

Universidade Católica de Goiás

Mestrado em Psicologia

**OS EFEITOS DE EPISÓDIOS AVERSIVOS SOBRE
A PESSOA DO TERAPEUTA: UMA EXPLORAÇÃO
DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

JOCINEYLA ALVES DE OLIVEIRA

Goiânia
Fevereiro de 2006

Universidade Católica de Goiás

Mestrado em Psicologia

**OS EFEITOS DE EPISÓDIOS AVERSIVOS SOBRE
A PESSOA DO TERAPEUTA: UMA EXPLORAÇÃO
DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

JOCINEYLA ALVES DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado da Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Goiânia
Fevereiro de 2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Luc, por exercer tão bem a sua função de orientador. Atenção, paciência, respeito e valorização do ser humano são algumas das características peculiares desse excelente mestre.

Às terapeutas-participantes por disponibilizarem seu tempo e suas vivências com o intuito de responder às questões da presente pesquisa.

À colaboração dos assistentes de pesquisa Celma Oliveira, Maiara Pondé e Artur Vandré Pitanga, na transcrição e digitação das fitas.

Às pessoas que colaboraram direta e indiretamente com meu trabalho: colegas de mestrado, professores da UCG, funcionários do LAEC e aos meus amigos.

A Deus por estar ao meu lado sempre, me levando a concluir com êxito o que me proponho a fazer.

Em especial, à minha família pelo amor incondicional, ensinamentos, valores morais e ao apoio que sempre me concederam.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Resumo | v |
| Abstract | vi |
| Introdução | 1 |
| 1. Punição | 2 |
| 2. Estimulação Aversiva na Psicopatologia e no Tratamento | 4 |
| 3. O Terapeuta sob Controle Aversivo | 13 |
| 3.1. Dificuldades Vivenciadas pelo Terapeuta no Setting Terapêutico | 20 |
| 3.2. Traumatização Vicária..... | 21 |
| 4. Auto-cuidados e Coping do Terapeuta | 23 |
| 5. Esgotamento (burnout) na Psicologia Clínica | 31 |
| 6. Justificativa | 33 |
| 7. Objetivos | 33 |
| Método | 34 |
| Participantes | 34 |
| Materiais | 34 |
| Procedimentos | 35 |
| Análise de dados | 35 |
| Resultados | 38 |
| 1. Eventos Aversivos | 38 |
| 2. Sentimentos Negativos da Terapeuta | 40 |
| 3. Reações da Terapeuta Após o Evento Aversivo | 42 |
| 4. Reações do Cliente às Reações da Terapeuta | 43 |
| 5. Auto-manejo (Coping) pela Terapeuta | 44 |
| 6. Efeitos do Auto-manejo (Coping) | 45 |
| 7. Variáveis que Afetam a Tolerância à Punição | 45 |
| 8. Dificuldades Pessoais do Terapeuta | 48 |
| 9. Transformação de Sentimentos | 49 |
| 10. Aproveitamento do Episódio para o Caso Específico | 49 |
| 11. Aproveitamento pela Terapeuta como Profissional | 50 |
| 12. Efeitos da Pesquisa sobre a Pessoa do Terapeuta | 52 |
| Discussão | 57 |
| Referências Bibliográficas | 63 |
| Anexos | 68 |
| Anexo 1 | 69 |
| Anexo 2 | 71 |
| Anexo 3 | 73 |
| Anexo 4 | 75 |

RESUMO

Considerando a importância dada à relação terapeuta-cliente no estudo da psicoterapia, o presente trabalho se propôs a explorar um aspecto da vivência desta relação pelo terapeuta. Ele aborda 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*). Um outro objetivo foi de aumentar a consciência do terapeuta em relação ao impacto que os clientes têm sobre sua pessoa e como ele lida com isso. O estudo contou com a participação de quatro psicoterapeutas, do sexo feminino. Foram realizadas quatro entrevistas individuais com cada participante, envolvendo relatos de sessões em que as participantes se perceberam punidas por um cliente. Utilizou-se gravador e fitas cassetes nas entrevistas com as terapeutas. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, dentro de uma abordagem contextualista, sob o método indutivo, fundamentada na *Grounded Theory*. Os dados obtidos com as entrevistas apontaram que os momentos interpessoais aversivos na relação terapêutica têm um grande impacto nos sentimentos do terapeuta e na atuação com o cliente após a experiência aversiva. Eventos aversivos favoreceram a identificação de comportamentos-problema do cliente. Aspectos relevantes para o processo emergiram a partir desses eventos. Eles influenciaram negativamente a atuação de algumas terapeutas, como por exemplo, passividade terapêutica e comportamento de fuga/esquiva do terapeuta e do cliente. Além disso, estas vivências propiciaram a consciência da atuação profissional. Falar sobre esses momentos (durante as entrevistas) leva o terapeuta a percebê-los de maneira diferente.

Palavras-chave: relação terapêutica; eventos aversivos; pessoa do terapeuta.

ABSTRACT

The therapist client relationship has been a focus of attention in psychotherapy research. The present study explores an aspect of the therapist's experience of this relationship. It focuses the effect of aversive interpersonal occurrences on the person of the therapist: how these occurrences influence the therapist's interventions, how he or she copes with them, and what are his or her perceptions of the effects of coping. Another aim of the study was to increase the therapist's awareness of the impact the therapeutic encounter has on him or her as a person and of how he or she deals with it. Four female psychotherapists participated in this study. Each granted four individual interviews concerning sessions in which they felt punished by clients. The interviews were taped and transcribed, before being submitted to a qualitative, inductive analysis, based on the principles of Grounded Theory, within a contextualistic view. The results suggests that aversive interpersonal episodes in the therapeutic relationship have an important impact on the feelings of the therapist, and on her interventions following the aversive experience. Aversive events facilitate the identification of clinically relevant problem behavior. Elements that would turnout to be important for the therapy process came to the foreground as a result of these events. However, the events negatively influenced the behavior of some of the therapists, promoting, for instance, passive attitudes and escape/avoidance patterns in the therapist and the client. The aversive experiences generally led the therapists to greater awareness of their in-session behavior. Speaking about these moments (during the interviews) changed the therapist's perception of them.

Key-words: therapeutic relationship; aversive events; therapist as a person.

Ajudar o outro nem sempre é um comportamento que é bem acolhido por aquele que recebe ajuda. Terapeutas sabem disso. Uma intervenção bem intencionada pode esbarrar-se numa reação aversiva do cliente, e o terapeuta pode sentir-se punido por fazer seu trabalho. A presente dissertação explora tais vivências aversivas nas trocas interpessoais entre terapeuta e cliente.

Por se tratar, no presente trabalho, das vivências relatadas por terapeutas, o conceito de punição não será usado no sentido do efeito sobre a frequência do comportamento punido (que não foi sistematicamente verificado), mas no sentido do efeito aversivo. Apesar de ser possível que essas ocorrências que chamamos em nossa análise de “cliente pune o terapeuta” ou “terapeuta sente-se punido”, possam diminuir a frequência do comportamento punido, isto não foi necessariamente o caso. Além disso, foram incluídas reações aversivas não imediatas, nas quais as terapeutas relataram sentir-se punidas.

Contingências nem sempre determinam diretamente o comportamento do terapeuta. Este pode agir de acordo com a teoria na qual baseia a sua atuação, apesar das consequências serem aversivas. Terapeuta sente-se punido porque o seu comportamento foi conseqüenciado de maneira aversiva, mas seu comportamento não necessariamente diminui, uma vez que o seu comportamento está sob controle de regras (teoria) e opiniões pessoais.

1. Punição

Punição é a forma de estimulação aversiva que é mais abordada na Análise Experimental do Comportamento, considerada como uma operação básica que pode ser instrumental no controle do comportamento (Banaco, 2004). Entretanto, a punição é um tema bastante controverso dentro da Análise do Comportamento. Se em termos técnicos é considerada apenas como um procedimento, essa visão torna-se limitada no contexto da análise de contingências. Não basta aplicar uma estimulação supostamente aversiva para se afirmar que ocorreu uma operação de punição, mas é necessário a verificação dos efeitos sobre o comportamento decorrentes do procedimento adotado (Sidman, 1989/1995).

Enquanto Todorov (2001) diz não haver uma definição única para a punição, Banaco (2004) define a punição como componente de uma técnica ou enquanto operação como sendo um conjunto de meios que se combina para a obtenção de um objetivo específico. As quatro principais características (Azrin e Holtz 1996, apud Banaco 2004) são: diminui imediatamente a frequência do comportamento, provoca a supressão total do comportamento, possui efeito duradouro e é irreversível. Appel (1969, apud Queiroz, 2004), pelo contrário, afirma que a punição tem efeito temporário, não alterando a probabilidade futura da ocorrência da resposta. Segundo este autor, a agência punitiva pode até mesmo fortalecer o comportamento punido num esquema intermitente, um vez que ela não conseguirá suprir todas as emissões do padrão punido. A falta de clareza conceitual nos obriga a considerar o termo no contexto mais amplo da teoria analítico-comportamental.

Segundo Skinner (1953/1998) há dois tipos de reforçamento: positivo e negativo. O primeiro consiste na apresentação de um estímulo na presença da resposta e o segundo é a retirada de um estímulo na emissão de uma resposta. A mesma dicotomia “positiva versus negativa” é usada para classificar os tipos de punição.

Uma das definições mais aceita de punição positiva é a elaborada por Azrin e Holtz (1996, *apud* Banaco, 2004), caracterizando-a como operação, onde tanto o estímulo quanto os efeitos são definidos: há uma redução na probabilidade futura de um dado comportamento como resultado da apresentação imediata de um estímulo como consequência para aquele comportamento. O termo “positiva”, utilizado para definir punição positiva, é um termo matemático e não um termo com conotação valorativa, ele indica que um estímulo aversivo foi adicionado (Queiroz, 2004).

A punição positiva gerada no ambiente natural do organismo é diferente daquela ocorrida em situação de laboratório. No laboratório, a intensidade da estimulação aversiva aplicada no organismo tende a ser maior e por isso, mais traumática do que nas situações de consultório ou do cotidiano (Todorov, comunicação pessoal, 2004). Além disso, o organismo que é exposto à estimulação aversiva no laboratório, geralmente não dispõe das possibilidades de fuga ou de manejo que são acessíveis à pessoa que vive uma experiência aversiva numa condição interpessoal. Isto pode explicar a contradição entre as caracterizações da punição por Azrin e Holtz (1996, *apud* Banaco, 2004) e por Appel (1969, *apud* Queiroz, 2004).

Queiroz (2004) define punição negativa da seguinte maneira: é o procedimento de punição no qual ocorre a remoção do reforçador positivo, contingente a emissão do

comportamento. Novamente o termo “negativa”, relacionado a um dos tipos de punição, vem do conceito matemático de subtrair e não possui uma conotação valorativa.

2. Estimulação Aversiva na Psicopatologia e no Tratamento

O procedimento de punição leva a “efeitos colaterais”. Os efeitos colaterais da punição são aqueles efeitos que não são intencionados diretamente pela aplicação da técnica, mas nem por isso deixam de ter um papel importante na análise de contingências, principalmente no ambiente clínico. Skinner (1953/1998) descreve alguns aspectos problemáticos da punição no cotidiano:

- A punição severa leva à supressão imediata da resposta somente na presença do agente punidor, não eliminando a longo prazo a resposta do repertório da pessoa;
- Há uma tendência à agressão e à destruição dirigida à agência punidora ou a qualquer objeto ou pessoa que estiverem próximos. A pessoa punida pode contra-atacar o agente punidor;
- Pode haver redução da variedade no repertório da pessoa que sofre a punição. Uma razão pode ser que o seu comportamento não consegue eliminar a estimulação aversiva por meio de outra estratégia a não ser pelo comportamento de fuga-esquiva emitido para evitar a aversividade. Este mesmo comportamento tende a ser repetido assim que ciclos rígidos do mesmo comportamento se instalam.
- A punição não estabelece a aprendizagem de novos repertórios, uma vez que favorece apenas as respostas de fuga-esquiva em detrimento de comportamento positivamente reforçado, o que compromete o desenvolvimento de novos repertórios.

- Ocorrem reações no organismo que são característicos da punição, como medo, ansiedade, e outras emoções negativas e perturbadoras.

Queiroz (2004) cita algumas reações respondentes resultantes da punição: taquicardia, aceleração no ritmo respiratório, alteração na pressão arterial; ressaltando ainda sentimentos como raiva, insegurança, agressividade, frustração, etc. Esses efeitos emocionais aversivos, por sua vez, favorecem comportamentos de fuga-esquiva que podem ser objetivamente desnecessários, mas que apesar disso podem ser reforçados negativamente se ocorrer a remoção, redução, afastamento ou prevenção do estímulo aversivo.

Todos esses subprodutos da punição tornam seu uso como componente de uma tecnologia de modificação do comportamento altamente questionável. Para Banaco (2004) procedimentos aversivos devem ser aplicados de maneira criteriosa e somente utilizados quando não mais houver técnicas alternativas disponíveis. O autor argumenta a favor da utilização de técnicas alternativas não aversivas para problemas apresentados na prática clínica, afirmando que vários problemas apresentados em terapia já provêm do uso da punição na relação entre pessoas na sociedade: problemas emocionais, problemas psiquiátricos, comportamentos de fuga-esquiva, inclusive comportamentos ditos delinquentes. Além disso, o uso de punição num tratamento pode inviabilizar o mesmo. Baptistussi (2001, *apud* Banaco 2001) destaca problemas de adesão ao tratamento relacionados à aplicação de técnicas aversivas. Similarmente, Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) apontam que ao se deparar com uma situação aversiva, o cliente pode se esquivar, fugir ou até agredir o terapeuta.

Como afirma Queiroz (2004), em algumas situações a punição é considerada útil, uma vez que se interrompe o elo de uma cadeia de respostas que levaria a acontecimentos desastrosos, como por exemplo, numa situação em que uma criança se jogaria de um apartamento. A utilização dessa técnica em casos extremos não deve ser usada como argumento para o uso generalizado. Para esta autora, a punição deve ser leve e combinada com outros procedimentos, visando o desenvolvimento de um repertório durável decorrente de reforçamento positivo.

De acordo com Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005), atualmente os analistas do comportamento, ao invés de utilizarem técnicas aversivas isoladas, como formas primárias de intervenção ou com forte teor aversivo, utilizam contingências aversivas como parte de tratamentos mais amplos envolvendo reforçamento positivo. Assim, favorecem a aprendizagem de um repertório comportamental mais produtivo. A aplicação de punições leves leva à supressão da resposta, pelo menos temporária, o que ocasiona uma boa oportunidade do terapeuta treinar alternativas comportamentais mais úteis.

Apesar de ser uma técnica de controle do comportamento que prevalece bastante na sociedade, Todorov (2001) aponta a carência de estudos sobre a punição e os seus efeitos.

Conforme Delitti e Thomaz (2004), a maioria do comportamento é mantido pelo reforçamento negativo. Este é caracterizado por dois tipos de operante denominados fuga e esquiva. No primeiro caso o organismo se comporta para finalizar o estímulo aversivo e no caso da esquiva o organismo emite resposta para evitar o estímulo aversivo. Se há um aumento posterior na emissão desses comportamentos, considera-se que foram reforçados negativamente pela finalização do estímulo (no caso de fuga) ou pela ausência continuada do estímulo (no caso da esquiva).

Conforme Sidman (1989/1995), um repertório comportamental mantido por reforçamento negativo influencia a maneira como a pessoa interage com os outros indivíduos, alterando a visão geral da vida. Daí a importância de se observar o reforçamento negativo tanto como variável na história de vida do cliente, quanto na sua interação com o terapeuta. Frequentemente o cliente procura os serviços do terapeuta por encontrar-se em alguma condição de controle aversivo (Delitti & Thomaz, 2004). A psicoterapia, segundo Skinner (1953/1998), é uma agência cultural controladora de comportamentos e tem como objetivo eliminar ou minimizar o desconforto do indivíduo proveniente de uma história de punição. Sendo assim, o terapeuta deve ser uma audiência não punitiva para que as respostas suprimidas por estímulos aversivos apareçam no ambiente terapêutico, sejam através de relato verbal ou como comportamentos concretos a serem analisados.

Paradoxalmente, algumas técnicas utilizadas para o tratamento de transtornos de ansiedade acabam levando muita aversividade para as sessões terapêuticas, entre elas estão a dessensibilização sistemática, exposição, treinamento em habilidades sociais ou a reestruturação cognitiva. Isso porque, os procedimentos de tais técnicas envolvem diretamente a apresentação de estímulos aversivos ou apontam as incapacidades dos indivíduos a elas submetidos (Banaco, 2001).

A técnica de Exposição com Prevenção de Respostas é a mais utilizada por terapeutas comportamentais pavlovianos no tratamento de Transtorno Obsessivo Compulsivo. Essa técnica consiste na exposição repetida e prolongada (45 min a 2 h) do cliente à situações que lhe causam ansiedade e desconforto, uma vez que maximiza a estimulação aversiva pedindo que o cliente não execute qualquer tipo de ritualização. As

exposições geralmente são apresentadas partindo de estímulos que geram menor sofrimento àqueles que são mais perturbadores. As sessões de exposição às situações ansiogênicas acontecem de forma imaginária ou real. Acreditando-se que à maximização da estimulação aversiva seja responsável pela habituação, terapeutas comportamentais optam por esse tipo de procedimento, o qual envolve grande sofrimento ao cliente. A justificativa para muitos terapeutas continuarem utilizando esse tipo de técnica é a inexistência de um procedimento mais eficaz (Zamignani, 2001).

Segundo o autor acima citado, para haver uma congruência com os princípios do behaviorismo radical deve ser feita uma análise funcional mais ampla para que não se privilegie variáveis de natureza encoberta como ansiedade e obsessões. A aplicação da técnica de exposição é decorrente de uma visão mediacional que ignora o papel de outras variáveis ambientais. E de acordo com ele, a ênfase no papel causal dos encobertos é que justifica o uso da exposição aos estímulos aversivos.

Na mesma veia, Banaco (2001) afirma que, embora a utilização de tais técnicas aversivas seja bastante eficaz no tratamento da ansiedade, ela promove na relação terapêutica aquilo que ela se propõe a eliminar - a ansiedade. O autor argumenta a favor de alternativas de atendimento clínico que não utilizam técnicas aversivas no tratamento da ansiedade. Ele acredita que tais alternativas são promissoras, uma vez que não reproduzem no *setting* terapêutico o desconforto que se quer eliminar: a ansiedade. Nesta linha de raciocínio, alguns behavioristas radicais desenvolveram abordagens de tratamento que dispensam o uso de técnicas artificiais ou contingências programadas, a favor dos efeitos naturais da relação terapêutica.

Um estudo feito por Baptistussi (2001, *apud* Banaco 2001) mostra que a ausência de punição na sessão terapêutica é capaz de fazer com que comportamentos suprimidos por punição emergjam na sessão. Alguns fatores positivos foram determinantes para se chegar a esse resultado: falas facilitadoras do terapeuta, como por exemplo, sinalização de punição, encorajamento e abordagem por aproximações sucessivas; e por contraste comportamental, ou seja, as respostas que foram suprimidas no ambiente natural pela apresentação contingente da estimulação aversiva são reforçadas positivamente na relação terapêutica.

Grande parte dos clientes que apresentam comportamentos obsessivos-compulsivos possuem um repertório escasso de reforçadores sociais. Um ambiente pobre de reforçadores dificulta que respostas alternativas à resposta-problema emergjam. Por isso é importante construir relações sociais mais reforçadoras para que haja o desenvolvimento do funcionamento geral do cliente e a diminuição de relações aversivas, inclusive na terapia (Zamignani, 2001). Um ambiente pobre de reforçamento positivo social, pode ser decorrente de déficit de habilidades sociais do cliente, o que levaria à ansiedade, uma vez que a situação sinalizaria punição, e da falta de fontes de reforçamento (Banaco, 2001).

Trabalhos revisados por Banaco (2001) mostram que o aumento nas relações sociais dos clientes e a redução nas respostas de esquiva podem ocorrer sem que a ansiedade seja trabalhada diretamente na sessão. Pode-se criar novos repertórios positivamente reforçados e expandir o ambiente freqüentado pelo cliente para a aquisição de novas fontes de reforçamento. Zamignani (2001) aponta que um ambiente rico de estimulação aversiva produz indivíduos ansiosos, e que o processo terapêutico deve desenvolver um repertório que gere interações menos aversivas.

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) propõem a utilização da relação terapêutica como a principal estratégia de mudança, sendo a ocasião ideal para se usar os princípios e técnicas da análise comportamental. Para isso, o terapeuta deve estar atento a três tipos de respostas emitidas pelos clientes: comportamentos tidos como problemáticos que devem ser enfraquecidos ao longo da terapia, aumento da progressão dos comportamentos adaptados e satisfatórios que anteriormente eram deficitários e a aprendizagem da análise funcional. A relação terapêutica promove a tomada de consciência de respostas e a relação destas com o ambiente dando condições ao terapeuta de elaborar mudanças no repertório do cliente (Brandão & Conte, 1999; Banaco, 2001).

Rupturas de aliança no processo terapêutico são muitas vezes ocasiões de estresse agudo para o terapeuta. De acordo com Safran (1998/2002), uma ruptura de aliança deve ser vista como um fenômeno de interação, portanto envolvem o cliente e o terapeuta.

Em um estudo realizado por Foreman e Marmar (1985, *apud* Safran, Crocker, McMain e Murray, 1998/2002), buscou identificar os comportamentos do terapeuta que poderiam possibilitar o aprimoramento de alianças deficientes. Os resultados apontaram que nos casos em que houve melhora nas alianças terapêuticas, os sentimentos problemáticos do cliente para com o terapeuta foram trabalhados diretamente e ligados às suas defesas, usadas para afastar-se do terapeuta, como por exemplo, “ao sentir raiva de mim, você se afasta e fica em silêncio”. Já nos casos de alianças que permaneceram deficientes, os sentimentos problemáticos para com o terapeuta foram evitados ou ignorados por este.

Segundo Safran e cols (1998/2002), rupturas de aliança terapêutica podem ocorrer em diversos tipos de terapia. Por exemplo, a terapia cognitiva, por utilizar técnicas ativas que confrontam crenças, pode levar o cliente a sentir-se criticado e/ou invalidado. Formas de terapia psicodinâmica em que o papel do terapeuta é menos ativo pode fazer o cliente interpretar que o terapeuta não está disponível emocionalmente para ele.

A ruptura de aliança pode ocorrer quando o terapeuta não compreende, de maneira adequada, as contingências que mantêm o comportamento-problema do cliente, e inadvertidamente reforça tal comportamento. Todavia, essa ruptura de aliança proporciona que o terapeuta refine o seu entendimento sobre as contingências envolvidas no comportamento-problema, evocando-as e trazendo-as à consciência do cliente. Uma vez que isso ocorra, surge a possibilidade de uma experiência interpessoal corretiva (Safran & cols, 1998/2002) e da elaboração da análise funcional do comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Safran e cols (1998/2002) descreveram uma lista de sete marcadores de ruptura de aliança potenciais:

1. *Expressão excessiva de sentimentos negativos.* É um sinal comumente observado quando há uma perturbação na aliança terapêutica. Por exemplo, o cliente acusa o terapeuta de incompetente ou insensível.

2. *Comunicação indireta de sentimentos negativos ou hostilidade.* Os sentimentos negativos são mais frequentemente expressados indiretamente, por meio de comportamentos do tipo não-verbal ou passivo-agressivo e sarcasmo.

3. *Desacordo a respeito de objetivos e tarefas da terapia.* Ocorre quando o cliente questiona ou rejeita a atuação do terapeuta. Embora possa haver incompatibilidade entre

objetivos e tarefas de um dado enfoque terapêutico e a visão de mundo do cliente, esse desacordo pode ser a manifestação de outros temas subjacentes.

4. *Consentimento*. O cliente ao invés de arriscar o relacionamento com o terapeuta, concorda com determinada intervenção do terapeuta.

5. *Manobras de evitação*. Com o intuito de diminuir a ansiedade relacionada à ruptura na aliança, os clientes podem tornar-se confusos, superficiais em relação ao seus conteúdos e ainda ignorar completamente as interpretações do terapeuta.

6. *Operações para aumentar a auto-estima*. No processo de uma ruptura o comportamento do cliente pode ser caracterizado por verbalizações que justificam e enaltecem as atitudes deste.

7. *Falta de responsividade à intervenção*. O cliente deixa de fazer uso de uma determinada intervenção terapêutica ou de responder positivamente a essa intervenção.

Safran e cols (1998/2002) afirmam que a resolução de rupturas na aliança envolve o falar a respeito do que está ocorrendo naquele momento na relação terapêutica. Para este autor, os aspectos mais importantes no processo de resolução da ruptura de aliança são:

1. *Prestar atenção a ruptura na aliança*. Isso favorece o processo de resolução porque identifica a ruptura.

2. *Ter consciência de seus próprios sentimentos*. É um passo crítico, uma vez que por meio dos seus próprios sentimentos o terapeuta pode verificar a qualidade do relacionamento a cada momento, adquirir importantes informações sobre o processo terapêutico e aceitar a responsabilidade na interação com o cliente. O terapeuta que não identifica seus sentimentos com precisão, corre o risco de seus comportamentos serem influenciados por fatores que estão fora da sua percepção.

3. *Aceitar a responsabilidade.* O terapeuta deve reconhecer o seu papel na interação e na contribuição com o cliente

4. *Ter empatia com a experiência do cliente.* É importante que o terapeuta transmita uma compreensão empática da experiência do cliente.

5. *Manter uma postura de observador-participante.* Após falar com o cliente a respeito do que está ocorrendo naquele momento no relacionamento terapêutico é importante que o terapeuta mantenha a postura de observador-participante.

Safran (1998/2002) considera a expressão de hostilidade ou descontentamento do cliente como um indicativo de uma ruptura na aliança. Para saber se a demonstração da raiva irá promover um progresso terapêutico ou um retrocesso terapêutico irá depender exclusivamente de como o terapeuta irá responder à raiva.

3. O terapeuta sob Controle Aversivo

O cliente ao se deparar com uma situação aversiva, dentro do ambiente terapêutico, tende a se esquivar/fugir, chegando muitas vezes a agredir o terapeuta. Será que o mesmo não acontece com o terapeuta que experiencia situação aversiva semelhante a do cliente?

Embora a relação terapêutica seja suscetível ao controle aversivo, pouco se tem estudado sobre a amplitude desse controle no *setting* terapêutico. É necessário investigar o papel das contingências aversivas nessa relação interpessoal (terapeuta-cliente) e descobrir se elas contribuem ou não para o sucesso da terapia.

Pode ocorrer no *setting* terapêutico situações aversivas não só para o cliente, mas também para o próprio terapeuta, causando assim efeitos sobre o comportamento de

ambos. Tudo o que foi falado a respeito de punição do comportamento do cliente pode ser considerado a respeito do comportamento do terapeuta. O terapeuta ao ser punido pelo cliente pode desenvolver comportamentos inadequados, por exemplo, comportamento de fuga-esquiva ou quadro emocional intensificado e deixar de fazer intervenções adequadas para não ser punido novamente pelo cliente. Se o terapeuta age de certa forma para evitar que o cliente apresente uma resposta aversiva, este comportamento do terapeuta está sendo reforçado negativamente, uma vez que ele evita a reação aversiva do cliente.

Na sua revisão de literatura, Hill, Kellems, Kolchakian, Wonnell, Davis e Nakayama (2003) destacaram estudos que indicavam que expressão de raiva emitida pelo cliente em relação ao terapeuta pode romper o processo terapêutico dependendo das reações desse profissional. Autores geralmente sugerem que o terapeuta deveria reagir a estas ocorrências como reage a qualquer outro sentimento expresso pelo cliente. Porém, terapeutas tendem a retribuir com hostilidade, o que pode ser contra-terapêutico. Isto acontece mais quando o próprio terapeuta sente raiva ou se sente incompetente.

Hill e cols (2003) entrevistaram treze terapeutas sobre ocorrências de hostilidade por parte de clientes em relação a ações do terapeuta. Eles concluíram que a resolução de episódios de hostilidade expressa era mais fácil nas seguintes circunstâncias: quando o cliente não agia de forma ameaçadora; o terapeuta permitia sentir-se chateado ou frustrado com o cliente (ao invés de culpar-se); a meta era clara para o terapeuta de sentir-se em contato com o cliente; o terapeuta explorava a raiva de maneira colaborativa junto com o cliente explicando suas ações e quando o terapeuta conseguia entender a raiva como o

resultado de um problema na relação terapêutica ao invés de ser um problema na personalidade do cliente.

Não é evidente que o terapeuta tome consciência de que esta agindo ou deixando de agir sob controle aversivo. Segundo Skinner (1974/1982), o autoconhecimento é de origem social. Primeiramente o mundo interno do indivíduo começa a ter importância para a comunidade verbal, e só depois é que se torna importante para o próprio indivíduo. A partir de indagações feitas pela comunidade verbal, a pessoa começa a emitir comportamento denominado autoconhecimento. Isto significa que a consciência que a pessoa tem de si mesma é resultado de sua inserção num ambiente social que o treinou para descrever seus próprios comportamentos. Uma pessoa que por meio de questionamento consegue conhecer a si mesma está em melhor condição de controlar e prever o seu comportamento. Se o terapeuta poderá tomar consciência das contingências interpessoais que determinam seu comportamento profissional dependerá de sua história de contato com questionamentos relevantes.

O terapeuta tendo consciência de seus comportamentos do tipo fuga-esquiva, que estão sendo reforçados negativamente, tem a possibilidade de investigar e discutir as contingências consideradas aversivas, tanto para si mesmo quanto para a comunidade verbal, por exemplo, durante uma sessão de supervisão ou discussões de equipe.

Da mesma forma, o terapeuta só será capaz de descrever seus eventos privados se foi exposto a uma comunidade verbal que o treinou em observar e descrever seus encobertos. Esta habilidade dependerá das características ambientais sociais nas quais o terapeuta já foi inserido e da qualidade de suas interações com os mesmos.

Nossa análise considera a utilidade prática dos relatos acerca do mundo interno do terapeuta, o qual é experienciado e observado introspectivamente. Através destes relatos, pode-se encontrar dicas concernindo: os comportamentos passados e as condições que o afetaram, comportamentos atuais e as condições que o afetam e o que pode influenciar os comportamentos futuros (Skinner, 1974/1982).

Emoções podem sinalizar quais contingências estão em vigor, por isso o terapeuta precisa estar atento tanto aos eventos públicos da sessão quanto aos seus próprios comportamentos privados. Além disso, eventos privados podem determinar a qualidade do atendimento (Banaco, 1993). Muitas vezes essas variáveis escapam à observação do próprio terapeuta, que desta forma fica sem informação sobre o que está ocorrendo na relação terapêutica.

Como o autor acima citado enfatiza que conhecimento que o terapeuta adquire em relação às emoções e pensamentos do cliente lhe dá maiores condições para fazer uma análise funcional, essa afirmação deve também ser levada em consideração para as próprias emoções experienciadas pelo terapeuta dentro da sua relação com os clientes.

Banaco (1993) lembra ainda que muitas vezes é esperado que o terapeuta seja desprovido de sentimentos e preconceitos em relação aos clientes. Considerando o fato que o terapeuta é uma pessoa, e tem uma história de reforçamento, tal expectativa é irrealista. Certos temas inevitavelmente causam impacto sobre a pessoa do terapeuta, entre eles: valores morais, éticos, religiosos diferentes daqueles do terapeuta; identificação com o problema do cliente; desrespeito por parte do cliente; erro do terapeuta na interpretação ou condução da sessão; pena ou inveja da situação do cliente.

Segundo o autor acima citado, os comportamentos públicos, incluindo a expressão de sentimentos decorrentes do comportamento do cliente, podem ser controlados, mas os sentimentos não. Esses sentimentos podem ser sinalizadores (S^D) para o terapeuta levantar o próprio questionamento: esse conteúdo está relacionado à história de reforçamento do terapeuta ou faz parte exclusivamente da relação terapêutica? É terapêutico expressar essas respostas privadas para o cliente?

Cabe ao terapeuta tentar uma empatia com o cliente, se imaginando naquela situação experienciada e relatada pelo cliente, mas quando a emoção do terapeuta torna-se demasiadamente intensa isso é um sinal que algo errado está ocorrendo, podendo significar que a história de vida do profissional está competindo com aqueles comportamentos adequados para o desempenho terapêutico. Deve-se ressaltar ainda, que algumas emoções podem ser despertadas pela própria relação terapêutica e o terapeuta precisa estar novamente atento à intensidade dessas emoções, discriminar que tipo de reação o cliente lhe desperta, e caso tenha valor terapêutico, fazer essa revelação ao cliente (Banaco, 1993).

Banaco (1993) faz a seguinte pergunta: como os comportamentos privados estariam interferindo sobre a atuação do terapeuta? Na literatura comportamental brasileira há poucos estudos que fazem menção aos comportamentos privados do terapeuta decorrentes da interação com o cliente. Os trabalhos pioneiros foram os de Banaco (1993 e 1997) intitulados “O Impacto do Atendimento Sobre a Pessoa do Terapeuta 1 e 2”. Nesses trabalhos, o autor analisa teoricamente alguns comportamentos apresentados por terapeutas, busca identificar as contingências que estariam atuando no controle de seus comportamentos, a partir de sentimentos expressos por eles e discute o papel das emoções.

O autor utiliza os seus próprios sentimentos, ocorridos na prática clínica, para ilustrar o seu primeiro texto.

Banaco (1993) menciona alguns comportamentos inadequados do terapeuta em seus primeiros atendimentos que lhe geram frustração e decepção: deixar de captar algo relevante que o cliente verbaliza; deixar de perceber o momento oportuno para intervir, fazendo-lhe sair decepcionado ou frustrado da sessão por não ter atingido o desempenho desejado. Ele aponta que muitas vezes essas inadequações são atribuídas às emoções, as quais são vistas como causa do comportamento. As pessoas ao serem treinadas pela comunidade verbal para descreverem como se sentem ao invés de por que se sentem assim frente a determinadas situações, têm mais facilidade para discriminarem emoções do que as origens dos mesmos (Skinner, 1974/1982). Assim, a atribuição de erros a sentimentos constitui uma prática alienadora, mas socialmente apoiada.

Todavia, a proposta behaviorista radical de Skinner (1953/1982) não considera a emoção como causa do comportamento. De acordo com a perspectiva skinneriana, as emoções, assim como os comportamentos públicos, são produtos de contingências de reforço.

Skinner (1974/1982) dá um exemplo de uma pessoa irada: rubor facial, pulso rápido; atenção direcionada ao objeto de sua ira; confessar a grande propensão naquele momento em agredir fisicamente a pessoa causadora de sua ira. Situações em que se desconhece os antecedentes da contingência em vigor e as respostas emocionais são intensas, há uma maior probabilidade de se atribuir o comportamento a sentimentos.

“A pessoa pode sentir grande parte da condição de seu corpo nesse momento e considerá-la como uma causa de seu comportamento, mas ela é, de fato, parte do efeito para o qual se procura uma causa” (Skinner, 1974/1982, p.136).

Banaco (1997) diz que até hoje, a primeira sessão de qualquer cliente lhe causa certa ansiedade, talvez por não ter acesso anteriormente a informação sobre a queixa do cliente. A ansiedade vai passando a medida que o terapeuta vai obtendo informações com as quais possa trabalhar.

Um dos medos mais frequentes sentido por Banaco (1997) é o de perder o cliente. Esse medo surge quando ele não consegue obter dados relevantes sobre os problemas levantados pelo cliente. Nessa situação lhe ocorrem pensamentos do tipo: “Não estou conseguindo trabalhar direito nesse caso” ou “O cliente me achará incompetente”. Outra ocasião em que esse terapeuta sente medo de perder o cliente é ao perceber que está indo além do seu papel como profissional, respondendo pessoalmente a algum aspecto comentado por ele.

Banaco (1997) relata que em momento de raiva foi agressivo com o cliente, o mandando embora do consultório. Logo após esse episódio sentiu muita vergonha pelo seu comportamento descontrolado o que o levou a buscar supervisão. Um outro episódio envolvendo o sentimento de raiva ocorreu quando o cliente apresentou valores diferentes daqueles do terapeuta, resultando na agressão verbal ao cliente. Na supervisão desse caso o terapeuta percebeu pela primeira vez que existia essa diferença de valores entre eles e por isso não havia sido terapêutico expressar um sentimento que não era do interesse do cliente.

Nas palavras de Banaco (1997, p.175), “Qualquer que fosse a razão pela qual eu sentisse raiva ou outro sentimento muito forte, ele servia para que eu fosse atrás da contingência em questão, tanto da sessão terapêutica quanto da vida do cliente. Isto melhorou muito meu desempenho profissional”. A discriminação da natureza dos seus próprios sentimentos e a capacidade de relacioná-los com as contingências deixam o terapeuta em melhor condição para promover intervenções adequadas.

3.1 Dificuldades Vivenciadas pelo Terapeuta no *Setting* Terapêutico

As condições relacionadas por Banaco (1993,1997) não são raras. Terapeutas, como outros profissionais de saúde mental estão vulneráveis à agressão, principalmente quando se trata de clientes gravemente perturbados. Além disso, enfrentar o sofrimento do cliente pode levar os profissionais a sentir-se impotentes, tensos, ansiosos, isolados, zangados, confusos, emocionalmente exaustos e oprimidos pela responsabilidade.

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que mais de 60% dos terapeuta entrevistados haviam se deprimido gravemente em algum momento de sua carreira: 80% dos entrevistados disseram que sentiram medo, raiva, atração sexual em vários momentos em seu trabalho; 97% dos participantes sentiram medo que um cliente cometesse suicídio; aproximadamente 90% sentiram raiva de cliente em algum ponto da terapia; mais da metade dos entrevistados admitiu ter se preocupado com um cliente, tendo com isso o apetite, sono e concentração afetados (Baker, 2002).

Schröder e Davis (2004) dividiram as dificuldades sentidas por terapeutas nas sessões em três categorias:

1) Dificuldades passageiras: estão relacionadas à falta de conhecimento ou de repertório do terapeuta para um certo problema que ocorre num certo momento;

2) Dificuldades paradigmáticas: estão relacionadas a características pessoais do terapeuta. São características particulares do terapeuta;

3) Dificuldades situacionais: são inerentes à situação e problemáticas para qualquer terapeuta independentes do nível de conhecimento ou de repertório e independente das suas características pessoais.

Quando o terapeuta lida mal com suas dificuldades estas podem prejudicar o resultado da terapia. Se ele lida de forma construtiva com elas podem levar à melhora dos repertórios (no caso de dificuldades passageiras), a crescimento pessoal do terapeuta (no caso de dificuldades paradigmáticas) e a novas atitudes, por exemplo, humildade frente a dificuldades situacionais.

Segundo Schröder e Davis (2004) dificuldades passageiras requerem aprendizagem ou mais experiência; dificuldades situacionais requerem tolerância e aceitação; e dificuldades paradigmáticas requerem mais autoconhecimento. O estudo destes autores mostra que uma dificuldade vivenciada por terapeutas na sessão pode incluir componentes de duas ou três categorias diferentes. Na abordagem de tal dificuldade complexa na supervisão, seus diferentes componentes devem ser levados em conta.

3.2. *Traumatização Vicária*

Apesar de a empatia ser um fator necessário para o terapeuta compreender e se relacionar com sua clientela, ela pode levar o próprio terapeuta a se traumatizar. Muitos terapeutas experienciaram eventos traumáticos em sua vida e não conseguiram resolvê-los, e ao se depararem com relatos semelhantes de seus pacientes esses eventos podem ser reativados. A mesma empatia que promove o estabelecimento de cura pode conduzir o terapeuta ao envolvimento emocional com a história do paciente, podendo levar este profissional à depressão ou ao esgotamento – *burnout* (Miller, 2004). *Traumatização*

vicária é um termo popularizado por McCann e Pearlman (1990, *apud* Miller, 2004) que descreve os efeitos provindos do envolvimento empático com as experiências de trauma dos pacientes e suas seqüelas. Isso é um processo cumulativo, ou seja, depende do longo tempo e do número de atendimentos de ajuda.

Sexton (1999) aponta a diferença entre terapeutas que como resultado de envolvimento empático com clientes traumatizados desenvolvem sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático com os que desenvolvem *burnout*. O primeiro grupo sofre um início de sintomas muito mais rápido, mas também uma recuperação mais rápida. Na *traumatização vicária*, o terapeuta vive os sintomas dos seus clientes, perde suas crenças na segurança e no controle que pode ter sobre sua vida, se torna cínico e desesperado e pode desenvolver uma atitude passiva frente ao comportamento patológico do cliente.

De acordo com a revisão da literatura de Sexton (1999), terapeutas que sofrem de *traumatização vicária*, podem desenvolver estratégias de esquiva ou, pelo contrário, de envolvimento excessivo. Ambos os tornam menos eficazes como terapeutas.

Miller (2004) afirma que o terapeuta que perde a objetividade por se identificar excessivamente com seus pacientes pode deprimir-se. Ele fica aliviado quando o paciente “difícil” não comparece ou desmarca à sessão. Os efeitos do estresse podem chegar ao nível das relações familiares do terapeuta, à medida que este vai se tornando menos disponível emocionalmente e mais retraído. Baker (2002) aponta que psicoterapeutas podem vivenciar uma sobrecarga ou um embotamento emocional frente à exposição repetida e cumulativa ao sofrimento expresso pelos clientes. Isto pode se mostrar em alteração no sono, diminuição da energia, se recuar emocionalmente da família, perda do interesse em contatos sociais e preocupações com a saúde mental, fantasias sobre fuga do

trabalho e sobre o direito de se tornar objeto de cuidados. Esse sofrimento não invalida o trabalho do terapeuta, mas poderá afetar a qualidade do atendimento ao cliente.

4. Auto-cuidados e *Coping* do Terapeuta

A literatura, revisada por Baker (2002), mostra que terapeutas tendem a ser compassivos, cuidadosos, atenciosos, interessados, empáticos, compreensivos, reflexivos, introspectivos, perspicazes, curiosos, otimistas, respeitadores, aptos a verem a vida com humor, tolerantes à ambigüidade e intimidade, aptos a terem emocionalmente e intelectualmente autocontrole, inteligentes, tendo alta motivação à realização e satisfação em trabalhar com a complexidade das dinâmicas humanas, mas tendo “tendências ao perfeccionismo” e compulsividade no que diz respeito a agir de maneira correta. O medo de ser visto como egoísta ou egocêntrico pode atrapalhar a motivação de cuidar de si. Por outro lado, ênfase no sucesso profissional pode levar à mesma negligência.

Para esta autora, o cuidar compulsivo parece, para quem observa envolver um nível elevado de empatia ou um grande compromisso para ajudar e cooperar. Mas realmente, o cuidar compulsivo é uma reação aprendida de uma pessoa que não tem outros repertórios para conviver com outras pessoas. Isto se manifesta na grande necessidade em ajudar os outros, no sentimento de extrema responsabilidade pelos outros, compulsão a fixar-se nos problemas das pessoas e uma profunda vontade de ser requisitado e apreciado.

O número percentual de psicólogos clínicos registrados no ano de 2005, é de 91,8% do sexo feminino e 8,2% do sexo masculino (Conselho Regional de Psicologia do Estado de Goiás e Tocantins, comunicação pessoal, 2005). Conforme esses dados pode-se considerar a profissão de psicoterapeuta como sendo uma profissão predominantemente

feminina. Baker (2002) afirma que muitas mulheres se dedicam tanto a cuidar dos outros que deixam de priorizar o cuidar de si mesmas. Às vezes, têm medo de serem percebidas como muito fortes ou controladoras. Assim, muitas mulheres, inclusive as terapeutas, podem se deparar com a questão se têm o direito de cuidar de si. É relevante que mulheres são mais sujeitas a uma gama de riscos no seu desenvolvimento. Além disso, da adolescência à metade da vida adulta, as mulheres lidam com ciclos hormonais flutuantes, seus efeitos refletem no humor e na forma em que se percebem. Esse quadro é intensificado por volta dos 40 anos no advento da menopausa. Baker (2002) encontrou na literatura muitas referências à imagem de terapeutas como sendo “curandeiros feridos”. O arquétipo de curandeiro ferido refere-se a uma figura da mitologia grega, Chiron, que tinha sido incuravelmente ferido. Através da experiência de sua própria dor, Chiron possuía a capacidade de estar empaticamente com os outros em seus sofrimentos. No processo tanto Chiron quanto as outras pessoas eram curados. É necessário distinguir as maneiras adaptativas das mal adaptativas no uso das nossas vulnerabilidades no trabalho psicoterápicos. Ter sido ferido interpessoalmente e ter sido curado ajudam o terapeuta ter a perspectiva necessária, a empatia para o sofrimento dos outros e a determinação para poder cuidar.

Muitas pesquisas e evidência anedótica têm descrito a origem dos terapeutas “curandeiros”, ou seja, as dinâmicas infantis daquele que se torna um profissional cuidador. Miller (1981, *apud* Baker 2002) notou que quem escolhia ajudar como terapeutas muitas vezes foi uma criança com uma sensibilidade especial a atender as necessidades dos outros e uma grande habilidade para perceber e responder intuitivamente.

Muitos profissionais chegam até mesmo a abandonarem o campo de atuação devido ao estresse e a cobranças inerentes à postura de ajudar. Tentando evitar que isso ocorra, é necessário que os profissionais utilizem suas técnicas e habilidades em benefício de si mesmos (Miller, 2004). Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh e Judge (2003) comparando terapeutas novatos e terapeutas experientes, descobriram que os primeiros, durante as sessões, eram mais incomodados por sentimentos de ansiedade e pensamentos auto-críticos, enquanto os últimos sofriam mais de tédio e distrações externas. Os terapeutas experientes usavam estratégias tipicamente de autocontrole para se focar novamente no cliente e os terapeutas novatos se vulnerabilizavam mais, admitindo as suas inseguranças diretamente aos clientes.

Estratégias de *coping* que os participantes iniciantes da pesquisa de Williams e cols (2003) usaram fora da sessão eram: exercícios de respiração e relaxamento antes da sessão para se preparar para efeitos aversivos da sessão, se preparar mentalmente, procurar supervisão ou apoio de colegas. Os participantes experientes usavam reflexão, tempo livre e férias para se prepararem para as sessões. Eles também procuraram se preparar mentalmente e consultaram colegas. Como estratégias para desenvolver resiliência, os terapeutas experientes mencionaram: auto-cuidados em geral e terapia pessoal para poder lidar melhor com as reações dos clientes.

O uso do conhecimento dos psicólogos para enfrentar suas dificuldades na sessão deve ir além de estratégias momentâneas. Mahoney (1997, *apud* Baker 2002) afirma que muitos terapeutas tentam aliviar o estresse e a frustração com pequenos artifícios deixando de ver o bem-estar como um processo, onde várias atividades deverão ser acrescentadas no cotidiano do indivíduo. Wetchler (2000) aponta para o perigo de terapeutas, que se

baseiam na psicologia científica, desenvolverem uma visão estreita de si mesmos como profissionais. É preciso identificar os aspectos não profissionais que influenciam seu trabalho, uma vez que o relacionamento terapêutico é um processo interativo ao invés de uma via de influência em uma única direção.

O fenômeno que nem todas as pessoas submetidas a situações de risco desenvolvem patologias, mas, ao contrário, superam a adversidade e saem fortalecidas é denominado de resiliência. É considerado como um processo, ao invés de uma simples resposta à adversidade (Melillo, Estamatti & Cuestas, 2001). Grotberg (2001, p.15) conceitua resiliência da seguinte maneira: “resiliência é a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”.

De acordo com o autor acima (2001), são necessárias diferentes estratégias para promover fatores de resiliência e ter comportamentos resilientes. Ele organizou os fatores resilientes em quatro categorias diferentes: (1) o apoio das pessoas que convivem com o indivíduo e o ajudam; (2) desenvolvimento da força intrapsíquica, por exemplo, ser uma pessoa pela qual os outros a estime; (3) desenvolvimento intrapsíquico, como exemplo, tem-se um indivíduo que está disposto a se responsabilizar por seus atos; (4) habilidades interpessoais e resolução de problemas, por exemplo, “eu posso falar sobre coisas que me inquietam”.

Esses comportamentos supõem a presença e a interação dinâmica de fatores, onde estes vão mudando de acordo com as diferentes etapas do desenvolvimento.

De acordo com Baker (2002), como terapeutas e como seres humanos, as pessoas precisam atingir o equilíbrio entre o tempo que gastam sozinhos e o tempo que gastam com os outros. A proporção ideal do tempo para si *versus* tempo para o outro difere de

indivíduo para indivíduo. Para alguns de nós ou em diferentes estágios de vida, o tempo, o qual requer solidão é benéfico e restaurador e em outros é essencial à nossa saúde.

Hudson (1991, *apud* Baker 2002) se refere à “solidão positiva” como sendo uma experiência tranqüila, profunda e íntima. Desta maneira, a capacidade de estar sozinho torna-se vinculada com o auto-descobrimto e a auto-realização, porque facilita a consciência de necessidades e sentimentos. Tempo para si nos permite apenas estar, em vez de fazer ou ser na relação com os outros, oferece tempo para a respiração e espaço para sentir e ouvir a nós mesmos, tempo para tudo que é significativo.

Tempo tranqüilo e ininterrupto é necessário para algo amadurecer, para pensar através de assuntos de interesse oferecendo condições de crescimento. Aprender ou reaprender a dar a nós “pausas na vida”, sejam estas momentâneas ou longas, é essencial para o nosso auto-cuidado. O tempo pessoal suficiente é importante para quase todas as pessoas, mas especialmente aquelas que saboreiam relações sociais, que precisam de tempo para se regenerar (Baker, 2002).

Baker (2002) encontrou vários trabalhos de autores que consideram que profissionais de saúde devem separar um tempo para si mesmos em atividades individuais como relaxar, caminhar, correr, meditar ou qualquer outra forma de se reorganizarem, e outros autores que apontam para a necessidade de separar tempo para a vida conjugal ou familiar.

Grafanaki, Pearson, Cini, Godula, McKenzie, Nason e Anderegg (2005) destacam que muitos autores sugerem a introdução planejada de lazer no cotidiano como uma forma de aliviar ou prevenir *burnout* em terapeutas. Pesquisas empíricas confirmam que a escolha de atividades de lazer coerentes com a personalidade do terapeuta é relacionada positivamente com satisfação no trabalho, saúde e bem-estar geral.

Numa pesquisa, através de entrevistas, explorando as “fontes de renovação” na vida dos terapeutas pelo lazer, Grafanaki e cols. (2005) identificaram quatro grandes temas:

1) uma atitude de calma, relaxamento e paz, relacionada com “estar plenamente consciente” do momento atual, prazer e respeito para o mundo ao seu redor;

2) uma busca de contato com a natureza ou com elementos naturais, envolvendo atividades físicas, artísticas e criativas;

3) entrar em contato com si mesmo, família ou comunidade, incluindo intimidade e compartilhar;

4) sumir temporariamente (fuga da pressão do trabalho), o que possibilita reabastecer-se para as tarefas que vêm e sarar do efeito nocivo do trabalho.

Grafanaki e cols.(2005) concluíram de sua pesquisa que a função de *coping* exercida pelo lazer, era diretamente relacionada com a promoção da saúde física e a manutenção da sanidade mental. Os terapeutas que participaram desta pesquisa indicaram que atividade física era essencial em lidar com estresse profissional. Por outro lado, valorizam a meditação, estar só e focalizar em si mesmo. Assim, os autores apontam uma relação entre o aspecto de *coping* oferecida pelo lazer do terapeuta e sua vivência espiritual.

Baker (2002) incentiva a comunicação entre terapeutas no que diz respeito ao autocuidado, isso traria benefícios para tirá-los do isolamento que o trabalho no consultório ocasiona. O significado da relação consigo mesmo, bem como com os outros é o centro para o cuidar de si. A troca interpessoal é essencial para a saúde emocional e terapeutas, bem como clientes, são afetados pela experiência da relação.

O diário pessoal pode ser uma estratégia importante para o processo de autoconhecimento do terapeuta, uma vez que pode levar este profissional a refletir sobre

respostas emocionais e intelectuais no momento em que está escrevendo sobre elas. No processo escrito podem surgir idéias valiosas direta ou indiretamente relacionadas aos auto-cuidados. O diário pode conter anotações sobre sentimentos, experiências, imagens, citações, esboços, fantasias, entre outros (Baker, 2002).

Os benefícios do diário pessoal do terapeuta são vários: pode ajudá-lo no processamento de sentimentos, na difusão de tensão, aumento do autoconhecimento, facilidade para processar o trauma, oferecendo ainda oportunidade do terapeuta de desenvolver uma relação mais profunda consigo mesmo (Baker, 2002). Pesquisas têm demonstrado evidências de benefícios físicos e psicológicos da revelação pessoal escrita, inclusive o aumento da defesa imunológica e declínio de uma variedade de sintomas. Muitas pessoas utilizam a escrita em serviço do auto-cuidado, esforçando-se para manter uma instância de aceitação em relação a elas mesmas. Tentar escrever regularmente, retomando o momento original, aumenta a consciência e promove o equilíbrio (Pennebaker, 1997).

O diário é ideal para analisar a origem das respostas de sofrimento profissional e além disso pode ser explorado na supervisão ou durante uma apropriada terapia. Baker (2002) propõe três regras básicas:

- 1) ditar o diário para proporcionar um contexto temporal;
- 2) não descartar o registro escrito mesmo que o escritor tenha se sentido exposto, confuso e aflito;
- 3) evitar julgamento severo, assim o escritor escreve e reflete no que ele tem escrito, possibilitando-lhe expressar e aprender mais caminhos.

Muitos terapeutas, como profissionais ocupados, estão mais familiarizados com o fazer do que com o ser. De acordo com Baker (2002), permanecer em contato consigo mesmo é um aspecto que nos proporciona oportunidades de observar os nossos próprios sentimentos. O que nós fazemos com os sentimentos observados, como manejamos e como agimos, depois que eles se tornam comportamentos públicos, é o que é importante. Estar consciente de nossos sentimentos não é sempre prazeroso mas tem múltiplos benefícios: contribui para um sentido grande de integração e totalidade; para um aumento da habilidade de focar e concentrar-se e para um sentido de clareza no funcionamento intelectual.

Baker (2002) enfatiza três componentes dos auto-cuidados do terapeuta: autoconhecimento, auto-regulação e o equilíbrio. O autoconhecimento envolve a auto-observação da própria experiência física e psicológica sem distorção e evitação, aproveitando também o *feedback* de outras pessoas recebido direta ou indiretamente. Somente quando se conhece as próprias necessidades e limitações pode-se fazer as opções mais saudáveis. Auto-regulação refere-se a estratégias reguladoras como relaxamento, exercícios e diversão que ajudam a manter e restaurar o equilíbrio fisiológico e psicológico. Dificuldades na auto-regulação geralmente causam frustração ou constrangimento. A regulação do humor e do afeto leva o indivíduo a direcionar ativamente e construtivamente emoções negativas, como por exemplo ansiedade e tristeza.

Baker (2002) afirma que a habilidade de auto-regulação aumenta quando se está consciente de seus sentimentos, necessidades, limitações e quando se pratica o manejo das emoções intensas e disfuncionais. A literatura contemporânea aponta para os benefícios de uma atitude transcendente, sem dualismo (Hayes & Gregg, 2001; Linehan, 1993).

Transcendência ou “mindfulness” é uma atitude de vivenciar seus próprios pensamentos e sentimentos plenamente, sem defesas ou racionalização e sem julgá-los. Kohlenberg e cols (2004) enfatiza neste sentido a importância de “mindfulness” para o terapeuta. “Mindfulness” é uma forma de estar plenamente presente nas suas ações de cada momento, sem se deixar prender nas armadilhas de auto-julgamento, ou esquiva emocional.

5. Esgotamento (*burnout*) na Psicologia Clínica

Freudenberger e Richelson (1981, *apud* Covolan, 1996) afirmam que o *burnout* desenvolve-se lentamente. Trata-se de uma condição crônica, algo que se desenvolve lentamente por um período de semanas, meses e até anos. A maneira pela qual se manifesta, seria uma aparente insensibilidade ao sofrimento do outro. Um exemplo seria, o médico que após dar um diagnóstico de uma doença ao seu paciente, sai para atender a uma emergência deixando o paciente sem explicações.

Conforme Kleinman e Atoom (1979, *apud* Covolan, 1996), pode ocorrer um *burnout* de curta duração, como por exemplo, doença de um membro da família, mudança de casa ou pressão para se concluir um projeto. A maior parte dos profissionais que sofrem o *burnout* é composta de homens e mulheres competentes, auto-suficientes e que escondem suas dificuldades. Segundo Laliotis e Grayson (1985, *apud* Covolan 1996), há estresse que está relacionado com o bem-estar do cliente e com o papel onipotente do profissional, o que geralmente o desencoraja a recorrer a algum tipo de ajuda.

Existem ocupações mais suscetíveis ao *burnout*, por envolverem um elevado grau de contatos interpessoais, entre elas encontram-se: médicos, professores, motoristas,

advogados, telefonistas, assistentes sociais, etc. No entanto, pode ocorrer em diversas profissões e em qualquer faixa etária.

Um estudo feito por Covolan (1996), investigou os fatores estressantes relacionados com a atividade dos psicólogos clínicos. Os sintomas de estresse foram classificados em categorias. Na categoria “muito freqüentes” foram encontrados os sintomas tensão muscular e cansaço. Já na categoria “bastante freqüentes” os sintomas foram insegurança e desânimo.

As estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes da pesquisa de Covolan (1996) foram ordenadas de acordo com a extensão de uso, da mais usada para a menos usada, na seguinte ordem: dar atenção ao estresse psicológico procurando controlá-lo, procurar apoio em terceiros, recorrer a entretenimento, procurar participar de atos sociais, e voltar a atenção para o corpo e praticar atividades físicas. A estratégia de *coping* referente à utilização de substâncias químicas e medicamentos foi a menos usada por psicólogos clínicos.

Os resultados do estudo de Covolan (1996) apontaram que os cinco sintomas de estresse mais freqüentes que estão relacionados ao *burnout*, são eles: tensão muscular, cansaço, sobrecarga de trabalho, preocupação excessiva e desgaste. Notou-se que o grupo de fontes de estresse de carga mais estressante estava ligado a problemas econômico-financeiros, seguidos dos eventos que envolviam sentimentos de impotência e fracasso. Em relação à fonte de estresse indicadora de insegurança, os itens referentes à sentir-se inseguro na atuação profissional foram considerados bastante graves. Ao se analisar a carga de estresse das diferentes fontes, independentes de grupos de eventos estressantes, a

carga de estresse considerada a mais grave foi aquela envolvendo tentativa de suicídio e morte por parte do cliente.

6. Justificativa

Considerando a importância dada à relação terapeuta-cliente na literatura contemporânea da terapia comportamental (Linehan, 1993; Kohlenberg e cols, 2004), é importante estudar o efeito que o cliente tem sobre o terapeuta. O estudo deste assunto pôde contribuir para a compreensão de mecanismos que afetam a relação terapêutica, e com isso, a viabilidade da mesma como instrumento de mudança.

Sendo a relação terapêutica uma relação íntima, onde ambos os participantes são vulneráveis e sendo o terapeuta antes de tudo uma pessoa que sente e interage, o terapeuta é vulnerável às reações aversivas do cliente durante sua atuação. Nós não conhecemos bem as implicações de tais vivências para o terapeuta.

7. Objetivos

Esta pesquisa se propôs a explorar os efeitos 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 quais são os efeitos percebidos por ele decorrentes de suas estratégias de *coping*. Um outro objetivo foi aumentar a consciência dos terapeutas sobre o impacto dos clientes em sua pessoa e de como ele está lidando com isso.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa contou com quatro participantes-terapeutas, todos do sexo feminino, sendo duas da abordagem comportamental, identificadas nos resultados como T1 e T2 e duas da abordagem psicanalítica, identificadas nos resultados como T3 e T4. O tempo de atividade profissional não foi analisado. Pelo fato da profissão de psicoterapeuta ser predominantemente feminino, foi optado de trabalhar com terapeutas mulheres. As terapeutas foram recrutadas através de contato pessoal feito pela pesquisadora e foram sondadas dentro da disponibilidade que tinham para responder perguntas referentes à sua vivência subjetiva da relação terapêutica.

Materiais

Mestranda e orientador confeccionaram o roteiro de entrevista que foi aplicado nas três primeiras entrevistas (Anexo 1) e o roteiro de entrevista final (Anexo 4).

Confeccionou-se documentos de consentimento informado para as participantes e para os assistentes de pesquisa responsáveis pela transcrição das fitas cassetes (Anexo 2 e 3).

Utilizou-se gravador e fitas cassetes em todas as entrevistas com as terapeutas-participantes.

Procedimentos

Foram realizadas entrevistas individuais, sendo uma entrevista inicial e quatro entrevistas baseadas na análise de relatos escritos ou gravados das terapeutas concernindo uma sessão em que elas se perceberam punidas por um cliente. As entrevistas após o relato da sessão objetivaram obter feedback sobre a “leitura” que a pesquisadora fez do relato da sessão, checar e aprofundar as interpretações feitas pela pesquisadora com a própria participante. Esta opção metodológica é decorrente da visão contextualista, onde não se procura ter uma interpretação objetiva feita por um pesquisador neutro, mas onde participante e pesquisador constroem as interpretações juntos.

Análise de dados

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, dentro de uma abordagem contextualista, sob o método indutivo, baseada na abordagem da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (Charmaz,2003). Essa abordagem foi desenvolvida na década de 60, por dois sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss. Os princípios da *Grounded Theory* tem por base o Interacionismo Simbólico, uma teoria radicalmente contextualista, presente em diversas ciências humanas, inspirada pelas idéias do filósofo americano George Herbert Mead.

Através da análise de dados obtidos sistematicamente a partir de situações concretas, a *Grounded Theory* pode gerar uma teoria ou modelo conceitual com o objetivo de explicar fenômenos sociais e psicológicos (Reiners, 1998). Alguns conceitos pertinentes a esta teoria são fundamentais para a compreensão do presente trabalho:

- *Sensibilidade teórica ou conceitos sensibilizadores*: são idéias e noções provenientes da leitura prévia da literatura relacionado ao assunto e a carga de conhecimento da formação do pesquisador.

- *Amostragem teórica ou proposital* refere-se à escolha de sujeitos em função da probabilidade que o material trazido por eles possa produzir a emergência de categorias relevantes para o desenvolvimento do estudo pretendido, possibilitando assim, respostas às questões da pesquisa.

A partir dos dados coletados se constrói categorias, o que foi feito na interpretação das transcrições. Buscou-se qualificar separadamente o material coletado de cada terapeuta, com o objetivo de se construir categorias a partir dos próprios dados, na tentativa de procurar padrões que se repetiam. A princípio nomeiam-se linha por linha os dados (conceitos específicos) de acordo com seu conteúdo, após isso, sintetizou-se os conceitos, visando organizar uma grande quantidade de dados. A codificação foi feita manualmente, anotando-se as interpretações específicas na margem direita da página.

Encontrou-se inicialmente conceitos analíticos bem específicos, tais como “cliente falta à sessão”, “cliente abandona a terapia” etc., que posteriormente foram categorizados em conceitos mais amplo como: “cliente se esquivava”. Após essa categorização, foi elaborada uma análise da frequência de cada categoria, levando-se em consideração que a frequência que algo é falado seria um dos indícios de sua importância.

- *Memos ou memorandos*: auxiliam na construção da teoria, fazem parte de uma estratégia para a retenção de informações relevantes e utilizá-los quando necessário. De acordo com Santos e Nóbrega (2002), as informações contidas nos memos possibilitam

maior reflexão sobre o fenômeno investigado e favorecem *insights* que irão contribuir para a compreensão do material colhido.

No que diz respeito ao presente estudo os memos foram utilizados com dois objetivos: identificar as relações entre os fenômenos investigados, e para o desenvolvimento dos conceitos.

Assim considera-se que a pesquisa não consistiu em desvelar fatos já pré-existentes concernindo o efeito da punição sobre a terapeuta, mas que foi um processo criativo em que tanto a pesquisadora quanto participante elaboram novas compreensões sobre a vivência pesquisada, não cabendo assim, expectativa de saturação da análise.

RESULTADOS

As categorias que emergiram dos relatos das participantes foram: (1) Eventos aversivos; (2) Sentimentos negativos da terapeuta; (3) Reações da terapeuta após o episódio aversivo; (4) Reações do cliente às reações da terapeuta; (5) Auto-manejo (*coping*) pela terapeuta; (6) Efeitos do auto-manejo (*coping*); (7) Variáveis que afetam a tolerância à punição; (8) Dificuldades pessoais da terapeuta; (9) Transformação de sentimentos; (10) Aproveitamento do episódio para o caso específico; (11) Aproveitamento pela terapeuta como profissional; (12) Efeitos da pesquisa sobre a pessoa da terapeuta.

Abaixo, as subcategorias mais importantes de cada categoria serão apresentadas. Algumas delas são ilustradas com trechos escolhidos das falas das participantes.

1. Eventos Aversivos

Os comportamentos dos clientes relatados pela maioria das terapeutas como sendo aversivos para elas, foram:

- **Falta de engajamento na terapia/Resistência à terapia pelo cliente** (T1, T2, T3 e T4)

T1: “...Quando o vínculo se rompe eu acho mais difícil de trabalhar. Que aí o cliente começa com uma resistência enorme a tudo que você fala, a um ceticismo muito grande.

Aí ele começa a boicotar o processo se fechando.”

T2: “...Uma vez eu falei isso para um paciente: ‘Olha! Eu estou tentando te alcançar, tentando discutir as coisas com você p/ nós refletirmos sobre isso, mas você tá fechado para mim. Você não tá deixando eu ao menos falar as coisas, porque você não está querendo ouvir’. Porque nessa sessão ele estava conversando comigo olhando p/ parede.”

T3: “Eu acho que o mais aversivo (risos) e o mais difícil de fato não era nem o não falar, ela falava sempre, mas é a questão de não querer resolver. Tudo isso que ela foi trazendo, ela foi trazendo muito coisa, mas muita coisa não querendo mexer com isso.”

T4: “Essa paciente, ela tem assim suscitado muitas vezes, por ela ser resistente com ela mesma, é lógico que refletiria a resistência em relação a minha colocação ou a minha pessoa. Então todas às vezes que eu penso em está escolhendo um caso para está falando em situações aversivas, eu penso nela.”

▪ **Rejeição/Desaprovação da atuação da terapeuta (T1, T2, T3 e T4)**

T1: “Semana retrasada eu atendi um cliente com depressão muito forte e que ele estava punindo os meus comportamentos de tentar entender o que estava acontecendo com ele. Sempre que eu fazia perguntas para conhecer mais o que estava acontecendo com ele, ele me punia, do tipo: ‘Ai! Estou cansado dessas perguntas. Todo mundo me pergunta isso’.”

T2: “...quando é aquele cliente chato, igual a cliente chata que eu estava te falando, que discorda de uma coisa que eu estou falando, daí depende da função também. Vamos supor que eu estou vendo que o cliente tá discordando só para me irritar, porque tem cliente que faz isso. É como se fosse assim: “Não”! Não é assim! Sabe? Como se ele fosse o dono da verdade.”

T3: “...O certo é desaprovada, sentir desaprovada pelo cliente... Ser desaprovada naquilo que eu tentei interferir ou pontuar e que ele não apoiou, não acolheu, não aceitou.”

- **Sarcasmo/Arrogância** (T1, T2 e T4)

T1: “Porque uma coisa que eu nunca suportei muito foi esse negócio de sarcasmo, de arrogância. Eu achava melhor a pessoa ser franca comigo, igual a mãe dela (cliente *borderline*), que falava as coisas na bucha, o que pensava, do que esse jeito assim.”

T2: “Até que um dia, e essa cliente é meio prepotente, ela gosta de estar por cima das pessoas, mas eu nunca tinha parado para pensar nessa questão da cadeira. Porque para mim muitos clientes fazem isso e eu vejo que é porque eles não sabem realmente onde eles têm que sentar. Daí um dia ela chegou para mim e falou assim: ‘Hoje eu não vou sentar na sua cadeira. Eu vou sentar na minha’.”

Dentre as outras subcategorias mencionadas pelas terapeutas encontram-se:

- **Desconsiderar/Desvalorizar a terapeuta** (T1, T2 e T4)
- **Agressividade verbal/ Escândalo na sessão** (T1 e T2)
- **Faltar a sessão** (T1 e T3)

2. Sentimentos Negativos da Terapeuta

Três subcategorias foram relatadas por todas as terapeutas:

- **Sentimento de incômodo/desconforto** (T1, T2, T3 e T4)

T3: “Senti-me desconfortável e pensei que esta paciente parece ser diferente dos parâmetros dos pacientes atendidos.”

T4: “Porque isso me causa desconforto, tudo aquilo que me causa desconforto na reação do paciente, eu acho que eu estou sendo punida, porque ali eu penso assim: ‘Ah! Ela não concordou comigo, ou ela também está me controlando’.”

- **Sentimento de dúvida/insegurança** (T1, T2, T3 e T4)

T1: “Nossa! Foi péssimo, foi péssimo, como eu sofri. Porque sempre que eu atendo borderline e eles me punem, eu fico muito insegura, fico com medo de perder o paciente, que é comum o borderline abandonar a terapia.”

T4: “Um sentimento veio ao mesmo tempo misto de insegurança, tipo assim, eu conversei comigo mesma ‘como é que eu vou sair dessa?’”

- **Sentimento de raiva/ódio** (T1, T2, T3 e T4)

T1: “Porque sempre que eu atendo borderline e eles me punem, eu me sinto muito mal, porque eu fico com tanto ódio, mas com tanto ódio da pessoa que aquilo não me sai da cabeça.”

T2 - “...Olha o que aconteceu: na hora que ela me falou isso eu fiquei com ódio dela. Com ódio mortal dela. Vontade de furar o olho dela de tanta raiva (risos)... É mais fácil falar com essa outra (cliente), porque se tiver algum sentimento negativo é um sentimento que não é tão invasivo como a raiva.”

- **Cobrar-se** (T1, T2, T3 e T4)

Outras subcategorias importantes foram:

- **Culpa/remorso** (T1, T3 e T4)

- **Preocupação/Ruminar pensamento** (T1 e T3)

3. Reações da Terapeuta Após o Evento Aversivo

Subcategorias relatadas por várias terapeutas:

- **Deixar de intervir na sessão** (T1, T2, T3 e T4)

T2: “Daí eu voltei e sentei na minha cadeira e falei para ela: ‘como foi a sua semana?’ Não dei atenção p/ ela, ou seja, ela falou uma vez, eu ignorei, ela tentou de novo, eu ignorei de novo, porque eu não tinha condição, mas sei que fiz errado, porque o que eu deveria ter feito era conversar isso com ela e mostrar como me senti, mas na hora eu não tinha condições.”

T3: “Ela puniu fugindo de minha proposta: enfrentar o seu maior conflito. Na mesma sessão nada fiz”.

- **Desistir do cliente/Abandonar o cliente** (T1 e T3)

T3: ““...Conversei com ele e expus, que só o atenderia se ele fizesse essa mudança, ou seja, se assumisse de investir nele mesmo e não passar a mãe para trás. Porque a mãe pagava para ele ser atendido e ele não queria. E como ele ficou querendo me enrolar e não mudou, eu deixei de atendê-lo.

- **Revidar a punição com um comportamento diferente do comportamento emitido pelo cliente** (T1 e T3)

T1: “...Quando ela fez isso eu usei também um evento aversivo com ela para bloquear essa punição dela. Eu perguntei: ‘você está aqui obrigada?’. Ela respondeu: ‘não’. E eu disse: ‘O que eu estou fazendo aqui é tentar te ajudar, mas se você não quiser a minha ajuda você está livre para ir embora’.”

- **Colocar condições para continuar atendendo** (T1 e T3)

T3: “...Então eu propus que ele pagasse a metade da sessão, porque era a mãe que pagava para ele e ele tinha emprego, salário. E falei que só o atenderia se ele investisse nele,

porque a mãe pagava para ele ser atendido e ele não queria. Eu só atenderia se ele fizesse essa mudança, como ele não fez essa mudança, ficou querendo me enrolar, eu deixei de atendê-lo.”

- **Abandonar estratégia/intervenção punida (T1)**

T1: ““...Eu tenho que está atenta as contingências despendidas pelo cliente em relação a minha atuação, mas eu também tenho que estar atenta para que esse cliente não controle o meu comportamento. Porque antes eu não tinha consciência disso, o cliente às vezes punia o meu comportamento sem eu perceber. Então, de repente eu mudava toda uma intervenção, uma estratégia, procedimentos, por achar que não estava dando certo e agora eu percebo que às vezes, não é que não está dando certo, ele está punindo porque está dando certo e não pelo contrário.

4. Reações do Cliente às Reações da Terapeuta

A reação mais freqüente às reações/intervenções feitas pelas terapeutas foram:

- **Cliente reconhece sua falha/desamparo (T1, T2 e T4)**

T4: “Depois passa alguns segundos, demonstrado pela própria fisionomia dela, ela começa a sorrir, aí ela começa a consentir: ‘eu acho que eu vou concordar’. Aí ela começa a sorrir e consente: ‘é você tem razão, então acho que é pra isso mesmo que eu funciono desse jeito’ Aí ela consente, fala da raiva, fala que é assim mesmo que ela se estabelece nas relações e tudo mais.”

T2: “Eu falei para ela: ‘Se você tem que brigar com alguém, é com o IPASGO que você tem que brigar e não comigo. Eu só estou te passando como o IPASGO me pede’. Na hora ela amansou. Na sessão seguinte ela me pediu desculpa.”

Dos relatos das terapeutas emergiram outras subcategorias, tais como:

- **Cliente se esquiva** (T1 e T3)
- **Cliente se abre para a ajuda da terapeuta** (T1 e T4)
- **Cliente nega a sua falha** (T1 e T2)

5. Auto-manejo (*Coping*) pela Terapeuta

As subcategorias mais relatadas foram:

- **Terapeuta conversa consigo mesma** (T1, T2 e T4)

T1: “Quando eu me sinto assim punida, eu tenho uma necessidade enorme de falar, e como eu não faço terapia, nunca fiz, eu não tenho ninguém para falar, então eu fico assim com aquela coisa, falando comigo mesma e a cabeça, só penso naquilo.”

T4: “Um sentimento veio ao mesmo tempo misto de insegurança, tipo assim, eu conversei comigo mesmo: ‘como é que eu vou sair dessa?’.”

- **Difusão** (T1, T2 e T3)

T1: “... Eu pensei: ‘eu fiz o que eu podia. Eu também não sou obrigada a dar conta de tudo. Se ela não tá fazendo a parte dela o problema é dela.’ Pela primeira vez eu consegui me distanciar do sistema doentio que ela me colocou.”

T2: “Quando eu sei que estou fazendo errado e faço, daí eu falo: ‘Nossa! Eu não posso fazer isso’. Mas daí eu penso: ‘Mas já era o meu limite também naquele dia’. Daí eu fico nessa briga comigo mesma.”

- **Terapeuta procura supervisão e/ou terapia individual** (T3 e T4)

As demais subcategorias relatadas pelas terapeutas foram:

- **Terapeuta contextualiza os sentimentos provenientes do evento aversivo** (T1 e T2)
- **Terapeuta se controla para evitar revidar** (T2)
- **Terapeuta atribui problema ao diagnóstico do cliente** (T2)

6. Efeitos do Auto-manejo (*coping*)

A subcategoria mais relatada foi:

- **Terapeuta sente-se mais aliviada/tranqüila** (T1, T2 e T3)

T2: “E ameniza também quando eu tento entender o porquê ela retrocede, porque na hora eu sinto isso, mas eu penso isso também: ‘Não! Mas ela tem melhorado e essas recaídas são normais’.”

T3: “...Depois que eu pensei: ‘ Não! Eu sei que eu tenho falhas, mas eu não sou nem inadequada e nem incompetente... Eu sei lidar com isso’. Eu me refiz. Então eu estava tranqüila, estava ali na escuta, que é o meu papel.”

- **Terapeuta sente-se mais preparada/consciente para atuar** (T4)
- **Transforma raiva em compreensão** (T2)

7. Variáveis que Afetam a Tolerância à Punição

As quatro subcategorias abaixo, foram as mais citadas.

- **Consciência da terapeuta do seu próprio contexto** (T2 e T4)

T2: “... Eu comecei a sentir isso com ela, depois da morte da minha avó... Com a morte você pára para refletir muito sobre a vida. Daí ela me chega sempre vendo a vida de uma maneira muito negativa e como eu estou nesse outro contexto, que é de ficar pensando no que fazer para viver melhor, então eu acho que isso também teve um impacto sobre a maneira como estou vendo os comportamentos dela hoje. Antes eu sentia que eu era mais compreensiva, com as recaídas dela. Eu não ficava com raiva.”

T4: “Eu acho que foi ficando mais consciente para mim o meu próprio preconceito em relação a homossexualidade. Acho que quando eu trabalhei mais o meu preconceito tive mais leveza mais tranquilidade, porque eu tive consciência de quem era a preconceituosa, mais do que aquele pai, era eu.”

- **Compreensão da história de vida do cliente e da sua relação com este** (T1 e T2)

T1: “Depende do jeito do paciente”. Tem paciente meu que vai me punir e eu não vou ter coragem de fazer isso, porque eu sei que são pessoas, às vezes, que já teve uma vida inteira de punição, que tá o tempo todo sendo punido, então vai muito, não é nem da situação, é da pessoa, da história que eu tenho com essa pessoa e da história que essa pessoa teve e trouxe para mim.

- **Teoria** (T2 e T3)

T3: “...Eu estou tendo que ter paciência, e é o que a gente aprende: ter calma e buscar esta escuta flutuante, que a gente fala, essa atenção flutuante, para que a gente possa fazer assim a intervenção e pontuação que a ajude.”

- **Análise funcional do comportamento aversivo do cliente** (T2 e T4)

T4: “Ah! Ela. não concordou comigo, ou então, ela também está me controlando”.

Outras subcategorias foram mencionadas pelas terapeutas:

- **Tempo de terapia** (T2)
- **Forma de punição** (T1)
- **Sexo e idade do cliente** (T1)

8. Dificuldades Pessoais do Terapeuta

Todas as terapeutas relataram as seguintes subcategorias:

- **Sentimentos atrapalham atuação** (T1, T2, T3 e T4)

T1 – “Qualquer situação que eu me sinta punida, é como se eu de repente desligasse do que está acontecendo ali e ficasse presa ao que eu sinto. É como se a minha atenção fosse desviada, em vez de eu estar atenta ao paciente, aquilo que tá acontecendo na nossa relação, eu voltasse um pouco para mim, e começo, “o que eu fiz de errado?”

T2 – “Com certeza é mais fácil falar com essa outra (cliente), porque se tiver algum sentimento negativo é um sentimento que não é tão invasivo como a raiva. Porque raiva é muito invasivo. Então eu tenho que parar, eu tenho que respirar, contar até dez para eu não falar para ela: ‘Some daqui sua chata’.”

- **Tendência de “pisar em ovos”** (T1, T2, T3 e T4)

T4: “Então, eu posso dizer que a minha dificuldade, enquanto profissional, seria de como trabalhar isso com o meu paciente, de interpretar isso para ela, às vezes eu acho que vou ser agressiva com ela, falando que ela é incoerente. É a postura que eu tenho que ter, mas eu fico meio que culpada, achando que estou sendo invasiva, que vou chocá-la e vou causar um espanto nela interpretando de forma forte.”

Outras subcategorias importantes foram:

- **Responsabilidade excessiva pelo tratamento** (T1, T2 e T3)

T3: “Por que o tipo de transtorno dele era ligado a área da sexualidade e era coisa assim, que ele não conseguia falar pra mais ninguém a não ser pra mim. Então, parece que eu carreguei com ele esse compromisso tão grande, de caminhar com ele dentro desse

período de tratamento. É tão grande o peso que ele vinha trazendo que eu naquela hora não dei conta de acreditar que realmente podia deixar ele sozinho. É algo assim, que ele nunca contou para nenhuma outra pessoa, só trazia pra mim.”

- **Levar a punição como algo pessoal (T1, T3 e T4)**

T1: “Eu não lembro como eu revidei, mas eu revidei à altura. Porque eu lembro que eu agi de acordo com o que eu senti. Eu me senti ofendida e eu agi bem do jeito que eu me senti, para ofender também.”

- **Comportamentos-problema reforçados quando terapeuta não os identifica como comportamentos-problema (T1 e T2)**
- **Terapeuta sob controle mais amplo de sua vida (T2 e T4)**
- **Esquiva experiencial/contexto de dar razões (T1 e T2)**

9. Transformação de Sentimentos

As subcategorias abaixo, foram citadas por duas terapeutas:

- **Sentimento de raiva, decorrente da punição, transformado em compreensão (T1 e T2).**

T2: “Quando eu olho para o contexto, é como se fosse assim, eu sinto empatia e compreensão tão grande pelo paciente que até a raiva diminui.”

- **Intensidade de sentimentos diminui com o verbalizar do terapeuta (T1 e T2)**

T1: “Depois que eu coloquei isso para ela (cliente), me senti mais aliviada, mas antes de colocar eu ainda estava envolvida naquele turbilhão de sentimentos.”

10. Aproveitamento do Episódio para o Caso Específico

As subcategorias abaixo citadas foram relatadas por mais terapeutas:

- **Uso dos sentimentos do terapeuta para aprofundar análise do caso** (T2, T3 e T4)

T2: “...Ela tem momentos que me incomoda, mas ela me incomoda no sentido assim de alerta, para eu pensar mais na estrutura dela, no funcionamento dela, como um estado de alerta.”

T3: “Prestei atenção ao conjunto dos conflitos que ela trouxera e melhorei o mapeamento de compreensão... Também revi sobre querer ou não acessar conflitos e pensei que pelas sessões já realizadas ela nunca havia saído da repetição.”

- **Buscar literatura para orientar caso clínico** (T2, T3 e T4)

T3: “Esse sentimento afetou-me fazendo-me rever as dificuldades de analisar e ser analisado, estudando o próprio caso em autores experientes na prática clínica...”

- **Terapeuta compartilha sua interpretação** (T1, T2 e T4)

T1: “Me senti muito punida. O que eu fiz, liguei para ela e disse : ‘Olha eu acho que você não veio porque você deve está com muita raiva de mim, por aquilo que eu falei, mas acho que isso que está acontecendo com a gente agora é algo que a gente pode trabalhar e que pode ajudar na sua vida lá fora. E mesmo você estando com raiva de mim, eu acho muito importante você vir hoje’.”

- **Terapeuta compartilha suas emoções** (T1, T2 e T4)

T4: “Tanto que é uma das minhas técnicas que eu utilizo pra esses momentos, que eu tenho consciência dos meus sentimentos misturados com o sintoma do paciente, eu interpreto, eu falo, você está me fazendo sentir raiva, como talvez você faz o seu pai sentir

raiva de você, seu irmão sentir raiva de você, sua mãe sentir raiva de você, então eu nomeio isso para a paciente, porque naquele momento ela me fez sentir raiva dela, então eu trabalho isso com ela: ‘Você está me fazendo sentir raiva, como talvez você faz o seu pai sentir raiva de você, seu irmão sentir raiva de você, sua mãe sentir raiva de você’.”

- **Considerar a história de vida do cliente** (T1, T2 e T4)

T2: “Eu não tenho, assim, dificuldade em validar não. Eu acho até fácil, no sentido que eu olho para as contingências e eu vejo que a pessoa só podia fazer aquilo mesmo... Em parte ela tem razão sim, de pensar todas essas coisas porque a vida dela não tem sido fácil, mas eu sempre tentei trabalhar com ela, no sentido assim, dela conseguir enxergar coisas além do que ela tá vivendo...”

As subcategorias abaixo foram mencionadas por duas terapeutas:

- **Acreditar mais na sua atuação profissional com o cliente punitivo** (T3 e T4)
- **Terapeuta enxerga o seu envolvimento pessoal** (T3 e T4)
- **Contextualizar episódio aversivo para escolher atuação** (T1 e T2)
- **Terapeuta se coloca como modelo de enfrentamento** (T1 e T2)
- **Terapeuta toma sentimento intenso como sinal de perigo para atuação inadequada** (T1 e T2)

11. Aproveitamento pela Terapeuta como Profissional

A subcategoria citada por todas as terapeutas foi:

- **Favorece a percepção, atenção e aprendizado em relação à experiência aversiva** (T1, T2, T3 e T4)

T4: “...Quando você exercita o investimento a mais, escuta o emocional, aquela coisa da empatia, eu acho que isso repercute com todos (pacientes). É uma coisa que estende ao trabalho. Acredito que sim. Sabe aquela coisa do aprendizado? Isso é um aprendizado. Pode ser que não esteja consciente que tá acontecendo com um paciente específico, mas eu acho que eu estou mais atenta a escuta... Acho que toda vez que eu trabalho uma questão eu tenho um aprendizado e automaticamente eu coloco isso em prática.

- **Terapeuta aprende a ser mais tolerante/paciente (T2 e T3)**

T2: “Eu aprendi a ter mais paciência com esse tipo de paciente, porque é normal isso, eles retrocederem tanto.”

- **Promove o aproveitamento da supervisão clínica (T3 e T4)**

T3: “... seja na punição ou algum acontecimento que me chama atenção eu procuro ler sobre isso, conversar na supervisão, inclusive eu conversei na supervisão e tive as orientações sobre esses pacientes e continuou tendo quando eu sinto necessidade... Porque o que eu vou estudando e as novidades que o meu aprendizado vai trazendo e as trocas que eu vou fazendo vai me ajudando e modificando, eu sinto que para melhor e sem medo que aquilo que não está bom eu também compartilhe na supervisão e com as outras pessoas que trabalham na clínica.

Abaixo encontram-se outras subcategorias relatadas pelas terapeutas:

- **Terapeuta aprende a separar sua vida da terapia (T3)**
- **Promove reflexão sobre a sua atuação profissional (T3)**

12. Efeitos da Pesquisa sobre a Pessoa do Terapeuta

As terapeutas relataram que terem participado da pesquisa teve os seguintes efeitos:

- **Favorece a percepção, atenção e aprendizado em relação à experiência aversiva (T1, T2, T3 e T4)**

T1: “Eu penso que depois da primeira entrevista que você fez comigo, a forma com que eu vejo, lido e descrevo esse aspecto de ser punida pelo um paciente, mudou. Acho que nos dados você vai poder ver isso, a diferença da minha própria fala em relação a tudo isso. Porque depois daquela primeira entrevista você me colocou assim, como um aspecto a ser observado na relação. Porque eu sabia que acontecia, eu tinha noção, mas eu não tinha noção do quanto isso podia ajudar o próprio processo terapêutico. E ajudar também no meu trabalho, no meu desempenho. Prestar atenção nesse tipo de sentimento de ser punida. Então depois daquela primeira entrevista, eu acho que eu fui prestando atenção cada vez mais nisso.”

- **Favorece a reflexão sobre experiência aversiva no processo terapêutico (T1, T3 e T4)**

T3: “Me ajudou a pensar. Porque se você não tivesse feito a entrevista e eu não tivesse que pensar para te responder, talvez não teria surgido tanta coisa interessante para pesquisa, para estudo e para a partilha.”

- **Serve como tratamento do terapeuta (T1 e T4)**

T1: “Todo o processo da sua pesquisa eu penso que, não tinha essa intenção mas acabou sendo uma intervenção, porque as perguntas que você fazia me levou a cada vez a

ter mais percepção do que acontecia durante a terapia. E essa percepção foi me ajudando, foi me modelando, foi mudando o meu comportamento.”

T4: “Interessante! Que quanto mais a gente fala no assunto, até esse tipo de entrevista, é uma forma de a gente elaborar, com o que acontece com o nosso inconsciente. Eu percebo assim. Então, eu acho que o fato de estar respondendo, estar falando dela, estar vendo algumas questões minha, dela. Acho que é pela fala mesmo que a gente resolve as nossas questões (risos).”

As terapeutas T2 e T3, têm expectativa de um processo terapêutico acelerado, desconsiderando as dificuldades pessoais da cliente. T2 se considera uma pessoa ansiosa e T3 relatou acreditar que pelas necessidades da vida moderna, a terapia deve promover resultados rápidos. Com isso, a “falta de engajamento na terapia/resistência à terapia” e “voltar a padrões anteriores” se tornaram eventos aversivo para essas terapeutas.

Por meio dos sentimentos negativos, as terapeutas T2 e T4 começam a prestar atenção nos comportamentos-problema, ou melhor, os sentimentos negativos das terapeutas fizeram com que elas percebessem que aquele comportamento que desencadeou aquele sentimento negativo era um comportamento-problema. Por exemplo, a T2, verificou que o comportamento do cliente, de querer agradá-la, através de tarefa que ela fazia questão que a terapeuta verificasse minuciosamente, era um tipo de comportamento que essa cliente emitia no seu cotidiano com outras pessoas.

A reflexão sobre os sentimentos na entrevista, levou T4 a perceber que o comportamento aversivo da cliente era de fato comportamento-problema que tinha que ser considerado no trabalho terapêutico. Essa interpretação tornou o comportamento menos aversivo para ela.

Os sentimentos aversivos levaram T4 a ter consciência de seu próprio preconceito, no que diz respeito a homossexualidade.

Os sentimentos e a intervenção de T2 são controlados pelo o quê considera ser terapêutico dentro de sua formação teórica, o que pode ser determinante para o grau de tolerância à punição.

T2: “Então eu sempre procuro agir para mostrar a função do comportamento para o cliente, por mais que às vezes eu me sinta cansada, de dizer ‘Ai que saco!’ Então eu sempre procuro identificar essas coisas: o comportamento que me causa esse sentimento e o que eu tenho que fazer à luz da função daquele comportamento do cliente.

Tanto T2 quanto T4, tiveram consciência clara dos efeitos aversivos no momento em que correm e atuaram guiadas pelas análises dos seus próprios sentimentos.

T2: “Foi no momento da terapia. ‘Eu estou de saco cheio dessa cliente hoje’... E eu comecei a me sentir mal comigo mesma: ‘eu não estou compreendendo a dor dela ou estou banalizando a dor dela nesse momento’. Então, eu comecei a fazer essa análise, do meu contexto, a que contexto eu estava reagindo e do contexto da cliente. Daí eu parei com a minha passividade e fui para outra atitude, validar e ser firme com ela. Então eu estava bem consciente na sessão.”

T4: “Tanto é que uma das minhas técnicas que eu utilizo para esses momentos, que eu tenho consciência dos meus sentimentos misturados com o sintoma do paciente, eu interpreto, eu falo: ‘você está me fazendo sentir raiva, como talvez você faz o seu pai sentir raiva de você...’ Então eu nomeio isso para a paciente, porque naquele momento ela me fez sentir raiva dela. Quando eu consigo captar a minha mistura e eu faço essa interpretação...”

Tanto T2 quanto T4 relataram se sentirem incomodadas quando deixaram escapar oportunidades de atuar, ou seja, quando seus comportamentos estavam sob controle do seu contexto pessoal e não da teoria.

T2: ...Se for uma situação que eu não fiz o que eu tinha que fazer daí eu me sinto mal comigo. Igual com essa cliente que eu estava atendendo. Eu tinha passando por uma situação muito difícil da minha vida, já tinha passado uns dias mas eu ainda estava abalada e vim atender essa cliente. porque o que eu deveria ter feito era conversar (sobre comportamento aversivo da cliente) com ela e mostrar como eu me senti, mas na hora eu não tinha condições. Daí quando esse tipo de coisa acontece eu me sinto mal comigo, penso: ‘Nossa! Eu devia ter feito o meu trabalho, eu tenho que fazer essas coisas’. É diferente, por exemplo, quando você comete um erro e só depois é que vê que cometeu o erro. Eu acho que nesse ponto é mais perdoável para mim, eu me perdoou mais.

T4: “Quando eu consigo captar a minha mistura e eu faço essa interpretação, então essa é a forma que eu lido. Agora tem situações que isso fica sem ser trabalhado, sem ser interpretado, e eu fico incomodada com isso. Não chega ao ponto de misturar tanto e atender o próximo paciente, e interferir não. Eu consigo desligar, mas quando eu me lembro da paciente, do caso e tudo mais é uma paciente que sempre me incomoda.”

Na última entrevista, T2 menciona que na última sessão com a cliente punitiva, esta chegou relatando uma situação que envolvia o ex-marido. Este relato remeteu a terapeuta a pensamentos similares aqueles envolvidos no momento em que o evento aversivo ocorria nas sessões, como por exemplo, “lá vem ela (cliente) com isso de novo, com a mesma ladainha”.

T2: “Lembrei que na última sessão ela ficou sabendo que o ex-marido vai ser pai de novo... Aí eu achei que ela fosse voltar com aquelas mesmas coisas de antes. Na hora que ela falou isso eu pensei: ‘Nossa! Lá vem tudo de novo’ (risos). Eu achei que ela iria retroceder, que ela fosse chorar, que ela fosse ficar desesperada e dizer o

quanto ela era inadequada, o quanto ela tinha sido uma má esposa. Mas isso não ocorreu”.

A terapeuta esperava que o comportamento aversivo aparecesse, ou seja, ela estava sob controle da história passada envolvendo esse tipo de comportamento aversivo. Parece que uma história de experiências aversivas pode dificultar o terapeuta a enxergar novas habilidades, inclusive progresso no cliente.

A partir do retrocesso da cliente no que dizia respeito a assuntos que envolvia o ex-marido, T2 trabalhou outro tema, a emissão de comportamentos da cliente que visava a aceitação das outras pessoas. Este último também era um fator que propiciava o retrocesso da cliente, o que para T2 consistia no evento aversivo.

T2: “... Então isso levou a outro tema que é o fato dela ser muito influenciável, dela não ter opinião própria ou se ela tem ela prefere fugir disso e fazer o que o outro quer, porque pelo menos ela não vai sentir culpa se der errado. Então levou a esse outro tema também.”

Atualmente a cliente, querendo perceber que volta a padrões anteriores, utiliza o auto-manejo “conversar consigo mesma”, similarmente a um dos tipos de auto-manejo exercido pela T2 frente aos mesmos comportamentos aversivos da cliente na sessão terapêutica.

T2: “Ela sabe que ela sempre retrocede, que ela volta nas mesmas coisas. Eu vejo que hoje ela procura conversar com ela mesma quando isso acontece. Então quando ela começa a pensar nessas coisas como sendo culpa dela, ela já consegue estabelecer uma espécie de diálogo com ela mesma, ela fala: ‘Não! Fulana não! Não faz isso, você tá vendo que você está interpretando errado de novo. É uma questão de incompatibilidade. Não quer dizer que eu seja má, que eu seja ruim, significa que a gente é diferente e que a gente fez uma má escolha em se casar’. Em vários momentos ela faz isso.”

É possível que a terapeuta ensine as estratégias que estão no repertório dela à cliente.

DISCUSSÃO

Embora a literatura analítico-comportamental aponte a relevância do impacto da sessão sobre a pessoa do terapeuta (Banaco, 1993; 1997), pouco se tem estudado sobre esse fenômeno. O presente estudo vem de encontro a uma carência de pesquisa empírica a cerca deste assunto.

Verificou-se que os eventos aversivos mais mencionados entre as terapeutas são a falta de engajamento do cliente no processo terapêutico e a desaprovação da atuação da terapeuta. É importante ressaltar que os eventos aversivos referentes a desvalorização da terapeuta “desconsiderar a terapeuta” e “sarcasmo” parecem ter um impacto mais a nível pessoal do que a nível profissional. A “falta de engajamento na terapia/resistência à terapia” e “voltar a padrões anteriores” tornaram-se eventos aversivos para as terapeutas T2 e T3 devido as expectativas que elas depositavam no cliente em relação ao progresso deste na terapia. A emergência do comportamento-problema do cliente na relação terapêutica por si mesma incomodou T2 e T4.

O sentimento de dúvida/insegurança ocorre nas situações em que as terapeutas não sabem como o cliente irá reagir à intervenção. Para a T1, esse é um sentimento típico nos atendimentos a clientes com transtorno de personalidade, pela possibilidade de abandono pelo cliente. Os dados mostram que a raiva, causada pelo comportamento aversivo do cliente, interfere no bem-estar e na atuação das terapeutas. A T1 continua pensando na experiência aversiva mesmo fora do *setting* terapêutico, enquanto a T2 relatou ter mais facilidade de fazer intervenção quando o sentimento não é tão invasivo quanto a raiva.

Por meio dos sentimentos negativos, as terapeutas T2 e T4 começam a prestar atenção nos comportamentos-problema, ou melhor, os sentimentos negativos das terapeutas fizeram com que elas percebessem que aquele comportamento que desencadeou aquele sentimento negativo era um comportamento-problema. Por exemplo, a T2, verificou que o comportamento do cliente, de querer agradá-la, através de tarefa que ela fazia questão que a terapeuta verificasse minuciosamente, era um tipo de comportamento que essa cliente emitia no seu cotidiano com outras pessoas.

Todas as terapeutas, exceto a T4, relataram que em alguns momentos, o episódio aversivo as levaram a deixar de intervir na sessão. Entre os fatores que contribuíram para a passividade terapêutica encontram-se: o contexto de vida do terapeuta, por exemplo, a morte de um parente; a falta de repertório para atuar frente a situação aversiva.

As terapeutas ao serem punidas pelo cliente desenvolvem comportamentos de fuga/esquiva frente ao comportamento aversivo do cliente. “Desistir do cliente/abandonar o cliente” e “abandonar estratégia/intervenção punida”, foram subcategorias apontadas por duas terapeutas. Se o terapeuta se comporta com o intuito de evitar que o cliente apresente uma resposta aversiva, o seu comportamento está sendo reforçado negativamente.

Um fator que propiciou a terapeuta “desarmar” o cliente, foi a interpretação do comportamento aversivo do cliente, mostrando a este, que tal comportamento era um comportamento-problema relevante para suas dificuldades no cotidiano. Com essa atitude, o cliente pôde reconhecer o efeito do seu comportamento na terapeuta e se vulnerabilizar na relação terapêutica. Isto indica que o evento aversivo pode ser um instrumento a mais para o terapeuta promover a consciência do cliente de seus comportamentos inadequados, podendo até chegar a possibilitar o aprimoramento da aliança terapêutica, conforme os

resultados do estudo de Foreman e Marmar (1985, *apud* Safran, Crocker, McMain e Murray, 2002).

Notou-se que T1 e T3 ao revidarem o comportamento aversivo do cliente, favoreceram comportamentos de fuga/esquiva do cliente – “faltar a sessão” e “desistir da terapia”. Isso vem confirmar o que muitos autores falam a respeito dos efeitos negativos da punição como forma de controle do comportamento e da contra-indicação do controle aversivo na aprendizagem de repertório adequado (Banaco 2004; Cameschi & Abreu, 2005; Queiroz, 2004; Skinner, 1953/1998; Zamignani, 2001). Permitindo-se viver conscientemente e sem defensividade os episódios aversivos inerentes à situação clínica, o terapeuta tem maior condição de evitar reagir de maneira aversiva na relação terapêutica, algo tão questionado na literatura analítico-comportamental.

Pôde-se notar algumas estratégias de *coping* adotadas pelas terapeutas, como: “conversar consigo mesma”, “difusão” e “procurar supervisão e/ou terapia individual” como os participantes de Williams e cols (2003). Tais estratégias de *coping*, promoveram: alívio às terapeutas, já que estas compreenderam os sentimentos e a função do comportamento-problema envolvidos no episódio aversivo, e a confiança na atuação com o cliente punitivo. Nenhuma das terapeutas mencionou estratégias relacionadas com lazer, meditação, atividades físicas e férias, como meios de lidar com as situações aversivas, em contraposição ao que a literatura sugere (Baker, 2002; Grafanaki e cols, 2005; Williams e cols, 2003).

Observou-se em vários momentos que os sentimentos negativos das terapeutas T2 e T4 estavam sob controle de um contexto mais amplo envolvendo questões pessoais (“morte de um parente” e “preconceito relacionado à homossexualidade”). Isso sugere que

a experiência aversiva seja vista como tal dependendo não apenas da relação terapeuta-cliente, mas da história particular do terapeuta e do momento atual pelo qual esse profissional esteja passando.

Outro ponto observado foi “as variáveis que afetavam a tolerância à punição”. Quando as terapeutas tinham consciência de seu próprio contexto, da história de aprendizagem do cliente e o seu comportamento estava sob controle da teoria, elas se tornavam menos vulneráveis ao comportamento aversivo do cliente, não revidavam a punição e atuavam mais adequadamente.

Entre as “dificuldades pessoais da terapeuta” as mais mencionadas foram: “pisar em ovos”, “sentimento de responsabilidade excessiva pelo tratamento” e “levar a punição como algo pessoal”. Verificou-se que essas dificuldades influenciaram negativamente a atuação dessas profissionais, por levá-las a evitarem falar em assuntos relacionados à problemática do cliente, tomarem para si a responsabilidade de todo o processo terapêutico e negligenciarem as reais contingências em vigor.

Os sentimentos negativos decorrentes da experiência aversiva favoreceram a T1 e T2 o aumento da consciência tanto no que dizia respeito às intervenções contra-terapêuticas quanto a diferença de seus investimentos entre diferentes clientes. Portanto, o episódio aversivo foi um propiciador da consciência da atuação profissional com determinado cliente.

A experiência aversiva levou todas as terapeutas a uma maior aprendizagem: um aumento na percepção do seu próprio comportamento no momento aversivo, busca de comportamentos mais adequados frente a situações aversivas, tanto com o cliente punitivo quanto com outros clientes.

A falta de consciência da experiência aversiva, pode interferir de maneira negativa na atuação do terapeuta, por exemplo, negligenciar uma análise funcional, deixar de interpretar um comportamento-problema para o cliente, no caso do comportamento envolvido no evento aversivo, se esquivar da proposta de intervenção e até desistir do atendimento ao cliente.

No presente estudo, pôde-se observar que a experiência aversiva gerou nas terapeutas sentimentos negativos os quais em alguns momentos atrapalharam a atuação terapêutica. Frente a essa realidade, as profissionais utilizaram estratégias de *coping* (verbalizaram para o cliente os efeitos da experiência aversiva sobre elas e fizeram análise funcional do comportamento aversivo do cliente) tendo como resultado a transformação do sentimento de raiva em compreensão e a diminuição da intensidade dos sentimentos negativos.

Verificou-se que a partir do episódio aversivo, aspectos relevantes para o processo terapêutico emergiram, tais como: a utilização do próprio sentimento negativo que fez com que as terapeutas aprofundassem a análise do caso; a dificuldade de atuação com o cliente punitivo, levando a terapeuta a buscar o aprendizado através da literatura; e elaboração da análise funcional do comportamento aversivo junto com o cliente punitivo.

Pôde ser observado que não houve diferença entre as terapeutas de acordo com sua orientação teórica. Isso sugere que a maneira pela qual a terapeuta experiencia e lida com episódios aversivos, na forma em que foi estudado nessa pesquisa, não diz respeito à formação teórica, mas a padrões profundamente pessoais.

Respondendo às questões o qual o presente estudo se propôs a investigar, concluí-se que os momentos interpessoais aversivos na relação terapêutica têm um grande impacto

nos sentimentos do psicólogo clínico e na maneira como atua com o cliente após a experiência aversiva. O episódio aversivo pode influenciar positivamente ou negativamente na atuação profissional dependendo de fatores como: a história de aprendizagem do terapeuta e o momento atual de vida desse profissional.

As terapeutas relataram que a partir das entrevistas começaram a observar o impacto que o evento aversivo teve sobre os seus comportamentos públicos e privados. Conforme apontado por Skinner (1982), o autoconhecimento tem origem social. Isto leva a entender que as perguntas elaboradas pela comunidade verbal, no caso do presente estudo pela pesquisadora, favoreceram a percepção, atenção e o aprendizado das terapeutas em relação à experiência aversiva.

Com esta pesquisa foi possível compreender um pouco da vivência dos terapeutas relacionada a episódios aversivos durante as sessões e como isto pode ajudá-los a atuar se levarem em conta as próprias reações na situação clínica e assim poderem lidar melhor com a experiência aversiva em benefício de si mesmos e de seus clientes. Porém algumas limitações do estudo devem ser reconhecidas, entre elas: o número de participantes, o que pôde potencialmente ter limitado a variedade das categorias; a metodologia da entrevista que não possibilitou acessar o fenômeno investigado no momento que estava ocorrendo, ou seja, na própria sessão terapêutica, o que limita as nossas conclusões à vivência subjetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, E. K. (2002). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington: American Psychological Association.
- Banaco, R. A. (1993). O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 2*, 71-79.
- Banaco, R. A. (1997). O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: Experiências de vida. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, vol. 2, (pp. 169-176). Santo André: ARBytes.
- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. In V. E. Caballo & M. L. Marinho (Org.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 197-212). Londrina: UEL.
- Banaco, R. A. (2004). Punição positiva. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Org.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 61-71). São Paulo: Roca.
- Brandão, M. Z. S, & Conte, R. C. S. (1999). Psicoterapia analítico-funcional: A relação terapêutica e a análise comportamental clínica. In R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação*, vol. 4, (pp. 134-147). Santo André: ARBytes.

Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. In J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Org.), *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 113-137). Porto Alegre: Artmed.

Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In: J. A. Smith (Org), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (pp. 81-110). London: Sage.

Covolán, M. A. (1996). Stress ocupacional do psicólogo clínico: Seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In M. E. N. Lipp (Org), *Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 225-240). Campinas: Papyrus.

Delitty, M., & Thomaz, C. R. C. (2004). Reforçamento negativo na prática clínica: Aplicações e implicações. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Org.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 55-60). São Paulo: Roca.

Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., McKenzie, B., Nason, S., & Anderegg, M. (2005). Sources of renewal: A qualitative study on the experience and role of leisure in the life of counsellors and psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 31-40.

Grotberg, E. H. (2001). Novas tendências em resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 15-22). Trad. V. Campos. Porto Alegre: Artmed.

Hayes, S.C. & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Org.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291-307). Washington: American Psychological Association.

Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research, 13*, 475-491.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Trad. R. R. Kerbauy. Santo André: ESETec.

Kohlenberg, R. J.; Kanter, J. W.; Bolling, M.; Wexner, R.; Parker, C. & Tsai, M. (2004). Functional analytic psychotherapy, cognitive therapy and acceptance. In: S. C. Hayes, V. Folette & M. M. Linehan (Org.), *Mindfulness, acceptance, and the new behavior therapies: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (96-119). New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderlines personality disorder*. New York: Guilford Press.

Melillo, A., Estamatti, M., & Cuestas A. (2001). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. (pp. 59-72). Trad. V. Campos. Porto Alegre: Artmed.

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

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: Guilford.

Queiroz, P. P. (2004). Punição negativa. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Org.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 73-101). São Paulo: Roca.

Reiners, A. A. O. (1998). Grounded Theory: Opção metodológica para a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 6, 370-376.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1998/2002). A aliança terapêutica como evento terapêutico para a investigação empírica. In J. D. Safran (Org.), *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança* (pp. 175-192). Trad. R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed.

Safran, J. D. (1998/2002). A ruptura da aliança terapêutica como fenômeno transteórico: Questões conceituais e de definição. In J. D. Safran (Org.), *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança* (pp. 193-206). Trad. R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed.

Santos, S. R., & Nóbrega, M. M. L. (2002). A Grounded Theory como alternativas metodológica para pesquisa em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55, 575-579.

Schröder, T. A., & Davis, J. D. (2004). *Therapists' experience of difficulty in practice. Psychotherapy Research*, 14, 328-345.

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 393-399.

Sidman, M. (1989/1995). *Coerção e suas Implicações*. (M. A. Andery, & T. M. Sério, Trad.). Campinas: Editorial Psy.

Skinner, B. F. (1953/1998). *Ciência e comportamento humano*. Trad. J.C. Todorov & R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o behaviorismo*. Trad. M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix.

Todorov, J. C. (2001). Quem tem medo da punição? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 37-40.

Wetchler, J. (2000). Narratives of therapists' lives. *The American Journal of Family Therapy*, 8, 193.

Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., & Judge, A. B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 5-18.

Zamignani, D. R. (2001). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, vol. 6, (pp. 247-256). Santo André: SET.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

- 1)** Por quais comportamentos você se sentiu punido durante uma sessão recente?
- 2)** Dos seus clientes escolha aquele que pune mais seu comportamento de terapeuta.
- 3)** Fale de um episódio que você se sentiu punido por este cliente
- 4)** Como o cliente puniu o seu comportamento?
- 5)** Qual era a situação?
- 6)** O que você fez depois da punição?
- 7)** Você já revidou punindo a punição?
- 8)** Como você se sentiu ao ser punido?
- 9)** Como esse sentimento afetou depois a sua atuação com esse cliente?
- 10)** Influenciou na sua atuação com outros clientes?
- 11)** O que você fez para lidar com esses sentimentos?
- 12)** Sugestões.

ANEXO 2

Universidade Católica de Goiás**Mestrado em Psicologia****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, na qualidade de psicoterapeuta, concordo em participar do projeto de pesquisa intitulado *Os Efeitos de Episódios Aversivos Sobre a Pessoa do Terapeuta: uma Exploração na Relação Terapêutica*, coordenado por Jocineyla Alves de Oliveira, mestranda em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, e por seu orientador Luc Marcel Vandenberghe.

O objetivo geral deste projeto é identificar os sentimentos dos terapeutas em relação aos comportamentos de seus clientes, bem como suas estratégias utilizadas para lidar com essas emoções. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para desenvolver uma melhor interação entre terapeuta e cliente favorecendo intervenções eficazes.

A participação neste projeto de pesquisa envolverá, de minha parte:

1. A assinatura do presente consentimento informado, em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder;
2. Permissão da observação e transcrição das fitas cassetes contendo as minhas impressões sobre as sessões.
3. Participação em todas as entrevistas (inicial até a final).
4. Autorização para que os dados desta pesquisa sejam analisados pela autora do projeto e por seu orientador.
5. Autorização para divulgação dos resultados da pesquisa em publicações e apresentações científicas, desde que meus dados pessoais, assim como os do meu cliente e qualquer outra informação que permita nossa identificação, sejam omitidos.

Obs.: Ao final do estudo, lhe será enviado os resultados encontrados e sua respectiva análise, para o seu conhecimento.

Poderei interromper minha participação nesta pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar.

Goiânia, ____/____/____.

Terapeuta Voluntário

Mestranda: Jocineyla A. Oliveira

ANEXO 3

Universidade Católica de Goiás

Mestrado em Psicologia

TERMO DE COMPROMISSO PARA TRANSCRIÇÃO DAS SESSÕES

Eu, _____, na condição de responsável pela transcrição de sessões terapêuticas gravadas em fitas cassete, tendo em vista a realização deste trabalho de pesquisa que envolve análise de sessões de atendimento realizadas em consultórios particulares dos terapeutas participantes, comprometo-me a ouvir o material somente em espaço reservado para as transcrições das mesmas. As fitas serão ouvidas unicamente por mim e pela mestrandia Jocineyla Alves de Oliveira. Também comprometo-me a manter absoluto sigilo com respeito ao conteúdo do material transcrito.

Goiânia, ____/____/____.

Assinatura

ANEXO 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

- 1) O cliente que apresentava o comportamento aversivo continua na terapia?
- 2) Como ele está hoje em relação ao comportamento aversivo?
- 3) Como foi a última sessão com o cliente punitivo? Teve algo relevante na sessão?
- 4) O comportamento aversivo do cliente favoreceu algum aprendizado para você como terapeuta? Qual?
- 5) A partir desse(s) comportamento(s) aversivo(s) do cliente você notou algo nos outros clientes que ainda não havia notado?
- 6) Você considera que esse comportamento aversivo da cliente favoreceu o processo terapêutico em algum momento?
- 7) Outros temas foram trabalhados a partir do comportamento aversivo da cliente?
- 8) Você percebeu algum aprendizado por parte do cliente em relação ao seu próprio comportamento aversivo (comportamento do cliente)?
- 9) As entrevistas da pesquisa contribuíram de alguma maneira para o processo terapêutico? E como?
- 10) Como foi para você participar dessa pesquisa?