Ronnestad & Skovholt, 2003). Essa evidência também foi constatada no estudo.

Pesquisas qualitativas apontam para o amadurecimento do terapeuta por meio dos seus clientes, que seriam seus professores primários (Farber, 1983; Freeman & Hayes, 2002; Skovholt & McCarthy, 1988; Skovholt & Ronnestad, 1992). Esses estudos são relevantes, pois confirmam que os terapeutas de fato, aprendem com os clientes, desde como conduzir a

terapia (Ellis,1996) até a mudanças nos níveis pessoais, profissionais e espirituais (Freeman & Hayes, 2002).

Os terapeutas são impactados por seus clientes de várias maneiras, o processo psicoterápico traz benefícios para a vida do cliente e mesmo que não seja o objetivo da terapia, traz ganhos também ao terapeuta. Profissionais experimentaram mudanças na sua personalidade e na forma como se viam (Farber, 1983; Masi, 2003), obtiveram resolução para suas próprias questões (Jodry, 2003; Wright, 2000) ou perceberam impacto em seu desempenho profissional (Jodry, 2003; Masi, 2003). Jodry (2003) postulou que o crescimento do terapeuta é secundário e incidental ao crescimento do cliente. A mesma constatação foi observada no presente estudo, em que foi observado tanto ganhos na esfera pessoal quanto na vida profissional.

Lidos nesse contexto, nossos resultados confirmam que a terapia é um processo de mão dupla, no qual o terapeuta e o cliente permutam influências recíprocas carregadas de sentido, promovendo mudanças, tanto no terapeuta quanto no cliente (Linehan,1988). Além disso, o presente estudo organiza de forma coerente em um modelo, um emaranhado de resultados de estudos diversos e de observações clínicas importantes, porém até então, dispersos. O que é novo no modelo proposto por esse estudo é a forma de organização dos achados, pois destrincha os benefícios da exposição das emoções do terapeuta em sessão em três aspectos: terapia, cliente e terapeuta. Outros estudos não haviam feito tal sistematização, e esta foi feita a partir dos novos dados.

Consideração Finais

De acordo com o modelo construído nesse estudo, fundamentado nos dados, uma gama de oportunidades terapêuticas estão associadas a uma relação em que o terapeuta, além de profissional, se coloca como ser humano. As emoções do terapeuta podem ser utilizadas como ferramenta a vários fins: acessar os problemas clinicamente relevantes do cliente; auxiliar o terapeuta a formular melhor o caso; servir como ferramenta para intervenções (evocar novos comportamentos; reforçar comportamentos alvo, enfraquecer comportamento problema).

Além disso, as emoções do terapeuta expressas em sessão, podem servir para que o cliente tenha acesso a novas perspectivas, através do desenvolvimento da consciência da perspectiva do outro na interação e do desenvolvimento contextual da própria experiência na interação. Podem ainda, segundo o modelo apresentado, sustentar interpretações relacionais e modelos para novos comportamentos ao cliente. Então, a pessoa do terapeuta e suas emoções podem servir como experiência ao cliente de uma relação inteira, onde ambos se aceitam e trabalham de forma colaborativa. Assim, o terapeuta passa a se colocar plenamente como sua própria ferramenta de trabalho.

Para a vida do cliente, a exposição de emoção do terapeuta pode trazer a ampliação do repertório comportamental e o acesso a um relacionamento aberto e seguro. Para o terapeuta, que foi também transformado pela relação com o cliente, há ganhos pessoais e profissionais, tornando difícil a separação entre eles, pois o terapeuta pode aprender e pode ter oportunidade de ressignificar questões de sua vida através do contato com o cliente.

Chama a atenção que os participantes do estudo, pouco se pautaram em regras amparadas por alguma literatura ou abordagem teórica específica para utilizarem suas emoções. Utilizam-se das emoções que surgem em sessão de acordo com a experiência clínica ou com o quanto acreditavam ser relevante expor alguma informação ao cliente. Isso mostrou uma atuação muito mais intuitiva que sistematizada.

É importante observar que mesmo os terapeutas que conseguiram utilizar suas emoções como ferramenta, permanecem se questionando caso a caso, sobre expor ou não conteúdo pessoal em sessão. Importante também, mesmo quando a exposição emocional do terapeuta não atingiu os objetivos esperados, a exposição torna o relacionamento mais pautado na autenticidade do que em questões técnicas da profissão.

Referências

- Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.
- Cunha, O. R., & Vandenberghe, L. (2016). O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade *borderline*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 72-86.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*, 72(4), 358–389.
- Farber, B.A. (1983), "Introduction: A critical perspective on burnout", in Farber, B.A., *Stress and Burnout in the Human Services Professions*, Pergamon, New York, NY, 1-20
- Fideles, M.N. D. & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia Analítica Funcional feminista: possibilidades de um encontro. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29.
- Freeman, M. S., & Hayes, B. G. (2002). Clients changing counselors: An inspirational journey. *Counseling and Values*, 47, 13-21.
- Geller, J. D., & Farber, B. A. (1997). Why therapists do and don't disclose. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. In *Session: Journal of Clinical Psychology*, 59, 555-568.
- Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 154-172.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Jodry, J (2003). From patient to client to fellow traveler: How psychotherapists grow through their interactions in the therapeutic relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), 1680.
- Knox, S., Hess, S.A., Petersen, D.A., & Hill, C.E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274-283.
- Linehan, M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 278-290
- Lyn, R. & Morse, J. M. (2013). *Readme First for a user's guide to Qualitative Methods*. Los Angeles, EUA: Sage Publications
- Machado, A. A. C. & Vandenberghe L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente *borderline*. *Psychologica*, 57, 95-109.
- Masi, G. (2003). Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: Beyond DSM-IV. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 99-105.
- Oliveira, J. A., & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting experiences for the therapist in-session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 231-245
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Ronnestad, M. H. (2001). Towards an empirically-grounded model of psychotherapy training: four thousands therapists rates influences on their development. *Australian Psychologist*, 36 (2), 139-148.
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist:

- Research findings and perspectives on development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Santo, R. A. D. & Vandenberghe, L. (2015) Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*, 8, 193-200.
- Silvestre, R. L. & Vandenberghe, L. (2008). The therapist's feelings. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 4, 355-359.
- Skovholt, T. M., & McCarthy, P. (1988). Critical incidents: Catalysts in counselor development. *Journal of Counseling and Development*, 67, 69-73.
- Skovolt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development. Chichester, England: Wiley.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional analytic psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Vandenberghe, L., Coppede, A. M. & Kohlenberg, R. J. (2006). Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 29, 41-46.
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O., & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 45-53
- Vandenberghe, L.; & Silveira, J.M. (2013). Therapist Self-as-Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3):159-167
- Vieira, M. F. J. A. & Vandenberghe, L. (2017). O self do terapeuta na terapia comportamental.
- Wright, G. Z. (2000). Controle psicológico do comportamento de crianças. In R. E. McDonald & D. R Avery (Eds.), *Odontopediatria*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan.

4.2 Artigo 2

CAMINHOS E SUPORTES PARA O TERAPEUTA EXPOR EMOÇÕES EM SESSÃO

Resumo

A relação pessoal entre terapeuta e cliente se tornou ferramenta do tratamento psicoterápico. A expressão mútua de emoções é vista na literatura contemporânea como maneira para construir um relacionamento produtivo com o cliente. O objetivo desse estudo é explorar como o terapeuta decide usar suas emoções e como prossegue usando as mesmas em sessão. Foi desenvolvido um estudo, com 14 terapeutas, por meio de entrevistas semiestruturadas para sondar como os terapeutas trabalham com suas emoções na prática clínica. O método foi pautado na Grounded Theory Analysis. Os resultados mostram que terapeutas decidem sobre a relevância das suas emoções se baseando no seu modelo teórico, conceituação do caso do cliente e na sua sensibilidade pessoal. Afloram, no clínico, modos para trabalhar com suas emoções considerando os riscos, suas dificuldades pessoais, tendo cautela, agindo com coragem e acolhendo o cliente com humildade e amor.

Palavras-chave: Processos psicoterapêuticos; Grounded Theory Analysis; Emoções manifestas; psicologia clínica; emoção do terapeuta; relacionamento terapêutico

Abstract

The personal relationship between therapist and client has become a treatment tool in psychotherapy. Mutual expression of emotions is seen, in the contemporary literature, as a way to build a productive relationship with a client. The aim of this study is to explore how the therapist decides to explore his or her emotions and how he or she goes about using them in session. A study was probed, through semi-structured interviews with 14 therapists, how they work with their emotions in clinical practice. The method was based on Grounded Theory Analysis. The results show that the therapist decides on the clinical relevance of his or her emotions based on the theoretical model he or she uses, the client's case conceptualization, and the therapist's personal sensitivity. The clinician develops ways to work with his or her emotions, considering the risks, his or her personal difficulties, with caution, bolstering, courage, and accepting the client humbly and with love.

Key-words: Psychotherapeutic Processes; Grounded Theory Analysis; Expressed Emotion; Psychology Clinical; Therapist's Emotion; Therapeutic relationship

Introdução

A relação terapêutica oferece dicas sobre as maneiras de funcionar do cliente que, compreendidas pelo terapeuta, podem ser trabalhadas em sessão^{1,2,3}. As variáveis que possuem relação com os problemas do cliente não ocorrem apenas fora da sessão, encontram-se também na relação terapêutica. Linehan⁴ entende por relação terapêutica o processo transacional no qual o terapeuta e o cliente exercem e recebem influências recíprocas que podem ser carregadas de sentido para ambos, além de promover mudanças mútuas.

A literatura clínica sugere que aquilo que o terapeuta sente em relação a um cliente é importante em sua atuação terapêutica. Isto não significa que o terapeuta não sinta emoções semelhantes às das outras pessoas da vida do cliente, mas que a relação terapeuta-cliente tem que oferecer algo original, que potencialize o processo de mudança do cliente e que deve ser usado para somar relevância ao processo psicoterápico. Essa mesma literatura pede que o profissional se pergunte a todo tempo, o que seus sentimentos revelam sobre os problemas do cliente^{1,2,5}.

As emoções dos terapeutas assumem significados diferentes dependendo do modelo teórico. Nas terapias comportamentais de matriz brasileira, que incluem a terapia analítica comportamental⁶ e a terapia por contingências de reforçamento,⁷ observa-se que sentimentos podem sinalizar contingências relevantes para o tratamento. Enquanto na análise aplicada do comportamento, o foco nas técnicas operacionais não deixa explícito um papel relevante para as emoções do terapeuta no trabalho clínico.

Nas terapias comportamentais de matriz anglo-americana, o modelo clássico (que inclui a exposição graduada, a terapia implosiva e inundação) compreende que a relação com o terapeuta pode ser importante para o desenvolvimento da terapia, porém dá maior ênfase ao aspecto técnico do tratamento. A segunda onda, conhecida como terapia cognitiva comportamental, entende que a relação colaborativa entre terapeuta e cliente sustenta o processo e importou o conceito de contratransferência do modelo psicanalítico, traduzindo-o em termos das distorções cognitivas do terapeuta. Na terceira onda da terapia comportamental de matriz anglo-americana (que inclui a terapia comportamental dialética, terapia de aceitação e compromisso e terapia analítica funcional) o impacto do cliente sobre os sentimentos do terapeuta é material essencial na condução do tratamento.^{1,5,8}

Emoções difíceis (raiva, falta de envolvimento...) do terapeuta podem trazer dicas sobre o funcionamento do cliente e através do que o cliente evoca em sessão, o terapeuta passa a ter pistas para formular o caso e desenvolver intervenções específicas⁸. As experiências interiores do terapeuta, analisadas no contexto da sua história de aprendizagem e das contingências presentes em sessão, possibilitam questionamentos sobre a relação entre o que o terapeuta sente e os problemas do cliente⁹. Além disso, os sentimentos do terapeuta ajudam a detectar comportamentos problema e comportamentos-alvo do próprio profissional, providenciando dicas a respeito do caminho a seguir na condução do tratamento e na escolha das melhores estratégias terapêuticas¹⁰.

No entanto, expor-se emocionalmente a um cliente, mesmo contando com respaldo teórico, não é uma tarefa fácil. Poucas pesquisas investigaram essa prática. Foi verificado,

entretanto, que terapeutas procuram compartilhar algo sobre si durante a sessão apenas quando possuem clareza da finalidade, pois a exposição em excesso acarreta perda de foco e pode levar a violações de limites¹¹.

Quanto mais o terapeuta sabe sobre seus sentimentos e é cuidadoso na análise de sua origem e seus efeitos no relacionamento com o cliente, mais será capaz de identificar o que a emoção sentida significa no contexto da interação e a relação que possui com os objetivos do tratamento¹².

Na literatura clínica contemporânea é enfatizada a importância dos sentimentos do terapeuta como ferramenta clínica¹². Contudo, essa literatura oferece instruções baseadas no modelo teórico e não na vivência dos profissionais no campo. Falta a essa literatura um diálogo aberto com a perspectiva dos terapeutas a respeito do uso dos seus sentimentos na relação terapêutica e das dificuldades envolvidas na exposição emocional.

A literatura enfatiza que o terapeuta não deve ver a situação do ponto de vista da emoção, e sim detectar o que o sentimento representa no momento e como ele está relacionado com o fluxo de interações na sessão⁸. Portanto, o terapeuta, para expor suas emoções em sessão, precisa de suportes confiáveis e de desvendar caminhos para que a exposição não perca o foco dos objetivos do tratamento. Pretende-se nessa pesquisa descrever quais suportes os terapeutas usam na prática clínica e quais caminhos seguem para fazer da exposição emocional uma boa estratégia clínica.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 14 psicólogos, 8 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Eles tinham em média 7,6 anos de experiência clínica, variando entre dois a 20 anos de experiência. Foram organizados em três grupos: A) terapeutas novos : aqueles com dois a cinco anos de experiência clínica), B) terapeutas com médio tempo de experiência: com 6 a 9 anos de clínica e C) terapeutas com grande experiência: 10 anos de clínica ou mais. A pesquisa contou com 6 terapeutas do grupo A (novos), 4 do grupo B (médio) e 4 do grupo C (mais tempo de experiência).

Quanto as abordagens dos participantes, 5 eram comportamental, 2 psicanalítica, 2 cognitiva, 2 gestalt e 3 de outras abordagens. A diversidade de enfoque teórico, de tempo de experiência clínica (entre dois e vinte anos) e um número próximo entre terapeutas participantes dos dois gêneros (seis homens e oito mulheres) foram propositais, com intuito de verificar se algum

desses fatores eram variáveis determinantes para optar por caminhos e suportes na exposição emocional.

Tabela 7.

Dados dos participantes: enfoque teórico, gênero e anos de experiência clínica.

Abordagem teórica	Participante	Gênero	Experiência clínica (Anos)
Comportamental	T1	F	C (15)
	T2	F	C (10)
	T3	M	C (10)
	T4	M	B (8)
	T5	F	A (5)
Psicanalítica	T6	M	A (3)
	T7	F	A (2)
Cognitiva	T8	F	B (6)
	T9	M	A (5)
Gestalt-terapia	T10	F	B (9)
	T11	M	A (2)
Programação neolinguística	T12	F	C (20)
Histórico-cultural	T13	M	B (7)
Psicodrama	T14	F	A (4)

Os participantes foram encontrados através da divulgação de informações sucintas sobre a pesquisa em redes sociais, em páginas previamente selecionados por terem grande acesso de psicólogos (como o grupo no Facebook com o título “Psicólogos Goiânia”), também foi feito o convite a psicólogos já conhecidos pela pesquisadora que possuíssem familiaridade com o foco da pesquisa (utilização das suas emoções em seus atendimentos clínicos).

Os terapeutas que participaram da pesquisa foram escolhidos de acordo com os critérios previamente definidos, sendo eles: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a algum CRP b) relatar usar suas próprias emoções em seus atendimentos clínicos c) ter no mínimo dois anos de experiência clínica d) possuir interesse em ser participante da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Assim, pretendeu-se incluir somente profissionais com perfil clínico e que atribuíssem ao uso das emoções em seus atendimentos alguma relevância clínica. Não houve nenhuma desistência ou exclusão de participante ao longo da pesquisa.

Materiais

A entrevista consistiu em seis perguntas norteadoras elaboradas pela própria pesquisadora, sendo elas: 1) O que costuma te indicar que sua observação ou alguma experiência pessoal sua, pode ser útil ao cliente? 2) Qual seu objetivo quando revela uma emoção sua, ao seu

cliente? 3) Há algum tipo de cliente que você opte por não utilizá-las, que considere arriscado ou pouco vantajoso? 4) Qual costuma ser a reação do cliente após ter conhecimento das suas emoções? 5) Qual o impacto que você percebe sobre você depois de expor uma emoção ao cliente? 6) Quais os benefícios que você percebe no atendimento a esse cliente, após dividir suas emoções?

A partir das perguntas realizadas e, conforme as respostas eram dadas, a entrevistadora poderia levantar novas perguntas para esclarecer e aprofundar algum ponto. Toda a coleta de dados seguiu o método indutivo da *Grounded Theory Analysis*, na sua forma modificada proposta por Charmaz¹³.

Ao escolher a *Grounded Theory Analysis* como método de pesquisa e análise de dados, valeu-se durante toda a pesquisa do agnosticismo teórico, uma postura que consiste na recusa da pesquisadora de ajustar sua interpretação precocemente a uma posição teórica já articulada e a estudos realizados na área. O agnosticismo teórico não consiste em negar que convicções e teorias da pesquisadora, influenciam seu trabalho de muitas formas, porém assume uma atitude diferente a respeito do conhecimento e convicções teóricas.

Na *Grounded Theory Analysis* o conhecimento e as convicções da pesquisadora são vistas como conceitos sensibilizadores (derivados das experiências da pesquisadora e da sua formação). Charmaz¹³ acrescenta que, mesmo não sendo possível conduzir a pesquisa com uma mente vazia, nada impede que a pesquisadora tenha uma mente aberta durante o processo. Ainda que o estudo tenha origem em hipóteses para a construção do conhecimento e que os pesquisadores possuam interesses iniciais de pesquisa, são necessárias comparações constantes destes interesses com os dados emergentes e são os dados que direcionam a análise¹⁴.

Desta forma, quando se utiliza a *Grounded Theory Analysis*, a pesquisadora não busca aplicar teorias, mas aprender com a comunidade que vive e trabalha com as situações que aguçam sua curiosidade.

Procedimento

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE:53401616.0.0000.0037), foram programados encontros entre a pesquisadora e cada participante.

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos e 57 segundos (a menor de 27 minutos e 42 segundos, e a maior de 01 hora 08 minutos e 18 segundos). Elas foram realizadas no consultório dos terapeutas ou via Skype, respeitando as condições necessárias de privacidade e isolamento acústico. As entrevistas foram gravadas e transcritas de modo que apenas os

autores tiveram acesso.

Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas literalmente e passaram então, por uma codificação aberta. A princípio era feita uma leitura analítica da entrevista e um delineamento de unidades de sentido, denominada codificação aberta ou codificação analítica. Isto é, foram criados códigos que sintetizassem e explicassem as partes relevantes do texto das entrevistas.

Esta codificação aberta, formou uma ferramenta descritiva para analisar os dados que se repetiam quando o sentido de outras partes do texto fossem semelhantes ao mesmo código, sendo que poderiam ser alterados e melhorados ao longo das análises.

Em seguida, os dados passaram por uma codificação focalizada. A codificação focalizada permite a pesquisadora separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados¹³. Foi feito um processo de comparação contínua entre os dados da própria entrevista e das outras entrevistas. E dessas comparações surgiram as categorias, sendo que os dados formam a base da teoria e a análise desses dados origina os conceitos que construímos.

Assim, a partir dos códigos, categorias foram construídas. Categorias explicam ideias, eventos ou processos encontrados. Elas abarcam temas comuns a vários códigos, o que permite refinar os dados de uma forma mais genérica, reunindo mais dados quando o processo estivesse evidente. Dessa forma, muitas categorias foram criadas.

Toda a coleta e análise de dados foram norteadas por conceitos sensibilizadores, que foram pontos de partida para a realização da pesquisa e foram desenvolvidos ao longo dela, pela própria pesquisadora. Os conceitos que sensibilizaram questionamento sobre o assunto da pesquisa estavam relacionados com: a literatura sobre emoções revisada na introdução; a pessoa do terapeuta; a relação terapêutica e a experiência clínica com exposição de emoções da própria pesquisadora durante o estágio clínico e a percepção à medida que os atendimentos aconteciam de como a exposição da emoção da pesquisadora como estagiária traziam força para a relação terapêutica.

Relacionando as categorias, construiu-se uma teoria substancial que descrevesse quais são os caminhos e os suportes que os terapeutas utilizam quando optam por expressarem suas emoções no contexto clínico, de acordo com a perspectiva dos próprios entrevistados. Os resultados serão apresentados partindo das categorias que emergiram dos dados obtidos nas entrevistas. Cada categoria emergiu de conceitos desenvolvidos durante a análise, que são representadas como subcategorias, descritas através de códigos. Na explanação dos resultados,

são apresentados fragmentos literais retirados das entrevistas, para ilustrar o que os códigos expressam.

Resultados

Observa-se que terapeutas que decidiram expor suas emoções ao cliente refletiram sobre a relevância terapêutica que a exposição teria, além de levarem em consideração os impasses que a exposição poderia sofrer e traçar maneiras de favorecer a abertura à exposição (Tabela 8). A emoção do terapeuta exposta na sessão exige ponderação sobre os impasses e a ousadia, pois nem sempre os resultados da vulnerabilização do terapeuta irão corresponder às suas expectativas.

Tabela 8.

Caminhos e suportes para o uso das emoções pelos terapeutas

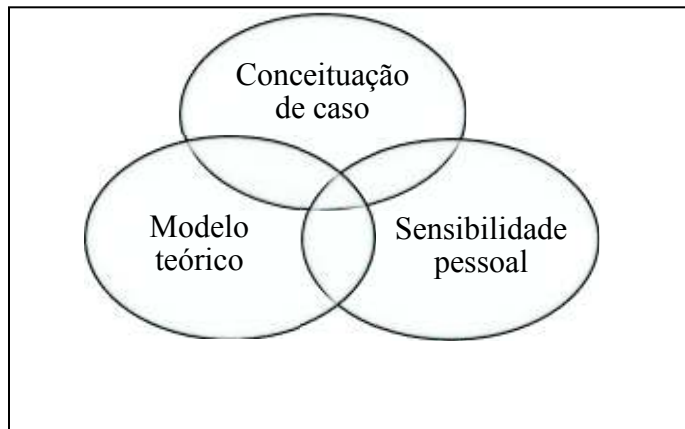
Eixos (Caminhos)	Categorias (Suportes)	Participantes que contribuíram	
		Total	Participantes
Relevância terapêutica	Modelo teórico	6	T1, T2, T3, T6, T9, T11
	Conceituação de caso	8	T1, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T14
	Sensibilidade pessoal	10	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T10, T11, T13
Impasses da exposição	Considerando os riscos	9	T1, T2, T3, T4, T5, T10, T11, T12, T13
	Dificuldades pessoais	5	T1, T3, T4, T8, T12
	Cautela	13	T1, T2, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14
Abertura à exposição	Coragem	9	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T8, T11, T14
	Humildade e Amor	6	T4, T5, T6, T12, T13, T14

Relevância Terapêutica

Os terapeutas usaram suas emoções de acordo com sua percepção da relevância terapêutica que teria a exposição de sua emoção para aquele cliente. Eles seguiram três suportes (modelo teórico, conceituação de caso e sensibilidade pessoal). Todos os 14 participantes contribuíram com a categoria “Relevância Terapêutica”. A subcategoria com participação mais expressiva foi a “sensibilidade pessoal” com 10 participantes.

Vale enfatizar que a insistência de estar em concordância com o modelo teórico, basear-se na conceituação de caso e na sua sensibilidade pessoal não são subcategorias excludentes, mas podem ser complementares.

Figura 2. Aspectos da relevância terapêutica podem ser complementares



Modelo teórico: Quase a metade dos terapeutas relatou expor emoções seguindo parâmetros e técnicas estipuladas pela teoria que adotam em seus atendimentos clínicos. Nesta categoria (modelo teórico), encontramos mais contribuições de homens que de mulheres, igual contribuição entre novatos e terapeutas experientes e nenhuma participação de terapeutas do intervalo seis a nove anos de experiência.

Incluiu mais que a metade dos terapeutas de abordagem comportamental, um de abordagem psicanalítica e um gestalt terapeuta. A T2, por exemplo, embasa sua expressão emocional seguindo os moldes da Terapia Analítica Funcional (FAP): “A FAP foca muito e que eu acabo fazendo bastante é usar minha emoção pra identificar momentos chaves da sessão.”

Conceituação do caso: A exposição do terapeuta foi relacionada com a sua compreensão da formulação do caso do cliente por cerca da metade dos participantes. Aqui, as mulheres foram bem mais representativas que os homens e todas as abordagens teóricas e níveis de experiência estavam presentes.

Participante T1 disse: “é ajudar na conceituação de caso, qual o impacto que normalmente esse cliente causa nas pessoas”, o mesmo ocorreu com a T5, o que ela sentiu em relação a um cliente se aproximou do que o cliente relatava ser a sensação de outras pessoas do seu convívio e isso deu a terapeuta, um entendimento melhor do caso “Uma pessoa me dizia que é muito solitária, ninguém liga pra ela, e aí durante as sessões você foi percebendo que a pessoa é mala, é chata, dá preguiça de atender e isso acaba funcionando como um dado, se eu me sinto assim, provavelmente as pessoas que estão ao redor, também se sente e justifica então, ela ser meio solitária e isso também é um dado”.

Sensibilidade pessoal: Os terapeutas utilizam das emoções em concordância com a própria sensibilidade e estilo pessoal em conduzir a terapia “Baseio muito nas minhas emoções, aí eu falo de mim mesmo. Prefiro ser humana, autêntica, espontânea.” – T5.

Na construção deste conceito, houve igual participação entre os gêneros, e não houve

diferença expressiva quanto ao tempo de experiência. Participaram todos os terapeutas das abordagens: comportamental, psicanalítica e Gestalt e nenhum das outras abordagens.

Os terapeutas relataram que as exposições ocorriam à medida do que sentiam seguros na relação estabelecida com o cliente, *“Vai da experiência mesmo, você vai tendo o “feeling” para captar o melhor momento para a pessoa, quando ela está realmente pronta para receber isso que você quer passar, vai muito da experiência também com aquela pessoa”* – T11.

O enlaçamento entre os suportes nos quais o terapeuta se embasou foi notório. O modelo teórico, a conceituação de caso e a sensibilidade pessoal foram por vezes, levados em consideração pelo mesmo terapeuta, antes que a exposição emocional fosse feita. *“Essa emoção, quando eu sinto que vale a pena falar dela para um cliente, seguindo uma abordagem mais fenomenológica e humanista até. A gente sente isso, aquele caso que você precisa demonstrar essa emoção, pra ele sentir também, porque se não fica distante, no processo terapêutico. E aí, você não tem a questão dialógica e ela é essencial, essa relação eu-tu com seu cliente”* –T11.

Impasses da exposição

Os terapeutas avaliam os riscos, e as dificuldades pessoais que enfrentariam ao se vulnerabilizar e procuram ter cautela em suas exposições. Todos os participantes contribuíram com a categoria “Impasses da exposição”. Sendo que a subcategoria com participação mais expressiva foi a “cautela” com contribuição de 13 terapeutas.

Considerando os riscos: Os clínicos analisaram quais eram os possíveis danos que a exposição poderia acarretar. *“Expressar uma emoção sem objetivo é um risco”*-T11. Chama atenção que somente os cinco terapeutas comportamentais e os dois Gestalt terapeutas contribuíram para esse tópico, incluindo todos os terapeutas com mais tempo de experiência. Sendo assim, é possível que terapeutas experientes tendam a analisar mais profundamente os riscos da exposição emocional.

Os possíveis perigos de uma exposição emocional do terapeuta relatados pelos participantes foram: o cliente não compreender a função da exposição da emoção do terapeuta, atribuir um sentido equivocado a ela, confundir o tipo de relação que é mantida no setting terapêutico ou o cliente se apaixonar pelo terapeuta, por exemplo. Também corre o risco de o cliente interpretar a exposição do terapeuta como uma invenção, uma narrativa falsa criada para que o cliente se abra (T3). Outro risco em que o terapeuta se sujeita ao se expor emocionalmente é o de o cliente, não ter com o profissional o mesmo compromisso ético, e alguma informação pessoal do terapeuta, não ser mantida em sigilo entre a dupla (T13).

Dificuldades pessoais: Os terapeutas identificaram problemas inerentes a eles que dificultavam a exposição emocional, questões que precisavam antes ser trabalhadas em outro ambiente “*eu me via muitas vezes no começo espantando inconscientemente alguns clientes e depois eu fui entender que eu não estava pronta pra passar aquela jornada, eu simplesmente não tinha preparo, ia ter que trabalhar primeiro em mim aquilo*”- T12.

Três dos quatro terapeutas com maior experiência clínica analisaram suas próprias dificuldades quando em contato com um cliente e nenhum, dos 6 terapeutas de menor experiência clínica, falaram a respeito.

O profissional identificar e se propor a trabalhar as próprias dificuldades exigiu franqueza dos mesmos em admitir situações em que não possuíam recursos suficientes. “*Entender que a gente não tem o completo domínio de tudo que acontece em sessão, isso desperta medo também. Pode acontecer do próprio terapeuta não estar preparado para dar conta daquilo, né? Seja por se identificar, por não estar em um bom dia.. Então, penso que isso também tem que ser levado em consideração, porque somos humanos também, temos uma série de questões íntimas mal resolvidas que precisamos lidar e aquele não é o melhor espaço.*”- T8

Os clínicos tomaram precauções antes de se vulnerabilizarem aos clientes. “*Está muito ligado à relação que estamos construindo ali e o tempo que eu levo para ter segurança no meu paciente e ele em mim.*”- T13. As ponderações que fizeram antes de trazerem um conteúdo íntimo à tona. “*Compensa falar pra pessoa? Ela vai ouvir? Ela vai se magoar? Então, isso tudo é muito cuidado que a gente tem e no final das contas, quando você não sabe o que vai falar, como vai falar, é melhor não falar. E normalmente quando eu ponho a minha emoção, não é falar de qualquer jeito, preciso ir com calma, ir com jeito.*”- T12.

Houve situações em que os terapeutas perceberam a relação terapêutica ainda frágil, não suficientemente consolidada para que abarcasse o conteúdo pessoal do terapeuta: “*Quando o vínculo ainda tem aquela figura de autoridade por parte do terapeuta ou partir de uma vinculação apenas afetiva e não de uma vinculação colaborativa de trabalho. Eu acho que a minha expressão emocional pode prejudicar alguma coisa e aí, eu prefiro tomar um pouco mais de cuidado.*”- T9.

Ainda que os participantes tenham considerado os riscos da exposição emocional, eles apontaram formas de torná-la segura e coerente como: a análise pessoal feita pelo próprio terapeuta, supervisões junto a um segundo profissional “*A supervisão que eu vinha fazendo, a supervisão é muito válida pra encontrar os momentos certos e as medidas certas dessa exposição.*”- T2 e manter-se atualizado nos estudos que contemplam sua área de atuação, “*Penso que é a tríplice né? A terapia, supervisão e conhecimento. Acho que tem que estar muito bem paramentado para dar conta disso.*”- T8. Outro cuidado viável relatado foi o de confirmar a

interpretação feita pelo terapeuta junto ao cliente, e de não tomar a interpretação do profissional como verdade absoluta, *“Ficar esperto também, porque às vezes a gente erra, compensa confirmar com o cliente se aquilo que eu estou sentindo, estou pensando, está de acordo com o que ele está trazendo, porque as vezes não está.”*- T11.

Abertura á exposição

Quando os terapeutas consideraram que se vulnerabilizar ao cliente poderia ser produtivo, se muniam de coragem, humildade e amor. Onze participantes contribuíram com a categoria “Abertura à exposição”, incluindo todos os terapeutas com maior experiência clínica e todos os terapeutas comportamentais.

Coragem: Terapeutas expressaram a necessidade de certa dose de audácia para se mostrarem vulneráveis aos clientes. Arriscavam-se em algumas circunstâncias, a favor do cliente, da relação e do progresso clínico. *“Tudo bem que eu me coloquei de uma forma arriscada, mas se eu não agir dessa forma, eu não to usando da minha percepção enquanto terapeuta para ajudar quem me procura.”*- T11.

A ousadia do terapeuta torna a terapia real e genuína. É uma simples forma de honestidade, como ilustra a fala do terapeuta 3: *“Quando eu já fui frustrado muitas vezes, o cliente te corta, muda de assunto, invalida a relação terapêutica, critica muito, quando a frequência disso é alta... Aí não tem jeito, eu tenho que correr o risco para não cair em algo antiético, que é empurrar uma terapia que não vem dando certo. Falo o que eu estou percebendo, o que estou sentindo e pago pra ver o que vai resultar dessa fala minha”*.

Humildade e amor: Os profissionais reconheceram e se desculparam por possíveis falhas de interpretação. *“Pedir desculpas e pedir ajuda, se você me ajuda eu vou poder trabalhar melhor e te ajudar melhor. Fiz algo errado, tento explicar o que aconteceu dentro de mim que me levou para aquele caminho, reconheço e me mostro bem intencionado pelo menos e isso costuma ser o suficiente para seguir em frente.”*- T4.

A exposição requereu abertura do terapeuta também para aceitar o cliente como ele é e com tudo aquilo que ele traz à sessão *“O outro não precisa atender a minha expectativa, eu preciso estar bem aberta para aceitar a pessoa, no que ela consegue ser naquele momento.”*- T12.

Segundo os terapeutas, é imprescindível uma postura calorosa, verdadeira e cuidadosa com o outro. O terapeuta precisa agir com amor, estar realmente disposto, envolvido e interessado pelo cliente *“uma cliente uma vez, tudo estava indo muito bem e em um dado momento, em um evento ela se frustrou e eu me vi na relação com ela, muito frustrada com o*

que tinha acontecido. Então, nós compartilhamos aquela frustração. Isso deixa claro pra nós duas, que estamos juntas nisso”- T12.

Humildade e amor tornaram possível amparar a pessoa em seu sofrimento e vibrar junto em meio a seus avanços. *“Você cria um vínculo e aí entra um fator muito importante que é o acolhimento, você e seu cliente são parceiros de verdade, estão juntos. A sociedade em si, blinda as pessoas de sentirem, cobram uma neutralidade, imparcialidade em todos os tipos de relações e quando a pessoa entra em um processo psicoterapêutico, ela está buscando o que? Acolhimento.” - T6.*

Estabelecidas essas prerrogativas nos atendimentos, elas trouxeram liberdade ao cliente, em ser o que é, mais consistência para a relação e maior flexibilidade ao terapeuta. *“Me sinto e sinto meu trabalho mais leve, porque eu não preciso fazer pose entende? Estou ali, sendo eu e é isso. E estou aceitando o outro e sendo aceita por ele”- T5.*

Discussão

Os terapeutas são cada vez mais cobrados a fazerem pleno uso de suas emoções, e a discutir seus valores e dificuldades nas situações em que isso possa trazer profundidade ao processo terapêutico^{1-3,15}. A presente pesquisa mostrou que os terapeutas possuem mais facilidade em identificar os impasses da exposição emocional (considerando os riscos, as dificuldades pessoais e tendo cautela) do que em se abrir à exposição emocional (através de coragem e com atitudes de humildade e amor) o que pode ser uma das justificativas de o uso das emoções do terapeuta no contexto clínico ainda ser pouco difundida. Por outro lado, o estudo também mostrou que não são muitos os terapeutas que avaliam as suas próprias dificuldades no atendimento clínico. Enquanto há vantagens importantes em conhecer e explorar as dificuldades do profissional, tanto quanto suas habilidades⁸, os terapeutas não aprofundam tanto a relevância das suas fragilidades para a relação terapêutica. Assim pode perder oportunidades terapêuticas riquíssimas.

A literatura aponta vários benefícios da expressão de emoções. As repercussões que a discussão do impacto que o cliente tenha sobre o terapeuta pode esclarecer variáveis relacionados com os problemas clínicos do cliente e que podem servir como divisor de águas na maneira como se relaciona com o terapeuta, por exemplo, abandonando resistência e abrindo-se para o trabalho em conjunto⁹. Há a possibilidade de fortalecer a aliança¹⁶ ou de concertar quebras da aliança terapêutica através da exposição¹⁹, além de providenciar feedback sobre o impacto interpessoal que o cliente produz^{9,17}, normalizar o comportamento do cliente ou oferecer um modelo de

comportamento efetivo¹⁶.

Aponta também as seguintes qualidades interpessoais como sendo relevantes ao resultado positivo da psicoterapia: habilidades interpessoais¹⁶, capacidade de afirmação, genuinidade e empatia com diferentes tipos de clientes¹⁷, capacidade de resistir à agressão, desvalorização e rejeição por parte dos clientes¹⁸⁻²⁰. Esses fatores parecem mais relevantes que experiência prática ou treinamento^{21,22}.

Muitos terapeutas integram as suas características pessoais a suas habilidades profissionais²³. Quanto à experiência prática, o estudo mostrou que terapeutas mais experientes, tendem a considerar mais os impasses da exposição e que ainda isso, torna as atitudes de abertura a exposição mais frequentes e mais contextualizadas à demanda do cliente. A confiança na relevância terapêutica e sua própria sensibilidade podem se somar aos critérios avançados pelo modelo teórico a respeito da exposição pessoal do terapeuta.

A relevância clínica das emoções e das informações pessoais do terapeuta é primordial²⁴⁻²⁶. Assim como no presente estudo *“se não tem sentido pro outro, eu não tenho razão pra falar, desde o começo eu tenho esse cuidado, ter a certeza do que tá me motivando a falar aquilo”* – T10. A exposição da emoção ou de algo pessoal, atende a uma estratégia, a intenção da exposição irá definir o uso no relacionamento terapêutico. Logo, as emoções foram usadas a serviço do cliente e não a serviço de interesse próprio do terapeuta. Ser autêntico e se permitir ser quem realmente é junto ao cliente, não acarreta liberdade total ao terapeuta para divulgações pessoais. Essas exposições emocionais estratégicas podem normalizar as experiências dos clientes, servir de modelo de comportamento de intimidade, demonstrar autenticidade e equalizar o poder na relação terapêutica²⁷.

A coragem reconhecida para a exposição pode significar: ser autêntico, expor conteúdo pessoal a serviço do crescimento do cliente, perseverar, suportar o medo da dificuldade. A coragem complementa os passos necessários para criar uma relação terapêutica íntima e evocativa, o que requer que os terapeutas estiquem seus próprios limites de intimidade e vão além de suas zonas de conforto *“eu coloquei de uma forma arriscada, mas se eu não agir dessa forma, eu não to usando da minha percepção enquanto terapeuta para ajudá-la.”* – T11.

Conclusão

De acordo com o modelo proposto pelo estudo, os terapeutas, sobretudo os mais experientes, ponderam antes de se exporem, sobre o quão a troca de intimidade será proveitosa

ao processo psicoterápico. Como suportes para a exposição emocional, terapeutas contam com a relevância terapêutica da interação emocional. Os profissionais se perguntam se a exposição está em consonância com o modelo teórico de intervenção adotado, se faz sentido ou contribui para a conceituação do caso e/ou se a sensibilidade do terapeuta e sua experiência clínica apoiam essa exposição.

Os riscos que a exposição acarretará na relação, como uma má interpretação, exige que o terapeuta tenha muito clara as possibilidades de ganhos do uso de suas emoções. O profissional calcula os riscos que se dispõe a correr com o cliente, avalia suas próprias dificuldades e o quanto se sente hábil para lidar com determinado assunto. Ainda, durante essa troca, humildade e amor permanecem ingredientes necessários a uma relação intensa e genuína².

De maneira geral a participação de cada gênero se equiparou nos suportes e caminhos para a exposição. Assim como, também não houve uma prevalência de uma abordagem sobre outra. No entanto, terapeutas com maior experiência clínica, tendem a considerar mais os riscos da exposição e ainda assim, enfatizaram coragem e ousadia em suas exposições, dando a entender que considerar os riscos da exposição não desmotiva o terapeuta a se expor e sim, torna a exposição mais sensata.

Estudos informando como o terapeuta se expõe a seu cliente e em que situações a exposição emocional é válida são escassos. Vale-se mais da sensibilidade pessoal do profissional em fazê-lo, do que em suportes teóricos e modos empiricamente sustentados. Além disso, gênero, tempo de experiência clínica ou abordagem teórica, nesta pesquisa, não apontou para nenhuma distinção no uso das emoções pelo terapeuta. Todavia pode-se pensar na necessidade de desenvolver uma discussão ampla sobre as práticas que envolvem as emoções do terapeuta como recurso terapêutico, investir em novas pesquisas com um número maior de participantes e/ou que tenha outros aspectos que possam interferir na exposição como foco de pesquisa. As contribuições presentes nesse estudo situam-se na tentativa de discutir e disseminar a discussão sobre o uso das emoções no contexto clínico.

As limitações do estudo incluem: um pequeno grupo de participantes, não permitindo generalizações, apenas amostra da realidade vivida pelos participantes. Além do foco das entrevistas na dimensão clínica, deixando outros espaços em que caberia a emoção do terapeuta para estudos futuros, onde poderá também explorar de forma mais aprofundada o efeito sobre a dimensão pessoal do terapeuta, uma vez que o foco da pesquisa foi voltado ao profissional. Além disso, entrevistas abertas não permitiram quantificar as emoções referidas, podendo só almejar compreender o sentido delas na atuação clínica de cada profissional.

Referências Bibliográficas

1. Wilson KG, DuFrene T. Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy. Oakland: New Harbinger. 2009
2. Koerner K. Doing dialectical behavior therapy: A practical guide. New York: Guilford. 2012
3. Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, Kohlenberg B, Follete WC, Callaghan GM. A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism. New York: Spring. 2009
4. Linehan MM. Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 1988; 7, 278-290
5. Tsai M., Kohlenberg RJ, Kanter JW, Holman GI, Loudon MP. Functional analytic psychotherapy: Distinctive features. Hove: Routledge; 2012.
6. Zaminhani, DR, Silva Neto ACP, Meyer SB. Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*. 2008. 3, 9—16
7. Guilhardi HJ. Terapia por Contingências de Reforçamento. Em: CN de Abreu, HJ Guilhardi (orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas*. 2004. 3-40. São Paulo: Roca.
8. Vandenberghe L, Silveira JM. Therapist Self as Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 2013. 43(3):159-167.
9. Oliveira, JA, Vandenberghe, L. Upsetting experiences for the therapist in session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*; 2009. 19(3), 231-245.
10. Santo RAD, Vandenberghe L. Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*; 2015. 8, 193-200.
11. Vieira, MFJA, Vandenberghe, L. O self do terapeuta na terapia comportamental. 2017
12. Vandenberghe, L.; Silvestre, RLS. Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2013. 13:257-266.
13. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.2006.
14. Lyn R, Morse JM. *Readme First for a user's guide to Qualitative Methods*. Los Angeles, EUA: Sage Publications. 2013.
15. Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF. *La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide Clinique*. Bruxelas: DeBoeck. 2011.
16. Goldman G, Anderson T. Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*. 2007; 54(2), 111-117.
17. Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press. 2002; 89-108.
18. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, England: Oxford University Press; 2002. 17–32.

19. Safran J, Muran J, Carter C. Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*; 2011. 48(1), 80-87.
20. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E. Therapist variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons; 2004. 227-306.
21. Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). New York: Routledge; 2015.
22. Ronnestad MH, Skovholt TM. *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY, USA: Routledge. 2013.
23. Hill CE, Helms JE, Tichenor V, Spiegel SB, O'Grady KE, Perry ES. The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. 1988; 35, 222-233.
24. Hayes, JA, Gelso CJ. Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session*. 2001; 57, 1041–1051.
25. Kohlenberg RJ, Tsai M. *Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas*. Santo André: ESETec. 2001.
26. Vandenberghe L, Coppede AM, Kohlenberg RJ. Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 2006; 29, 41-46.
27. Tsai M, Kanter, JW, Landes SJ, Newring RW, Kohlenberg R. The course of therapy: beginning, middle and end phases of FAP. In: Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter, J, Kohlenberg B, Follette W, Callaghan G. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer. 2009.

5 Discussão

Os preceitos da psicoterapia comportamental contemporânea trazem grandes desafios ao terapeuta, uma vez que para oferecer auxílio a seu cliente, o terapeuta integra seu conhecimento e suas capacidades profissionais a seus atributos pessoais (Linehan, 1988). As qualificações profissionais (tais como a competência na avaliação diagnóstica e habilidades técnicas) devem se fundir aos aspectos pessoais do terapeuta (maneira de estar com o outro, calorosidade, personalidade e expressividade não verbal) para criar uma prática psicoterápica mais intensa e eficaz (Strupp & Anderson, 1997; Heinonen, Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2012). Assim, processo psicoterápico envolve os sentimentos do terapeuta na esfera profissional e pessoal, tornando difícil a distinção entre elas. Não é possível separar a pessoa privada com seus valores e sensibilidades, do profissional que aplica um tratamento psicoterápico (Fideles & Vandenberghe, 2014; Oliveira & Vandenberghe, 2008).

O estudo verificou como os terapeutas utilizaram a identificação e exposição de suas emoções em seus atendimentos clínicos, deu voz aos clínicos e valorizou suas vivências como suporte para a construção de teorias clínicas. A realização desse estudo apontou ainda, que o uso das emoções do terapeuta no ambiente clínico não deve ser apresentado de maneira

dicotômica, distinguindo práticas corretas de incorretas. Mostra-se mais coerente adotar uma postura contextualista, tendo em vista dois contextos, o clínico e o relacional. O primeiro, diz respeito à expressão de emoção com objetivos clínicos, que difere das expressões de emoção habituais do cotidiano fora do ambiente terapêutico. O segundo contexto é a relação pessoal entre o cliente e o terapeuta, que determina a qualidade e intensidade das emoções e seu significado. A validade de cada contexto depende um do outro. Só é possível avaliar e compreender a expressão de emoção do terapeuta, quando considerado o contexto em que ocorre, neste caso, o clínico e o relacional.

Entende-se que intervenções terapêuticas específicas, junto ao envolvimento e esforço simultâneo entre terapeuta e cliente, são fundamentais para a construção de uma relação genuína e conseqüentemente para o progresso clínico. Significa que assim como as qualificações profissionais do terapeuta contribuem com a qualidade de suas intervenções, suas habilidades pessoais influenciam a maneira como interage com o cliente. É mais interessante então, conciliar o conhecimento adquirido às qualidades interpessoais, fazendo daquela interação mais potente e única para ambos.

O contato com as emoções do terapeuta podem oferecer uma nova perspectiva ao cliente e ajudar no desenvolvimento da consciência a respeito de si ou a respeito dos outros com quem mantém relações, ainda podem servir como meio para propor modelos para novos comportamentos do cliente. Trata-se de oferecer ao cliente algo diferente do que ele vinha recebendo em seus outros ambientes e que pode dar certo e se estender a outros ambientes e relações *“ajuda o cliente porque tá dando um modelo de relação que pode funcionar e ser aberta, onde as pessoas podem se colocar vulneráveis e não serem punidas por isso”* – T1.

O terapeuta pode também usar a expressão das suas emoções como reforçador natural nas sessões. Pode dizer ao cliente como se sente a respeito dele naquele momento ou expressar uma conexão interpessoal de forma não verbal. O terapeuta neste contexto é uma pessoa a quem o cliente interage, assim como faria com outros em um contexto semelhante. Porém, diferente de muitas outras pessoas, o terapeuta é capacitado a compartilhar os efeitos que o cliente tem sobre ele de forma que promova uma transformação terapêutica (Tsai et al., 2012).

Embora o tipo de relacionamento estabelecido entre terapeuta e cliente, seja único, a forma de se relacionar do cliente advem de suas outras relações. As próprias reações do terapeuta servem como um guia para comportamentos clinicamente relevantes na sessão, à medida que são semelhantes a reações de outras pessoas da vida do cliente. Isso pode envolver perguntas disparadas pelo terapeuta ao cliente como: "Estou tendo [x] reação a você

agora – como seu (outra pessoa significativa, chefe, membro da família, amigo, etc) reagem?".

Uma variedade de estudos apoia a exposição das emoções do terapeuta (Doster & Brooks, 1974; Nilsson, Strassberg, & Bannon, 1979; Simonson & Bahr, 1974; VandeCreek & Angstadt, 1985; Wetzell & Wright-Buckley, 1988). A reciprocidade de informações pessoais e exposição de emoções promove uma intensidade maior que situações em que a exposição emocional é unilateral, só por parte do cliente (Sprecher, Treger, Wondra, Hilaire & Wallpe, 2013). Os terapeutas participantes do presente estudo confirmaram sentirem maior vínculo e cooperação de seus clientes, após os terapeutas também expressarem algumas de suas emoções. Os clientes passaram a perceber o processo psicoterápico como uma relação colaborativa, não mais como o terapeuta como detentor do saber e da melhor maneira de se comportar.

O estudo realizado confirma que a expressão de emoções pelo terapeuta não está livre de perigos. Há pesquisas que se mostraram desfavoráveis à utilização das emoções do terapeuta em sessão por considerarem a exposição inapropriada (Carter & Motta, 1988; Curtis, 1982). Os principais argumentos contra o uso permeiam os riscos que a exposição pode trazer ao profissional se feita de forma equivocada e a possibilidade de que ao se expor, o terapeuta perca o foco da terapia, o cliente. Não há literatura cujo esforço esteja em identificar e interpretar os riscos em que o terapeuta se sujeita ao se expor emocionalmente, nem quais sejam esses riscos ou critérios testados empiricamente e validados para o uso seguro das emoções como recurso terapêutico (Hill et al., 1988; Myers & Hays, 2006). Na prática, a decisão fica a cargo do terapeuta, da sua interpretação do quanto poderá ser benéfico se emocionar junto a seu cliente. Cabe ao terapeuta, responder a si mesmo, se está preparado para utilizar dessa estratégia e do quanto está disposto a correr os riscos possíveis da exposição emocional.

O terapeuta, ao lidar concomitantemente com as suas próprias emoções, com as emoções do cliente e com as emoções que o cliente evoca nele, pode vir a se abalar afetando sua capacidade em prestar a ajuda profissional solicitada (Hill, Stahl, & Roffman, 2007). Cabe ao terapeuta discernir suas emoções das de seu cliente e o que evoca suas emoções, com esse discernimento, elaborar estratégias que possibilitem que tantas emoções presentes beneficiem o processo terapêutico.

Os riscos aos qual o terapeuta se expõe são reais e foram ressaltados no presente estudo. Recursos para uma decisão sensata incluem a importância da supervisão na diminuição dos riscos de se expor, a identificação por parte da terapeuta das variáveis que

interferem em seu comportamento e no processo terapêutico (Manduchi & Schoendorff, 2012; Guenzen, 2014). No estudo, exemplos semelhantes de recursos aos terapeutas foram encontrados “*Penso que é a tríplice né? A terapia, supervisão e conhecimento. Acho que tem que estar muito bem paramentado para dar conta disso*” –T13. Estes recursos também auxiliam o terapeuta a definir o melhor momento para exposição e a discernir conteúdos de interesse apenas do profissional daqueles que também são relevantes ao cliente “*eu tento na minha supervisão, na minha análise pessoal, primeiro saber o que está acontecendo, porque pode ser uma questão mal resolvida minha e não do paciente, tento enxergar algum elemento na fala dele que mexeu comigo, se mexeu ao ponto de me emocionar, o que tem dele na minha história e o que realmente tem valor dessa emoção, para o paciente.*” T-7.

De tudo isso, pode-se concluir que a exposição das emoções emerge como um recurso terapêutico com um leque de possibilidades, porém oferece riscos e exige ponderações do terapeuta. Mostrou-se uma ferramenta eficiente, quando utilizada de forma consciente, responsável e a serviço do cliente. Estar aberto a se emocionar e permitir que o cliente tenha acesso a essas emoções produz uma relação terapêutica densa e rica em oportunidades terapêuticas. O modelo oferece ao terapeuta perspectivas transformadoras para o cliente tanto quanto ao terapeuta.

6 Considerações Finais

O presente estudo assume importância, uma vez que são escassos os trabalhos realizados e publicados em que o foco estivesse nas emoções vivenciadas pelo terapeuta durante seus atendimentos clínicos. É evidente e objeto de inúmeras pesquisas, o cuidado com o cliente e com as emoções vivenciadas por ele. Portanto, a proposta deste estudo foi direcionar igual cuidado do profissional a si mesmo, com suas emoções, com as formas de manejá-las para que sirvam de oportunidade terapêutica favorecendo o progresso do cliente. Por meio da análise feita nesse estudo foi possível teorizar que um dos pontos centrais para que se tenham os benefícios da exposição das emoções do terapeuta, é necessário estar ao alcance desse profissional os caminhos e suportes que sustentam a exposição emocional.

Obedecendo a sequência de objetivos específicos relevados nessa pesquisa, foi possível compreender o que antecede a exposição emocional do terapeuta, compreender como é feita a exposição pelo profissional, foi possível analisar o impacto que a exposição da emoção do terapeuta tem sobre ele, sobre o cliente e sobre a terapia e as dificuldades que o terapeuta enfrenta ao optar por se expor. Além disso, foi possível averiguar, que nesta

pesquisa, gênero, abordagem teórica ou tempo de experiência clínica dos participantes, não constituíram impasse ou condição favorável a exposição.

Neste sentido, entendeu-se que o estudo aprofundou a compreensão de que as emoções exercem função no trabalho do psicólogo clínico, além de ter identificado quais são as contribuições que suas emoções podem assumir no processo clínico. Muitas oportunidades terapêuticas estão associadas a uma relação em que o terapeuta, além de profissional, se coloca como ser humano, onde há permissão para que ele se emocione, manifeste a emoção evocada, e, a partir da manifestação das emoções do terapeuta ao cliente, estas se tornam ferramentas a vários fins.

Sendo assim, quando ciente das emoções que o cliente lhe desperta, munido de objetivos, estratégias e cuidados para a exposição delas, o terapeuta e as suas emoções se tornam ferramentas de trabalho. O profissional utiliza as emoções evocadas a favor do cliente e da relação que almeja estabelecer com ele, o que não significa que essa exposição não envolva riscos ou dificuldades. O terapeuta deve mensurar os riscos possíveis e se dispor a corrê-los com o cliente. Para isso, sugestiona-se que o profissional mantenha-se humilde e amoroso ao longo do processo psicoterápico.

Através do estudo compreendeu-se que, o terapeuta se vale principalmente da coragem em se expor ao cliente e da avaliação que faz da relação estabelecida com este, e só em segundo lugar em suportes teóricos e modos empiricamente sustentados acerca da exposição emocional. O estudo permitiu ainda, a compreensão de que a exposição emocional do terapeuta pode cooperar com a terapia, trazer mudanças comportamentais, de perspectiva ao cliente, como também pode trazer aprendizagem pessoal e profissional ao terapeuta.

Espera-se, com a veiculação deste estudo através de sua publicação, ampliar o acesso à sabedoria prática dos terapeutas a respeito das emoções e que sirva de inspiração para novos estudos com temática semelhante.

Referências

- Assunção, A. B. M., & Vandenberghe, L. (2010). Rupturas no Relacionamento Terapêutico: Uma releitura analítico-funcional. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 215-230). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1993) O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, v. 1, n. 2, p. 71-80.
- Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiências de vida. Em M. Delitti (org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. (pp. 174-181). Santo André: ARBytes.
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw, B.F.& Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. The Guilford Press. New York.
- Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E. (2004). *Therapist variables*. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons; 227-306.
- Bittencourt, M.V. (2010). *Fantasiais sexuais no relacionamento terapeuta-cliente: Desafio e Oportunidade Terapêutica*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, & Watson JC. (2002). *Empathy*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press. 89-108.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Braga, G. L. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na Terapia Comportamental. *Estudos de Psicologia [PUCCAMP]* . v.23, n.3, 307-314
- Carter, R. I., & Motta, R. W. (1988). Effects of intimacy of therapist's self-disclosure and formality on perceptions of credibility in an initial interview. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 167-173.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.
- Coppede, A.S.M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: Alcances e limites*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1970>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *The basics of qualitative research* (3rd ed.) Los Angeles, CA: Sage.
- Cordioli, A. V. (1998). “As psicoterapias mais comuns e suas indicações.” Em Cordioli, A. V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cordova, J. V.; & Scott, R. L. (2001). Intimacy: a behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, v. 24, n. 1, p. 75-86.
- Cunha, O. R., & Vandenberghe, L. (2016). O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade *borderline*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 72-86.
- Curtis, J. M. (1982). The effect of therapist self-disclosure on patients' perceptions of

- empathy, competence, and trust in an analogue psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 54-62.
- Delitti, M. (1997) *Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional*. In: M. Delitti (Org), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiva-comportamental*, v. 2, pp. 37-44. Santo André: ARBytes.
- Dias, J.S. (2015). *Estresse, resiliência e coping em psicoterapeutas*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Doster, J. A., & Brooks, S. J. (1974). Interviewer disclosure modeling, information revealed, and interviewee verbal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 420-426.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*, 72(4), 358-389.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Farber, B.A. (1983), "Introduction: A critical perspective on burnout", in Farber, B.A., *Stress and Burnout in the Human Services Professions*, Pergamon, New York, NY, 1-20
- Ferenczi, S. (1928). Elasticidade da técnica analítica. In: *Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre.
- Fideles, M.N. D. & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia Analítica Funcional feminista: possibilidades de um encontro. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press
- Freeman, M. S., & Hayes, B. G. (2002). Clients changing counselors: An inspirational journey. *Counseling and Values*, 47, 13-21.
- Freud, S. (1916) Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência 27: Transferencia. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 503-521. (Edição Standard Brasileira, v.16
- Freud, S. (2006). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *Obras completas, ESB*, v. 11. Imago: Rio de Janeiro. (Trabalho original publicado em 1910)
- Geller, J. D., & Farber, B. A. (1997). *Why therapists do and don't disclose*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago
- Gelso, C.J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Glaser, BG. & Strauss, AL. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine De Gruyter
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *In Session: Journal of Clinical Psychology*, 59, 555-568.
- Goldman G, Anderson T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*. 54(2), 111-117.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R. R. (1981) *A técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Guenzen, L. C. (2014) *A influência da autorrevelação do terapeuta analítico-comportamental na evocação de comportamentos clinicamente relevantes e seus possíveis efeitos no processo terapêutico*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Guilhardi H. J. *Terapia por Contingências de Reforçamento*. Em: CN de Abreu, HJ Guilhardi (Orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas*. 2004. 3-

40. São Paulo: Roca.

- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In M. Z. S. Brandão et al. *Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor* ; pp.63-98. Santo André: Editora Esetec.
- Hayes, JA, Gelso CJ. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session*. 57, 1041–1051.
- Heiman, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, & Knekt P. (2012). Therapists professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of affective disorders* 138(3):301-12.
- Henwood, K;&Pidgeon, N. (2010) A teoria fundamentada. In: Breakwell, G. M.(org.). *Métodos de pesquisa em psicologia*. São Paulo: Artmed, p. 340-361
- Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 154-172.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Hill, C. E., Stahl, J. V., & Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 364 –370.
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy Made Simple: A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. New Harbinger Publications.
- Jodry, J (2003). From patient to client to fellow traveler: How psychotherapists grow through their interactions in the therapeutic relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), 1680.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and case conceptualization. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. S. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* ; pp. 37–60. New York: Springer
- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- Knox, S., Hess, S.A., Petersen, D.A., & Hill, C.E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 274-283.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E.A., & Kohlenberg, R.J. (1998). Functional analytic psychotherapy, the therapeutic alliance in brief psychotherapy (pp.63-93). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kohlenberg, B. S. (1998) Emotion and the relationship in psychotherapy: A behavior analytic perspective. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 271-289). Reno, NV: Context Press.
- Kohlenberg, R. , &Tsai, M. (2001). *A Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec. (obra publicada originalmente em 1991)
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. (1993). The dimensions of clinical behavior

- analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2009). Self and mindfulness. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 103–130). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J.; & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In Abueg, F. R., Follette, V.; Ruzek, J. (Orgs). *Trauma in context: a cognitive behavioral approach*. p. 42-55. Nova York: Guilford.
- Lambert M.J., & Barley DE. (2002). *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, England: Oxford University Press; 17–32.
- Leitão, L. G. (2003). Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 2(21), 175-183.
- Lima, C.A. (2017). *Campo e função do sofrimento do psicoterapeuta na terapia de casal em Goiás*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Linehan, M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 278-290
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32-40.
- Lyn, R. & Morse, J. M. (2013). *Readme First for a user's guide to Qualitative Methods*. Los Angeles, EUA: Sage Publications
- Machado, A. A. C. & Vandenberghe L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente borderline. *Psychologica*, 57, 95-109.
- Manduchi, K., & Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning functional analytic psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 72-77.
- Maroda, K. J. (1991) *The Power of Countertransference*. New York: JasonAronson.
- Masi, G. (2003). Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: Beyond DSM-IV. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 99-105.
- McGuire, W. (1976). *Freud/Jung: correspondência completa*. Rio de Janeiro : Imago
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of counselor general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the counselor and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 173–185.
- Nilsson D. E., Strassberg D. S., & Bannon J. (1979) Perceptions of counselor self-disclosure: an analogue study. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 399–404
- Oliveira, J.O. (2006). *Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: uma exploração da relação terapêutica*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GoiâniaDisponível:<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1853>
- Oliveira, J. A. (2002). *Intimidade no processo terapêutico*. 2002. 50f. Monografia de conclusão de curso não publicada - Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Oliveira, J. A., & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting experiences for the therapist in-session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 231-245

- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Ronnestad, M. H. (2001). Towards an empirically-grounded model of psychotherapy training: four thousands therapists rates influences on their development. *Australian Psychologist*, 36 (2), 139-148.
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 205–228). London: Routledge.
- Pitanga, A.V. (2009). *Conversações com psicólogas clínicas sobre resiliência profissional*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2041>
- Pitanga, A.V. (2016). *Conversações com terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais sobre sentimentos sexuais na relação terapêutica*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Prado, F.C. (2010). *O lugar de valores religiosos e a espiritualidade na terapia comportamental*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2021>
- Relke, D.M.A. (1993). Foremothers who cared: Paula Heimann, Margaret Little and the female tradition in psychoanalysis. *Feminism and Psychology*, 3, 89-109.
- Rogers, C. R. (1973). *Psicoterapia e consulta psicológica* (M. J. C Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Original publicado em 1942).
- Rogers, C. R. (2008). *As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica na personalidade*. Em J. K. Wood, J. R. Doxsey, L. M. Assumpção, M. A. Tassinari, M. Japur, M. A. Serra, R. W. Rosenthal, S. R. Loureiro, & V. E. Cury (Orgs.). *Abordagem centrada na pessoa* (4a ed., pp. 143-161). Vitória: EDUFES. (Original publicado em 1957).
- Roncato, L. (2008). *Fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência em psicólogas clínicas no ambiente de consultório*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3087>
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Ronnestad, M. H.; Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY, USA: Routledge.
- Safran, J.D. (1993) Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30,11-24.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J.D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 171-196.
- Safran, J.D & Muran, J.C. (2006) Has the concept of the aliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-29.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1998). *The therapeutic alliance in short term psychotherapy*. American Psychological Association Publications.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48:1, 80-87.
- Santo RAD, Vandenberghe L. Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*; 2015. 8, 193-200.
- Santo, R. A. D. & Vandenberghe, L. (2015) Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*, 8, 193-200.

- Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF. La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide Clinique. Bruxelles: DeBoeck. 2011.
- Silvestre, R.L.S. (2009). Emoções positivas na vivência do terapeuta. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2068>
- Silvestre, R.L.S. & Vandenberghe, L. (2008). The therapist's feelings. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 4, 355-359.
- Simonson N. P., & Bahr S. (1974) Self-disclosure by the professional and paraprofessional therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 359–363.
- Skinner, B. F. (1974). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Skovholt, T. M., & McCarthy, P. (1988). Critical incidents: Catalysts in counselor development. *Journal of Counseling and Development*, 67, 69-73.
- Skovolt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development. Chichester, England: Wiley.
- Sousa, A.C.A . (2004). *O impacto sobre a pessoa do terapeuta do atendimento ao cliente borderline*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2000>
- Sprecher, S., Treger, S., Wondra, J. D., Hilaire, N., & Wallpe, K. (2013). Taking turns: Reciprocal self-disclosure promotes liking in initial interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 860-866.
- Strupp, H., & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 76 – 82.
- Swales, M. A, & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 185-204), New York: Routledge.
- Tsai, M.; Kanter, J. W.; Landes, S. J.; Newring, R. W.; & Kohlenberg, R. (2009). *The course of therapy: beginning, middle and end phases of FAP*. In: Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter, J, Kohlenberg B, Follette W, Callaghan G. A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism. New York: Springer.
- Tsai, M.; Kohlenberg, R. J.; Kanter, J. W.; Kohlenberg, B.; Follete, W. C.; & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Spring.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional analytic psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- VandeCreek, L., & Angstadt, L. (1985). Client preferences and anticipations about counselor self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 206-214.
- 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., Coppede, A. M. & Kohlenberg, R. J. (2006). Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 29, 41-46.
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O., & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 45-53
- Vandenberghe, L.; &Silveira, J.M. (2013). Therapist Self-as-Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3):159-167
- Vandenberghe, L.; & Silvestre, R. L. S. (2013). Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research*.

- 13:257-266.
- Vieira, M.F.J.A. (2007). *Campo e função da auto-revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico a vivência do terapeuta*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Disponível:<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1988>
- Vieira, M. F. J. A. & Vandenberghe, L. (2017). *O self do terapeuta na terapia comportamental*.
- Villatte, M., Villatte J.L. & Hayes, S.C. (2015). *Mastering the clinical Conversation: Language as Intervention*. New York: Guilford Press.
- Wampold B.E., & Imel Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Wetzel, C. G., & Wright-Buckley, C. (1988). Reciprocity of self-disclosure: Breakdowns of trust 10 Hill & Knox in cross-racial dyads. *Basic and Applied Social Psychology*, 9, 277-288.
- Wilson K.G., & DuFrene T. (2009) *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Wright, G. Z. (2000). Controle psicológico do comportamento de crianças. In R. E. McDonald & D. R Avery (Eds.), *Odontopediatria*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan.
- Zaminhani, D.R., Silva Neto A.C.P, & Meyer S.B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*. 3, 9—16.
- Zetzel, E.R. (1956) Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.

Anexos

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir e caso aceite fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas deverá permanecer em seu poder e a outra será retida pela pesquisadora responsável. Em qualquer momento estarei disponível para prestar esclarecimentos e sanar dúvidas que porventura surgirem. Em caso de recusa não haverá penalidades. Em caso de dúvida em relação a ética aplicada a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC – GO, pelos contatos (62) 3946 1512 – cep@pucgoias.edu.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: “A relevância das emoções do terapeuta no atendimento clínico”

Pesquisadora Responsável: Olívia Rodrigues da Cunha

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Telefone para Contato: (62) 98136-0823/ (64) 8454-4980

E-mail: olivia.rcunha@gmail.com

Os procedimentos que serão adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa como Seres Humanos conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O objetivo deste trabalho é investigar a relevância do uso das emoções do próprio terapeuta como instrumento clínico e seu impacto na relação terapêutica, buscando a compreensão de que a exposição das emoções do terapeuta podem trazer intimidade a relação e beneficiar a terapia.

As entrevistas acontecerão no consultório dos participantes ou em outro espaço elegido por eles, que obedecem as condições básicas de privacidade e isolamento acústico, com duração média de uma hora e meia. As entrevistas acontecerão individualmente e contará com o auxílio de um gravador. Anteriormente às entrevistas, você deverá estar ciente dos propósitos da pesquisa e da voluntariedade na participação, não havendo em hipótese alguma, compensações financeiras, remuneração ou favorecimento pessoal, aos terapeutas

participantes em qualquer fase do trabalho.

A pesquisadora assume total responsabilidade pela pesquisa e garante o ressarcimento integral por qualquer despesa que tenha o entrevistado e indenizado caso ocorra algum tipo de dano, sendo que jamais será exigida a renúncia à indenização.

Não serão realizados procedimentos invasivos ou testes a nenhum tipo de produto.

Concluída a pesquisa o resultado será apresentado à Instituição e aos participantes que assim desejarem.

A pesquisadora garante sigilo absoluto ao participante, utilizando-se de nomes fictícios e a utilização dos dados será apenas para os objetivos da pesquisa.

Caso ocorra qualquer intercorrência devido aos conteúdos abordados no questionário ou entrevista, tais como: alguma reação emocional como nervosismo ou choro ou qualquer outra emoção advinda das vivências relacionadas à exposição das emoções em sua prática terapêutica. Como forma de precaver o risco, a pesquisadora irá realizar a coleta em ambiente seguro, sala reservada evitando possíveis constrangimentos, será reiterado ao participante o sigilo e o respeito à identidade do participante e dos exemplos que forem citados. O participante terá autonomia para expor apenas as vivências que achar pertinente e se aprofundar em questões que considere relevante e se sinta à vontade para acrescentar a pesquisa. Será oferecida a possibilidade de desistir da colaboração a qualquer momento, retirando seu consentimento. Caso ocorram prejuízos aos participantes, por exemplo, nervosismo ou choro, a pesquisadora encaminhará o participante para os cuidados de uma intervenção terapêutica para que tal incômodo possa ser resolvido. Este atendimento será realizado em clínica especializada em Psicologia na cidade de Goiânia – Goiás, com garantias de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, decorrentes da participação na pesquisa.

De tal maneira, os riscos oferecidos aos participantes desta pesquisa são mínimos e serão minimizados por meio dos cuidados acima assinalados.

Este trabalho pretende provocar um questionamento e um olhar crítico sobre a relevância das emoções experimentadas pelos psicólogos dentro de suas atuações clínicas, avaliando as implicações causadas na sua formação pessoal e profissional.

Espera ainda contribuir com futuros acadêmicos, formadores e em ambientes de discussão referente à relação terapêutica.

Os resultados dessa pesquisa serão publicados e divulgados nas áreas correspondentes à linha de pesquisa a fim de tornar público e contribuir para o público interessado no tema, buscando assim tornar este assunto mais explícito, considerando a relevância que apresenta.

As entrevistas serão gravadas, as fitas gravadas e as transcrições serão armazenadas junto a pesquisadora e serão incineradas ao completar cinco anos da realização das entrevistas.

O participante poderá retirar sua participação da pesquisa em qualquer momento que desejar, sem necessitar fornecer explicações e não sofrerá represália alguma ou será penalizado por parte da pesquisadora ou da Instituição.

Todos os procedimentos serão realizados com ética e responsabilidade e serão acompanhados pelo Orientador.

Eu, _____, portador (a) do RG _____ me disponho voluntariamente a participar da pesquisa em questão.

Declaro que fui informado (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto gere qualquer penalidade.

(Assinatura por extenso do participante)

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Pesquisadora: Olívia Rodrigues da Cunha

____/____/2016.

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
C

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Nome: _____

Sexo: F M

Quando se formou em Psicologia? _____.

Atua na área clínica há quanto tempo? _____.

Exerce outro trabalho, além dos atendimentos clínicos? Se sim, qual?

Possui alguma especialização?

Fundamenta seus atendimentos sob qual abordagem teórica?

Apêndices

Apêndice i - ROTEIRO DE ENTREVISTA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

As perguntas deste roteiro serão direcionadas aos psicólogos participantes da pesquisa, a fim de colher dados referentes a utilização de suas emoções em seus atendimentos clínicos.

O roteiro serve de referência para a pesquisadora conduzir a entrevista, e trazem como conteúdo as questões fundamentais que se pretende estudar. Contudo será preservado a flexibilidade do diálogo e a autonomia do participante em acrescentar ou retirar informações que considere relevantes.

- 1) O que costuma te indicar que sua observação ou alguma experiência pessoal sua, pode ser útil ao cliente?
- 2) Qual seu objetivo quando revela uma emoção sua, ao seu cliente?
- 3) Há algum tipo de cliente que você opte por não utilizá-las, que considere arriscado ou pouco vantajoso?
- 4) Qual costuma ser a reação do cliente após ter conhecimento das suas emoções?
- 5) Qual o impacto que você percebe sobre você depois de expor uma emoção ao cliente?
- 6) Quais os benefícios que você percebe no atendimento a esse cliente, após dividir suas emoções?

Obrigada por sua participação!!