



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**O Outro Lado do Processo Terapêutico: O que Terapeutas Comportamentais
Aprendem Atendendo**

Olívia Rodrigues da Cunha

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia, 14 de fevereiro de 2022



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**O Outro Lado do Processo Terapêutico: O que Terapeutas Comportamentais
Aprendem Atendendo**

Olívia Rodrigues da Cunha

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC Goiás
como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia, 14 de fevereiro de 2022

Catalogação na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC GoiásMárcia Rita
Freire - Bibliotecária - CRB1/1551

C972o Cunha, Olivia Rodrigues da
O outro lado do processo terapêutico : o que terapeutas
comportamentais aprendem atendendo / Olivia Rodrigues
da Cunha. -- 2022.
154 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês.
Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia,
2022.
Inclui referências: f. 145-150.

1. Terapia do comportamento. 2. Terapeuta e paciente.
3. Teoria fundamentada em dados. I. Vandenberghe, Luc
- 1962-. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Programa de Pós-Graduação em Psicologia - 14/02/2022.
III. Título.

CDU: 615.851(043)

Ficha de Avaliação

Cunha, O.R. (2021). *O Outro Lado do Processo Terapêutico: O que Terapeutas Comportamentais Aprendem Atendendo*. Orientador: Dr. Luc Vandenberghe.

Esta Tese foi submetida à banca examinadora:

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

Prof. Dra. Ana Cristina Resende
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro convidado interno

Prof. Dra. Cláudia Kami Bastos Oshiro
Universidade de São Paulo
Membro convidado externo

Prof. Dra. Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná
Membro convidado externo

Prof. Dra. Roberta Maya Marcon
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Membro convidado interno

Prof. Dra. Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro Suplente

Prof. Dra. Lilian Erichsen Nassif
Universidade Federal de Minas Gerais
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por me permitir concluir mais uma etapa com saúde e dispondo de todas as condições necessárias para isso.

Agradeço a minha família, meus pais, Eliana e Silvio e meus irmãos, Rodrigo e Maria Rita, por terem sido esteio e entusiastas dos meus sonhos. Agradeço aos meus outros familiares e à tia Cristina, principal incentivadora dessa jornada acadêmica, aos meus amigos, sobretudo aos que fiz ao longo destes quatro anos, por vivermos realidades muito parecidas por esse tempo, soubemos nos compreender bem e oferecer dicas e sugestões valiosas uns aos outros.

Agradeço ao meu orientador de tantos anos e parceiro nessa construção, Prof. Luc Vandenberghe, por mais uma vez, ter desempenhado de forma tão generosa e respeitosa o papel de orientador. Expresso minha profunda gratidão aos psicólogos que participaram da pesquisa e dividiram prontamente seus aprendizados comigo e me mostraram o que há de especial e precioso na forma com que se relacionam com seus clientes. Grata também aos meus clientes, pois o que vivi com cada um, me permitiu estar sensível ao que ouvi de cada psicólogo que contribuiu com o estudo.

A minha gratidão se estende ao corpo docente do doutorado e ao coordenador Prof. Cristiano Coelho e a Martha Diniz, por toda prestatividade, vocês tornaram esse processo o mais proveitoso possível. Obrigada.

“Os terapeutas também são alterados pelas relações que estabelecem com os clientes. Do meu ponto de vista, os terapeutas ganham muito mais com a interação terapêutica do que simplesmente o honorário que o cliente paga. A oportunidade de estabelecer relações interpessoais íntimas, de refletir com o outro sobre o significado e os caprichos dos acontecimentos da vida, de compartilhar a diversidade de experiências que os clientes trazem para as sessões, de ser necessário e cuidado pelos outros e de cuidar de forma eficaz, faz parte da vida profissional de todos os terapeutas, inclusive dos terapeutas comportamentais”.
(Linehan, 1988)

Resumo

Para a Terapia Analítico Comportamental (TAC), a psicoterapia tem como foco a ampliação do repertório do cliente para que este seja melhor instrumentalizado no enfrentamento dos problemas cotidianos. Inevitavelmente, o terapeuta também amplia o seu repertório como resultado da interação com o cliente. O objetivo deste estudo foi identificar o quê e como os terapeutas comportamentais aprendem ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes. Foi desenvolvido um estudo com 14 terapeutas comportamentais, por meio de entrevistas semiestruturadas, para compreender a aprendizagem do terapeuta com o cliente. O método foi pautado na *Grounded Theory Analysis*. Os resultados sugerem que os atendimentos clínicos e a relação com os clientes influenciam na formação do terapeuta e ensinam ao profissional não só sobre a prática clínica, como também aspectos para sua vida pessoal. O trabalho com o cliente é uma oportunidade para aprender, e este aprendizado, direciona o desenvolvimento profissional do terapeuta. Foi observado que, a aprendizagem é bilateral (terapeuta-cliente), gradual e cumulativa e interage com a adesão teórica do terapeuta, com o desafio que o terapeuta encontra no caso, com os paralelos que o terapeuta traça com sua própria vida, com o estudo contínuo do terapeuta e com a supervisão em que se engaja. Esta aprendizagem reverbera na prática clínica do profissional, esclarecendo as coordenadas do processo terapêutico, quando o terapeuta aprende sobre a singularidade de cada cliente, sobre a responsabilidade do cliente com seu progresso, sobre a sua responsabilidade como terapeuta e sobre suas limitações como terapeuta. Ela também afina suas competências clínicas. O terapeuta aprende a enxergar além de rótulos e julgamentos, a postura a assumir como terapeuta, a ser flexível e autêntico. O terapeuta comportamental também aprimora suas estratégias clínicas, aprendendo a ceder espaço para o cliente, respeitar o tempo do cliente e a responder às necessidades do cliente. Aprimora o manejo de riscos e incômodos que envolvem a proximidade com o cliente, aproveita equívocos a favor da terapia e aprimora a forma como lida com a cobrança de honorários. O aprendizado do terapeuta também foi observado extrapolando o contexto clínico, ensinado também para a vida pessoal do terapeuta sobre automanejo na relação com o outro: aceitar sem julgar, compreender as singularidades e respeitar o tempo do outro. Ensinou também sobre automanejo na relação consigo: ser tolerante e flexível, ampliar suas perspectivas sobre resiliência humana e sobre si, colocar em perspectiva suas relações familiares e suas próprias questões. O cliente ensina sobre a remanescência no repertório cotidiano na adoção de topografia/comportamentos do

cliente e na ampliação da cultura. Sendo assim o cliente é participante ativo na formação dos terapeutas e influencia também em aspectos da vida pessoal do profissional.

Palavras-chave: Relacionamento Terapêutico; Aprendizado do Terapeuta; Terapia Comportamental; *Grounded Theory Analysis*.

Abstract

For Behavioral Analytic Therapy, psychotherapy is focused on expanding the client's repertoire so that he/she is better equipped to deal with everyday problems. Inevitably, the therapist also enlarges as a result of interaction with the client. The aim of this study was to identify what and how behavioral therapists learn throughout their clinical experiences in relation to their clients. A study was developed with 14 behavioral therapists, through semi-structured changes, to understand the therapist's learning with the client. The method was based on the Analysis of Grounded Theory. The results suggest that clinical care and the relationship with clients influence the therapist's training and teach the professional not only about clinical practice, as well as aspects for your personal life. Working with the client is an opportunity to learn and this learning drives the therapist's professional development. It was observed that learning is bilateral (therapist-client), gradual and cumulative and interacts with the theoretical adherence of the therapist, with the challenge that the therapist encounters in the case, with the parallels that the therapist draws with his own life, with the continuous study of the therapist and with the supervision in which he engages. This learning reverberates in the professional's clinical practice, clarifying the coordinates of the therapeutic process, when the therapist learns about the uniqueness of each client, about the client's responsibility for their progress, about their responsibility as a therapist and about their limitations as a therapist. It also sharpens your clinical skills. The therapist learns to see beyond labels and judgments, the posture to take as a therapist, to be flexible and authentic. Behavioral therapists also improve their clinical strategies by learning to make room for the client, respect the client's time, and respond to the client's needs. It improves the management of risks and annoyances that involve proximity to the client, takes advantage of misconceptions in favor of therapy and improves the way it handles fee collection. The therapist's learning was also observed extrapolating the clinical context, also taught to the therapist's personal life about self-management in the relationship with the other: accepting without judging, understanding the singularities and respecting the other's time. He also taught about self-management in the relationship with you: being tolerant and flexible, broaden their perspectives on human resilience and on themselves, put their family relationships and their own issues into perspective. The client teaches about remanence in the daily repertoire in adopting topography/client behavior and expanding culture. Thus, the client is an active

participant in the training of therapists and also influences aspects of the professional's personal life.

Keywords:Therapeutic Relationship; Therapist Learning; Behavior Therapy; Grounded Theory Analysis

Lista de Tabelas

Tabela 1: Palestrantes internacionais convidados para os congressos da ABPMC entre 1992 e 2021	23
Tabela 2: Estudos e publicações do NUPAICC sobre a pessoa do terapeuta.....	31
Tabela 3: Terapeutas comportamentais participantes.....	53
Tabela 4: Exemplo de codificação aberta - confiança.....	57
Tabela 5: Exemplo de codificação focalizada - confiança, disponibilidade, comprometer-se: envolvimento do terapeuta com o cliente	57
Tabela 6: Exemplo de categoria - envolvimento do terapeuta com o cliente: sua responsabilidade como terapeuta.....	58

Lista de Figuras

Figura 1: Busca pelo termo relação terapêutica nos bancos de dados Lilacs e Scielo	30
Figura 2: Modelo construído através da organização dos dados de quatro entrevistas	63
Figura 3: Modelo construído através da organização dos dados de seis entrevistas	64
Figura 4: Modelo construído através da organização dos dados de nove entrevistas	65
Figura 5: Modelo construído através da organização dos dados das 14 entrevistas - primeira versão.....	67
Figura 6: Mecanismos e produtos da aprendizagem do terapeuta comportamental com seus clientes.....	71

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso

C - Cliente

CAAE - Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

CAT - Behavioral Analytical Therapy

FAP - Psicoterapia Analítica Funcional

RFT - Teoria das Molduras Relacionais

T- Terapeuta

TAC - Terapia Analítico Comportamental

TFD - Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory Analysis*)

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOC - Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TRC - Terapia por Contingências de Reforçamento

Sumário

1 Introdução	15
1.1 Terapias Comportamentais No Brasil.....	17
1.2 Habilidades Terapêuticas	26
1.3 Aproximação e Abertura no Contexto Clínico	27
1.4 Dificuldades Enfrentadas Pelo Terapeuta	28
1.5 Publicações de Estudos do NUPAICC.....	29
1.6 O Tripé da Formação de um Terapeuta	49
2 Objetivos	51
2.1 Objetivo geral	51
2.2 Objetivos específicos.....	51
3 Método	52
3.1 Participantes	52
3.2 Materiais	54
3.3 Procedimento	55
3.4 Teoria Fundamentada em Dados.....	60
3.5 Histórico do modelo: Percurso da construção de uma teoria fundamentada nos dados	62
4 Resultados	69
4.1 Artigo 1.....	72
4.2 Artigo 2.....	92
4.3 Artigo 3.....	117
5 Discussão	139
6 Considerações Finais	143
Referências Bibliográficas	145
Anexos.....	152

1 Introdução

A prática das psicoterapias comportamentais preconiza o desenvolvimento de planos de tratamento individualizados para cada cliente. Os objetivos propostos neles tendem a se ater às contingências fora do contexto terapêutico, pois é no ambiente cotidiano do cliente que o tratamento precisa produzir efeitos (Haynes & O'Brien, 2000; Hayes & Brownstein, 1986). Ainda assim, a teoria (Vandenberghe & Pereira, 2005; Delitti, 1997; Linehan, 1988) destaca que o processo terapêutico envolve no mínimo duas pessoas, sendo que o terapeuta também é um elemento essencial no processo psicoterápico e não apenas um aplicador de técnicas. O clínico não entra no *setting* terapêutico munido apenas de conhecimentos e das habilidades profissionais que possui, mas também como uma pessoa real que será afetada pelo cliente ao experimentar as reações deste durante a sessão (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009).

Psicoterapias comportamentais mais recentes colocam a relação terapêutica no centro do processo, analisam a interação dentro do contexto terapêutico. Entendem a pessoa do terapeuta como de extrema relevância para a mudança comportamental do cliente, já que, a psicoterapia se dá através da relação estabelecida entre terapeuta e cliente (Tsai et al., 2009). A construção de uma conexão pessoal é um dos principais meios para o tratamento, antes mesmo de qualquer intervenção padronizada. Essa conexão é um caminho de mão dupla em que cliente e terapeuta estão sensíveis aos comportamentos um do outro e vulneráveis às consequências que seu próprio comportamento produz na sessão (Vandenberghe & Pereira, 2005). Assim, o terapeuta que se engaja em um relacionamento honesto e genuíno com seus clientes também passa por mudanças, não só como profissional, mas também como pessoa (Linehan, 1988).

A literatura empírica mostra a influência das características pessoais do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção de um relacionamento de ajuda (Rangé, 2001). Então, esse profissional deve estar disposto a assumir a responsabilidade de construir uma relação que seja por si, terapêutica. Da mesma forma que a relação terapêutica modifica o cliente, o terapeuta também é tocado pela relação e modificado por ela, ou seja, a atenção do terapeuta deverá também ser direcionada aos seus próprios comportamentos e sentimentos. Isto é, ao que o cliente evoca no profissional. É uma relação de onde nem o terapeuta e nem o cliente podem sair sem serem transformados (Braga & Vandenberghe, 2006).

Banaco (1993) aponta que a relação terapêutica depende das características e habilidades pessoais do terapeuta. Este deve estar atento tanto aos seus próprios comportamentos privados (emoções e pensamentos), quanto aos comportamentos do cliente que os evocam, para assim poder realizar uma análise de contingência do que está acontecendo na sessão. De acordo com Kohlenberg e Tsai (2006), a capacidade de compreender as dificuldades do cliente e de se envolver no processo de mudança advém de quanto o terapeuta passou por contingências similares às quais o cliente está passando. Assim, tanto a capacidade de auto-observação do terapeuta, quanto à qualidade das suas vivências tornam-se indispensáveis ao processo terapêutico.

Baseando-se nessas considerações, os sentimentos do terapeuta ganharam um papel de destaque em modelos de psicoterapias comportamentais atuais (Linehan 1993; Tsai et al., 2009; Pierson & Hayes 2007; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & London, 2012), que valorizam estratégias de atenção plena, aceitação e o relacionamento pessoal construído entre terapeuta e cliente. Sendo assim, Braga e Vandenberghe (2006), afirmam que para auxiliar seus clientes, o terapeuta precisa, antes de tudo, envolver-se com eles numa relação de aceitação; precisa se deixar tocar; deixar mudar, para então mudar os clientes.

O interesse pela pessoa do terapeuta é decorrência do foco na relação terapeuta-cliente. Porém, enquanto o envolvimento pessoal do terapeuta foi teorizado como ferramenta terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 2006), o outro lado da interação durante muito tempo recebeu pouca atenção. Trata-se de como o envolvimento na relação modifica o terapeuta. Apesar dos poucos estudos sistemáticos sobre o assunto no decorrer do século XX, os efeitos da interação com o cliente sobre a pessoa do terapeuta foram a princípio, discutidos de forma breve e sem tantas explicações em um texto geral de terapia comportamental (Goldfried & Davison, 1976) e em forma de reflexões abstratas, sem dados empíricos (Linehan, 1988). A interação pessoal durante a sessão com clientes como uma poderosa fonte de aprendizagem e desenvolvimento foi atestada em depoimentos de terapeutas (Ronnestad & Skovholt, 2003). Além disso, muitos terapeutas experientes relataram os momentos em que se sentiram impactados e mudados por seus clientes como os melhores momentos de suas experiências profissionais (Freeman & Hayes, 2002).

Tais observações motivaram a busca por dados empíricos. Stahl, Hill, Kleinman, Isenberg e Stern (2009) relataram que o trabalho com os clientes aumenta a autoconsciência

dos terapeutas e melhora sua capacidade em estabelecer limites. Os terapeutas adquiriram um maior senso de competência e um aumento de valoração e significado em suas próprias vidas. No âmbito profissional, aprenderam a aprimorar sua técnica de escuta, aprenderam o momento certo de expor determinado pensamento, desenvolveram habilidade de comunicar uma análise realizada; aprimoraram sua ética. Na esfera pessoal, produziu reflexões que afetaram suas vidas familiares, financeira, seus sonhos e objetivos de vida, suas relações amorosas e de amizade, sua visão de mundo.

Estudos mais detalhados, como os de Hatcher, Kipper-Smith, Waddell, Uhe e West. (2012) e de Kottler e Carlson (2005) relatam quais lições importantes os terapeutas aprenderam com seus clientes. O presente estudo continua nesse caminho, porém, se interessou não somente no conteúdo do aprendizado, mas também nos processos envolvidos nesta aprendizagem.

1.1 Terapias Comportamentais No Brasil

Para terapeutas que orientam seu trabalho clínico sob a perspectiva de alguma das terapias comportamentais, o *setting* clínico é um espaço de aquisição e afinamento do repertório do cliente, onde o cliente aprenderá novas possibilidades de se comportar. Porém, a terapia comportamental no país tem uma história particular que repercute sobre as maneiras em que o terapeuta brasileiro aprendeu a conceituar sua relação com o cliente. Na seção que segue, é explorada a forma como a cultura clínica comportamental no Brasil estava desde seu início fortemente embebido da filosofia behaviorista radical e pela atitude experimental da análise do comportamento. Essa postura filosófica e científica influenciou como esses profissionais pensam sobre a possibilidade de aprender do cliente. Uma pequena excursão no tempo se faz necessária para situar a terapia comportamental brasileira e suas particularidades.

A terapia comportamental se desenvolveu no Brasil isolada das tendências que marcaram as terapias comportamentais no cenário internacional. Isto é, teve um processo peculiar, e sua cronologia destoa da forma como transcorreu nos Estados Unidos e Europa. O pensamento skinneriano teve pouca influência sobre as primeiras gerações de terapeutas comportamentais estadunidenses e europeus, onde o trabalho no consultório buscou suas referências científicas no paradigma neo-pavloviano que buscava as causas do comportamento nas respostas emocionais condicionadas (Barlow, Hayes & Nelson, 1984). O

mesmo não foi fato no Brasil. A terapia comportamental no país emergiu no seio da comunidade científica skinneriana, como resultado das práticas dos analistas do comportamento que modelaram o movimento (Andery, Micheletto & Sérgio, 2002).

Sem uma compreensão das origens e dos momentos de transformação da história da terapia comportamental no Brasil, a variedade de nomes, modelos e práticas costumam gerar confusão (Costa, 2011). Em primeiro lugar é necessário especificar que a expressão *behavior analytical*, equivalente com o português “analítico-comportamental” é utilizada para abordar uma linha de pensamento ou de atuação no behaviorismo de Skinner. Trata-se de práticas de psicologia experimental (*experimental behavior analysis*) ou de programas educacionais direcionados a problemas comportamentais infantis e habilidades básicas para pessoas com graves problemas de desenvolvimento (*applied behavior analysis*) (Baer, Wolf & Risley, 1968).

No Brasil, veio a ser adotada para se referir a uma forma de psicoterapia quando o termo Terapia Analítico-Comportamental (TAC) começou a ser utilizado por alguns clínicos que estenderam os embasamentos filosóficos do behaviorismo radical e os princípios básicos da análise do comportamento para o consultório. Um artigo de Tourinho e Cavalcante (2001) e um capítulo de Ribeiro (2001) foram pioneiros no uso do termo TAC, na literatura, seguido por um livro de Costa (2002) que especificou os critérios que definiriam a abordagem.

De acordo com Costa (2002), a TAC é caracterizada por: (1) intervenções com base nos pressupostos filosóficos, conceituais e metodológicos da Análise do Comportamento; (2) o objetivo de promover mudanças no comportamento através de mudanças nas contingências; (3) o uso da análise das contingências ou análise funcional como instrumento essencial; (4) um processo terapêutico sempre idiográfico e individualizado; (5) a relação terapêutica é usada para que o cliente implemente mudanças nas contingências, cabendo ao terapeuta ser uma audiência não punitiva. Observa-se que esses critérios também sustentam a prática da Terapia por Contingências de Reforçamento (Guilhardi, 2003) e a TAC atual ((Meyer, Vilas-Bôas, Franeschini, Oshiro, Kameyana, Rossi & Mangabeira, 2015).

A criação recente do termo TAC, não acarretou em uma nova modalidade de psicoterapia. E sim, contemplou uma forma de psicoterapia que já vinha sendo praticada no Brasil desde o início da década de 70. O termo TAC se refere a uma prática de psicoterapia de origem e prática exclusiva do Brasil. Iniciada através da produção coletiva de terapeutas de

diferentes regiões do país, unidos pelos preceitos da análise do comportamento (Kovac, Zamignani & Avanzi, 2009; Zamignani, Silva Neto & Mayer, 2008).

A análise do comportamento teve início no Brasil, na década de 1960, com a vinda para o país de Fred S. Keller, em 1961, para ministrar psicologia experimental na Universidade de São Paulo (Matos, 1998) e Brasília (Todorov, 2003). Em decorrência dessa visita, a formação em psicologia experimental nas universidades brasileiras adotou uma prática de laboratório com ratos, focada em processos comportamentais básicos e estudo de livros-texto em análise do comportamento. Desta forma, o paradigma skinneriano veio a dominar as práticas da psicologia experimental no país de tal forma que os dois se tornaram quase sinônimos. Isto destoava radicalmente do que ocorreu no cenário internacional, onde a psicologia experimental da segunda metade do século XX era cognitiva.

Nesse contexto, a primeira turma de psicologia da Universidade Católica de Campinas, manifestou interesse em aplicar a análise do comportamento na clínica (Guilhardi, 2003; Matos, 1998). Luiz Otávio de Seixas Queiroz (ex-aluno de Keller), criou a supervisão de estágio em Modificação do Comportamento (Batista, Ferrari & Laloni, 2005). Desta forma, o início da terapia comportamental no Brasil já consistia em um trabalho de tradução dos princípios da análise experimental do comportamento para a modificação do comportamento humano, enquanto no cenário internacional, a “*behavior therapy*” – equivalente inglês de “terapia comportamental” estava baseada em outros paradigmas, como o pavloviano, de orientação internalista, muito distante do modelo operante skinneriano.

Segundo Guilhardi (2003), o estágio era supervisionado diretamente ao vivo e, em seguida, os casos eram discutidos com os alunos. A experiência educacional nos moldes oferecidos por Queiroz gerou conflito com a reitoria, o qual culminou com sua demissão sumária do cargo de diretor do Instituto de Psicologia. Em defesa do projeto de ensino que vinha sendo executado, os professores do curso se demitiram. Frente a esse contexto, Queiroz e mais alguns colegas fundaram a “primeira clínica do Brasil” cujos princípios para tratamento dos clientes se basearam na modificação do comportamento (Queiroz & Guilhardi, 1980).

Nesse cenário surgiu uma característica importante da terapia comportamental de matriz brasileira. Enquanto a modificação do comportamento nos Estados Unidos usava princípios operantes para tratar de problemas de crianças e de pessoas com distúrbios de

desenvolvimento graves, os clínicos brasileiros estenderam o uso dos mesmos princípios para a psicoterapia com adultos verbalmente competentes (Leonardi, 2015; Vandenberghe, 2001). Essa empreitada atestava na época certa ousadia, uma vez que nos ambientes acadêmicos a análise do comportamento não era avaliada como uma teoria que pudesse oferecer suporte a uma prática clínica. Contudo, as novas práticas evoluíram para estilos clínicos amplamente difundidos no país.

De fato, em uma série de entrevistas com profissionais responsáveis pelo surgimento da TAC, Bellodi (2011) constatou que essa forma de psicoterapia foi sendo gradualmente elaborada por eles, sem o benefício de um modelo, uma vez que, à época, os analistas do comportamento fora do Brasil atuavam com populações institucionalizadas e severamente incapacitadas. Mesmo nos Estados Unidos, onde os analistas aplicados do comportamento eram muitos, eles não trabalhavam com psicoterapia, deixando a prática clínica em consultório a terapeutas comportamentais não-skinnerianos.

Assim, sem terem modelo para seguir, pequenos grupos de profissionais com formação em análise experimental do comportamento, criaram uma nova psicoterapia baseada nos princípios da análise do comportamento para o ambiente do consultório. Inicialmente, era simplesmente chamada de “terapia comportamental”, nome este, que conflitava com o conceito *behavior therapy*, que nos países de expressão inglesa, apontava para práticas psicoterápicas baseadas em modelos internalistas inconciliáveis com o behaviorismo radical (Vandenberghe, 2011).

Nas décadas subsequentes, diversas terminologias foram empregadas para designar a nova prática psicoterápica brasileira. O termo TAC se tornou consenso a partir do início do século XXI (Leonardi, 2015). Emergiu da mesma corrente, também o termo Terapia por Contingências de Reforçamento (TRC), sendo esta, defendida por Hédio Guilhardi (2003) como sendo a nova denominação para o que no Brasil tinha se chamado até então, de ‘terapia comportamental’.

É interessante observar que, nos anos de 80, nos Estados Unidos, outros terapeutas incorporaram ideias do behaviorismo radical na prática psicoterápica, o que resultou no nascimento das Terapias Comportamentais Contextuais (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011). Esses autores construíram suas propostas clínicas a partir de uma crítica ao internalismo das

terapias pavlovianas e cognitivas que dominaram a terapia comportamental de matriz anglo-americana, buscando sustentação na visão externalista do behaviorismo radical.

Leonardi (2015) aponta para a discrepância entre o contexto americano e a evolução da clínica comportamental no Brasil, onde a tradição comportamental aderiu desde o seu início à análise skinneriana e a primeira forma de terapia comportamental se desenvolveu dentro da comunidade verbal behaviorista radical. Reconhece-se então, uma cronologia invertida. Enquanto nos Estados Unidos as psicoterapias baseadas no behaviorismo radical (Terapias Comportamentais Contextuais) emergiram de uma crítica à terapia cognitivo comportamental, no Brasil, uma Terapia Analítico Comportamental nativa já estava amplamente divulgada quando as terapias de cunho cognitivo gradualmente ganhavam adeptos no país.

No início dos anos 70, tanto Raquel Kerbaudy quanto Luiz Otávio Queiroz começaram a levar em conta, em seus cursos, os eventos privados como variáveis relevantes para a terapia (Rangé & Guilhardi, 1995). A visita de Michael Mahoney em São Paulo, em 1973, para ministrar um curso sobre “modificação cognitiva do comportamento” coincidiu com a adoção da dessensibilização sistemática por alguns terapeutas brasileiros. As duas inovações permitiam trabalhar com respostas emocionais dos clientes, apesar de não se adequar à conceituação que o behaviorismo radical propõe (Guilhardi, 2003).

Relatos referentes à eficácia das terapias cognitivas estimularam interesse no Brasil. Em uma época de escassos recursos tecnológicos e baixo acesso à literatura clínica internacional, os psicólogos envolvidos com modificação de comportamento no Brasil, estavam em busca de técnicas terapêuticas que pudessem ajudá-los a trabalhar com os eventos privados de seus clientes. Iniciou-se na década de 1990, então, um esforço de tradução para o português de alguns livros clássicos sobre terapia cognitivo comportamental, através dos quais os clínicos brasileiros conheceram o modelo cognitivo de Beck (Rangé & Guilhardi, 1995).

Alguns grupos em São Paulo, Campinas, Londrina e Curitiba rejeitaram tanto a reestruturação cognitiva quanto a dessensibilização sistemática e se voltaram para aprofundar as bases filosóficas do behaviorismo radical. Continuaram fiéis à proposta original de Luiz Otávio Queiroz. Esses grupos buscaram trabalhar com os eventos privados dos clientes sem aderir ao modelo cognitivo, eles se viram fortalecidos quando surgiu a notícia do advento de

uma nova forma de psicoterapia baseada no behaviorismo radical nos Estados Unidos. Inicialmente, as técnicas dessa corrente estadunidense, principalmente da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), foram acolhidas como contribuições válidas para a TAC. Porém, quando ficou evidente que essas abordagens desenvolveram seus próprios conceitos contextualistas não skinnerianos, grupos de psicólogos brasileiros, se afastaram delas (Guilhardi, 2012) enquanto outros integraram certos elementos de forma esparsa na TAC (e.g., Meyer et al., 2015).

O momento de contato com as terapias contextuais no Brasil ocorreu em 1986, quando Steven Hayes trouxe consigo em uma visita ao país, dois capítulos que tratavam de FAP e de Terapia Contextual (nome original da ACT), que não haviam sido publicados ainda (Hayes, 1987; Kohlenberg & Tsai, 1987). Estes textos expuseram maneiras para trabalhar na clínica com a relação terapeuta-cliente e com exercícios vivenciais, metáforas e narrativas. Foram imediatamente traduzidos e divulgados por fotocópia. Tiveram bastante repercussão, uma vez que continham o que terapeutas skinnerianos incomodados com as limitações da modificação do comportamento buscavam, a saber, formas behavioristas radicais para trabalhar com eventos privados e com o relacionamento terapeuta-cliente em um formato plenamente psicoterápico.

Enquanto os dois textos permaneceram durante uma década como o principal contato da comunidade brasileira com as terapias contextuais circulavam, em âmbito restrito, outras traduções feitas por analistas do comportamento, localizados no Sul e em São Paulo, que em busca de materiais adicionais dentro deste mesmo escopo tinham conseguido artigos relativos à ACT e FAP.

Consequência desse contato foi que a FAP e a Terapia Contextual foram conhecidas no Brasil antes de serem divulgadas nos Estados Unidos. A FAP foi bem recebida pelo seu uso mais ortodoxo da linguagem skinneriana. Já em relação à Terapia Contextual houve maior desconfiança pelo seu foco sobre a experiência interior do cliente, que vagamente lembrava a terapia cognitiva. R. Kovac (comunicação pessoal, 06 de abril, 2021) relata que em 1994, num estágio em saúde com dois professores de orientação comportamental teve seu “primeiro contato com um texto do Kohlenberg e um do Hayes. [...] Lembro dos professores falarem: ‘Olha, foca nesse material aqui, no da FAP, no do Kohlenberg, esse outro é cognitivismo puro, não perde tempo com isso não’ e não perdi mesmo”.

A ACT proporcionou uma alternativa à terapia cognitivo comportamental para terapeutas comportamentais que rejeitaram o modelo de Beck, mas queriam trabalhar a subjetividade do cliente em psicoterapia, deixando de fundamentar a atuação clínica na modificação de comportamento. Por outro lado, a implantação das terapias contextuais em solo brasileiro encontrou resistência pelo fato de utilizarem termos de nível médio¹ como aceitação, intimidade, amor ou coragem e por recorrer a processos como *mindfulness*, pouco compatível com a análise experimental do comportamento.

O uso de conceitos não-skinnerianos pode ter sido o motivo pelo qual poucos terapeutas contextuais foram convidados para o congresso anual da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Apesar de ter sido, durante mais de dez anos, uma associação de psicoterapia (posteriormente ampliada para psicologia comportamental), os convidados estrangeiros eram quase todos psicólogos experimentais. Só em caráter excepcional psicoterapeutas comportamentais estrangeiros foram chamados. É possível cogitar que a preferência por analistas experimentais se deu por estes veicularem o pensamento skinneriano mais puro, conforme demonstrado na tabela a seguir, ainda que incompleta, pois foi produzida a partir dos registros oficiais disponíveis dos eventos e dos relatos dos participantes.

Tabela 1:

Palestrantes internacionais convidados para os congressos da ABPMC entre 1992 e 2021

Ano	Palestrantes internacionais convidados
1992	Fred S. Keller*
1993	Não encontrado
1994	Murray Sidman*
1995	Vicente E. Caballo*, Robert Kohlenberg* ^o
1996	José Luis Dieguez Ruibal*

¹ Termos de nível médio (middle level terms) são termos de utilidade clínica, que não foram gerados através de pesquisa básica, que ainda podem ser explicados em linguagem funcional, porém não são úteis para a análise experimental (McEntaggart, Barnes-Holmes, Hussey & Barnes-Holmes, *et al.*, 2014).

1997	Não encontrado
1998	Alan Marlatt ^o , Jay Moore*, Robert Kohlenberg* ^o , Wayne Fisher ^o , Vicente E. Caballo ^o
1999	Não encontrado
2000	Garry Martin*
2001	Garry Martin*
2002	Não encontrado
2003	Não encontrado
2004	Não encontrado
2005	Não encontrado
2006	Não encontrado
2007	David Alan Eckerman*, Emilio Ribes-Iñesta*
2008	Não encontrado
2009	Não encontrado
2010	William L. Heward*, Jill C. Dardig*, Edmund Fantino*, Stephanie Stolarz-Fantino*
2011	Não encontrado
2012	Peter Sturmey*, Gladys Williams*, François Tonneau*, Luis Oswaldo Pérez Flores ^o
2013	Não encontrado
2014	Carmen Soriano Luciano*, William McIlvane ^o , Gualberto Buela- Casal* ^o , François Jacques Tonneau*
2015	Bernardo Guerin* ^o , Glenn Callaghan* ^o , Henry Schlinger*
2016	Aubrey Daniels*, Anthony Biglan*, Edgard Pacheco Lusa* ^o , José Anicama Gómez*, Marithza Sandoval Escobar*, Manuela O'Connell ^o
2017	Não encontrado

2018	François Jacques Tonneau*
2019	Jay Moore*, Manuela O' Connell°,
2020	Peter Sturmey*, Susan M. Schneider*, Howard Rachlin*, Thomas Higbee*, Barbara Kohlenberg°
2021	William Follette°, Glenn Calaghan°, David Canter*, Louise Mc Hugh*°, William Baum*, Steven Hayes*°, Kennon Lattal*, Charles Catania*

*convitados analistas experimentais e/ou aplicada ° psicoterapeutas

Quando Glenn Callaghan (ligado a FAP, com uma visão especificamente skinneriana) e Jennifer Gregg (que contribuiu para a ACT, entre outros assuntos, com a teoria do Self) planejaram uma viagem turística ao Brasil e ofereceram de se apresentarem no congresso de 2007, sem custos para a organização, a organização postergou repetidamente o envio do convite oficial, até muito próximo ao evento, quando o casal não poderia mais adaptar seus planos de viagem (L. Vandenberghe, comunicação pessoal, 19 de abril, 2021). Outra exemplificação do quanto o viés experimental determinou o clima teórico na ABPMC é a recordação de Kovac que, ao trazer anos depois o clínico Kelly Wilson (um dos autores mais importantes na ACT), ao mesmo evento, sentiu a necessidade de avisá-lo o quanto os analistas do comportamento no Brasil estavam apegados à visão experimental dos processos básicos, para ele se preparar para reações negativas aos conceitos da ACT (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril de 2021).

O crescimento no Brasil, durante a primeira década do novo século, da terapia cognitiva como também da TAC e da TCR, fez com que a FAP e a ACT perdessem muito da sua força no território nacional. Tais terapias voltaram a crescer no cenário brasileiro apenas na segunda década do século XX, sob ímpeto de uma nova geração de terapeutas que começaram a complementar suas formações fora do país (Grã Bretanha, Canadá, Estados Unidos) e lá, tiveram contato com as terapias contextuais. Outro fator que contribuiu foi a emergência de grupos pequenos de psicoterapeutas interessados. R. Kovac (comunicação pessoal, 06 de abril de 2021) refere que junto a um grupo, começou a ler no ano de 2007, um livro sobre a teoria de molduras relacionais (RFT) de Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001). Em 2010 fizeram um grupo de estudo com professores para ler o livro de Torneke de 2010 (Learning RFT). E em 2011, montaram o grupo de pesquisa RFT aplicada a clínica (que

investigava RFT e ACT) e também montaram um grupo de supervisão e discussão de casos de ACT.

Desta forma, separaram-se duas vertentes entre os analistas do comportamento na clínica: os que aplicavam os modelos contextualistas importados como FAP e ACT e os que continuaram a desenvolver as práticas nacionais como TAC e TCR (Guilhardi, 2012). Sendo necessário considerar a relevância desses posicionamentos para o desenvolvimento de uma teoria da subjetividade do terapeuta.

A TAC e a TCR consideram a análise do comportamento do terapeuta como o fornecimento de antecedentes e consequências para o comportamento do cliente durante a sessão. Por sua vez, o comportamento do terapeuta é evocado e reforçado pelo comportamento do cliente (Banaco, 1993; Delitti, 1997; Guilhardi & Queiroz, 1997). Porém, o foco em intervenções sustentadas pelos conceitos da análise experimental do comportamento não deu muito espaço para o desenvolvimento de uma teoria da interação terapêutica. As terapias norte americanas focaram desde o seu início na vivência pessoal do terapeuta, na relação terapêutica e estipularam normas sobre como o mesmo precisa usar seus sentimentos (Hayes, Strossahl & Wilson, 2011; Kohlenberg & Tsai, 2006; Linehan, 1988).

1.2 Habilidades Terapêuticas

Além de uma orientação teórica consistente, o psicólogo clínico precisa desenvolver habilidades que favoreçam sua atuação e a interação com o cliente (Marmo, 2012), como empatia, aceitação, saber ouvir, observar, instruir, levantar hipóteses, confrontar, reforçar, questionar informações relevantes, discriminar seus sentimentos em relação ao cliente, ser diretivo, disponível dentre outras (Freitas & Noronha, 2007). Essas habilidades vão além da formação acadêmica, integram o processo de conhecimento à prática. Ou seja, é necessário que o terapeuta entre em contato com contingências que favoreçam este aprendizado e condições para que as aprimore.

Como destacado por Guilhardi (1982), estas contingências envolvem a interação do terapeuta para com o seu público e sua equipe e o contato do mesmo com as demandas acadêmicas e científicas. O comportamento do terapeuta é em parte resultado das

contingências vigentes na interação no consultório. Entendemos então, que apesar do terapeuta analítico comportamental trazer sua formação do laboratório experimental, parte do repertório do terapeuta será aprendido e afinado pelo cliente, na relação terapêutica.

1.3 Aproximação e Abertura no Contexto Clínico

Dentre as habilidades que o terapeuta precisa desenvolver ao longo de sua trajetória clínica, está a de empatizar com seu cliente. De acordo com Del Prette e Del Prette (2001), ter empatia é ser capaz de reconhecer, identificar, nomear e “sentir” como o outro se sente diante de alguma situação, ou circunstância. É quando uma pessoa discrimina uma situação que outra pessoa esteja vivendo e reage de modo a expressar entendimento e compreensão. Kohlenberg e Tsai (2006) mencionam que o terapeuta pode se sensibilizar com o sofrimento do cliente quando de alguma forma se identifica com o evento relatado e já experienciou evento similar. Quando isso ocorre, o terapeuta pode empaticamente dizer que compreende pelo que o cliente passou, pois já passou por algo parecido – e relatar as semelhanças entre os eventos. Os autores supracitados acreditam que quando o terapeuta é capaz de se expor desta forma, estreita a relação terapêutica, tornando-a então mais íntima.

Kahn e Fromm (2001) argumentam que a empatia constitui um mecanismo fundamental de mudança para cliente e terapeuta, pois aumenta a sensibilidade dos dois a sentimentos manifestos por outras pessoas com os quais já podem ter entrado em contato em algum momento, mas que até então não haviam sido nomeados. E assim, a empatia amplia a perspectiva a respeito dos sentimentos e da intimidade que pode se estabelecer entre cliente e terapeuta. Empatizando, tanto terapeuta como cliente podem expandir a noção que possuem a respeito de si e das experiências vividas. Desse modo, Wick (2001) disse que a experiência de um terapeuta com clientes promove mudanças sutis no profissional, eles podem tomar consciência de pensamentos, sentimentos e atitudes.

Quanto ao autoconhecimento, ao contrário do que acredita o senso comum, de que o autoconhecimento é atingido com o isolamento, para Skinner (1953) ocorre o inverso, o autoconhecimento se dá na interação social. Uma pessoa que se ‘tornou consciente de si mesma’, por meio de perguntas que lhe foram feitas, está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento (Skinner, 1974). Desta forma, na relação terapêutica,

não só o cliente, mas o terapeuta encontra as condições necessárias para tornar-se mais consciente de si.

1.4 Dificuldades Enfrentadas Pelo Terapeuta

Envolver-se de forma aberta e próxima com o cliente, pode ser encarado como um grande desafio aos terapeutas de diferentes níveis de experiência clínica e, por vezes, esse envolvimento tornará explícita alguma dificuldade para o profissional. Uma vez que as dificuldades interpessoais que causam problemas no dia a dia do cliente podem também ocorrer em sua relação com o terapeuta. O profissional precisará enfrentar impasses decorrentes da forma truncada do cliente se relacionar com outros. Como terapeuta, deve ter a capacidade de fornecer interpretações ou comentários que os outros na vida diária do cliente não fornecem (Kiesler, 1988; Tsai, Kohlenberg, Kanter & Waltz, 2008). Concomitantemente, terapeutas devem lidar com as suas próprias emoções, que podem interferir fortemente na sua capacidade de ajudar seus clientes (Hill, Stahl, & Roffman, 2007).

Os terapeutas podem experimentar situações de fortes emoções evocadas pelo comportamento do cliente, essas emoções podem também, ser produto de crenças irracionais e premissas do terapeuta (Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990). Cabe ao mesmo discernir o que evoca tais emoções e elaborar estratégias que possibilitem que sejam trabalhadas e não prejudiquem o processo terapêutico e sim, o beneficie, expondo ao cliente o efeito que seu comportamento teve no terapeuta, por exemplo, e trabalhando este ponto em sessão (Tsai et al., 2008).

Muitas vezes, quando o assunto é o impacto da terapia sobre o terapeuta, o foco está nos efeitos nocivos desse processo, como o quanto o terapeuta se perde, se confunde, toma para si os problemas ou faz análises e intervenções equivocadas, o que pode de fato ocorrer. Porém, não é a única forma do profissional ser impactado na relação com o cliente. O terapeuta pode se beneficiar profissional e pessoalmente da terapia que desenvolve com seu cliente. Além disso, analisados os aspectos negativos do impacto do cliente sobre o terapeuta, estes podem ser utilizados a serviço da psicoterapia e como oportunidade de aprimoramento profissional.

A abertura do terapeuta ao processo, para Yalom (2002), prepara a abertura do cliente. Os clientes aprendem com seus terapeutas, quando estes dão modelo, a lidar com emoções

dolorosas, a estabelecer limites, aprender a se aceitar ou a construir relacionamentos mais saudáveis e mais gratificantes. Os clínicos também aprendem com seus clientes sobre a importância da compreensão, compaixão e conexão para trabalhar com seus clientes, quando se dispõe a transpassar as dificuldades inerentes a conduzir o processo terapêutico.

Para Borja (1995) a técnica pela técnica é insensível, o que vivifica o processo terapêutico é o desenvolvimento pessoal do terapeuta, para que a técnica funcione, o terapeuta deve estar realmente envolvido. Nessa perspectiva o autor supracitado relata não ser raro, terapeutas aprenderem mais com seus clientes com os quais enfrentou maiores dificuldades, como com aqueles que mais os afetaram, essas situações foram convertidas em fonte de aprendizagem para os profissionais. E ainda argumenta que o terapeuta será sensível a uma série de questões e temas, a depender da sua história de vida, do paradigma psicoterapêutico ao qual responde e ao perfil dos pacientes com que trabalha (Borja, 1995).

1.5 Publicações de Estudos do NUPAICC

Não só as dificuldades enfrentadas pelo psicólogo clínico, mas a própria pessoa do terapeuta vem recebendo atenção e sendo alvo de estudos na área. Ainda que o interesse pela pessoa do terapeuta no âmbito da psicologia clínica venha aumentando, ainda é escassa tal produção e não tange a especificidade do presente estudo, o que o terapeuta comportamental aprende na relação que estabelece com seus clientes. A fim de atestar tal afirmação foi realizada em 22 de novembro de 2021 uma pesquisa em dois bancos de dados, sendo eles, Lilacs e Scielo para averiguar a produção de materiais científicos cujo escopo pudesse colocar o presente estudo num contexto mais amplo. Os filtros aplicados (identificados na Figura X) foram selecionados a fim de afinar a busca por materiais que antecederam o presente estudo e que possuísem características em comum com a pesquisa. A seguir o resultado da busca feita:

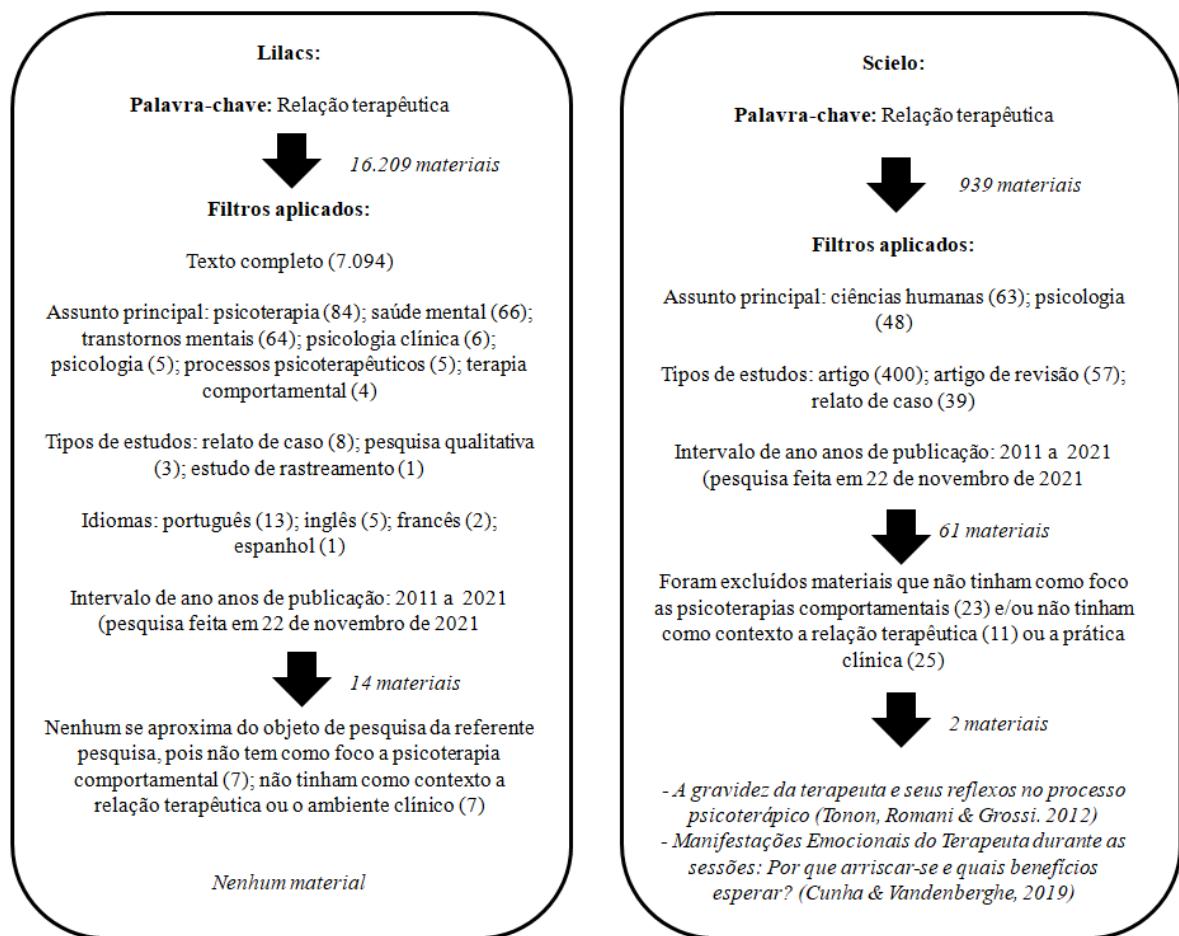


Figura 1: Busca pelo termo relação terapêutica nos bancos de dados Lilacs e Scielo

Com proposta próxima a da presente tese, relação terapêutica, mais especificamente a pessoa do terapeuta, apenas dois estudos foram encontrados através da plataforma Scielo, evidenciando o quão ainda é insipiente o estudo e divulgação do conhecimento tendo como foco a pessoa do terapeuta no processo psicoterápico. Sobre os estudos encontrados, o de Tonon, Romani e Grossi (2012) diverge do interesse da tese, pois trouxe o impacto que as terapeutas (no caso a gravidez delas) traz para a relação terapêutica, o movimento do presente estudo é o inverso, o impacto dos clientes na pessoa do terapeuta. Quanto ao material de Cunha e Vandenberghe (2019), destaca a influência do cliente sobre o terapeuta, mesmo que limitando ao aspecto emocional. O segundo artigo será discutido a seguir, junto aos demais estudos pertencentes ao Núcleo de Pesquisa Aplicada Clínica e Comunitária na PUC Goiás.

No Núcleo foi conduzida uma sequência de pesquisas que tratam da pessoa do terapeuta e o seu envolvimento no processo psicoterápico, mas que não se adequaram aos critérios de seleção acima utilizados, parte deles por não focarem especificamente em

terapeutas comportamentais e sim psicoterapeutas em geral, outros por não se aterem à temática da aprendizagem pelo terapeuta, mas sim ao relacionamento afetivo com o cliente e os desafios e estressores que o terapeuta encontra na interação com o cliente. Mesmo não focando na aprendizagem com o cliente, muitos desses estudos trazem aportes para a presente pesquisa. Apesar de examinarem outros aspectos do relacionamento terapeuta-cliente, identificamos abaixo, pontos que conversam com a tese.

Tabela 2:

Estudos e publicações do NUPAICC sobre a pessoa do terapeuta

Estudos	Principais contribuições	Diálogo com o presente estudo
Vandenberghe e Pereira (2005)	A construção de uma relação íntima entre terapeuta e cliente favorecem que o cliente emita novos comportamentos	O terapeuta precisa ser modificado pelo cliente para poder providenciar consequências naturais e genuínas ao comportamento alvo do cliente
Braga e Vandenberghe (2006)	A relação terapêutica é um contexto facilitador para intervenções, uma estratégia de intervenção em si e é uma via de mão dupla	A relação terapêutica altera o repertório do terapeuta ao trabalhar para mudar o repertório do cliente
Vandenberghe, Coppede e Kohlenberg (2006)	Responder às perguntas íntimas feitas pelo cliente, apesar do possível desconforto, quando alinhadas ao objetivo terapêutico, pode ter efeito benéfico para o processo terapêutico	Nesse artigo, o terapeuta se abre para permitir que o cliente aprenda com a sua autorrevelação, enquanto no presente estudo, o terapeuta aprende com maior facilidade com clientes com quem consegue traçar paralelos com a própria vida.
Kohlenberg e Vandenberghe (2007)	Cliente e terapeuta constroem uma relação de confiança que permite usar o envolvimento pessoal do terapeuta como intervenção clínica.	Esse artigo explora o uso terapêutico da tomada de responsabilidade (às vezes de forma irreverente) pelo terapeuta, enquanto no presente estudo, terapeuta e cliente se influenciam de maneira recíproca.
Vandenberghe, (2007)	Responder de acordo com a necessidade e não com a solicitação do cliente	O terapeuta aprende sobre o cliente, modelando a sua atuação para se alinhar à necessidade do cliente.
Oliveira e Vandenberghe (2009)	Tornar episódios aversivos ao terapeuta em sessão em oportunidades terapêuticas.	Os terapeutas aprendem a utilizar as falhas ocorridas em sessão à favor da psicoterapia
Vandenberghe,	Pontos críticos do problema dos	As terapeutas precisam primeiro aprender

Nasser e Silva (2010)	clientes aparecem em sessão e a relação terapeuta-cliente pode ser o veículo da mudança comportamental do cliente	com os clientes na sessão como é conviver com eles, para poder basear suas intervenções nisso.
Vandenberghe, Prado e Camargo (2012)	Aspectos pessoais do cliente e do terapeuta (religião e espiritualidade) podem auxiliar no processo terapêutico.	Aspectos pessoais do terapeuta possuem espaço importante em sua prática clínica.
Vandenberghe e Silveira (2012)	A dificuldade em acessar o cliente exige do terapeuta coragem e vulnerabilidade em expor como se sente em sessão.	Os terapeutas aprendem quando enfrentam casos difíceis e através dos erros cometidos em sessão
Vandenberghe e Silveira (2013)	Como o modo como o terapeuta se relaciona com suas respostas pessoais ao material do cliente durante a sessão contribui para tornar o relacionamento com o cliente uma ferramenta eficaz para o tratamento	Formas que o terapeuta aprende com o cliente sobre competências e estratégias clínicas que favorecem o seu trabalho como enxergar além de rótulos e julgamentos
Machado e Vandenberghe (2014)	A análise da relação terapeuta-cliente ajuda na superação de impasses típicos com clientes com transtorno de personalidade borderline, adicionando uma dimensão vivencial ao processo terapêutico.	Os impasses inerentes à relação terapêutica são oportunidades para estabelecer uma relação real com o cliente e fortalecer o vínculo
Vandenberghe e Silvestre (2014)	A emoção positiva do terapeuta acrescenta ao material que pode ser trabalhado em sessão e proporciona eventos interpessoais no relacionamento com o cliente que funcionam como oportunidades terapêuticas.	A vivência de emoções positivas na sessão tanto acompanha quanto favorece o crescimento profissional dos terapeutas
Santo e Vandenberghe (2015)	A análise cuidadosa dos sentimentos do terapeuta ajuda a fazer opções terapêuticas bem direcionadas.	Terapeutas aprendem com suas reações emocionais ao que ocorre na sessão
Cunha e Vandenberghe (2016)	Explorar as dificuldades no relacionamento terapêutico pode tornar o tratamento mais eficiente.	Terapeutas aprendem com essa exploração.
Vandenberghe, Coppede e Bittencourt (2018)	A proximidade entre terapeuta e cliente auxilia na descrição de como o relacionamento pessoal	Consequências tanto para a prática profissional do terapeuta, afinando competências clínicas e ensinando

	fortalece o tratamento.	estratégias. Como também reverbera em sua vida pessoal, como por exemplo, na forma como o terapeuta lida com suas relações interpessoais
Cunha e Vandenberghe (2019)	As emoções do terapeuta a serviço de um objetivo clínico específico traz consequências para o próprio terapeuta	Terapeutas aprendem com essas consequências

1º) O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento (2005)

Pela análise de um caso clínico, é demonstrado como a terapeuta compartilha seus sentimentos a respeito do andamento da psicoterapia com a cliente. A cliente reforça o comportamento da profissional e constrói paralelos com sua história de vida. Ao se expressar de forma mais vulnerável, a terapeuta faz com que a cliente também se abra sobre suas emoções e pensamentos. A terapeuta oferece uma nova consequência a esse comportamento, antes punido na história de aprendizagem da cliente, agora reforçado na relação terapêutica.

Ao oferecer um modelo de proximidade e vulnerabilidade, se expondo, a terapeuta evoca na cliente o mesmo, passando a arriscar-se cada vez mais, abandonando os padrões de esquiva que já marcavam seu estilo interpessoal. Esta postura de ser vulnerável e favorecer a vulnerabilidade da cliente apontam para a bidirecionalidade da relação terapêutica e torna inevitável que a terapeuta também mude.

2º) Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental (2006)

No atendimento a três clientes (A, B e C) pela primeira autora, a relação terapêutica é analisada como sendo um contexto facilitador para intervenções, uma estratégia de intervenção em si e é uma via de mão dupla.

A relação é um contexto facilitador para intervenções quando a expressão de uma dificuldade da cliente é aceita pela terapeuta e esta aceitação reforça o comportamento corajoso da cliente que passa a emitir outros comportamentos de melhora. A relação terapêutica é uma estratégia de intervenção em si, quando a terapeuta traça um paralelo entre o que ocorre na relação terapêutica e nas outras relações desta cliente, discutindo o que faz

com que a cliente emita seu comportamento problema na sessão e o efeito que tem sobre a profissional, intervindo e modificando o padrão de interação entre a dupla. É mostrado como a relação terapêutica também é uma via de mão dupla, envolvendo situações ambivalentes entre a terapeuta e a cliente, em que para conseguir ajudar à cliente, a terapeuta precisou enfrentar suas próprias dificuldades ao demonstrar seu desconforto com o comportamento clinicamente relevante.

3º) Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid?(2006)

Os autores argumentam que embora perguntas íntimas dirigidas ao terapeuta pelo cliente possam ter como função desviar a atenção do terapeuta, confundi-lo ou fazer com que a interação terapêutica se desvie e deixe de ser produtiva, há outro lado. Estas perguntas também podem ser encaradas pelo terapeuta como oportunidades para intervenções benéficas. Através de um caso clínico, é mostrado que o que acontecia entre ela e o cliente em sessão era bastante semelhante com as situações-problema da vida do cliente. Responder algumas perguntas íntimas dirigidas pelo cliente, atuou como um reforço natural para uma variedade de melhorias (atitude mais empática, começou a analisar os prós e os contras de novos projetos antes de agir; ele começou a testar suas suposições e crenças: ele discutiu seus planos profissionais com a esposa e começou a aceitar seus conselhos). Sendo assim, apesar do desconforto inicial da terapeuta, responder às solicitações do cliente, tendo em vista um objetivo terapêutico, trouxe proximidade para a relação e, permitiu que o cliente generalizasse comportamentos de melhora obtidos em sessão, para seus outros contextos.

4º) Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples (2007)

O artigo traz dois casos envolvendo Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), tendo como conduta terapêutica inovadora, a postura do terapeuta em assumir certo nível de responsabilidade sobre o comportamento-problema do cliente. No primeiro caso, Sra. P tinha como topografia de comportamento obsessivo verificar repetidas vezes o lixo, partindo do pensamento de que dentro dele poderia ter pedaços de corpo humano, um bebê, etc.. Foi feita linha de base, intervenções ACT. Por último, o terapeuta assume formalmente (assinando um documento) toda a responsabilidade, caso houvesse algo dessa natureza, no lixo da cliente. Em contrapartida, ela não deveria mais verificá-lo, uma vez que já não era mais a responsável.

Houve resistência de P para aceitar a proposta do terapeuta, oportunidade em que a cliente relatou sua dificuldade em confiar em outras pessoas e um histórico de desapontamento em suas tentativas em depositar confiança. O terapeuta continuou estimulando a cliente a delegar a responsabilidade a ele. Com isso, o número de checagem diminuiu exponencialmente, outras responsabilidades foram gradualmente sendo assumidas por pessoas próximas a cliente (o marido, por exemplo) e outras demandas puderam ser trabalhadas em sessão, como o interesse em ser mãe.

No segundo caso, a compulsão do Sr.Q, consistia na repetição silenciosa de siglas e pensamentos repetitivos se em uma determinada situação, agiu de forma adequada. O treino foi feito em sessão com o cliente, este questionou sua própria capacidade de recordar da orientação do terapeuta, no treino em sessão. O terapeuta se dispôs a assumir a responsabilidade, confiando plenamente que Q se lembraria do que foi solicitado, sem precisar recorrer a siglas. Outro exemplo foi sobre o pagamento da sessão, em que o terapeuta pediu que o cliente não verificasse seu contracheque, com o profissional assumindo a responsabilidade sobre os acertos. Nesta ocasião, Q relatou seu receio em ser julgado incompetente ou descuidado. À medida que o cliente foi exposto ao treino, assim como no caso Q, houve uma melhora significativa do comportamento-problema. Foi possível concluir que, quando os problemas do cliente na vida diária (e na relação terapeuta-cliente) incluem déficits interpessoais em confiar em terceiros, a relação terapêutica pode ser usada como um veículo para ajudar o cliente a desenvolver essa confiança e a delegar responsabilidades de maneira apropriada. Nos casos expostos, através do compromisso do terapeuta em se responsabilizar por algumas tarefas que os clientes estavam comprometidos, e que eram contraproducentes com os objetivos terapêuticos.

5º) Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder (2006)

Nos dois casos, o autor ilustra o atendimento a clientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), se valendo da FAP para suas intervenções. A cliente A, uma mulher solteira de 22 anos, engajada a uma variedade de rituais, experimentando altos níveis de ansiedade, não saía de casa desacompanhada. Cliente B, estudante universitária de 29 anos, desempregada, que morava com os pais. O comportamento de TOC que começou na infância piorou depois que ela rompeu com o namorado e, durante os três anos seguintes, ela

progressivamente restringiu seus contatos sociais e atividades. Frequentemente pensava que alguém poderia se machucar ou que algo poderia dar terrivelmente errado se ela não executasse suas compulsões. Este último incluiu evitar sistematicamente curvas para a direita.

A cliente A demonstrou também em sessão sua busca compulsiva de reafirmação social, ao requisitar do terapeuta uma lista, em que ele sinalizaria o que pensava a respeito dela. E assim, ela sempre que tivesse dúvidas, recorreria à lista e não precisaria perguntá-lo. No entanto, o terapeuta trouxe como devolutiva a contraprodução da proposta, uma vez que, a cliente passaria a verificar compulsivamente a lista. A cliente demonstrou desconforto em não ser atendida e o terapeuta recorreu a uma autorrevelação sobre como se sentiu e verbalizou que as estratégias coercitivas da cliente evocavam respostas questionáveis de outras pessoas que, por sua vez, evocavam mais perguntas.

Intervenções FAP típicas pelo terapeuta incluem explicitamente compartilhar os sentimentos que essas estratégias evocavam nele e oferecer sua interpretação do comportamento em curso. A cliente A, ao não ser reforçada em seu comportamento compulsivo pelo terapeuta, acabou direcionando a sessão para seus avanços durante a semana e o terapeuta correspondeu a isso (reforço natural).

Já com a cliente B, o terapeuta propôs dentro da clínica em que os atendimentos ocorriam expô-la a situações em que precisaria virar à direita, este trajeto seria feito pela dupla. Houve resistência da cliente e o terapeuta expressou como se sentiria, caso a cliente usasse alguma estratégia que mantivesse a compulsão durante esse treino. O terapeuta insistiu no treino e expressou que confiava na cliente para executá-lo, sem qualquer comportamento compensatório. B acabou cumprindo o combinado, tolerando a transgressão de suas regras de segurança.

Tentar coagir o terapeuta a responder a perguntas compulsivas (cliente A) ou a perdoar desnecessariamente (cliente B) é funcionalmente equivalente ao que as clientes costumavam fazer fora de sessão, e era parte dos padrões de comportamento que o tratamento deveria visar. Do ponto de vista da FAP, esses eventos constituem oportunidades de aprendizagem inestimáveis. O relacionamento intenso oferece oportunidades de aprendizagem em sessão, no que diz respeito à responsabilidade exagerada pelos sentimentos do terapeuta (Srta. B) e à tolerância à incerteza (Srta. A). As duas clientes experimentaram que os conteúdos dos

pensamentos, aos quais haviam atribuído uma importância exagerada, poderiam ser ignorados. Ambas tiveram a experiência de agir sem tentar neutralizar a incerteza (Srta. A) ou possivelmente aspectos imorais de seu próprio comportamento, como ferir os sentimentos de alguém (Srta. B).

6º) Upsetting Experiences for the Therapist In-Session: How They Can Be Dealt With and What They Are Good For (2009)

A autora explorou o efeito dos momentos interpessoais aversivos com clientes através da prática de quatro psicólogos clínicos participantes da pesquisa. A pesquisa buscou compreender a influência desses momentos na atuação do terapeuta, como o profissional lida com esses momentos (coping) e os efeitos decorrentes deles. Alguns exemplos trazidos pelo estudo como momentos aversivos ao terapeuta foram: a falta de engajamento do cliente na terapia/resistência à terapia, rejeição/desaprovação da atuação da terapeuta, sarcasmo/arrogância, desconsiderar ou desvalorizar a terapeuta, agressividade verbal/escândalo na sessão e o não comparecimento na sessão. Estes comportamentos geraram no terapeuta: incômodo/desconforto; dúvida e insegurança quanto à própria atuação; sentimento de raiva/ódio; cobrança exagerada sobre si; culpa/remorso; preocupação e ruminação de pensamentos.

Algumas respostas do terapeuta à situação foram: deixar de intervir na sessão; desistir do cliente/abandonar o cliente; revidar a punição; colocar condições para continuar atendendo; abandonar a intervenção que foi punida pelo cliente. Como enfrentamento (coping) por parte do terapeuta, o estudo apontou o ato de conversar consigo mesmo; a difusão; procurar supervisão e/ou terapia individual; contextualizar os sentimentos provenientes do evento aversivo; se controlar para evitar revidar e atribuir o problema ao diagnóstico do cliente. Assim, o terapeuta passou a se sentir mais aliviado, sentir-se mais preparado e consciente para atuar e transformar a raiva em compreensão.

As variáveis de proteção que promovem a resiliência a episódios aversivos incluem a consciência do terapeuta do seu próprio contexto, a compreensão da história de vida do cliente e da sua relação mantida com este; o conhecimento da teoria que embasa o atendimento, a compreensão funcional do comportamento aversivo do cliente, entre outros. As dificuldades pessoais do terapeuta frente aos eventos aversivos influenciam a sua reação ao episódio aversivo, seus sentimentos interferem na atuação, a tendência de “pisar em ovos”, assumir

responsabilidade excessiva pelo tratamento, levar a punição sofrida como algo pessoal, a percepção de ter reforçado ou apoiado comportamentos problemáticos precorrentes ao episódio aversivo, quando o terapeuta ainda não os tinha identificado como tal, esquiva experiencial pelo terapeuta e ficar presa num contexto de dar razões. A experiência aversiva com um cliente pode guiar a busca por uma literatura que oriente o caso. O terapeuta passa a enxergar o seu envolvimento pessoal e a contextualizar o episódio aversivo para escolher sua atuação. Como efeitos da participação na pesquisa, os terapeutas destacaram uma nova forma de perceber suas reações na sessão, maior atenção e disposição de aprender em relação às experiências aversivas.

7º) Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist–client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy (2010)

No artigo são ilustrados dois casos. O primeiro envolvendo o sofrimento conjugal de John, 37 anos e Joan de 36. O trabalho com John se concentrou em aprender a lidar com o conflito sem recorrer à manipulação ou qualquer uma de suas outras estratégias de evitação. Enquanto com Joan, o foco foi aprender a expressar suas necessidades e promover relacionamentos por meio de estratégias positivas, sem coerção.

A maior dificuldade em trabalhar com John foi ele ter lidado com as intervenções dos terapeutas usando estratégias de fuga poderosas, sendo apenas quando ele enfrentou o desafio da demanda recém-formulada de Joan, que seus repertórios de fuga e evasão deixaram de oferecer uma solução eficiente. A essa altura, Joan permitiu que os terapeutas procurassem maneiras de ajudá-la a atingir seus objetivos, onde sua estratégia usual era coagir as pessoas a seguir suas instruções. Da mesma forma, ela estava pronta para aceitar pequenas melhorias de John que ela teria achado insuficientes antes, como quando ele conseguiu um emprego trabalhando para uma empresa como empregado em vez de dirigir seu próprio negócio. Ela também começou a expressar seu ponto de vista com clareza e parou de prestar atenção quando ele falava de maneira confusa.

O segundo caso ilustrado no estudo foi sobre Jean, 28 anos, sexo feminino. Buscou por psicoterapia devido à queixa por sua incapacidade de atingir o orgasmo e esperava que a terapia a ajudasse a se sentir mais confiante consigo e a obter mais prazer no sexo. Durante o processo psicoterápico Jean foi convidada pela terapeuta a se expor a exercícios que fizesse com que Jean explorasse sua sexualidade e verbalizasse como foi para ela a prática dos

exercícios. Embora a princípio, parecesse razoável atribuir o comportamento de evitação de Jean à natureza invasiva dos conteúdos discutidos, aos poucos ficou claro que a cliente tratava a terapeuta de uma maneira semelhante à forma como tratava seus parceiros sexuais. Em ambas situações, Jean monopolizou o controle e tornou difícil para o outro, evocar intencionalmente respostas emocionais nela. Quando a terapeuta insistiu em chegar aos sentimentos de Jean, ela se afastou durante três sessões e voltou sem cooperar. Isso foi visto como uma primeira melhoria em sessão importante em comparação com as relações íntimas da vida diária, que ela rompeu definitivamente quando um parceiro começou a tomar iniciativa. A partir de então, a terapeuta concentrou-se em negociar uma definição mais produtiva de seu relacionamento (terapeuta-cliente) para que Jean pudesse aumentar seu compromisso com os objetivos que haviam estabelecido para a terapia. E isso incluía que Jean deveria permitir que a terapeuta tomasse iniciativas.

O relacionamento terapeuta-cliente incluía os elementos críticos dos problemas conjugais de Joan e John e das dificuldades sexuais de Jean, sendo que a relação cliente-terapeuta ofereceu a aprendizagem de novos repertórios da vida diária a Jean, John e Jane.

8º) Spirituality and Religion in Psychotherapy: Views of Brazilian Psychotherapists (2012)

O estudo foi feito a partir da entrevista a 27 psicoterapeutas brasileiros sobre como a religião e a espiritualidade interagem com suas práticas clínicas. Segundo dados do estudo, o terapeuta deve estar ciente do contexto religioso do cliente e estar pronto para levá-lo em consideração quando necessário. Como por exemplo, no caso do participante M, que mencionou ter se tornado mais cauteloso na maneira de se vestir, passando a se vestir de forma mais discreta e simples. Ignorar ou violar os costumes religiosos do cliente pode gerar desconforto e tirar o foco das questões do tratamento, o que torna o terapeuta menos eficaz. As questões religiosas do cliente precisam ser tratadas quando fazem parte do problema apresentado. Precisam ser tratados quando dificultam o progresso do tratamento, como por exemplo, quando o cliente utiliza uma citação da bíblia para apoiar comportamento disfuncional, o terapeuta pode ajudá-lo a encontrar interpretações alternativas que sejam mais consistentes com o que é relevante ser trabalhado com o cliente.

O terapeuta também é um ser cultural e também pode estar inserido em uma prática religiosa. Na pesquisa, alguns terapeutas não apenas evitaram mencionar suas crenças, mas

chegam ao ponto de ocultar quaisquer pistas que pudessem sugestionar a religião ou congregação a que pertenciam. A religião do terapeuta é um ponto que merece atenção do profissional, quando rigidez religiosa prejudica a capacidade do terapeuta de estar aberto ao cliente, de prestar atenção ao que os problemas do cliente significam para ele e em aceitar as visões do cliente que divergem das suas.

Um cliente pode aprender a lidar e se beneficiar das diferenças com o terapeuta, neste caso religiosa, e então aplicar essas habilidades a outras diferenças interpessoais em sua vida diária. Além disso, terapeutas que compartilham da mesma prática religiosa do cliente, podem endossar pontos de vista que os clientes já sustentam e apoiar as soluções que os clientes experimentaram, ainda que improdutivas. No estudo, os terapeutas usam a religião e espiritualidade dos clientes como auxiliares terapêuticos. A espiritualidade dos terapeutas também serviu como um recurso para melhorar suas intervenções e lidar com as tensões emocionais presentes na psicoterapia.

9º) The trouble with the short-term therapist-client relationship and what can be done about it (2012)

Os autores trazem dois estudos de caso em que foi lento o acesso à demanda principal dos seus respectivos clientes, o incômodo dos terapeutas até que alinhassem de forma adequada o objetivo terapêutico. A ocorrência de problemas do cliente durante a hora da terapia transforma o relacionamento em um espaço psicológico onde eles podem ser trabalhados em tempo real.

No primeiro caso, Jack relatou um quadro de ansiedade, vinculado a um padrão interpessoal que incluía intolerância às limitações e rejeição às iniciativas dos outros, levando-o a abandonar situações que considerava estressantes, incluindo um emprego bem remunerado e compromissos educacionais e românticos. Mesmo com o bom andamento do processo psicoterápico e algumas mudanças efetivas no comportamento de Jack, o mesmo manifestou sua dúvida sobre a continuidade da terapia, abandonou a formação profissional e encerrou o relacionamento com a namorada. Problemas interpessoais eram difíceis de discutir com o cliente. Em uma conversa franca entre o terapeuta e Jack, foi possível associar a interação com o terapeuta à maneira como sua namorada havia tentado se conectar com ele. Ambos haviam feito uma série de esforços para fornecer o que o cliente desejava deles. Jack rejeitou esses esforços com crescente frustração, o que gerou uma série de novas ofertas por tentativa

e erro, o que convenceria Jack de que a outra pessoa no relacionamento não tinha nada coerente a oferecer. Deste modo, o novo objetivo da psicoterapia envolveu Jack em sua vida cotidiana passar a participar do jogo de dar e receber, que caracteriza os relacionamentos saudáveis. Isso incluía aprender a afirmar claramente suas necessidades e apoiar iniciativas de outros para melhor se relacionarem com ele. Para efetividade do tratamento, o terapeuta também precisou rever sua postura e se atentar a ela, assumindo objetivos específicos, como conter a tendência em oferecer respostas. E, em vez disso, construí-las junto com Jack. Ele também precisou prestar atenção para não abandonar as intervenções sempre que Jack as rejeitava de imediato, passando a valer delas como oportunidades de aprendizado em tempo real para habilidades de reciprocidade.

No segundo caso, o cliente Mike, tinha dificuldade em expressar opiniões e emoções e em admitir que alguém se importava com ele. Ele estava exageradamente preocupado com a possibilidade de um rompimento com sua namorada e cedia constantemente para evitar qualquer briga. Mike reclamou que as pessoas o achavam preguiçoso e incompetente. Mike elogiava a terapeuta e a solicitava fora do horário da sessão com frequência. Comportamento aceito no início, que posteriormente, começaram a evocar raiva nela. Ela se sentiu desencorajada pela falta de envolvimento dele, especificamente por chegar atrasado ou não aparecer. A terapeuta destacou como seu comportamento cada vez mais exigente e lisonjeiro parecia ser uma forma de escapar de suas novas responsabilidades na terapia, bem como uma estratégia disfuncional para garantir o cuidado continuado pela profissional. Desta forma, a terapeuta percebeu que seria necessária uma mudança em seu próprio comportamento, para tornar a relação de fato, efetiva. Ela precisaria parar de reforçar os comportamentos disfuncionais e deveria francamente compartilhar seus sentimentos sobre a falta de responsabilidade dele na terapia e sobre ele esconder suas necessidades atrás de elogios e demandas. Assim, o novo objetivo estabelecido para os atendimentos envolvia mais comprometimento com as tarefas e menos exigência de piedade e de provas de amor e compreensão dos outros. Tanto no caso de Jack, quanto de Mike, as mudanças e o estabelecimento de um objetivo terapêutico mais adequado foram reformulados a partir da mudança de postura dos terapeutas.

10º) Therapist Self-as-Context and the Curative Relationship (2013)

O estudo aborda dois casos, o primeiro envolve o atendimento de Richard, 20 anos. Ele buscou psicoterapia por queixas relacionadas à ansiedade em relação ao desempenho no trabalho. Richard achava que o trabalho que fazia carecia de objetividade ou mesmo relevância em comparação com o de seus pais e se envergonhava por isso. O incidente crítico entre terapeuta e cliente, ocorreu quando a terapeuta questionou Richard sobre seus sentimentos ao tomar decisões sobre um relacionamento romântico, sendo repreendida pelo cliente.

A terapeuta deu um sinal de que outras variáveis de controle estavam envolvidas, a intensidade de sua resposta interna foi uma dica para ela recuar em sua intervenção na sessão. A noção de que era impróprio trabalhar com material leve em vez de dados concretos foi sustentada por parte da comunidade verbal com a qual ela lidou como docente, ela tende a dar muita importância à opinião de outras pessoas íntimas. E Richard era íntimo o suficiente para fazer seu julgamento parecer obrigatório. Ao aceitar esse desconforto, a terapeuta pode identificar que ela estava respondendo a sentimentos bastante semelhantes aos que Richard enfrentava fora da sessão.

A resposta de Richard à terapeuta estava relacionada a uma história em que falar sobre sentimentos era tipicamente invalidado. Em seu ambiente de vida diária, tal conversa era considerada sem sentido. Desta forma, a terapeuta optou por expor a situação ao Richard. O resultado direto da discussão foi uma mudança nos objetivos do tratamento. Richard e a terapeuta concordaram que seria útil focar mais na relação entre seus sentimentos e o mundo exterior.

A partir desse ponto do tratamento, a terapeuta começou a fazer revelações frequentes, descrevendo suas experiências, verbalizando como se sentia. As revelações introduziram Richard à possibilidade de relacionar os sentimentos às condições que os evocam. Desta forma, assumir um ponto de vista distante ajudou a terapeuta a superar um incidente que poderia ter se tornado um obstáculo no tratamento.

No segundo caso, Maria, uma terapeuta de 24 anos, entrou em uma sessão de supervisão ainda um tanto abalada por ter sido confrontada por um cliente no dia anterior. O episódio começou quando a cliente, com idade por volta dos 30 anos, sofrendo de depressão, afirmou que uma esposa temente a Deus nunca tece críticas a seu marido. A terapeuta perguntou se a cliente estava usando um princípio religioso como uma razão para permanecer

submissa em face das atitudes, por vezes abusivas, de seu marido. A cliente pareceu surpresa com essa interpretação e respondeu perguntando se Maria não tinha fé. Maria interpretou essa resposta como “*um tapa na cara*” e passou o resto da sessão sentindo-se incapaz.

A terapeuta foi capaz de apresentar uma série de razões para o efeito negativo que a acusação do cliente teve sobre ela. Dentre elas, a mãe de Maria encobriu os erros cometidos pelo pai quando ela era criança e, mais tarde, continuou a tentar justificá-los. Maria tinha opiniões firmes sobre a instituição do casamento como instrumento de opressão social. Uma discussão posterior destacou que Maria respondeu a essas áreas problemáticas como se elas de alguma forma a definissem como pessoa. Esse conteúdo, oriundo de outros momentos e lugares de sua história, foi evocado pela dor vivenciada do momento da sessão.

A luta de Maria com seus sentimentos resultou na perda de contato com o que realmente aconteceu entre ela e sua cliente. Desacelerar em torno do material pessoal evocado pelo cliente (através do exercício feito pelo supervisor) ajudou-a a ver o quadro mais amplo. Só depois de situar sua dor no contexto da relação, Maria percebeu que a cliente estava em uma estratégia de fuga, desqualificando a pessoa (no caso, a terapeuta) que tentava ajudá-la.

Nos dois casos é possível perceber que, para tornar viável o relacionamento pessoal com o cliente, o terapeuta deve permitir o espaço a conteúdos difíceis em sessão. Às vezes, o terapeuta precisa estar disposto a buscar questões nas quais ele se sinta incompetente, impotente ou exposto. Os clientes podem inadvertidamente evitar uma boa intervenção com a ajuda de algum conteúdo doloroso do terapeuta. Os dois casos ilustram como os terapeutas correm o risco de se enredar em seu apego a conceitos e histórias que sustentam sobre si mesmos. Como resultado, eles podem se privar de informações críticas que podem ajudar a distinguir o comportamento problemático do cliente, da melhora clínica.

Quando as relações entre as experiências internas dos terapeutas, sua história de aprendizagem e as contingências presentes tornam-se visíveis, torna-se mais fácil contornar o efeito de estreitamento que os conteúdos difíceis tem na consciência dos terapeutas. Os profissionais estão, então, em uma posição melhor para fornecer feedbacks produtivos sobre os efeitos que o comportamento clinicamente relevante teve sobre eles, sugerir hipóteses viáveis sobre como os problemas da vida diária do cliente funcionam e ajudar a definir melhor os comportamentos-alvo da psicoterapia.

11º) Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente borderline (2014)

No artigo, a primeira autora atendeu a cliente Dara, que recorreu à psicoterapia por se encontrar em um quadro depressivo e ter dificuldades em seus relacionamentos. As repetidas interrupções repentinas de tratamentos anteriores e o padrão de relações interpessoais turbulentas, como também a inconstância do quadro clínico, levantaram a suspeita de transtorno de personalidade borderline. O objetivo terapêutico acertado foi a superação da insegurança e instabilidade interpessoais e das dificuldades em estabelecer intimidade.

No estudo foram analisados três impasses presentes em sessão: 1) um padrão de fuga e evitamento dificultando o questionamento às suposições irracionais da cliente, 2) a reestruturação cognitiva não convencer a cliente em um nível emocional e 3) problemas interpessoais interferirem na reestruturação cognitiva. Em relação ao primeiro, Dara defendia a suposição de que pessoas significativas iam rejeitá-la, sem apresentar evidência qualquer de que essas pessoas, realmente, estavam dispostas a abandoná-la. O que também foi verificado na relação com a terapeuta, onde agia com reservas extremas. Já que debater a crença não surtiu efeito, a terapeuta, então, combinou com Dara ajudá-la a enfrentar emoções difíceis, em vez de fugir, dentro do contexto do relacionamento terapêutico. Ao analisar em tempo real o que ocorria nas sessões, a terapeuta pode impedir que Dara se esquivasse de emoções difíceis.

Já em relação a reestruturação cognitiva não convencer a cliente em um nível emocional, ao invés de criticar a crença irracional de Dara sobre uma possível traição do marido, a terapeuta aceitou a autorrevelação como uma primeira amostra de abertura e entrega por parte de Dara. A terapeuta destacou o papel do raciocínio emocional no episódio, apontando que o fato de ela ter medo de uma traição não comprova que o marido a traía. O passo estratégico adotado pela terapeuta foi colocar em primeiro plano o trabalho com as dificuldades no relacionamento entre terapeuta e cliente, e abordá-las de maneira vivencial, em vez de maneira intelectual ou racional.

Sobre os problemas interpessoais interferirem na reestruturação cognitiva, Dara repetiu, no relacionamento com a terapeuta, os padrões interpessoais que faziam parte do seu problema no dia a dia. A desconfiança e o medo de rejeição retornaram em várias sessões e tiveram que ser trabalhados repetidamente. Através de uma autorrevelação da terapeuta, a terapeuta ofereceu à cliente a oportunidade de lidar com uma avaliação negativa genuína de

outra pessoa, no âmbito de um relacionamento íntimo (o relacionamento terapêutico). Da mesma forma, num relacionamento romântico ou de amizade, a outra pessoa pode expressar o seu descontentamento, com o intuito de melhorar o relacionamento, sem que isso remeta às agressões do tipo que Dara vivenciou no seu passado. Deste modo, a análise da relação terapeuta-cliente ajudou na superação de impasses típicos de Dara, acrescentando uma dimensão vivencial ao processo terapêutico.

12º) Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for (2014)

Para a pesquisa foram entrevistados 26 psicólogos, 22 do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com experiência clínica variando entre dois e 33 anos. Neste trabalho foi explorada a experiência pessoal dos terapeutas com emoções positivas durante a sessão. Os terapeutas foram convidados a relatar suas experiências internas envolvendo estas emoções, a influência que essa experiência teve no tratamento e em seu comportamento subsequente.

Os participantes relataram experienciar emoções positivas quando percebem uma entrada ativa do cliente no processo terapêutico, quando o cliente toma a perspectiva de algo em seu comportamento, como um participante (I) que relatou experienciar uma emoção positiva (alegria) ao estar presente quando uma cliente, que buscou por psicoterapia devido a crises de choro inexplicáveis, conseguiu compreender o que desencadeava o seu comportamento (chorar). Ou mesmo a experiência de emocionar-se junto com a evolução do cliente, "Houve momentos em que chorei junto com um cliente porque ver esse crescimento acontecer é tão gratificante, tão bonito '(N). Outros desencadeadores em sessão de emoções positivas do terapeuta são: efetuar uma intervenção habilidosa, identificação com o problema do cliente, admiração pelo cliente.

Embora tradicionalmente os psicoterapeutas sejam solicitados a monitorar suas experiências internas durante a sessão, o modelo construído na pesquisa, ofereceu novas razões para que explorem como a emoção positiva pode influenciar o comportamento do profissional e beneficiar sua atuação clínica. Se sentimentos positivos podem fazer os terapeutas se conectarem melhor com o cliente, estimular o processo e ajudá-los a usar e desenvolver habilidades mais avançadas, não explorar essas emoções positivas relacionadas ao seu trabalho pode limitar seu crescimento profissional e pessoal.

13º) Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica (2015)

Foram ilustrados momentos específicos de dois casos em que os sentimentos da terapeuta a ajudou a fazer opções terapêuticas melhor direcionadas. O primeiro caso foi no atendimento de Lília, 40 anos. Em uma situação, a terapeuta combinou com Lília que ela elaborasse um esquema de divisão das tarefas domésticas entre as quatro pessoas que viviam na casa e que tivesse uma conversa franca com o esposo, na qual deixaria claro o que sentia. Na sessão seguinte (após um intervalo de duas semanas), Lília afirmou que não tinha tido a conversa, pois ainda estava elaborando aquela situação. Isso provocou na terapeuta sentimento de raiva, pois parecia que a cliente estava agindo com descaso em relação ao que foi combinado. Em supervisão, notou que o relato de “estar elaborando a situação” poderia ser um comportamento de melhora, já que a cliente estava se abrindo para a terapeuta, relatando algo da sua vivência interna. Sendo assim, invalidar esse passo feito pela cliente, seria um comportamento contraproducente. Em vez disso, a terapeuta optou por desenvolver uma atitude de abertura recíproca e expor mais sua visão nas conversas com Lília.

O segundo caso foi o de Eliza, de 55 anos. Ela procurou ajuda devido ao medo de chuva e de dormir sozinha que datavam desde sua adolescência. Sentia-se dependente, fraca e incapacitada. Em sessão, ainda que docilmente, Elisa demandava soluções rápidas para sua queixa, o que gerava sensação de ineficiência na terapeuta. Neste contexto, foi possível traçar o paralelo com a história de vida de Elisa, em que ela tinha como padrão requerer que os outros resolvessem seus problemas e assim não enfrentava situações aversivas. Ao dividir seu desconforto com a cliente, na sessão seguinte, Elisa passou a assumir uma postura mais questionadora e participativa.

As duas clientes mostraram padrões de fuga-esquiva de sentimentos difíceis, sendo a terapeuta a primeira a arriscar-se, expondo seus sentimentos. Evidenciou-se que, ao mostrar para as clientes o impacto que os comportamentos delas tinham sobre a terapeuta, foi criada condição para que elas comesçassem a detectar as consequências dos seus comportamentos nas situações do seu cotidiano. Porém, os sentimentos da terapeuta não tiveram só uma função importante quando foram expostos às clientes. Eles tiveram um papel mais específico na identificação de processos potencialmente prejudiciais e na escolha de melhores estratégias terapêuticas.

14º) *O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline (2016)*

O objetivo do estudo foi o de compreender de que modo ao longo do processo terapêutico, a análise das emoções e das dificuldades enfrentadas pela terapeuta poderia tornar o relacionamento terapêutico mais produtivo e intensificar o tratamento da cliente borderline. A cliente a quem o atendimento foi destinado, Clara, tinha como queixa ansiedade, sensação constante de solidão, ciúme, agressividade e nervosismo que vinham acarretando prejuízo em suas relações interpessoais.

Desde o início do tratamento, entraves apresentados pela cliente dificultaram o relacionamento terapeuta-cliente. Esses foram agrupados em três categorias: agressões e autoagressões, falta de compromisso com a psicoterapia e polarização. Para visualizar e esclarecer o que estava ocorrendo, foi construído o diagrama da matrix, contendo tanto os movimentos da terapeuta de aproximação como de afastamento do processo terapêutico, a vivência interna, ações tomadas para livrar-se de emoções difíceis e ações que podiam possibilitar a realização dos objetivos valorizados pela terapeuta.

Tendo a matrix como recurso, foi possível para a terapeuta uma nova tomada de perspectiva sobre o caso, e novos comportamentos emergirem como: acrescentar outras correntes teóricas em suas intervenções, expor emoções e pensamentos de forma clara para a cliente e propiciar a ela que fizesse o mesmo, mudar a forma de apresentar as técnicas que seriam utilizadas. A mudança de postura da terapeuta culminou em ganhos para a relação terapêutica e maior engajamento da cliente na psicoterapia, oferecendo resultados positivos também fora da sessão. Sendo assim, no estudo, foi possível constatar que os sentimentos do terapeuta podem, tanto, intensificar os impasses na terapia, quanto, auxiliar na elaboração de intervenções terapêuticas mais eficazes.

15º) *Building and Handling Therapeutic Closeness in the Therapist-Client Relationship in Behavioral and Cognitive Psychotherapy (2018)*

Foram entrevistados 26 psicólogos clínicos (19 trabalhavam com alguma das psicoterapias contextuais e os outros sete com a cognitivo-comportamental) sobre como funcionava o relacionamento pessoal com o cliente a partir de suas experiências clínicas. Foi possível observar através do estudo que a conexão intensifica e modifica os efeitos

terapêuticos e gera desafios com os quais o terapeuta precisa lidar. Quanto mais próxima a dupla, mais facilmente os terapeutas afetarão e serão afetados pelo cliente. Os terapeutas tentam direcionar a proximidade para onde ela possa nutrir o processo do cliente sem prejudicar o relacionamento, o cliente ou a eles próprios. Quando a proximidade sai pela culatra, os profissionais podem ainda tentar aproveitar os efeitos indesejados em benefício da terapia.

Proximidade foi o termo que os autores encontraram para rotular a qualidade central da conexão dos terapeutas participantes com seus clientes, entendendo o termo como: estar bem posicionado para tocar (afetar) a outra pessoa e ao mesmo tempo sentindo-se confortável estando ao alcance daquele outro também. Os conceitos prevenção de danos e gestão de riscos surgiram a partir de códigos de agrupamento relativos a estratégias adotadas pelos terapeutas para evitar que a proximidade tenha efeitos.

A categoria aproveitamento terapêutico foi construída agrupando usos clínicos do terapeuta dos incidentes relacionados com a proximidade. Influências da proximidade, como o impacto sobre o terapeuta, pode produzir valiosa matéria-prima para intervenções clínicas, entendendo a vulnerabilidade do profissional como chave para realmente envolver o cliente como um parceiro em um relacionamento próximo.

16º) Manifestações Emocionais do Terapeuta Durante as Sessões: Por que Arriscar-se e Quais Benefícios Esperar? (2019)

No referido estudo 14 psicólogos clínicos foram entrevistados com o objetivo de avançar na compreensão de como se dá o envolvimento emocional do terapeuta no relacionamento terapêutico e o que leva os terapeutas a escolherem por esse caminho. Dois grandes eixos emergiram da análise, sendo identificados como “objetivos terapêuticos” e “consequências para o terapeuta”.

Quando esse envolvimento emocional se atrela aos objetivos terapêuticos, o profissional costuma se expor com estes possíveis objetivos, segundo os participantes: acessar problemas clinicamente relevantes, auxiliar no diagnóstico e na formulação do caso, evocar novos comportamentos, reforçar comportamentos-alvo ou enfraquecer comportamentos-problema, oferecer interpretações relacionais, promover tomada de perspectiva reflexiva da

vivência do outro na interação, promover tomada de perspectiva contextual da própria experiência na interação ou propor modelos para novos comportamentos.

Quanto às consequências para o terapeuta, os participantes perceberam efeitos deste envolvimento emocional tanto na sua vida profissional como pessoal. Para alguns participantes o envolvimento trouxe uma nova perspectiva sobre si ou sobre algum aspecto da vida para além da profissão. Outros identificaram benefícios relacionados diretamente à vida profissional, destacando aprimoramentos em sua capacitação ao trabalho com suas emoções na sessão, como uma maior flexibilidade e sensibilidade advinda da própria experiência de tornar-se vulnerável na relação. A pesquisa concluiu que terapeutas só optam por falar de si na sessão, quando esse comportamento tem algum objetivo clínico específico. E, ainda que não seja o objetivo, o profissional também é beneficiado por essa exposição (em sua vida profissional e pessoal).

1.6 O Tripé da Formação de Um Terapeuta

Entendendo aprendizagem como uma mudança relativamente permanente no comportamento resultante da experiência (Catania, 1999), o presente estudo se valerá da compreensão de aprendizagem como um comportamento, neste contexto como aquisição ou o aprimoramento de habilidades do terapeuta e modificação do repertório deste.

Uma analogia à formação de terapeutas (originalmente desenvolvida na literatura psicanalítica) é a referente a um tripé: teoria, supervisão e a própria análise individual (Calligaris, 2007). No entanto, a ênfase a esses componentes como precursores de como aprender a ser um terapeuta, não se restringe aos psicanalistas. Esses componentes também são valorizados por terapeutas de outras abordagens (Boris & Daniel, 2008; Holloway & Neufeldt, 1995), incluindo as terapias baseadas no behaviorismo radical e contextualismo funcional (Linehan, 1993; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Tsai et al., 2008).

Para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades terapêuticas é essencial uma formação básica no modelo teórico da escolha, acompanhada por uma prática supervisionada. No entanto, o repertório de intervenção será rico ou pobre, variado ou rígido, dependendo da experiência profissional, da exposição do terapeuta ao contexto clínico.

A formação clínica voltada à terapia comportamental pode ocorrer com a utilização de diferentes métodos, Ireno (2007) identificou, em sua revisão bibliográfica, que os principais são: aulas expositivas, supervisões, leituras de textos relacionados aos casos atendidos, ensaios comportamentais, treino em situação natural, modelação, discussões, instruções, comentários, listas com categorias, vídeos e utilização de sala de espelhos. Tais elementos favorecem a formação teórica e o contato com a experiência do profissional, sendo então, conforme descrito o primeiro pé (teoria), dentro da analogia do tripé.

O segundo pé da formação concentra o processo de supervisão. Este é definido, por Tozze e Bolsoni-Silva (2018) como um processo de ensino e de aprendizagem que tem como objetivo produzir mudanças no comportamento do aluno/terapeuta, a fim de facilitar o fazer do psicólogo. A supervisão se ocupa desde a formulação de caso até as possíveis indicações terapêuticas, passando por teoria, pelo desenvolvimento de repertório clínico, pela observação de possíveis comportamentos clinicamente relevantes do terapeuta, dentre outros aspectos (Follette & Batten, 2000). A ênfase da supervisão varia entre competência clínica e competência profissional (Queiroz, 2020). Quando a ênfase é na competência clínica, o supervisor foca no serviço prestado aos clientes do supervisando e em ensinar sobre a teoria e métodos clínicos úteis à prática. Quando está na competência profissional, o supervisor se dirige à discussão e ao desenvolvimento de habilidades no supervisando relacionadas à oferta de serviços seguros e éticos conforme as diretrizes da profissão.

O terceiro elemento do tripé, análise pessoal ou no caso de terapeutas de outras abordagens (não-psicanalítica), a psicoterapia pessoal, possui um caráter mais experiencial do que de aquisição de conhecimento direta (como é inerente aos dois pés anteriores: teoria e supervisão). A psicoterapia pessoal é importante para que o terapeuta ocupe também o lugar de cliente, acesse às suas demandas pessoais, tenha um espaço adequado para observar e trabalhar assuntos que lhe são pertinentes, diminuindo o risco de ter suas questões fundidas com a do seu cliente, comprometendo a qualidade da sua atuação.

No entanto, baseado nos resultados da presente pesquisa, que serão apresentados a seguir, essa tese defende que, ainda que os três pontos (teoria, supervisão e psicoterapia) sejam de suma importância para a formação do terapeuta e fontes de aprendizagem para ele. Pretende-se abordar neste estudo, um quarto elemento, a saber, a influência e os ensinamentos

que advém não só da experiência clínica (atender muitas pessoas ou há muitos anos), mas do aprendizado que o terapeuta acessa na relação com cada cliente. Partindo desta perspectiva, se acrescenta a pessoa do cliente e a interação que o terapeuta estabelece com cada cliente outro importante ponto para formação continuada do psicólogo clínico.

Cada relação terapeuta-cliente é única, tornando também a experiência e o aprendizado de cada terapeuta singular. E ao invés de ter uma formação sustentada em um tripé, pretende-se defender que a formação do terapeuta seja vista como um quadrado, onde a influência de cada elemento: a teoria e o estudo continuado da mesma, o investimento em supervisão ampliando a competência clínica e profissional, a psicoterapia para que o terapeuta dê vazão às suas próprias demandas e a relação que estabelece com cada cliente e o que apreende dela ensinem e influenciem o terapeuta.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver um modelo baseado em dados que descreve o quê e como os terapeutas comportamentais aprendem ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar em quais âmbitos há aprendizagem do terapeuta com o cliente;
- Compreender como se dá a aprendizagem do terapeuta com o cliente;
- Explorar o encaixe desses achados no modelo geral da formação de terapeutas.

3 Método

3.1 Participantes

Participaram da pesquisa 14 terapeutas comportamentais, sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Eles tinham em média nove anos de experiência clínica, variando entre 3 a 21 anos. Destes, seis participantes atuam sob a perspectiva analítico-comportamental, quatro cognitivo-comportamental e quatro em alguma das terapias comportamentais contextuais (Tabela 3). Foram encontrados através da divulgação de informações sucintas sobre a pesquisa em páginas profissionais em redes sociais selecionadas, e através de convite a psicólogos que possuíam familiaridade com o foco da pesquisa (o que o terapeuta comportamental aprende com seus clientes).

Tabela 3:

Terapeutas comportamentais participantes

Abordagem	Participante	Sexo	Experiência clínica (anos)
Analítico-Comportamental	A	M	4
	B	F	7
	C	F	8
	D	M	8
	E	F	9
	F	F	15
Cognitivo-Comportamental	G	F	4
	H	M	16
	I	F	8
	J	M	7
	K	F	3
Comportamental Contextual	L	M	5
	M	F	9
	N	F	21

Os terapeutas que participaram da pesquisa foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a um Conselho Regional de Psicologia; b) ter sua prática clínica pautada em uma terapia comportamental (analítico comportamental, cognitivo comportamental ou terapias contextuais) e c) ter no mínimo dois anos de experiência clínica. Foram excluídos os terapeutas cuja ênfase de trabalho não fosse a área clínica ou que a entrevista não tivesse sido concluída (abarcado as 14 questões). O

critério b foi inserido para atender ao princípio de amostragem teórica (Charmaz, 2006), privilegiando participantes hábeis e colaborativos em proporcionar informações que contribuísse com a questão da pesquisa (o que os terapeutas aprenderam ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes?).

3.2 Materiais

Para a coleta dos dados foi desenvolvido pela pesquisadora um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 14 perguntas. As entrevistas sondaram as situações que antecederam ou eliciaram o aprendizado do terapeuta comportamental com seu(s) cliente(s); a forma como o terapeuta identificou esse aprendizado; a utilização dos aprendizados advindos da relação terapêutica pelo profissional e as impressões que ficaram ao terapeuta.

As perguntas nortearam a condução das entrevistas e trouxeram como conteúdo as questões fundamentais que se pretendia estudar. Durante todo o processo foi preservada a autonomia dos participantes em acrescentar ou retirar informações à medida que considerassem relevantes.

As perguntas que estruturaram as entrevistas foram: 1) No que para você, a prática clínica, tem te agregado como pessoa? 2) Durante os anos em que tem se dedicado ao trabalho como clínico, você sente que a relação com seus clientes te trouxe mudanças, te alterou de alguma forma? 3) Dentre essas mudanças que te ocorreram na relação com seus clientes, você consegue me descrever o que você percebeu que mudou na sua prática profissional e que acredita ser fruto das interações com os clientes? 4) Há alguma atitude, alguma fala que você tinha na clínica, que deixou de ter devido a algum feedback de cliente? 5) E o contrário, uma postura que não era a sua habitual, mas que passou a adotar em função do efeito que teve sobre um cliente? 6) Você já percebeu algum efeito marcante das suas interações com um cliente na sua vida pessoal? 7) Já se percebeu mudando seu comportamento fora do consultório como resultado da interação com um cliente? 8) Você consegue trazer pra mim algum cliente ou algum caso, com quem acredita que tenha aprendido mais? 9) Caso tivesse oportunidade de se encontrar com alguns desses clientes que você mencionou, o que você teria pra dizer a eles hoje, da experiência que passaram juntos? 10) Para você, o que é mais trabalhoso, mais difícil em ser clínico? 11) Com algum cliente você se sentiu responsável por

uma falha? Alguma falha na qual você até gostaria de se desculpar? 12) Essa falha te ensinou algo? 13) Em relação a algum outro cliente que você teve e que acredita ter aprendido com ele, você identifica algum ponto que tenha para agradecê-lo? 14) Para você, no seu trabalho, o que há de mais valioso na relação estabelecida com um cliente?

Ainda que o roteiro tenha norteado as entrevistas, foi preservada a flexibilidade durante o processo, dependendo das informações coletadas e da sensibilidade da pesquisadora, era aprofundado algum tema específico, algum ponto de interesse para os objetivos da pesquisa. Para a gravação das entrevistas, foi utilizado o gravador digital de voz da marca “Sony”, modelo “ICD-PX240 4GB”. Também foram utilizados um computador de marca e modelo “Positivo Premium Select 7000” e um pen-drive “Multilaser 32GB” para armazenar as transcrições e outros dados referentes à pesquisa. O produto das entrevistas foi de acesso único da pesquisadora e de seu orientador.

3.3 Procedimento

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE: 86192318.0.0000.0037) foram agendados encontros entre a pesquisadora e cada um dos participantes. Nos encontros com cada participante, antes iniciar as entrevistas, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – anexo 1) explanando questões como o anonimato do participante e outras especificidades preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos. Em que a de menor duração foi de 36 minutos e a mais longa durou 1 hora e 18 minutos. Desde que respeitasse as condições necessárias de privacidade, as entrevistas puderam ser realizadas no local de preferência do participante (em seus próprios consultórios, via Skype, etc). As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora.

A coleta e análise dos dados seguiram o método da Teoria Fundamentada em Dados (*Grounded Theory Analysis*), na sua forma modificada proposta por Charmaz (2006). O modelo do processo de pesquisa neste método difere da sequência linear dos outros métodos de pesquisa, pois apresenta uma interdependência onde a coleta e análise dos dados ocorre de forma simultânea à construção da teoria. Os dados são coletados, codificados e analisados de

forma sistemática e simultânea até a saturação teórica, ou seja, até que dados sejam suficientes para responder a questão da pesquisa e para explicar a realidade examinada (Strauss & Corbin, 1990). A generalização qualitativa é baseada no encaixe da variação dos dados com o fenômeno em estudo. Uma vez que os dados recebidos parecem redundantes e não mais enriquecem a compreensão do fenômeno, a análise é considerada saturada e este é um argumento para parar de coletar dados (Glaser & Strauss, 1967; Levitt, 2021).

Depois de transcritas, as entrevistas passaram pela etapa de codificação, a qual envolve comparações constantes entre fenômenos, casos e conceitos, os quais conduzem ao desenvolvimento de teorias por meio da abstração e relações entre os elementos (Flick, 2004). A primeira etapa da codificação, codificação aberta, tem por função atribuir sentido aos dados, nomear amostras com um código que resuma e categorize em unidades de sentidos trechos da entrevista linha a linha, palavra por palavra ou incidente por incidente (Charmaz, 2006). A etapa seguinte, a codificação focalizada, permite destacar os códigos mais importantes ou frequentes utilizados, com a finalidade de interpretar segmentos maiores de dados. Através do processo de comparação contínua entre os dados brutos das entrevistas e os códigos que emergem através destas comparações dão origem às categorias.

Através das anotações feitas no caderno de campo durante as entrevistas foram criados memorandos para organizar estes dados como observações. Os memorandos são anotações que integram ideias a dados, sendo comparados aos novos dados, com a finalidade de alcançar um refinamento cada vez maior dos conceitos (Lyn & Morse, 2013) e orientar o pesquisador a exercitar relações conceituais facilitando a construção de hipóteses e conceitos.

A partir das categorias emergentes e dos memorandos foi desenvolvido o modelo teórico que descreveu o que os terapeutas comportamentais aprenderam com seus clientes. Em paralelo, foram feitos estudos da literatura pertinentes à temática da pesquisa. Charmaz (2006) explica que os dados são a base da teoria, e através da análise destes que serão construídos os conceitos, através de unidades de sentido. Partindo de uma lógica indutiva, os dados das entrevistas direcionaram o estudo da literatura correspondente e não o processo contrário.

A análise inicial (codificação aberta, Tabela 4) constitui um recurso descritivo que permite reconhecer quando os sentidos se repetiam no texto (conforme a parte “fragmento”,

na Tabela abaixo), qualificando-os com o mesmo código (no exemplo: confiança), sendo que esses códigos foram alterados e afinados ao longo das análises e comparações contínuas com outras entrevistas e com a própria entrevista. À medida que os códigos iam sendo criados, poderiam influenciar na análise das entrevistas posteriores e sugerir novas questões para as entrevistas seguintes.

Tabela 4:

Exemplo de codificação aberta - confiança

Participante	Fragmento	Codificação aberta
C	Sabe quando você tem um cachorro e ele dá a barriguinha pra você fazer carinho? É um gesto muito sublime entre ser humano e um cachorrinho, porque ele faz esse gesto pra você e é um gesto de confiança extrema e quando um cliente, principalmente que não tem esse repertório, te procura, se abre com você, a relação terapêutica pra mim é bem essa metáfora do cachorrinho, acho um privilégio absurdo, alguém confiar a esse ponto em mim.	Confiança
L	A confiança, você ter o privilégio de oferecer praquela pessoa muitas vezes o que ela ainda não tem em seus outros ambientes, respeito, validação, entende?	

Em seguida, os dados passaram pela codificação focalizada (Tabela 5). Somado a leitura continuada sobre o tema pesquisado e da organização dos dados das entrevistas já feitas, manteve-se o processo de comparação contínua a fim de atingir categorias que expressassem com a maior fidedignidade possível os relatos dos participantes. As categorias foram construídas e organizaram os códigos a partir das suas similaridades e contraposições, no exemplo ilustrado na tabela a seguir, pela similaridade dos códigos, levando a codificação focalizada “envolvimento do terapeuta com o cliente”.

Tabela 5:

Exemplo de codificação focalizada - confiança, disponibilidade, comprometer-se: envolvimento do terapeuta com o cliente

Participante	Fragmento	Codificação aberta	Codificação focalizada
C	Sabe quando você tem um cachorro e ele dá	Confiança	Envolvimento

	a barriguinha pra você fazer carinho? É um gesto muito sublime entre ser humano e um cachorrinho, porque ele faz esse gesto pra você e é um gesto de confiança extrema e quando um cliente, principalmente que não tem esse repertório, te procura, se abre com você, a relação terapêutica pra mim é bem essa metáfora do cachorrinho, acho um privilégio absurdo, alguém confiar a esse ponto em mim.	do terapeuta com o cliente
L	A confiança, você ter o privilégio de oferecer praquela pessoa muitas vezes o que ela ainda não tem em seus outros ambientes, respeito, validação, entende?	
H	Ele está lá com uma ideia suicida, está realmente pensando em tirar a vida dele. E aí, você não vai ligar para o cliente? Então, eu tive que sair desse lugar, eu tive que fazer esse movimento.	Disponibilidade
A	Caiu a minha ficha de que toda pessoa que sentasse na minha frente de alguma forma é uma responsabilidade minha. Na faculdade a gente tinha a retaguarda dos professores, era minha responsabilidade, mas se eu der uma escorregada, os professores estão ali. Na clínica não, você que abre aspas tem que dar conta.	Comprometer-se

As categorias abarcam temas comuns a vários códigos de uma forma mais genérica, como forma de organização e representação simplificada dos dados brutos (Charmaz, 2006). A seguir na Tabela 6, consta o agrupamento de algumas codificações focalizadas, que através de análises e comparações feitas pela pesquisadora, originou a categoria “sua responsabilidade como terapeuta”.

Tabela 6:

Exemplo de categoria - envolvimento do terapeuta com o cliente: sua responsabilidade como terapeuta

Participante	Fragmento	Codificação Focalizada	Categoria
--------------	-----------	------------------------	-----------

C	Sabe quando você tem um cachorro e ele dá a barriguinha pra você fazer carinho? É um gesto muito sublime entre ser humano e um cachorrinho, porque ele faz esse gesto pra você e é um gesto de confiança extrema e quando um cliente, principalmente que não tem esse repertório, te procura, se abre com você, a relação terapêutica pra mim é bem essa metáfora do cachorrinho, acho um privilégio absurdo, alguém confiar a esse ponto em mim.		
L	A confiança, você ter o privilégio de oferecer para aquela pessoa muitas vezes o que ela ainda não tem em seus outros ambientes, respeito, validação, entende?	Envolvimento do terapeuta com o cliente	
H	Ele está lá com uma ideação suicida, está realmente pensando em tirar a vida dele. E aí, você não vai ligar para o cliente? Então, eu tive que sair desse lugar, eu tive que fazer esse movimento		Sua responsabilidade como terapeuta
A	Caiu a minha ficha de que toda pessoa que sentasse na minha frente de alguma forma é uma responsabilidade minha. Na faculdade a gente tinha a retaguarda dos professores, era minha responsabilidade, mas se eu der uma escorregada, os professores estão ali. Na clínica não, você que abre aspas tem que dar conta.		
H	O que há de mais valioso pra mim é a sensação de que eu estou ajudando essas pessoas de verdade, de que de alguma forma o trabalho da terapia impacta a vida delas.	Oferecer ajuda	
M	Esse cuidado e esse responsabilizar-se pelo outro, isso é algo muito valioso e muito nobre e que me deixa grata por ser psicóloga e por trabalhar pra essas pessoas.	Cuidado e responsabilidade	

A partir das categorias emergentes, um modelo teórico foi sendo desenvolvido (ver histórico do modelo) de forma que respondesse ao objetivo da pesquisa, identificar o que e como os terapeutas aprenderam ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes.

3.4 Teoria Fundamentada em Dados

A pesquisa qualitativa é o método utilizado quando o objetivo do pesquisador é o de compreender profundamente fenômenos sociais a partir das perspectivas de indivíduos ou grupos de pessoas em relação aos fenômenos sociais em que esses indivíduos estão inseridos, aprofundando em suas experiências, perspectivas, opiniões e significados (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

Ao adotar a *Grounded Theory Analysis* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como metodologia de pesquisa, objetiva-se descobrir o leque de variações e as condições em que o processo ou fenômeno estudado se altera (Charmaz, 2006). A TFD foi escolhida como referencial epistêmico e metodológico para a realização deste estudo qualitativo, por se tratar de uma metodologia que permite construir um modelo conceitual a partir das vivências, sentimentos e seus desdobramentos, explorados a partir da perspectiva de quem vive no ambiente natural em que o fenômeno ocorre (neste caso, psicólogos clínicos comportamentais e o que aprendem na relação estabelecida com seus clientes).

A produção de conhecimentos na TFD exige do pesquisador uma postura ativa, aberta e sensível aos conteúdos que emergem a cada coleta de dados. A teoria é indutivamente derivada dos dados e deve representar a realidade dos sujeitos e as situações estudadas (Martins & Theóphilo, 2009). O pesquisador precisa também adotar uma postura denominada por agnosticismo teórico, que consiste em não sujeitar sua interpretação precocemente a uma posição teórica já conhecida ou a estudos existentes na área (Henwood & Pidgeon, 2010). O pesquisador deve, inicialmente, deixar o seu conhecimento em "estado de suspensão" para que a teoria possa emergir, deve estar aberto ao novo e ao inesperado (Flick, 2004). O pesquisador constrói uma teoria a partir da observação específica do fenômeno e não pela aplicação de uma teoria pré-estabelecida para explicá-lo, o conhecimento pré existente a respeito do tema, são resgatados na forma de conceitos sensibilizadores. Eles contribuem, mas não são quem direciona a análise e interpretação dos dados.

“Conceitos sensibilizadores” estão relacionados com o contato prévio da pesquisadora com o tema do seu estudo, envolve convicções, idéias, vivências e leituras decorrentes da formação e experiência de quem faz a pesquisa. Estes conceitos quando clarificados, são

usados para direcionar a atenção (sensibilizar) o pesquisador de forma consciente para elementos potencialmente importantes nos dados encontrados. O uso prudente desses conceitos também implica que eles devem ser refreados, a fim de evitar que a pesquisa seja enviesada por idéias já concebidas (Blumer, 1969). O que já se sabe sobre o assunto funciona como uma espécie de plano de fundo e não como bússola para a compreensão dos dados. Assim, os conceitos quando utilizados de forma crítica, podem afinar a percepção de quem estuda, levá-lo a se inquietar com temas específicos, a fazer perguntas, mas não a direcionar as respostas. É necessário manter o foco e o privilégio quanto conhecimento do tema da pesquisa, a quem vive a realidade estudada, a saber, os participantes da pesquisa e os relatos destes.

Charmaz (2006) entende ser impraticável iniciar uma pesquisa com a mente vazia, mas ainda assim defende que o pesquisador mantenha uma mente aberta, sendo necessário partir de uma perspectiva de dúvida, não apenas sobre eventos empíricos, mas também sobre como vemos, analisamos e representamos uma realidade. Mesmo os pesquisadores possuindo suposições a respeito do tema ou algum conhecimento prévio, são necessárias comparações constantes com os resultados obtidos através da própria pesquisa e são os dados que devem direcionar a análise (Lyn & Morse, 2013).

Para efetuar essas comparações constantes, é necessário tornar explícitos os conceitos sensibilizadores dos pesquisadores e desenvolver a autoconsciência metodológica. Nesta pesquisa, conceitos sensibilizadores da pesquisadora decorrentes da sua trajetória profissional motivaram a pesquisa: perceber em sua prática clínica o papel ativo do cliente em sua formação como terapeuta comportamental e leitura prévia sobre o poder transformador da relação terapêutica para cliente e terapeuta, por exemplo. Os conceitos sensibilizadores afinaram a sensibilidade da pesquisadora para as falas dos participantes, ainda assim não guiaram o estudo. A autoconsciência metodológica é explicada por Charmaz (2016) como uma postura de constante revisão e exploração crítica sobre o comportamento do próprio pesquisador, suas prioridades, condutas e formas de se relacionar com os participantes e com o fenômeno estudado. O pesquisador deve ser capaz de descrever os caminhos que toma durante o processo da pesquisa e como cada um deles afeta as etapas do processo, pontos em que sua subjetividade entrelaça com os dados e com as interpretações e estar apto a avaliar em quais situações isso contribui e enriquece e quando enviesa a pesquisa. Trata-se de se auto observar durante o processo de pesquisa, os significados que atribui e as ações que realiza a

cada passo ao longo do caminho, levando o pesquisador a examinar os dados, ações e análises emergentes, permitindo um diálogo interativo entre pesquisador e participante (Charmaz, 2016).

Os códigos e categorias criados inicialmente a partir das entrevistas foram agrupados em eixos maiores que nortearam a redação dos resultados. Assim, o histórico do modelo será apresentado, a fim de ilustrar como se deu a organização e evolução de conceitos e categorias.

3.5 Histórico do modelo: Percurso da construção de uma teoria fundamentada nos dados

A *Grounded Theory Analysis* parte de um processamento dos dados interativo e reiterado. Os dados e análises são submetidos a constantes comparações entre dados, códigos, entrevista e análise, até que haja dados robustos o suficiente, que expressem com a maior fidedignidade possível o fenômeno, para a elaboração da teoria.

O modelo teórico construído passou por um processo de aprimoramento à medida que novas entrevistas eram realizadas e comparadas com as anteriores. No total, o modelo construído passou por cinco versões. A última será explicada em mais detalhes, pois compõe a parte de resultados da presente tese. Os modelos anteriores serão apresentados para documentar o desenvolvimento da análise e podem ser entendidos como os estágios do processo para construção do modelo.

A seguir, será explanado o que foi mais expressivo em cada fase do modelo envolvendo a aprendizagem do terapeuta (T) com seus clientes (C).

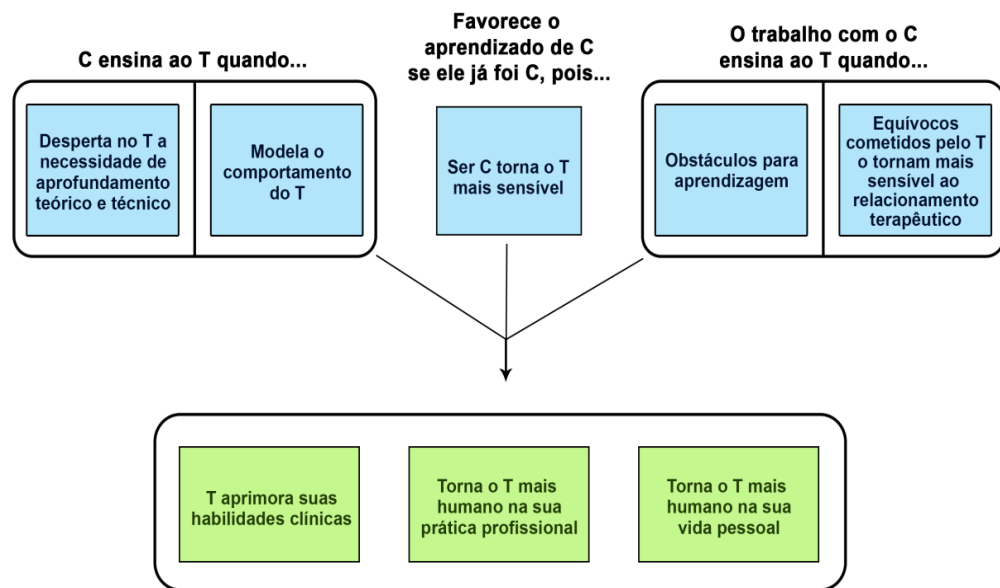


Figura 2: Modelo construído através da organização dos dados de quatro entrevistas

Na primeira tentativa de organizar as entrevistas realizadas (neste momento, um total de 4) em unidades de sentido, foi possível identificar e construir categorias que tratassem do que evoca a aprendizagem no terapeuta (categorias “C ensina ao T quando”, “favorece o aprendizado de C se ele já foi C, pois” e “o trabalho com o C ensina ao T”). Mostrando que a aprendizagem do terapeuta se dá tanto quando o cliente evoca no profissional a necessidade de aprofundamento teórico prático, como quando o cliente modela o comportamento do terapeuta. Além disso, foi identificado que o terapeuta também pode aprender por observação, em sua própria psicoterapia, na condição de cliente. Além disso, observou-se que o trabalho com o cliente ensina ao profissional, quando oferece dificuldades e quando passa por erros, seja na tomada de decisão ou na interpretação do que é trazido pelo cliente.

Já neste momento, também foi possível observar as primeiras as categorias relacionadas às consequências do aprendizado do terapeuta com o cliente (“T aprimora suas habilidades clínicas”, “Torna o T mais humano na sua prática profissional” e “Torna o T mais humano na sua vida pessoal”), sugerindo que o produto do aprendizado do terapeuta com o cliente possui três eixos: a) as habilidades clínicas do profissional, b) o florescimento da humanidade e c) aquilo que o terapeuta leva para sua vida pessoal fruto do que aprendeu no setting terapêutico com seu cliente.

No entanto, este primeiro modelo, à medida que novas entrevistas foram sendo realizadas, mostrou-se inconsistente, pois dividia a aprendizagem do terapeuta em apenas dois momentos: possíveis desencadeadores da aprendizagem e os efeitos da mesma. Além disso, ainda havia pouca fluidez entre eixos e categorias, ainda que fizessem parte de um mesmo processo, não era perceptível a interação entre elas.

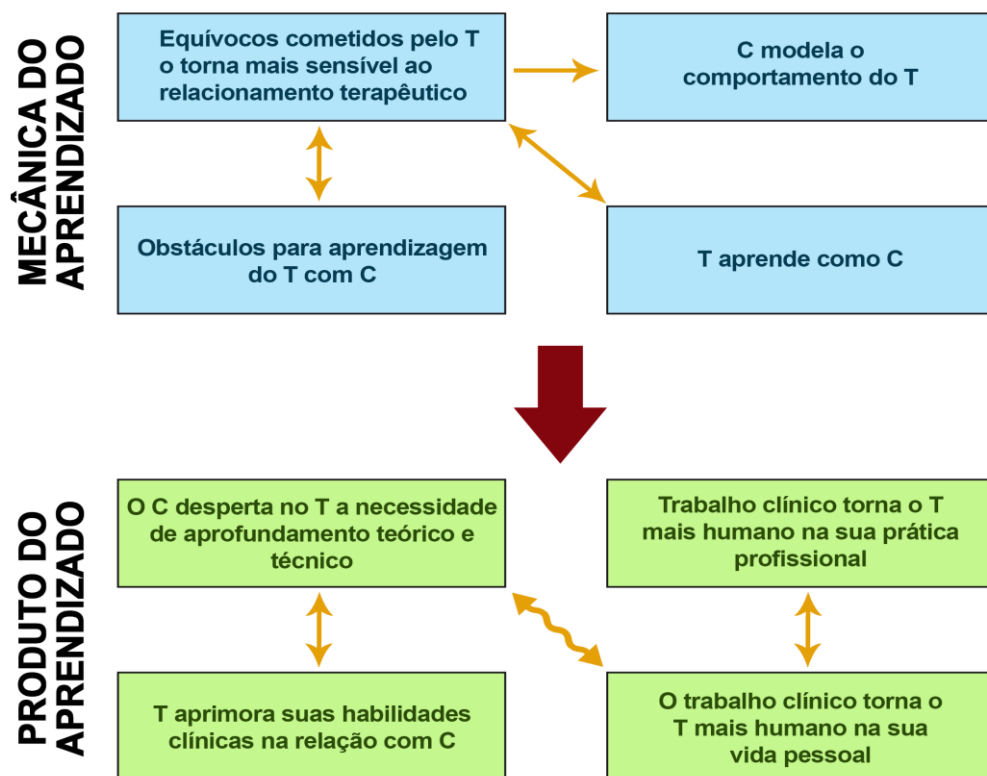


Figura 3: Modelo construído através da organização dos dados de seis entrevistas

A partir do segundo modelo (neste momento, 6 entrevistas já haviam sido transcritas e codificadas) emergiu a compreensão de uma mecânica do aprendizado, envolvendo o que abriria espaço para que o terapeuta aprendesse com seus clientes (categorias em azul). Além disso, a necessidade de aprofundamento teórico e técnico, em virtude das falas de novos participantes e comparando com entrevistas anteriores, passa a ter função de produto (uma consequência de) da interação entre cliente e terapeuta.

Ainda a partir deste modelo, começa-se a perceber reciprocidade de influência entre categorias de um mesmo eixo, como é o caso em “produto do aprendizado” onde “O trabalho clínico torna o T mais humano na sua prática profissional” possui influência recíproca em “o

trabalho clínico torna o T mais humano na sua vida pessoal”, surgindo então, o entendimento de que eixos se complementam e possuem elementos afins. No exemplo citado, o aspecto de que a relação entre terapeuta e cliente traz ao terapeuta o aprendizado sobre humanidade, isto seria comum às duas categorias mencionadas, destoando apenas em que aspecto, essa humanidade surgir em um caso na prática profissional, no outro, na vida pessoal do profissional.

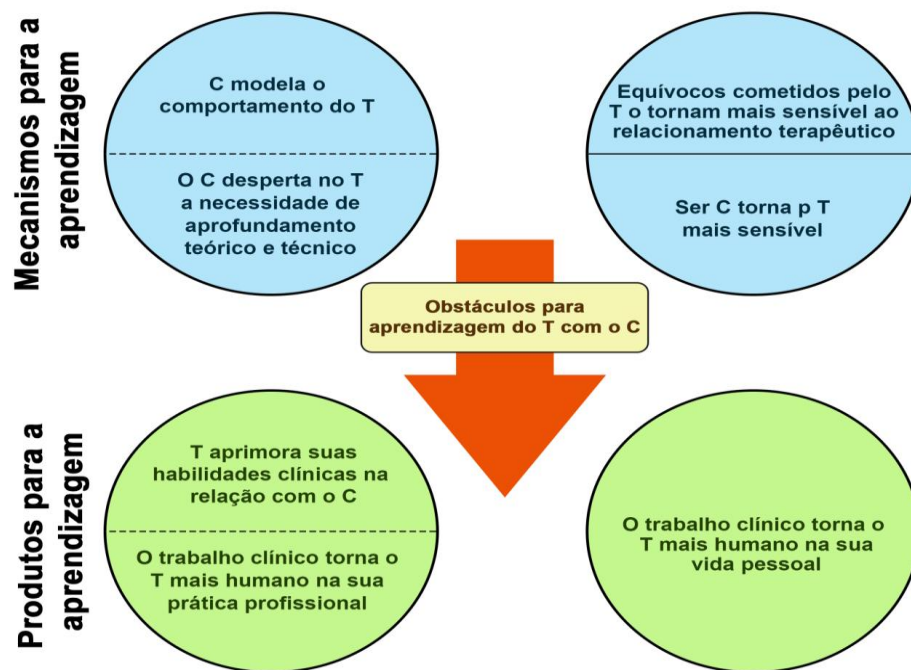


Figura 4: Modelo construído através da organização dos dados de nove entrevistas

No modelo da Figura 4, construído contando com nove entrevistas, manteve-se a idéia de uma mecânica (desencadeadores) de aprendizagem do terapeuta com seus clientes, agora dividida em dois pólos: modelação e sensibilidade. E, foram acrescentados como consequência das mecânicas, os produtos dessa aprendizagem, o que a mecânica traz de proveito para a prática clínica e para a vida pessoal do terapeuta.

No entanto, nesse novo modelo, os obstáculos passaram a ser compreendidos como travas para a aprendizagem do terapeuta com seus clientes. Distanciando-se dos “equívocos cometidos pelo T”, estes, lidos como mecanismos para aprendizagem, uma vez que oferecem oportunidade ao profissional de expandir seus repertórios, enquanto nesse momento, os obstáculos foram vistos como barreiras intransponíveis para o aprendizado terapeuta-cliente.

Além disso, os produtos passaram a serem vistos como de impacto e possível ganhos em duas esferas ao terapeuta: profissional (aprimoramento das habilidades clínicas e mais humano em sua prática profissional) e mais humano na sua vida pessoal.

O terceiro modelo ainda não se mostrava suficiente para expressar a realidade vivida pelos participantes da pesquisa. Um exemplo disso, é que ainda havia eixos que mesmo tendo aspectos em comum (como o eixo sobre sensibilidade: equívocos cometidos pelo T o tornam mais sensível ao relacionamento terapêutico e ser C torna T mais sensível), a pesquisadora, até então, não tinha percebido como uns poderiam exercer influência sobre os outros. Surgindo então, a necessidade de um quarto modelo, que abarcasse um número maior de participantes (até o momento, apenas nove das 14 entrevistas haviam sido realizadas) e que eixos e categorias representassem com maior fidedignidade o que era trazido pelos participantes durante as entrevistas, e o modelo em si, se mostrasse mais fluído e dinâmico entre seus eixos e categorias.

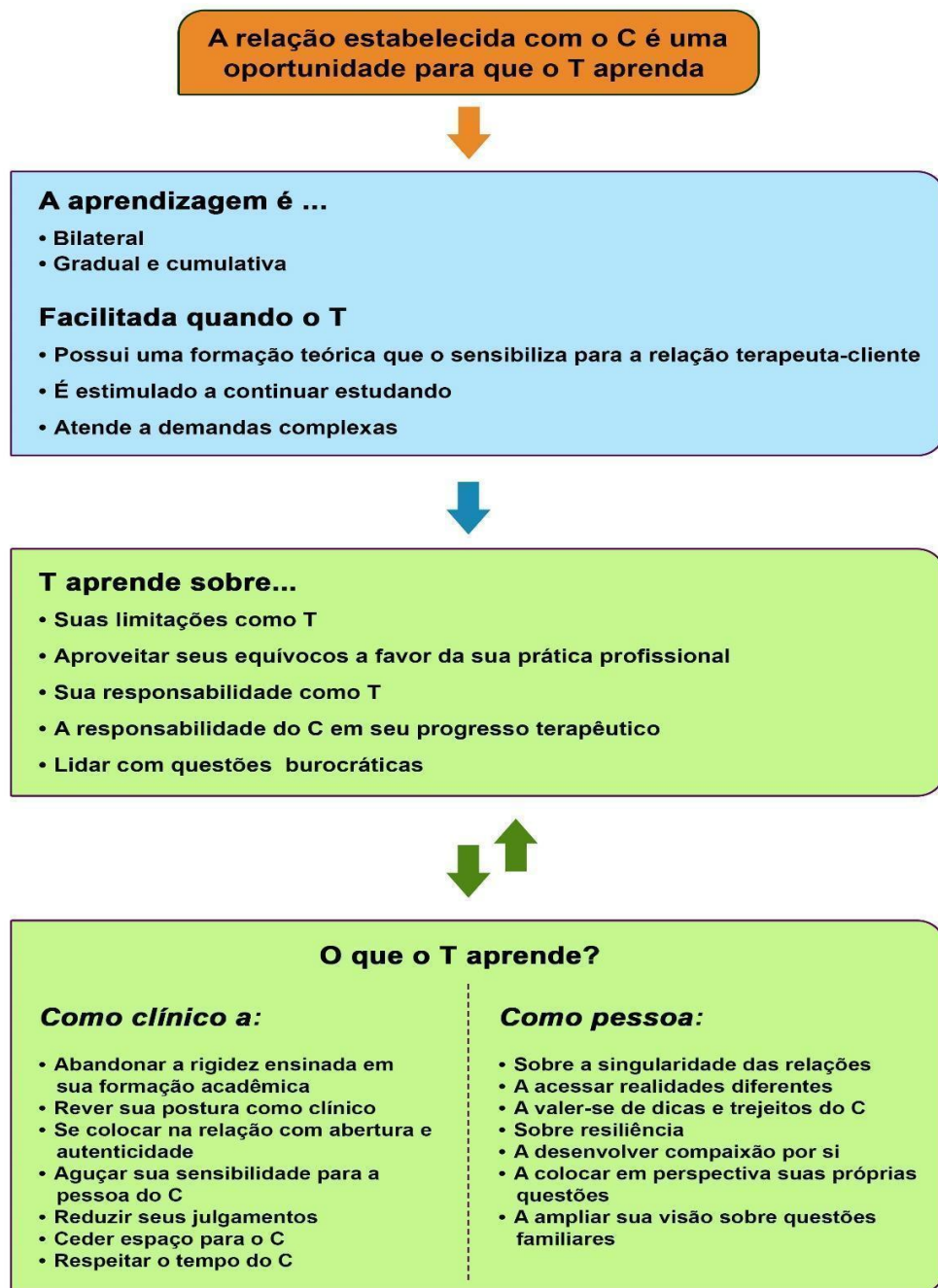


Figura 5: Modelo construído através da organização dos dados das 14 entrevistas - primeira versão

O quarto modelo (Figura 5) já abarcava a transcrição e análise das 14 entrevistas. E trouxe uma ideia mais fluída de como se desenvolve o processo de aprendizagem dos terapeutas comportamentais com seus clientes. Partindo da premissa de que a relação

estabelecida com o cliente é de fato, uma oportunidade para que o terapeuta aprenda (primeiro eixo, na cor laranja), seguido por características próprias deste processo de aprendizagem (ser bilateral, gradual e cumulativa), além de trazer os elementos que facilitam tal aprendizagem.

Além disso, foi possível organizar uma unidade de sentido que abarcasse quais são os tópicos que o terapeuta aprende, isto é, sobre o que o terapeuta aprende com seus clientes e uma organização de como esse aprendizado exerce influência no terapeuta enquanto profissional e também em sua vida pessoal, sendo que, foi observada certa fluidez entre aprendizado profissional e pessoal e influência mútua entre esses dois aspectos.

Ainda que este quarto modelo tenha proporcionado uma análise mais confortável e tenha se aproximado melhor da realidade descrita pelos participantes, ainda havia pontos de difícil compreensão à pesquisadora, uma vez que ainda parecia mais rasos e rígidos do que o que foi observado durante as entrevistas. Deste modo, ainda parecia insuficiente, surgindo a necessidade de um quinto modelo. Voltando em cada uma das entrevistas e reorganizando as categorias, foi possível buscar a construção de um modelo, que explicasse melhor o aprendizado do terapeuta com seus clientes (já no modelo 5 consta: T aprende pelos/com/dos seus clientes), não só as características, mas também a interação deste aprendizado com a prática clínica deste profissional.

Além disso, foi possível aprofundar neste último modelo (modelo 5) aspectos da aprendizagem do terapeuta com seus clientes que influenciam a sua prática clínica, esta agora dividida em quatro categorias em que o terapeuta aprende e usa em seu exercício profissional sobre: coordenadas do processo terapêutico, competências clínicas, estratégias clínicas e manejo de riscos e incômodos. E, para a vida pessoal do profissional, foi observado neste último modelo, que o terapeuta aprende sobre automanejo tanto na relação com o outro como na que estabelece consigo (uma exercendo certa influência sobre a outra) e que fica remanescências do cliente no repertório do cotidiano do terapeuta.

A seguir, serão explorados com maior profundidade todos os aspectos que contemplam o modelo 5, bem como descritos cada um dos eixos, categorias e subcategorias. As falas dos próprios participantes serão apresentadas como forma de elucidar cada ponto do modelo.

4 Resultados

Através da coleta e análise contínua dos dados emergiram três eixos (dispostos nas cores laranja, azul e verde) que sustentam o modelo apresentado, sendo estes:

Eixo 1 (laranja) - Conceito central do estudo: Terapeuta aprende pelos/com/ dos seus clientes. Tendo como categorias: o trabalho com o cliente é uma oportunidade para aprender e clientes direcionam o desenvolvimento profissional do terapeuta;

Eixo 2 (azul) – Contém dois conceitos que ilustram os mecanismos pelos quais o terapeuta processa o aprendizado com o cliente, sendo eles: Características da aprendizagem - Tendo como categorias: bilateral; gradual e cumulativa. E, as interações envolvendo a aprendizagem - Tendo como categorias: com a adesão teórica do terapeuta; com o desafio que o terapeuta encontra no caso; com os paralelos que o terapeuta traça com a sua própria vida; com o estudo contínuo do terapeuta; com a supervisão do terapeuta;

Eixo 3 (verde) – Engloba os produtos da aprendizagem do terapeuta com o cliente. Estes, segmentados entre os produtos que influenciam na prática clínica do profissional e aqueles que reverberam na vida pessoal do terapeuta. Os produtos que influenciam o repertório para a clínica foram organizados em: as coordenadas do processo terapêutico, competências clínicas, estratégias clínicas e manejo de riscos e incômodos, cada qual com suas respectivas subcategorias. As coordenadas do processo terapêutico são subdivididas em: a singularidade de cada cliente; a responsabilidade do cliente com seu progresso; sua responsabilidade como terapeuta; suas limitações como terapeuta. Competências clínicas compreendem: enxergar além de rótulos e julgamentos; a postura a assumir como terapeuta; ser flexível: abandonar a rigidez da formação; ser autêntico: entrar como pessoa no relacionamento terapêutico. Estratégias clínicas: ceder espaço para o cliente; respeitar o tempo do cliente; responder às necessidades do cliente. Manejo de riscos e incômodos: da proximidade com o cliente; de erros: aproveitar equívocos a favor da terapia; da cobrança de honorários.

Os produtos que agregam à vida pessoal do profissional foram organizados em: automanejo na relação consigo, automanejo na relação com o outro e remanescência na

convivência. Automanejo na relação consigo foi subdividido das seguintes subcategorias: ampliar sua perspectiva sobre si e sobre suas questões; ser tolerante e flexível; incentivo ao desenvolvimento da resiliência. Automanejo na relação com outro: colocar em perspectiva suas relações familiares; compreender as singularidades; aceitar sem julgar; respeitar o tempo do outro. Remanescência da convivência: incorporar comportamentos semelhantes aos do cliente; ampliação de cultura.

O presente estudo optou pela apresentação do modelo construído no formato de artigos^{2,3} sendo eles: 1) Como os terapeutas comportamentais aprendem com seus clientes: Uma exploração do processo. 2) Relação terapêutica: O que o terapeuta comportamental aprende para sua prática clínica? 3) Relação terapêutica: Aprendizados que o terapeuta comportamental leva para sua vida.

²O primeiro “Caminhos pelos quais o terapeuta comportamental aprende com seus clientes” foi publicado pela revista Contextos Clínicos (Unisinos). O segundo, Relação Terapêutica: O Que O Terapeuta Comportamental Aprende Para Sua Prática Clínica? está em fase de apreciação pela Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ). O terceiro artigo “Aprendendo com o cliente: O que o terapeuta comportamental leva para sua vida?” está em fase de tradução para língua inglesa e será submetido a revista cujo foco seja psicologia clínica.

³ A formatação de cada um dos artigos está de acordo com as exigências das respectivas revistas às quais foram submetidos.

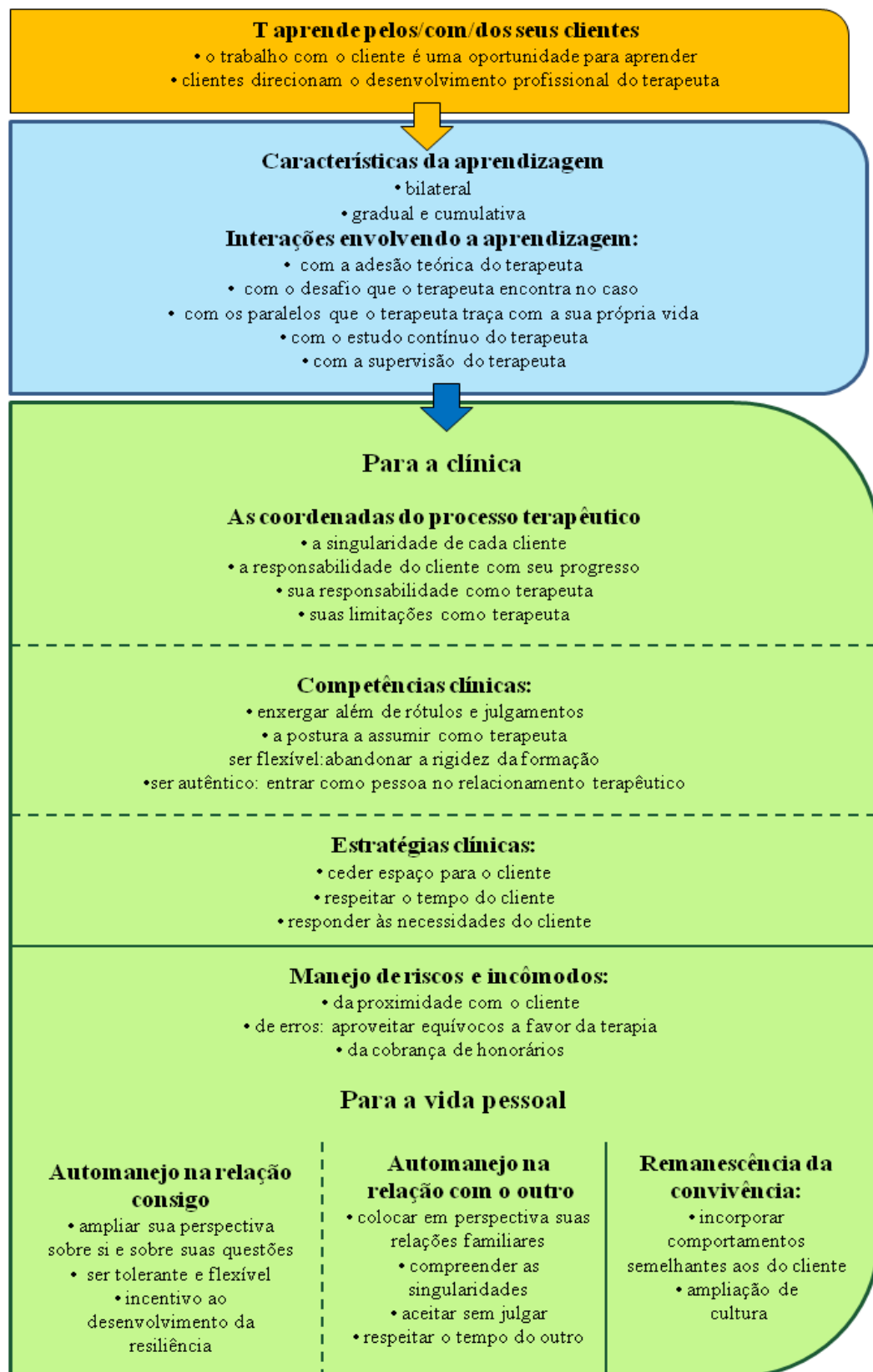


Figura 6: Mecanismos e produtos da aprendizagem do terapeuta comportamental com seus clientes

4.1 Artigo 1

Caminhos pelos quais o terapeuta comportamental aprende com seus
clientes

Paths in which the behavioral therapist learns from his clients

Resumo: A literatura profissional admite que terapeutas adquirem competências clínicas essenciais através da atuação. Porém os caminhos pelos quais essa aprendizagem se dá foram pouco explorados. Este é o objetivo deste estudo. Entrevistamos 14 terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais sobre suas experiências de aprendizagem com seus clientes. A análise dos dados foi pautada nos preceitos da *Grounded Theory Analysis*. Os resultados sugerem que terapeutas consideram sua atuação como uma oportunidade de aprender e que clientes direcionam seu desenvolvimento profissional. A aprendizagem com o cliente é bilateral, gradual e cumulativa. Envolve interações com o modelo teórico, com os desafios encontrados no caso, os paralelos com a vida do terapeuta, os seus estudos contínuos e com o que ocorre na supervisão. Concluímos que aprender com o cliente não ocorre por uma assimilação passiva de conhecimentos. Contribuições do terapeuta como sua adesão teórica, suas dificuldades com o caso e a similaridade que enxerga entre ele e o cliente influenciam na aprendizagem. Seu envolvimento em estudos e supervisões influencia como o terapeuta processa o que aprende do cliente. Tudo isso mostra o terapeuta como um participante ativo que traz suas características individuais e empenho para o processo de aprendizagem.

Palavras-chave: aprendizagem do terapeuta; relação terapêutica; terapias comportamentais

Abstract

The professional literature admits that therapists acquire essential clinical competencies while performing their work. However, the ways in which this learning takes place have been little explored. This is the purpose of this study. We interviewed 14 behavioral and cognitive-behavioral therapists about their learning experiences with their clients. Data were analysed following the tenets of Grounded Theory Analysis. The results suggest that therapists consider their work as an opportunity to learn and that clients guide their professional development. Learning with clients happens in bilateral, gradual and cumulative ways. It involves interactions with the theoretical model, with the challenges the case poses, the parallels with the therapist's life, his or her continuous studies and what happens in supervision. We conclude that learning from the client is no passive assimilation of knowledge. Therapist features, such as theoretical adherence, difficulties with the treatment and the perceived similarity between therapist and client influence learning. Involvement in study and supervision influence how the therapist processes what he or she learns from the client. All of this shows that the therapist is an active participant who brings personal characteristics and efforts to the learning process.

Key-words: therapist learning; therapeutic relationship; behavioral therapies

O trabalho em psicologia clínica envolve uma relação com pelo menos duas pessoas, cliente e terapeuta. Esta relação é pautada em um engajamento compartilhado na demanda do cliente, na análise feita a respeito do sofrimento que o levou à terapia e nos recursos que o profissional dispõe para influenciar a relação entre o cliente e seu sofrimento. A terapia comportamental tem como objetivo tentar resolver a problemática psicológica que um indivíduo experimenta e de (re)instituir um funcionamento psicologicamente saudável para

este indivíduo (Lettner, 1989; Sturmey, 2008). Entende-se que a terapia comportamental se pautou na aplicação de técnicas advindas da pesquisa experimental para mudar os comportamentos dos clientes, sendo a relação terapêutica o espaço ou condição para a realização deste trabalho. Porém, a partir do fim do século XX, a relação terapêutica passou a tomar uma dimensão focal do tratamento (Braga & Vandenberghe, 2006).

No consultório, a queixa é ponto de partida para o entendimento dos problemas do cliente. O terapeuta se dedica à coleta de dados, de forma a compreender as variáveis que atuam sobre o comportamento do cliente, compartilha com o cliente sua visão inicial do caso e, juntos, definem metas que façam sentido para ambos. A partir daí, o terapeuta propõe e implementa suas estratégias de intervenção. É tarefa do terapeuta ajudar o cliente frente sua demanda e permitir que o diálogo em sessão fomente um processo de aprendizagem (Wielenska, 2012). Nesse processo, o cliente amplia seu repertório de como lidar com suas dificuldades de forma mais efetiva, inclusive com as dificuldades que emergem na relação com o terapeuta, e o terapeuta aprende como atuar junto a esse cliente (Vandenberghe & Pereira, 2005). Não se trata somente de aquisição de repertórios técnicos. O terapeuta deve aprender a compreender seus sentimentos na sessão (Rocha, Rodrigues & Kappler, 2017) e gerenciar mesmos (Matos & Borowski, 2019) pela sua relevância para o êxito da terapia.

A literatura sobre atendimento supervisionado traz que parte do aprendizado adquirido ao atuar junto a um cliente continua válido, mesmo depois de esse tratamento específico ser encerrado. A atuação supervisionada promove aquisição de habilidades terapêuticas e amplia a percepção e os recursos para intervenção dos terapeutas. A compreensão de que além de estudo contínuo e aperfeiçoamento técnico, o terapeuta precisa investir em supervisão, sugere que a própria atuação é considerada um contexto de aprendizagem. Consideramos que a prática supervisionada não é um processo de ensino, mas uma exposição guiada às contingências do consultório. Se o repertório de intervenção de um clínico será rico ou pobre,

variado ou rígido, dependerá em grande parte dessa exposição (Tozze & Bolsoni-Silva, 2018; Marmo, 2012). O profissional precisa ser moldado pelas contingências: “É preciso fazê-lo. Ler não oferece recursos necessários aos sutis detalhes que o relacionamento com o cliente requer, pois é o como nós desempenhamos [...] que fará toda a diferença” (Marmo, 2012, pg.119).

O terapeuta aprende na própria supervisão, com intervenções clínicas lá usadas como ferramentas de supervisão, a descoberta guiada pelo supervisor acerca do caso atendido, e através do relacionamento colaborativo (Barletta, Fonseca & Delabrida, 2012). Porém, a interação com o supervisor é parte de um conjunto mais amplo de contingências com as quais o terapeuta deve entrar em contato, incluindo a exposição às demandas da comunidade acadêmica, a interação com a equipe clínica e com seu público, isto é: os clientes atendidos (Guilhardi, 1982).

As contribuições à formação do terapeuta do ensino acadêmico e do treinamento prático são regidas por projetos pedagógicos resultado de trabalhos de equipes e debates de associações profissionais em espaço público, de fácil acesso e controle pelos responsáveis acadêmicos, conselhos e a sociedade mais ampla (Reis & Barbosa, 2018; Scotton, Barletta, J.B. & Neufeld, 2021). O mesmo não ocorre para a contribuição que a interação no consultório tem para as competências dos terapeutas (Sartori, Prette & Prette, 2017; Cardoso & Demarzo, 2019). Esta se dá em um espaço fechado, longe do olhar das instâncias encarregadas de orientar e avaliar a formação do psicólogo. A aprendizagem direta com o cliente, apesar de ser reconhecidamente relevante para o desenvolvimento das competências clínicas (Guilhardi, 1982; Alvarez & Silveira, 2002; Braga & Vandenberghe, 2006; Marmo, 2012), assim, não foi descrito empiricamente de quais formas ocorre, faltando esclarecer os processos envolvidos.

Com a intenção de preencher essa lacuna, o objetivo deste artigo concentra-se em compreender como se dá o processo de aprendizagem do terapeuta comportamental na interação com as pessoas atendidas. Pretende-se construir um modelo de como e de quais formas os terapeutas aprendem diretamente com seus clientes.

Método

Seguindo os preceitos da *Grounded Theory Analysis*, optou-se para basear a investigação no princípio do privilégio epistêmico (Levitt, Ipekci, Morrill & Rizo, 2021), que reconhece o diferencial da história pessoal e o contato prático com o assunto pesquisado das pessoas que vivem esse assunto no seu dia-a-dia. O conhecimento direto adquirido a partir da experiência vivida e a expertise no campo fornece a essas pessoas uma perspectiva privilegiada, diferente da visão dos acadêmicos que estudam o assunto a distância) Desta forma, a opção foi feita de desenvolver a pesquisa pautada na visão subjetiva de terapeutas comportamentais e não na teoria já estabelecida.

Participantes

Participaram da pesquisa 14 terapeutas comportamentais (veja tabela 1), sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Eles tinham em média nove anos de experiência clínica, variando entre três a 21 anos. Seis atuam sob a perspectiva analítico-comportamental, quatro cognitivo-comportamental e quatro nas terapias contextuais.

Tabela 1. Participantes

Abordagem	Participante	Sexo	Anos de Experiência Clínica
Analítico-Comportamental	A	M	4
	B	F	7
	C	F	8
	D	M	8
	E	F	9
	F	F	15
Cognitivo-Comportamental	G	F	4
	H	M	16
	I	F	8
	J	M	7
Comportamental Contextual	K	F	3
	L	M	5
	M	F	9
	N	F	21

Os participantes foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a um Conselho Regional de Psicologia; b) ter sua prática clínica pautada em terapias comportamentais e c) ter no mínimo dois anos de atuação. Foram excluídos os terapeutas cuja ênfase de trabalho não fosse a área clínica.

Materiais

Para registro e armazenamento das entrevistas, a primeira autora dispôs de um gravador digital de voz da marca “Sony”, modelo “ICD-PX240 4GB”, um computador e um pen-drive “Multilaser 64GB”.

Procedimento

Foram organizados encontros entre a pesquisadora e cada participante. A cada um foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) garantindo o anonimato e outras especificidades preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos. A mais curta foi de 36 minutos, e a mais longa de 1 hora e 18 minutos, foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, de modo que apenas os dois autores acessaram o material. As entrevistas seguiram um roteiro mínimo que começou com a solicitação de escolher exemplos de aprendizagens profundas ou de alguma forma importantes, vivenciadas com clientes. Conforme as respostas eram dadas, a pesquisadora formulou novas perguntas com intuito de esclarecer e aprofundar algum ponto. Foi preservada a flexibilidade do diálogo e a autonomia dos participantes em acrescentar informações que considerassem relevantes.

A análise iniciou com uma leitura analítica do material. Foram delineadas unidades de sentido que contivessem informações que dissessem respeito a como o terapeuta aprende com seus clientes. Tais informações foram extraídas e sintetizadas em frases curtas, chamadas de códigos abertos, por serem criadas a partir dos dados brutos. A codificação aberta induz à análise rigorosa dos dados e ajuda a conceituá-los. Constitui um recurso descritivo que evita as limitações inerentes a um sistema de codificação focalizada, onde os pesquisadores precisam aplicar códigos padronizados. Por outro lado, a codificação aberta é mais trabalhosa que o uso de uma grade de códigos já existente. Exige comparação contínua entre os códigos emergentes, sendo que a formulação dos códigos deve ser aprimorada ao longo das análises para melhor captar os sentidos encontrados na transcrição (Charmaz, 2006).

À medida que os códigos foram afinados, começaram a articular como os terapeutas aprendem com os clientes. Esses resultados parciais, por sua vez, geraram novas dúvidas a serem esclarecidas. Assim surgiram novas questões para as entrevistas seguintes a fim de completar o modelo emergente nos resultados.

No decorrer desse processo, os códigos se tornaram mais focados. A partir das suas similaridades e diferenças foram agrupados, o que possibilitou a construção de categorias que por sua vez, abarcam temas comuns a vários códigos. A grande quantidade de categorias

criadas inicialmente foi gradualmente reduzida por meio da fusão entre conceitos adjacentes. As categorias se tornaram mais densas de sentido e possibilitaram a redação dos resultados. A seguir, são apresentadas as categorias e os conceitos construídos. Vale destacar que a categoria central originalmente emergiu a partir de dados específicos, o que é mostrado na tabela 02, mas que posteriormente ficou claro que essa categoria permeia todas as outras (tabela 03), justificando ter sido adotada como categoria central.

Nas tabelas, as categorias são elencadas, juntas aos códigos dos quais emergiram e com os participantes que contribuíram para cada conceito. No texto, os conceitos são explicados e ilustrados por uma seleção de falas a partir das quais os códigos foram elaborados. Assim, cada fala citada é apenas uma representante escolhida entre um conjunto mais amplo de falas que levaram a construção de cada código.

Resultados

Da análise dos dados emergiu como categoria central (Tabela 02) o conceito que ‘o terapeuta aprende pelos, com e dos seus clientes’. Os conceitos que contribuíram são: ‘o trabalho com o cliente é uma oportunidade para aprender’ e ‘clientes direcionam o desenvolvimento profissional do terapeuta’. O texto a seguir explica, além da categoria central, duas outras categorias, a saber, as ‘características da aprendizagem’ e ‘as interações envolvidas nessa aprendizagem’.

Tabela 02. Categoria central

Terapeuta aprende pelos/com/dos seus clientes: A relação com o cliente modifica e ensina ao terapeuta	Participantes que contribuíram
<i>O trabalho com o cliente é uma oportunidade para aprender:</i> O cliente amplia o repertório e as perspectivas do terapeuta <i>Clientes direcionam o desenvolvimento profissional do terapeuta:</i> A partir das demandas do público atendido, o terapeuta busca por afinar seu repertório clínico	B, C, F, G, H, J, K, L, M, N (10) A, D, K, L (4)

Os terapeutas aprendem pelos, com e dos seus clientes

A relação entre terapeuta e cliente pode trazer aprendizado ao terapeuta por diferentes vias. O terapeuta pode aprender pelo seu cliente, isto é ampliar sua compreensão sobre um determinado tópico, se aprimorar para que consiga oferecer aquilo que o cliente busca. O terapeuta também pode aprender com o cliente, acessando uma realidade diferente das que já obteve contato, por exemplo. Além disso, pode aprender daquele cliente e levar algo dessa pessoa para outros ambientes e situações.

O trabalho com o cliente é uma oportunidade para aprender

O contato entre terapeuta e cliente e a relação estabelecida entre eles, são vistos pelos terapeutas como desencadeadores de novas aquisições comportamentais: “Cada cliente ensina pra gente alguma coisa e nos marcam também de jeitos muito diferentes. Se eu recordar cada pessoa com quem já trabalhei, provavelmente tem algo que eu te descreveria como aprendizado” - (M).

O aprendizado com o cliente ensina ao terapeuta não apenas no âmbito profissional, mas amplia suas habilidades em como se comporta fora do consultório, “A gente é muito privilegiado em ser psicólogo clínico, isso aumenta o nosso repertório de vida, pra vida e ensina muito” – (G), “É um trabalho que exige e nos ensina muito e muito em função disso, nos tira da zona de conforto e altera sim, altera nosso trabalho, como a gente se relaciona com essas pessoas que buscam nossa ajuda, como vemos o mundo, como nos relacionamos com as pessoas da nossa vida, sem ser nossos clientes” – (N).

A relação com o cliente, também serve de estímulo para que o terapeuta busque processar o aprendizado vindo dessa relação, indo buscar supervisão, por exemplo: “Então, cada cliente que entra em sessão, de alguma forma mexe comigo de alguma maneira, desde eu terminar a sessão e ficar pensando no caso, buscar alguma supervisão para conversar sobre isso, me impacta bastante.” – (H).

Desta forma, a relação com os clientes produz aprendizado ao terapeuta, à medida que favorece seu crescimento e amadurecimento no sentido global (profissional e pessoal) “Ser terapeuta, eu acho que faz com que eu cresça como pessoa, mas de uma forma geral mesmo. É uma oportunidade, [...] eu realmente acredito que todos os clientes contribuem para o meu crescimento, que a relação terapêutica, ela tem essa característica” – (C).

Clientes direcionam o desenvolvimento profissional do terapeuta

Na graduação, os acadêmicos de psicologia adquirem conhecimento teórico sobre a clínica e tem como experiência prática apenas atendimentos supervisionados. As demandas dos clientes vão mostrando em que pontos o profissional precisa crescer: “Com a prática eu fui percebendo que eu precisava afunilar [o conhecimento]. Então, na minha prática, ela tem me trazido um foco” – (A). O cliente ajuda o terapeuta a se aperfeiçoar à serviço desse ofício: “Eu tenho dito sempre pros meus clientes isso, nas sessões de encerramento, o quanto eles contribuíram para que eu me torne uma terapeuta melhor e uma pessoa melhor” – (K). Ocorre

que certo cliente mostra a direção a tomar: “Ele ajudou a fazer de mim, o profissional que eu me tornei e lembrei a ele esse papel que ele tem na minha formação” – (D).

Tabela 3. Características e interações envolvidas no processo de aprendizagem

Características da aprendizagem	Participantes que contribuíram
<i>Bilateral:</i> Assim como a psicoterapia é um processo de modelação de repertórios para o cliente, também é para o terapeuta	F,G,I,J,M,N (6)
<i>Gradual e cumulativa:</i> A partir de aprendizados adquiridos na interação com clientes passados, novos aprendizados se tomam possíveis. Um aprendizado favorece outro.	D,G,K,L,N (5)
Interações envolvendo a aprendizagem	
<i>Com a adesão teórica do terapeuta:</i> Usar um modelo teórico que tenha por premissa o envolvimento pessoal na terapia facilita aprender a partir do que o terapeuta experiêcia no consultório	F,H,K,L (4)
<i>Como desafio que o terapeuta encontra no caso:</i> Ao se confrontar com a complexidade do caso ou com a sua escassez de recursos em oferecer um bom trabalho, o terapeuta busca aprender com aquele cliente	A,B,G (3)
<i>Com os paralelos que o terapeuta traça com a sua própria vida:</i> A similaridade entre as histórias de vida conecta terapeuta e cliente e torna o profissional mais aberto à influência do cliente sobre ele	F,G,I,J,K (5)
<i>Como estudo contínuo do terapeuta:</i> Terapeuta busca ajuda no referencial teórico para absorver o impacto do atendimento e do cliente sobre ele	A,D,E,F,J,M (6)
<i>Com a supervisão do terapeuta:</i> O terapeuta conta com o auxílio de um outro profissional para absorver o que aprende com o cliente	I,M (2)

Características da aprendizagem

O aprendizado do terapeuta com o cliente além de ser um processo de mão dupla em que ambos modificam o comportamento um do outro, ocorre de forma bilateral, gradual e cumulativa.

bilateral

Terapeutas reconhecem o papel que ocupam na vida de seus clientes, a função transformadora que a psicoterapia tem para quem busca ajuda. E ainda assim, percebem esse processo de aprendizagem e mudança como sendo recíproco: “Essas histórias, elas ficam em mim, fazem parte de quem eu sou, da construção que eu faço a cada encontro. Isso pra mim é tão valioso! Eu cuido, produzo cuidado e ao mesmo tempo eu aprendo nessa troca e eu preciso dela [...] Sou psicóloga não só porque eu quero ajudar os outros, mas porque sou ajudada também no momento que faço trocas com esse cliente, eu aprendo, absorvo aquilo que o cliente tem pra me contar, eu sou feliz em ser guardadora de histórias e a partir dessas histórias eu ajudo o outro a tecer novas histórias e vou tecendo as minhas também, isso é o que eu tenho de mais valioso de ser terapeuta, essa troca que pra mim é tão valiosa” – (J).

Trata-se de duas pessoas buscando aprimorar suas habilidades nas trocas que vivem: “Esse poder de mudança, essa influência que um exerce sobre o outro, o engajamento entre duas pessoas para serem a melhor versão de si.” – (N). Os dois aprendem juntos: “A mútua ampliação de perspectiva, entende? Ampliar a do cliente e a minha.” (I).

gradual e cumulativa

Os anos dedicados à clínica enriquecem: “Pelo acúmulo de experiência com essas pessoas, não de uma pessoa específica.” – (D). Trata-se de um desenvolvimento progressivo da competência clínica: “Lembrando de coisas de 10 anos atrás, 15 anos atrás. Então, eu percebo que eu tenho ficado cada vez mais sensível a perceber os meus clientes e com certeza, foi ao longo dessa relação.” – (K).

A regularidade com que se expõe à prática clínica e à experiência que tal prática permite armazenar, o torna ainda mais apto e preparado para aprender: “Os clientes, o tempo de clínica, isso tudo vai modelando muito a gente. Você vai se tornando mais sensível às contingências e isso muda sua postura.” – (L). Ao aprimorar as habilidades dessa forma, o profissional expande seus recursos: “Isso porque são muitos anos, eu hoje sei lidar, eu acho que é o treino mesmo e isso me fez mudar muito” – (G).

Interações da aprendizagem

Diferentes elementos facilitam ou freiam a aprendizagem dos terapeutas. Alguns fazem parte do que o terapeuta traz para a sessão, outras características do relacionamento com o cliente ou interações entre a bagagem do terapeuta e o que ocorre na sessão. Por outro lado, há elementos que influenciam a aprendizagem do terapeuta, que tem seu lugar fora da sessão, é o caso da supervisão, que ajuda o terapeuta a processar o que ocorreu posteriormente à sessão e o estudo teórico que interage com as experiências na sessão.

com a adesão teórica do terapeuta

A abertura do terapeuta para o cliente e consequentemente para que possa aprender com este é influenciada pela orientação teórica que pressupõe, ou não, uma relação horizontal na terapia: “Principalmente depois que eu comecei a usar a FAP, isso influenciou bastante.” – (F). Como o terapeuta compreende e absorve o que ocorre na sessão é influenciado pelos aportes teóricos com os quais o terapeuta se envolve: “Se a gente pensar nessa questão da terceira onda, que veio de 80 para cá, principalmente na década de 90 com a FAP, acho que hoje a gente vai mudando bastante a noção de quem aprende com quem, tem se dado mais espaço para o psicólogo como pessoa mesmo.” – (H).

Algumas abordagens orientam e oferecem suporte para que o terapeuta se encoraje a se envolver mais pessoalmente no seu trabalho clínico: “Eu sempre fui daqueles profissionais que achavam que o trabalho e a relação com o cliente eram restritos ao consultório. Eu não

vou me relacionar com cliente fora de sessão, ligar para o cliente de jeito nenhum, o que a gente tiver que resolver, resolve em sessão. Depois que eu conheci a DBT, se o cliente tiver uma crise? [...] Tentei ligar para um cliente duas vezes, um cliente que havia me dito que não estava bem, e que precisava de ajuda. [...] Eu estava cansado, doido para ficar em casa de boa, mas eu falei “Não! Eu vou precisar sentar aqui, e fazer isso.” Então, é uma coisa que antes eu não fazia e tive que aprender esse repertório.” – (H).

com o desafio que o terapeuta encontra no caso

Demandas e experiências que tiram o profissional de sua zona de conforto, exigindo conhecimento ou competência ainda não adquiridos influenciam a abertura para a aprendizagem: “Os casos mais difíceis foram os que me fizeram aprender mais, é o que eu senti.” – (A). Quando o terapeuta não entende o comportamento do cliente, é preciso entregar-se e permitir que a experiência o mude: “Foi muito rico, porque ao mesmo tempo que ela era afetiva, ela era sufocante, e aí eu tinha que desenvolver muita coisa em mim, sem manifestar agressividade, que era algo que eu costumava fazer até ali.” – (B).

com os paralelos que o terapeuta traça com sua própria vida

O aprendizado com o cliente se torna mais fluído quando o terapeuta possui histórias de vida ou valores similares, ou quando se reconhece no cliente: “Quem está vivendo uma situação parecida com a minha, [...] ele me ensina muito, ensina sobre ser terapeuta, sobre tentar coisa nova, é muito reforçador pra mim” – (I). A similaridade oportuniza muitas vezes o recurso da autorrevelação do terapeuta, trazer algum conteúdo pessoal para a sessão a fim de naturalizar a experiência do cliente e de trocar aprendizados: “Ela falou que se sentia muito diferente das pessoas, que ela se sentia não aceita. Tinha medo do que as pessoas achariam da história dela. E aí eu revelei pra ela a minha história, que ela não era a única e aí eu contei a ela o quanto estava sendo impactante atendê-la que tínhamos histórias muito parecidas” – (F).

com o estudo contínuo do terapeuta

O impacto que o cliente ocasiona no terapeuta, nem sempre é absorvido pelo profissional no momento em que ocorre. Às vezes funciona “como um estímulo para eu continuar estudando.”- (A). É possível que o terapeuta precise recorrer à sua formação teórica e à literatura para incorporar o que o cliente está lhe mostrando: “É na relação que eu tenho com meus clientes, que eu percebo que eu realmente preciso estudar, me atualizar” – (M).

Outras vezes, o terapeuta deve buscar novas fontes de aprimoramento: “Terminada a sessão, a primeira coisa que eu senti necessidade foi de fazer uma pós. Eu fui procurar uma pós em psicologia clínica, me inscrevi e nesse meio de campo, os atendimentos foram acontecendo e aí muita leitura, muito estudo de caso.” – (A). “Lembro de atender uma paciente, ela trazia muitas questões de gênero, sobre minoria. Era muito ligada ao feminismo e eu pouco sabia a respeito. Pra entender o sofrimento dela, acabei estudando muito, vendo muito vídeo, indo a palestras sobre feminismo. Me tornei feminista, graças a essa cliente [risos] não que eu não fosse, mas eu aprendi que era, por causa dela, entende?” – (M).

com a supervisão do terapeuta

A supervisão pode auxiliar a absorver o impacto que um cliente causa, colocar em perspectiva o que o cliente o trouxe e permitir ao terapeuta rever sua atuação. Às vezes, a supervisão pode ajudar o terapeuta a dar espaço para a contribuição do cliente: “Ela ligou, dizendo que estava muito mal, marcamos uma sessão extra e conversando com ela, e em supervisão, eu percebi que eu tinha que saber como ela recebeu o que eu havia dito antes, porque eu tinha sido muito rápido. E quando perguntei [depois da supervisão], ela falou que tinha sido como um tapa na cara, que eu botei abaixo tudo que ela acreditava.” – (I).

Discussão

O presente estudo contribui para uma tendência que valoriza, além da formação teórica e o treinamento formal em psicoterapia, os aspectos pessoais do terapeuta. A literatura contemporânea na área de psicoterapia enfatiza cada vez mais que as dificuldades e

sensibilidades do profissional funcionam como ferramenta em seu trabalho (Aponte & Kissil, 2014; Lima & Vandenberghe, 2021). Os nossos resultados chamam atenção para outro elemento desta visão amplificada sobre a formação do terapeuta, direcionando o olhar para os processos de aprendizagem pelos quais o profissional aumenta suas competências ao atuar.

Enquanto estudos na área focam tipicamente em terapeutas iniciantes ou ainda alunos de psicologia (Alvarez & Silveira, 2002; Freitas & Noronha, 2007; Almeida, Runnacles & Silveira, 2016), a presente pesquisa abordou uma amostra com médio de nove anos de experiência. Assim, foi possível mostrar que terapeutas experientes continuam a aprender direcionados pelo público que atendem e enriquecem seus repertórios sob influência de clientes individuais.

Os nossos achados fornecem apoio a noção de uma aprendizagem gradual e cumulativa (Marmo, 2012). Também apoiam o dado de que o envolvimento com casos difíceis é maior (Vandenberghe & Silvestre, 2014) e que feedback negativo de clientes é valioso para o desenvolvimento de competências do terapeuta (Brattland, Hoiseth, Burkelank, Tryggve, Binder & Iversen, 2016). Acrescentam à literatura existente que similaridades identificadas com o cliente favorecem aprender com este.

Entre os resultados mais surpreendentes, está que, enquanto a supervisão influencia o processo de aprender com os clientes, essa interação tem pouco destaque nos depoimentos colhidos. Os terapeutas enfatizaram mais a interação entre o aprender com os clientes e os seus estudos teóricos. O estudo pessoal, como também a aderência a um modelo de psicoterapia que o sensibiliza para o envolvimento pessoal com o cliente influenciam a receptividade para aprender com o cliente. A teoria é um recurso ao qual terapeutas recorrem para processar o impacto do cliente, de tal forma que facilite transformar em aprendizagem o que ocorreu em sessão.

Considerações Finais

Os clientes atendidos pelos terapeutas comportamentais contribuem com a sua formação ao oferecer oportunidades de aprendizado, como também direcionando o seu desenvolvimento profissional. Uma adesão teórica que privilegie o envolvimento pessoal do terapeuta favorece essa aprendizagem, como também o desafio que encontra no caso e os paralelos que o profissional traça com sua própria vida. Há uma interação entre os estudos teóricos do terapeuta e a aprendizagem que ocorre no consultório.

Como limitações do estudo, destaca-se o foco em uma abordagem, a saber a comportamental, não sendo possível generalizar o papel do cliente na aprendizagem do profissional em outras perspectivas teóricas. A quantidade de participantes é pequena (14), além de ter se resumido a um encontro com cada participante. Considerando que um dos achados deste estudo é o caráter processual e interativo do aprendizado do terapeuta com o cliente, sugere-se que futuros estudos explorem o desenvolvimento de cada terapeuta por um período maior. A replicação do estudo com um número maior de terapeutas e de diferentes formações teóricas também poderia resolver a questão acerca da generalidade dos achados presentes neste estudo.

Referências Bibliográficas

Almeida, M. S., Runnacles, A. L. S., & Silveira, J. M. (2016). Treino de comportamentos de intimidade para terapeutas em processo de formação em Psicoterapia Analítica Funcional. *Perspectivas*, v. 7 (2) doi: 10.18761/pac.2016.020

Alvarez, L. F., & Silveira, J. M. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: atribuições de terapeutas

comportamentais experientes e não experientes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(1), 49-59. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2002000100005>

Aponte, H. J., & Kissil, K. (2014). “If I can grapple with this i can truly be of use in the therapy room”: using the therapist’s own emotional struggles to facilitate effective therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 152-164

Barletta, J.B., Fonseca, A. L. B., & Delabrida, Z. N. C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 153-167. <https://doi.org/S1516-36872012000300013&lng=pt&tlng=pt>.

Braga, G. L. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na Terapia Comportamental. *Estudos de Psicologia [PUCCAMP]* . v.23, n.3, 307-314. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010>

Brattland, H., Høiseth, J.R, Burkeland, O, Tryggve, S. Inderhaug, E. Binder & Iversen, V.C. (2016): Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists’ reactions to negative verbal feedback, *Psychotherapy Research*, doi: 10.1080/10503307.2016.1246768

Cardoso, B.L.A., & Demarzo, M.M.P. (2019). Contribuições da Prática de atenção plena para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(4), 81-92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i4.1112>

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks, CA: Sage

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: diferentes perspectivas. *Psic: revista da Vetor Editora*, 8(2), 159-166. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v8n2/v8n2a06.pdf>

Guilhardi, H. J. (1982). A formação do terapeuta comportamental: que formação?. *XII Simpósio Internacional: Modificação de Comportamento*. Ribeirão Preto, SP.

Lettner, H. W. (1989). Com o que, de fato, a terapia comportamental trabalha?: um depoimento pessoal de um terapeuta comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 35-36. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000200012>

Levitt, H. M., Ipekci, B., Morrill, Z., & Rizo, J. L. (2021). Intersubjective recognition as the methodological enactment of epistemic privilege: A critical basis for consensus and intersubjective confirmation procedures. *Qualitative Psychology*. <https://doi.org/10.1037/qup0000206>

Lima, C. A., & Vandenberghe, L. (2021). The couple therapist's emotional pain: Negative affect and the person of the therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/pro0000368>

Marmo, A. (2012). A que eventos o clínico analítico-comportamental deve estar atento nos encontros iniciais? Em: Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012). *Clinica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

Matos, M.S & Borowski, S.B.(2019). Vivências emocionais e estratégias de regulação emocional de psicólogos clínicos: um estudo qualitativo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3), 160–180. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3p160>

Reis, G.A., & Barbosa, A. J. G. (2018). Formação de terapeutas cognitivo-comportamentais: Um estudo sobre o estado da arte. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 20(1), 72-85. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i1.1138>

Rocha, L.F.D, Oliveira, E.R, & Kappler, S. R. (2017). A contratransferência na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 104-112. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170015>

Sartori RM, Prette AD, Prette ZAPD. (2017). Habilidades Sociais do terapeuta na formação da aliança psicoterapêutica: estudo de revisão. *Rev. bras. psicoter.* 19(2):29-43. Retrieved from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868357>

Scotton, I. L, Barletta, J.B. e Neufeld, C.B. (2021). Competências Essenciais ao Terapeuta Cognitivo-Comportamental. *Psico-USF [online]*, v. 26, n. 1 <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260112>

Silva, A.S. & Silva, M.D.S. (2020). Relato de experiência a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). *Research, Society and Development*, 9(8). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5803>

Sturmey, P. (2008). *Behavioral Case Formulation and Intervention: A functional analytic approach*. New York: Wiley

Tozze, K. F & Bolsoni-Silva, A.T (2018). A supervisão de estágio e a formação de terapeutas comportamentais. *Acta Comportamentalia*. 26, 93-110. Retrived from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/63599>

Vandenberghe, L. & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 127-136. <https://doi.org/10.1516-36872005000100010>

Vandenberghe, L., & Silvestre, R. L. S. (2014). Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling & Psychotherapy Research*, 14(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.790455>

Wielenska, R. C. (2012). O Papel da relação terapeuta cliente para a adesão ao tratamento e a mudança comportamental. Em: Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012). *Clinica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

4.2 Artigo 2

Relação Terapêutica: O Que O Terapeuta Comportamental Aprende Para Sua Prática Clínica?

Therapeutic Relationship: What Does the Behavioral Therapist Learn For His Clinical Practice?

Relación terapéutica: ¿Qué aprende el terapeuta conductual para su práctica clínica?

Resumo

De acordo com a visão vigente, aprende-se o ofício de psicoterapeuta com os professores que ensinam teoria, intervenções e técnicas e com os supervisores que acompanham a atuação. O objetivo deste estudo foi identificar uma terceira via de aprendizagem: o que terapeutas aprendem com seus clientes? Foram entrevistados 14 terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais, a respeito do que aprenderam com seus clientes. A análise dos dados foi pautada nos preceitos da *Grounded Theory Analysis*. Os resultados sugerem que os terapeutas aprendem sobre coordenadas importantes do processo terapêutico: a singularidade de cada cliente, a responsabilidade do cliente e do terapeuta para o processo e sobre as suas limitações como terapeuta. Os terapeutas expandem suas competências clínicas: como enxergar além de rótulos e julgamentos, assumir uma postura terapêutica, desenvolver flexibilidade e autenticidade. Adquiram estratégias clínicas, aprendendo a ceder espaço para o cliente, respeitar o tempo do cliente e responder às necessidades do cliente. Finalmente, aprendem a manejar riscos e contrariedades, como lidar com a proximidade com o cliente, aproveitar equívocos a favor da terapia e conduzir aspectos burocráticos da sua profissão.

Palavras-chave: relação terapêutica; terapia comportamental; formação do psicoterapeuta, processos psicoterapêuticos; aprendizagem do terapeuta

Abstract

According to the current view, the profession of psychotherapist is learned from the teachers who teach theory, interventions and techniques and from the supervisors who accompany the performance. The aim of this study was to identify a third learning pathway: what do therapists learn from their clients? Fourteen behavioral and cognitive-behavioral therapists were interviewed about what they learned from their clients. Data analysis was based on the precepts of Grounded Theory Analysis. The results suggest that therapists learn about important coordinates of the therapeutic process: the uniqueness of each client, the client's and therapist's responsibility for the process, and about their limitations as a therapist. Therapists expand their clinical competencies: how to see beyond labels and judgments, take a therapeutic stance, develop flexibility and authenticity. Acquire clinical strategies, learning to give space to the client, respect the client's time and respond to the client's needs. Finally, they learn to manage risks and setbacks, how to deal with proximity to the client, take advantage of misconceptions in favor of therapy and manage bureaucratic aspects of their profession.

Key-words: therapeutic relationship; behavioral therapy; psychotherapist training, psychotherapeutic processes; therapist learning

Resumen

Según la visión actual, la profesión de psicoterapeuta se aprende de los profesores que imparten teoría, intervenciones y técnicas y de los supervisores que acompañan la actuación. El objetivo de este estudio fue identificar una tercera vía de aprendizaje: ¿qué aprenden los terapeutas de sus clientes? Se entrevistó a catorce terapeutas conductuales y cognitivo-conductuales sobre lo que aprendieron de sus clientes. El análisis de datos se basó en los preceptos del análisis de teoría fundamentada. Los resultados sugieren que los terapeutas aprenden sobre las coordenadas importantes del proceso terapéutico: la singularidad de cada cliente, la responsabilidad del cliente y del terapeuta por el proceso y sus limitaciones como terapeuta. Los terapeutas amplían sus competencias clínicas: cómo ver más allá de las

etiquetas y los juicios, adoptar una postura terapéutica, desarrollar flexibilidad y autenticidad. Adquirir estrategias clínicas, aprender a darle espacio al cliente, respetar el tiempo del cliente y responder a sus necesidades. Finalmente, aprenden a gestionar los riesgos y contratiempos, a lidiar con la proximidad al cliente, a aprovechar los conceptos erróneos a favor de la terapia y a gestionar los aspectos burocráticos de su profesión.

Palabras clave: relación terapéutica; terapia de comportamiento; formación de psicoterapeutas, procesos psicoterapéuticos; aprendizaje del terapeuta

Não há consenso na literatura sobre as habilidades necessárias para desempenhar o exercício clínico (Freitas & Noronha, 2007; Barreto & Barletta, 2010). Alvarez e Silveira (2002) apontam que há mais discussão sobre a eficácia relativa de métodos e recursos para se treinar terapeutas do que sobre o que os terapeutas devem aprender. Os itens sobre os quais há maior consenso incluem a formação teórica; conhecimento do código de ética; habilidades técnicas e sociais; a postura terapêutica, além acesso às produções científicas e se submeter à psicoterapia (Bitondi & Setem, 2007; Hatcher, Kipper-Smith, Waddell, Uhe & West, 2012).

Alves (2017) aponta que terapeutas mais flexíveis e eficazes adequam a terapia às necessidades individuais dos clientes. Para adquirir essa capacidade integrativa, Follete e Callaghan (1995) descreveram uma forma de treinamento de terapeutas baseada em modelagem contingente e *feedback* por vídeo, aumentando a responsividade nas interações terapeuta-cliente e Almeida, Runnacles e Silveira (2016) descrevem um treinamento vivencial em que terapeutas iniciantes aprendam a lidar com a intimidade da sessão.

Contudo, chama-se atenção de que este esforço para desmistificar a formação do psicólogo clínico permanece predominantemente pautado no campo teórico e em como este conhecimento pode ser desmembrado para uma aplicação prática. Pouco tem se dado crédito no que a formação do terapeuta ganha *in loco*, no próprio setting terapêutico. Ainda se presta pouca atenção ao papel do cliente na formação do psicólogo clínico comportamental. Com base no exposto, o objetivo deste artigo é verificar o que o cliente ensina ao terapeuta

comportamental e em quais aspectos do trabalho clínico essa contribuição pode ser identificada.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 14 terapeutas comportamentais, sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Eles tinham em média nove anos de experiência clínica, variando entre três a 21 anos. Destes, seis participantes atuam sob a perspectiva analítico-comportamental, quatro cognitivo-comportamental e quatro nas terapias contextuais.

Os terapeutas foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a um Conselho Regional de Psicologia; b) ter sua prática clínica pautada em terapias comportamentais e c) ter no mínimo dois anos de atuação. Foram excluídos os terapeutas cuja ênfase de trabalho não fosse a área clínica.

Materiais

Foi construído um roteiro que serviu como referência para a pesquisadora conduzir as entrevistas. Porém, a flexibilidade do diálogo foi preservada como também a autonomia dos participantes em acrescentar informações que considerassem relevantes.

Procedimento

A coleta de dados seguiu o método da Grounded Theory Analysis, na sua forma modificada por Charmaz (2006). Foram programados encontros entre a pesquisadora e cada participante. A cada um foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

como forma de garantir o anonimato e outras especificidades preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos. A mais curta foi de 36 minutos, e a mais longa de 1 hora e 18 minutos. Foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, de modo que apenas ela e seu orientador tiveram acesso ao material para análise dos dados. Cada entrevista começou com a solicitação que o participante escolhesse exemplos de momentos profundos vivenciados com seus clientes que de algum modo tivessem impactado o profissional e exercido efeito em seu trabalho como clínico. Conforme as respostas eram dadas, a pesquisadora formulou novas perguntas com intuito de esclarecer e aprofundar algum ponto.

A pesquisa qualitativa é utilizada como método para compreender perspectivas de indivíduos ou grupos de pessoas em relação aos fenômenos sociais em que esses indivíduos estão inseridos, examinando suas experiências, perspectivas, opiniões e significados (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). Como o objetivo principal é compreender profundamente fenômenos sociais. A produção de conhecimentos na Teoria Fundamentada em Dados exige do pesquisador abertura e sensibilidade aos conteúdos que emergem a partir dessas perspectivas.

Para tanto, Charmaz (2016) entende ser necessário que o pesquisador se valha de uma autoconsciência metodológica que implica na disposição de detectar e dissecar suas próprias visões de mundo. Os pesquisadores consideram o efeito de linguagem, e significados sobre suas próprias atividades de coleta e interpretação de dados, revelando como eles entram na pesquisa. Precisam compreender seus interesses e compará-los de maneira constante com os resultados obtidos, de tal forma que não distorçam a interpretação.

A primeira autora conduziu as entrevistas e preparou as transcrições. Os dois autores colaboraram na análise interpretativa. Foi feita uma leitura analítica do material envolvendo um delineamento de unidades de sentido, criação de códigos que sintetizam e explicam essas unidades. A codificação aberta induz a estudar os dados rigorosamente e a começar a conceituar as ideias. A codificação focalizada permitiu sintetizar maiores quantidades de dados. Foi desenvolvido um trabalho de comparação contínua entre os dados de cada entrevista, entre diferentes entrevistas, entre os códigos emergentes e os dados brutos. Através dessas comparações, categorias foram construídas, organizando os códigos a partir das suas similaridades e diferenças (Charmaz, 2006). Assim, os resultados serão apresentados partindo das categorias que emergiram da análise dos códigos que serão exemplificados por fragmentos retirados das entrevistas.

Resultados

A análise das entrevistas traz que a interação com o cliente ensina sobre algumas coordenadas importantes do processo, afina competências e estratégias clínicas como também permite aprender a manejar os riscos e incômodos presentes em sua atuação profissional.

Categorias	Participantes que contribuíram
As coordenadas do processo terapêutico	A,D,E,H,I,J,L (7)
A singularidade de cada cliente	B,E,H,L,M (5)

A responsabilidade do cliente com seu progresso Sua responsabilidade como terapeuta Suas limitações como terapeuta	A,C,G,H,L,M (6) E,F,H, I, J, M (6)
Competências clínicas Enxergar além de rótulos e julgamentos A postura a assumir como terapeuta Ser flexível: abandonar a rigidez da formação Ser autêntico: entrar como pessoa no relacionamento terapêutico	C,E,H,N (4) A,B,D,F,G,I,J,K,L (9) A,B,D,E,G,H,I,J,M,N (10) A,B,C,F,G,H,K (7)
Estratégias clínicas Ceder espaço para o cliente	A,B,C,J (4) A,B,C,E,H,J,K,L,N (9)

Respeitar o tempo do cliente	A,B,D,E,H,I,J,K,N (9)
Responder às necessidades do cliente	
Manejo de riscos e incômodos:	
Da proximidade com o cliente	A,C,D,E,F,H,L,N (8)
De erros: aproveitar os equívocos a favor da terapia	A,B,D,F,L (5)
Da cobrança de honorários	D,F,L (3)

As coordenadas do processo terapêutico

A singularidade de cada cliente: as nuances e especificidades de cada cliente –

Cada pessoa que busca ajuda é única e possui sutilezas próprias, cabendo ao terapeuta a cada nova relação, se dispor a embarcar neste novo universo: “Cada cliente é um, cada história é única e é preciso muito cuidado, muita atenção e muito respeito, pra montar cada caso e abordar cada cliente.” (L)

Ainda que a demanda de diferentes clientes sejam parecidas, a história de vida e o repertório comportamental de cada um são distintos: “Você acaba vendo de alguma forma que

não dá pra usar uma forma de bolo, as pessoas são diferentes, as histórias tem nuances diferentes e isso acaba te fazendo ter que pensar e repensar na sua prática para com aquela pessoa que está na sua frente” (E). Ter experiência com clientes com uma determinada demanda, não deve tornar o terapeuta menos aberto para aprender a cada novo caso, uma vez que ainda que a topografia do comportamento-problema seja a mesma, o que precede um comportamento e suas consequências são variáveis.

Terapeutas aprendem a estar sensíveis àquela pessoa e a como ela irá responder às intervenções: “Depende de cada cliente. Depende de cada relação. Às vezes com aquele cliente você vai ter que usar menos técnica, usar mais a escuta. Já com outro cliente, funciona melhor com certa técnica.” (E). É estar disposto a rever regras e modelos prontos de condutas clínicas a serviço do cliente, se dispor a aprender sobre ele e sobre o que funciona para ele.

A responsabilidade do cliente com seu progresso: dividir o encargo sobre o processo psicoterápico – O terapeuta aprende que o progresso terapêutico não é uma incumbência exclusivamente sua. É importante que o cliente identifique o seu papel no processo terapêutico, na mudança que almeja e se comprometa com o resultado que espera alcançar: “Era alguém que me cobrava muito resultados e eu, na época, demorei um pouco pra perceber que esses resultados não dependiam só de mim, que eu era só parte do processo. ” (H). Significa que a psicoterapia não é um lugar onde o cliente vai buscar algo (respostas, por exemplo), mas onde em conjunto, irá construir algo, um novo repertório comportamental, por exemplo.

Sua responsabilidade como terapeuta: o que está a seu cargo dentro do progresso do cliente e do desenvolvimento da relação terapêutica – O terapeuta aprende a identificar a parte que lhe cabe no progresso do cliente. Aprende sobre a gravidade das consequências e

implicações da sua atuação: “É um gesto de confiança extrema quando um cliente, principalmente que não tem esse repertório, te procura, se abre com você.” (C). Pode ser uma aprendizagem assustadora, mas profundamente significativa: “A minha primeira paciente, a primeira na lata [...] sentou na minha frente e me disse assim: Eu vou me matar. Então você leva aquele tranco e ao mesmo tempo você percebe que você não tem mais os professores pra te auxiliar, né? [...] Na prática, ela trouxe o questionamento assim, que tipo de profissional você quer ser? ” (A). “Você ter o privilégio de oferecer para aquela pessoa muitas vezes o que ela ainda não tem em seus outros ambientes, respeito, validação, entende? O mais valioso é essa troca de responsabilidade, você entender que exerce um papel muito importante e muito sério na vida de quem te procura e ir ajudando ela.” (L).

Suas limitações como terapeuta: aspectos (profissionais ou pessoais) que restringem suas possibilidades de atuação - O trabalho clínico oferece a oportunidade de se deparar com seus entraves pessoais e dificuldades profissionais: “Sobre minhas limitações também, sobre a necessidade de procurar suporte mesmo seja de mais estudo, de uma rede de afeto pra mim também.” (H). As limitações podem envolver habilidades interpessoais: “Eles demandam demais, eles falam muito em sessão, às vezes é até difícil encerrar sessão, e isso é uma coisa que eu acho até que eu tinha que aprender a trabalhar, conseguir finalizar sessão, às vezes eu passo muito do tempo, porque eu não consigo cortar as falas.” (I). Podem também ser técnicas: “Eu me lembro muito dessa sensação de não poder enganar aquela pessoa, de ver que naquele momento os recursos que eu tinha, não eram mesmo o suficiente pro caso dela.” (H).

Uma vez descoberto o déficit, terapeutas estão aptos tanto à aceitação de suas limitações quanto buscarem soluções ao entrave: “Uma necessidade recorrente nesse caso de precisar de uma supervisão, da cliente falar que você não está ajudando ela e você sair

acabado e eu precisar conversar com alguém urgente com alguém, por me sentir muito mal com aquela situação.” (H). É indicado fazer um trabalho de aceitação: “Já terminei sessão achando que foi uma merda, que eu não servia pra isso, que a pessoa não entendeu muito bem o que eu estava trazendo, tenho tentado naturalizar mais isso, oferecer o meu melhor sempre, mas entendendo que o meu melhor alguns dias é meio merda mesmo” (M).

Competências clínicas

Enxergar além de rótulos e julgamentos: evitar ideias préconcebidas e compreender o comportamento no seu contexto. Terapeutas aprendem a relativizar a importância de categorias científicas e avaliações psicológicas dando prioridade a “olhar pelos olhos do cliente, entender que o que ele faz tem a ver com a história dele, que ele não tem a mesma história que eu, então ele não tem que ter os mesmos valores que eu.” (C). “O primeiro crescimento da clínica é essa possibilidade de empatizar com o diferente, diferente do que a gente já experimentou ou mesmo do que ouviu falar. Então, acaba ampliando a possibilidade do terapeuta se ligar pra isso, amplia a visão mesmo. Por exemplo, uma mulher que trai o marido, e aí na clínica você vai ver isso sob influências diferentes sobre aquela traição que vão muito além das análises rasas, que se ouve, a clínica é ter a oportunidade de ver esse outro lado.” (E).

“Acolher e entender alguém pra além de um diagnóstico, foi transformador pra mim e pra relação que eu tive desde então, com esses pacientes [com personalidade *borderline*]. Por linha teórica, [por] estar boa parte da minha formação em meios que envolvem mais profissionais de saúde, eu era muito restrito a diagnóstico e isso. Eu não percebia o quanto me limitava até atender o meu primeiro caso *border*. Com aquela pessoa, com aquela relação eu vi que me prender a isso, ao que descrevem sobre um transtorno, era infinitamente inferior ao

que aquela pessoa me trazia ao que ela tinha de recurso, ao sofrimento dela. [...] Foi algo que senti surgir aí, e que levei pra mais casos meus, com psicodiagnóstico ou não” (N).

A postura a assumir como terapeuta: como manejar seu próprio comportamento na sessão – O trabalho com o cliente modela o exercício clínico. Isto inclui impor limites: “Eu acho que eu aceitei atendê-la de uma forma que desde o início pra mim não fazia muito sentido. Me fez perceber que eu preciso impor limites, fazer da forma que eu acho correto e não ceder tanto ao pedido do outro.” (F) . Inclui também encontrar o tom e atitude adequados: “À medida que o cliente responde [...] eu entendo que aquilo não foi tão legal, que aquela fala minha não foi tão interessante, que aquele meu comportamento não foi tão adequado” (J). A interação com o cliente “me ensina muito em como ser terapeuta, em como tratar essa pessoa, tratar de relacionar mesmo e de conduzir o atendimento” (I).

A postura aprendida pode envolver outras dimensões, como por exemplo, diminuir a ânsia por oferecer respostas por parte do terapeuta, “É um processo tentar controlar a minha ansiedade de ajudar o outro. [...] Que vou resolver o problema do outro. Eu fui aprendendo a lidar com o outro, aprendendo a respeitar o outro e a respeitar o meu tempo enquanto terapeuta.” (J).

Ser flexível: abandonar a rigidez da formação - A formação acadêmica explicita muitas regras sobre a postura terapêutica que deve ser adotada, os passos e os procedimentos a seguir, podendo levar a uma execução das sessões predominantemente baseadas em modelo teórico e seguimento de regras, do que em estar sensível ao cliente. Portanto, cabe à relação com os clientes promover a flexibilização do profissional, auxiliá-lo a integrar espontaneidade e responsividade com o conhecimento que adquiriu em sua formação: “Me permitir mais, desde me emocionar mais, a falar mais e me permitir reconsiderar minhas crenças, modificá-

las mesmo, em função do que eu to vivendo, do que eu to aprendendo com o outro” (M). Ainda que as regras aprendidas e os protocolos de intervenções ofereçam segurança ao profissional, também tornam a prática rígida e estereotipada. “Me tornar mais ousada. Comecei muito presa a protocolos, seguindo muitas regras. Tinha bons resultados, não nego, mas via que era uma relação dura, entende? Vi muito isso com um paciente adolescente que tive há algum tempo, ele era colaborativo [...] mas não era fluído, não era uma relação, entende? Não era uma dupla, mas duas pessoas, onde uma indica, a outra cumpre. E eu experimentei ser mais pessoal, mais afetivo, falar algo de mim, me interessar por assuntos dele que não necessariamente à primeira vista caberia em sessão, como música, filmes e ele passou a render muito mais comigo e eu passei a me sentir muito mais confortável” (N).

Ser autêntico: entrar como pessoa no relacionamento - O terapeuta aprende com o cliente a entrar no relacionamento, trazendo seus aspectos pessoais: “Somos ‘pessoa’ antes de mais nada. Acho que durante muito tempo eu me mantive afastada dos clientes, e depois eu fui percebendo que não era a forma que eu queria continuar sendo terapeuta. Eu quis me deixar afetar mais pelos clientes, sentir mesmo, poder me emocionar junto com eles nas sessões” (K). “A prática clínica me mostrou que dá pra ser psicólogo sendo eu mesmo, sem ficar muito estereotipado. Então o que eu mais tenho aprendido é manter coisas, traços da minha personalidade, né? De quem eu sou, da minha história de vida e agregar isso a um saber psicológico” (A). “Tem dia que eu não tô legal e eu gosto de dividir isso com meu paciente, eu preciso que ele compreenda. [...] Eles são super empáticos e tá tudo bem falar, porque eu sou real e eu gosto de deixar isso claro, que eu sou igual a eles.” (G).

Estratégias clínicas

Ceder espaço para o cliente: permitir autonomia no processo - Ao se enrijecer na preocupação em aplicar fielmente o que foi aprendido na formação acadêmica ou ao ocupar-se em excesso em oferecer respostas ou intervenções, os terapeutas podem inadvertidamente ocupar o espaço que o cliente precisaria para se expressar em sessão. É a própria interação com o cliente que ensina a ir contra essa tendência: “O que eu mais aprendi é a fazer silêncio, é dar espaço pra que a pessoa verbalize e que necessariamente eu não preciso de uma resposta pra ela.” (A), compreendendo que a psicoterapia não se faz apenas na proposta de intervenção, mas também no acolhimento. Este espaço, que o terapeuta aprende a ceder ao cliente, também pode ter a função de propiciar que o cliente avalie o desempenho do terapeuta: “Eu peço um feedback depois de um certo tempo, então eu não espero ocorrer algo e a partir desse algo, me atentar, o que tem sido interessante pra você o que não tem sido. Vou trabalhando vendo se terapeuta e cliente estão caminhando pro mesmo lugar.” (A).

Respeitar o tempo do cliente: esperar enquanto o cliente toma suas decisões e manejar sua transparência para com o terapeuta – Aprender que o cliente está fazendo o melhor que pode dentro do seu contexto e com os recursos que tem no momento. A lição pode, por exemplo, consistir em não tentar forçar o cliente a assimilar a análise do terapeuta, permitindo que isso ocorra de forma gradual pelo cliente: “Segui a análise. Seguimos com outras situações pra tentar acalmá-la e aí na hora de ir embora eu percebi que alguma coisa não tinha batido legal pra ela. Na outra sessão eu disse pra ela que percebi um incômodo dela [...] e se ela gostaria de me trazer o que era. Aí, ela falou que essa fala minha foi muito ruim pra ela, porque fez com que ela se sentisse burra. Aí eu aprendi: primeiro eu tento ajudar a organizar e depois eu coloco coisas.” (B). “No início, a gente quer que a pessoa fique bem logo, mas não é nós, é a pessoa. [risos] Tem caso que pra nós é muito nítida a contingência

que tá acontecendo com aquela pessoa, mas pra ela não, ela nunca se observou. Então, não adianta eu tentar explicar antes dela mesma, perceber.” (A).

Perguntas ou interpretações para os quais o cliente não está pronto podem ser vistas como prematuras ou intrusivas “O cliente [pode] se sentir invalidado [...] quando eu começo a fazer perguntas, no sentido de rastrear contingências [...] e eu começo a ficar tão animada com aquilo que eu começo a forçar alguma coisa. Eu já tive esse tipo de feedback, de ele estar com a sensação de eu estar empurrando demais” (C). Questões intrusivas podem evocar comportamentos contraprodutivos: “Principalmente com pacientes homens, eu aprendi a evitar isso. Principalmente nas primeiras sessões, por uma questão de falar sobre comportamento sexual, pode evocar comportamento sexual. Eu percebi que eu preciso estabelecer outras coisas, antes de tocar nisso, mesmo sendo importante. Eu não deixo de falar sobre, mas eu esquivo até ver que está pronto.” (B).

“A gente caminhou muito, muito mesmo, diante do que ela tinha chegado. Mas eu lembro de um exercício de enfrentamento. [Consistiu em ir para uma reunião na escola do filho.] Ela foi, mas ela se sentiu muito mal, eu disse pra ela que minha intervenção naquele momento não foi adequada, que ela não estava pronta, ela também entendeu assim.” (J). “Uma coisa que os pacientes me ensinaram foi a ter paciência em relação a cada cliente, esperar a história de cada um, o ritmo de cada um. E que talvez, a forma como eu idealizava que as coisas poderiam acontecer, nem sempre são na velocidade que eu quero. Então, vem me ensinando a ter paciência e a mesclar um pouco de mudança com o momento atual do cliente, sabe? [...] Eu acho que os clientes vem me ensinando muita ter paciência mesmo, a esperar, ver.” (H).

Responder às necessidades do cliente: atender ao que a pessoa precisa - À medida que o terapeuta se relaciona com seu cliente, torna-se sensível para as necessidades específicas dele: “Que o outro está em sofrimento, que é parte de uma contingência e que ele precisa de acolhimento, muito mais do que de uma análise.” (B). “Aprender a construir com cada cliente o vínculo que é diferente de todos os outros. Dez clientes e eu aprender onde eu posso ir com cada um, onde posso sorrir, fazer um trocadilho, postura, ser mais próxima ou mais distante. Aprender sobre o outro e aprender a me colocar nessa relação com esse outro.” (E). “Eu fui vendo a necessidade de, por exemplo, algumas vezes estar mais próxima, puxando uma cadeira pra mais próximo fisicamente. Já ofereci um abraço no final da sessão, porque vi que cabia naquele caso e são coisas que eu não me veria fazendo no começo da clínica.” (E).

Ao errar em uma condução clínica, terapeutas passam a compreender como suas intervenções precisam estar a serviço sobretudo, das necessidades dos clientes, é necessária que essa condução esteja aliada a relevância para o caso daquele cliente: “Acho que já fiz uma autorrevelação, a um adolescente, que [...] não tinha um fim terapêutico, não ajudou em nada meu cliente” (H). “O que deu para aprender com essa situação, [...] é que eu não tenho autorização para desconsiderar os valores de um cliente meu, que para fazer uma sugestão, eu preciso analisar, avaliar muito bem antes. São os valores de cada cliente, para alguns clientes determinada intervenção é encaixável, para outros não vai dar certo. [...] Ficou essa lição” (H). “Apreendi que é importante pensar bem antes de testar algumas intervenções, [...] No primeiro caso eu pensei só no efeito que eu queria alcançar e não pensei no outro, não pensei na história que o cliente tinha.” (K).

Manejo de riscos e incômodos

Manejo da proximidade com o cliente: permitir a proximidade inerente de uma relação pessoal e íntima e lidar com ela - A relação terapêutica pode envolver altos níveis de intimidade. Essa proximidade entre terapeuta e cliente, exige manejo de nuances e considerações dos riscos pessoais por parte do terapeuta: “A ter essa sensibilidade, discriminar os estímulos, a conhecer o outro, se arriscar mais e correr o risco de até mesmo ser punida” (F). “No começo, eu tinha muitas reservas com contato físico com mulheres, e atendia muitas mulheres. Conforme elas me mostravam sinal de vínculo, sorriso, abertura pra assuntos íntimos, entendia um abraço ao final da sessão, como algo mais natural. Foi ensinado pelas minhas clientes, que sozinho, talvez eu não faria, depende em muito delas, pra me permitir isso.” (K).

Clientes podem ensinar de diferentes maneiras a lidar com a proximidade na relação terapêutica: “Foi uma coisa que meus clientes modelaram em mim, esse falar sobre coisas pessoais mesmo. [...] Teve esse processo de modelagem, isso alterou muito o meu discurso com cliente e foi uma quebra de regra terrível”. (C). Podendo até mesmo a proximidade cedida por um cliente servir de modelo para o terapeuta em suas outras relações terapêuticas, “Eu nunca havia abraçado alguém em sessão e era uma cliente que abraçava e tinha uma intensidade muito boa no abraço. Eu me sentia muito bem, e não disse isso a ela, mas tentei replicar nos meus outros atendimentos. [risos] Passei a abraçar e tentar passar nesse abraço algo parecido com o que aquela cliente me gerava” (H).

Manejo de erros: aproveitar equívocos a favor da terapia - Terapeutas aprendem a lidar com as falhas que comete em sessão e a tirar proveito delas para a relação: “Me desculpei com ele pela minha falta de cuidado. [...] Eu tive que reconhecer meu erro e reparar minha má atitude, isso me ensinou nesse sentido, de reconhecer falha, repará-la e em não culpabilizar o outro quando não há mesmo espaço pra isso.” (D). Através da relação com o

cliente, o terapeuta aprende também a ser menos punitivo consigo quando identifica suas falhas “Coisa que eu aprendi trabalhando, atendendo é que você pode errar, nós temos essa alternativa” (B). “Eu mesma peço que meus clientes sinalizem isso pra mim quando perceberem isso, pra eu poder voltar e pedir desculpas pra ele. E, então assim, é muito interessante porque aí eles sinalizam: Ó, isso aqui que você falou semana passada, isso não foi legal, isso pegou mal pra mim” (B). “[Aprendi] expor e mostrar mesmo que a gente se desafinou ali e que ainda assim, me mantenho interessada em compreender a história de vida da pessoa e em auxiliar. [...] Também é uma habilidade, né? [risos] Então, acho bom quando cliente modela meu comportamento nesse sentido.” (L). O que é aprendido pelo terapeuta, ao reconhecer seu erro e lidar com este em sessão, pode ser aproveitado para a terapia e servir de modelo para o cliente: “É saber reconhecer essas falhas e mostrar inclusive na relação terapêutica, que a pessoa pode falhar e que necessariamente isso não é ruim.” (A).

Manejo da cobrança de honorários: lidar com o aspecto burocrático e comercial do trabalho - A dificuldade em abordar questões burocráticas com seus clientes parece ser frequente, sobretudo em terapeutas iniciantes. Muitos consideram que ajudar pessoas com assuntos tão pessoais e sensíveis e receber pelo seu trabalho são condições conflitantes. No entanto, à medida com que desenvolve seu trabalho, vai se distanciando deste conflito. Eles vão se mostrando dois pólos importantes do trabalho clínico, oferecer ajuda e ser remunerado de forma adequada por ela: “Estou aprendendo, na clínica particular, é cobrar as consultas. Eu tinha uma dificuldade gigantesca de abordar esse tema na terapia, porque a minha regra era assim, como eu vou falar de dinheiro com essa pessoa se estou cuidando do sofrimento dela? Como fazer isso sem mostrar que eu estou querendo lucrar com o sofrimento dela? [...] As questões práticas, burocráticas que a gente não aprende na faculdade, eu deixava pra segundo plano.” (A).

Discussão

O presente estudo é coerente com a visão de várias psicoterapias ao entender que a relação com o cliente muda o terapeuta (Alves, 2017; Stahl, Hill, Kleinman, Isenberg & Stern, 2009; Linehan, 1988). O presente estudo propõe que o terapeuta aprende com o cliente a respeito das coordenadas do processo terapêutico, além de desenvolver competências e estratégias clínicas que transcendem à sua formação acadêmica. Além disso, aprende na interação com o cliente como manejar os riscos e incômodos inerentes à sua profissão.

O presente estudo não é o primeiro a demonstrar que o cliente modela o comportamento do terapeuta (Marsh, 2002; Cunha e Vandenberghe, 2016). Porém, os nossos resultados aprofundam a compreensão deste processo, ao mostrar que os terapeutas aprendem na interação com seus clientes algumas competências que normalmente são atribuídas a supervisão como a diminuir a ansia em dar respostas aos seus clientes, aprendendo que a sua função não se baseia em propor soluções e que inclui, escutar, acolher, lidar com o silêncio e com o desconforto em sessão, respeitando o tempo e oferecendo espaço para o cliente.

O clínico aprende com o cliente sobre aceitação, assumir uma postura gentil e menos julgadora, *“aprende a empatizar com o diferente”* (participante E). Orientações sobre a postura que o terapeuta deve assumir em sessão, habilidades e competências a se desenvolver enquanto clínico, costumam vir da supervisão, formações teóricas, discussão com colegas ou da autorreflexão (Stahl e cols, 2009; Freitas & Noronha, 2007, Bordin 1983). O estudo acrescenta que, a postura a se assumir como clínico pode ocorrer em contexto de menos preparação, em tempo real durante a sessão, à medida que o terapeuta responde às necessidades do cliente e adapta sua forma de responder à ele, dando mais flexibilidade e autenticidade na atuação.

Com o cliente o terapeuta aprende a assumir uma meta perspectiva que o permite usar os erros cometidos na sessão, a favor do processo terapêutico (Stahl e cols, et al., 2009). O estudo confirma a proposição, e acrescenta que a relação com o cliente ensina ao terapeuta a desenvolver coragem em lidar com suas falhas, expondo-as ao cliente, quando relevantes ao processo. Neste contexto, humanizar-se e reconhecer-se falho, se sobressai aos riscos de uma possível punição. Esta posição está de acordo com o que é visto em outros dois estudos (Brattland, Høiseth, Burkeland, Inderhaug, Binder & Iversen, 2016; Vandenberghe & Silveira, 2013) , no primeiro, onde o feedback negativo de um cliente foi entendido como um desafio e também como algo educativo, melhorando o processo da terapia, mudando o comportamento do terapeuta.

No segundo, foi constatado que os profissionais quando enfrentam suas falhas, estão em uma posição melhor para fornecer feedback produtivo sobre os efeitos que o comportamento clinicamente relevante do cliente tem sobre eles, sugerir hipóteses viáveis sobre como os problemas da vida diária do cliente funcionam e ajudar a definir melhor os comportamentos-alvo do cliente. Bordin (1983) em seu estudo traz uma subclasse especial de observações do processo de mudança no processo psicoterápico, que é justamente a sensibilidade do terapeuta aos seus próprios sentimentos e ao impacto que eles podem ter no processo de mudança, uma visão de que existe um elemento pessoal e técnico importante na psicoterapia.

No mesmo estudo, Bordin (1983) aponta que o processo de supervisão ajuda o terapeuta a superar obstáculos pessoais e intelectuais quando o terapeuta encontra dificuldades persistentes que parecem ser suficientemente gerais para sugerir que são de sua própria autoria, e não funções de um cliente específico. Entendendo que questões do próprio terapeuta podem trazer conflito para a condução do atendimento clínico, nossos resultados demonstram

que o cliente ensina ao terapeuta a conhecer seus limites e limitações e a lidar com suas falhas em sessão. Estes são recursos que, como mostra a presente pesquisa, podem ser aprendidos durante a interação com o cliente e potencializam a relação terapêutica e afinam a competência clínica do terapeuta. Assim como visto em Barletta Fonseca e Delabrida (2012) e Vandenberghe e Silveira (2013), o autoconhecimento e a forma com que o terapeuta lida com suas próprias emoções pode colaborar ou prejudicar o processo terapêutico. No presente estudo, o trabalho com o cliente ensina o terapeuta a conhecer-se e reconhecer as próprias limitações, o que auxilia o profissional a identificar quando precisa de ajuda (supervisão, formação), responsabilizar-se por uma prática pouco construtiva e o orienta sobre quais de seus limites e limitações são possíveis afrouxar e quais não deve transpor na relação com um cliente.

A divisão de responsabilidade entre terapeuta e cliente sobre o processo terapêutico não é ensinada explicitamente na formação do terapeuta e poucas são as publicações que a abordam (Kohlenberg & Vandenberghe, 2007; Bordin, 1983). Assim, é com o próprio cliente que os terapeutas aprendem a discriminar dentro do processo psicoterápico aquilo que é responsabilidade do terapeuta (condução clínica, manejo da relação terapêutica), trazendo também o que é responsabilidade do cliente dentro do processo (autorresponsabilização, se disponibilizar para a relação e para a psicoterapia, tolerância ao tempo do processo).

Em outros estudos (Stahl et al., 2009; Hatcher et al., 2012) foi observado que o interesse genuíno pelos clientes e um profundo respeito pela individualidade destes geraram novos níveis de paciência, tolerância, flexibilidade e humildade à relação terapêutica. O presente estudo vai ao encontro deste ponto, ao ter identificado que o terapeuta aprende com o cliente a acolher a singularidade humana, transpondo diagnóstico ou ideias pré-estabelecidas e

se valendo da história de vida de cada sujeito, tendo suas análises e intervenções baseadas no que é importante para o cliente.

Para Bordin (1983), o psicólogo clínico, que foi cuidadosamente supervisionado durante a sua formação, repentinamente, com diploma em mãos, continua o trabalho totalmente desassistido. O autor supracitado aponta a lacuna assim deixada entre essa sequência de eventos e a realidade de um terapeuta que continua aprendendo. Neste sentido, o presente estudo aponta como essa lacuna é preenchida na prática, introduzindo o papel do cliente na continuidade da formação profissional do terapeuta.

De acordo com o modelo que resultou deste estudo, o terapeuta aprende com o cliente sobre as coordenadas do processo terapêutico, de uma forma e com uma profundidade que muito ultrapassa o que ele aprendeu durante sua formação. Trata-se de competências fundamentais, como saber identificar e respeitar a singularidade de cada cliente, distinguir sua responsabilidade como terapeuta da responsabilidade do cliente em seu processo terapêutico e entrar em contato com suas limitações como terapeuta.

É na interação com o cliente que o profissional afina suas competências clínicas. Ao enxergar além de rótulos e julgamentos, construindo a postura a assumir como terapeuta, sendo flexível e autêntico. Além disso, desenvolve estratégias clínicas voltadas ao cliente, cedendo espaço e respeitando o tempo deste e, respondendo às suas necessidades. E, aprende a manejar os riscos e incômodos pertinentes a sua prática profissional como, dosar a proximidade com o cliente, se valer dos erros que comete em sessão a favor da terapia e aprendendo a cobrar por seus honorários.

Como fatores limitantes ao estudo destacam-se o foco em uma área específica da psicologia, a clínica, não sendo possível então afirmar através deste estudo, se a relação com

quem se destina o trabalho do psicólogo de outras áreas, afina suas habilidades para o próprio trabalho. Ademais, as entrevistas foram realizadas por uma psicóloga clínica que atende sob a perspectiva comportamental, o que também pode ter tido alguma influência nas informações cedidas pelos participantes, podendo ser interessante pesquisas que abranjam outras áreas além da clínica ou, outras abordagens além da comportamental.

Referências Bibliográficas

Almeida, M. S., Runnacles, A. L. S., Silveira, J. M. (2016). Treino de comportamentos de intimidade para terapeutas em processo de formação em Psicoterapia Analítica Funcional.

Perspectivas, v. 7 (2). Disponível em:

<https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/187>

Alvarez, L. F., & Silveira, J. M. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: atribuições de terapeutas comportamentais experientes e não experientes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(1), 49-59. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2002000100005>

Alves DL. (2017). O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. *Revista Brasileira de psicoterapia*. 19 (1)1; 55-71. Disponível em:

http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=221

Barletta, J.B., Fonseca, A. L.B. d., & Delabrida, Z. N.C. (2012). A importância da supervisão do estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitiva-comportamental. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3), 153-167. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872012000300013&lng=pt&nrm=iso

Barreto, M. C. & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(12),155-171.

Bitondi, F. R., Setem, J. (2007). A importância das habilidades terapêuticas e da supervisão clínica: uma revisão de conceitos. *Revista Uniara*, v. 20, p. 203-212. Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/241>

Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35–41. <https://doi.org/10.1177/00110000831111007>

Brattland, H., Høiseth, J.R, Burkeland, O, Tryggve, S. Inderhaug, E. Binder & Iversen, V.C. (2016): Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists' reactions to negative verbal. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246768

Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.

Charmaz K. (2016). *The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. Qualitative Inquiry*. 2017;23(1):34-45 <https://doi.org/10.1177/1077800416657105>

Cunha, O. R. da, & Vandenberghe, L. (2016). O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 18(1), 72-86. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.833>

Follette, W. C; Callaghan, G. M (1995). Do as I do , not as I say: A behavior analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice* V. 26 (4), p. 413 – 421. Doi: [10.1037/0735-7028.26.4.413](https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.4.413)

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: diferentes perspectivas. *Psic: revista da Vetor Editora*, 8(2), 159-166.

Recuperado de <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v8n2/v8n2a06.pdf>

Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J.M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(48), 1-21.

DOI:[10.46743/2160-3715/2012.1702](https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1702)

Kohlenberg R. J, Vandenberghe L. (2007). Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychol Psychother.* 455-65. doi: 10.1348/147608306X163483. 17877868.

Linehan, M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 278-290. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1989-19894-001>

Marsh, J.C. (2002). Learning from clients. *Social Work Oxford Academic*. Vol 47, Ed4, , Páginas 341-343, <https://doi.org/10.1093/sw/47.4.341>

Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso.

Stahl, J. V, Hill, C. E., Jacobs, T., Kleinman, S., Isenberg, D., & Stern, A. (2009). When the shoe is on the other foot: A qualitative study of intern-level trainees' perceived learning from clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 376-389.

DOI: 10.1037/a0017000

Vandenberghe, L., & Silveira, J. M. (2013). Therapist self-as-context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159-167.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9230-8>

4.3 Artigo 3

Aprendendo com o cliente: O que o terapeuta comportamental leva para sua vida?

Learning from the client: What does the behavioral therapist bring into your life?

Aprender del cliente: ¿Qué aporta el terapeuta conductual a su vida?

Terapeuta Comportamental Aprendizados para vida

Resumo

A psicoterapia está pautada em uma relação interpessoal entre terapeuta e cliente. Com isso, aspectos pessoais do terapeuta irão se manifestar no trabalho clínico. Entende-se que terapeuta e cliente exercerão influência recíproca sobre o comportamento um do outro e serão modificados por essa relação. O objetivo deste estudo foi identificar os produtos da relação

terapeuta-cliente para a vida pessoal do terapeuta. Foram entrevistados 14 terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais, a respeito do que aprenderam para suas vidas pessoais fruto da interação com seus clientes. A análise dos dados foi pautada nos preceitos da *Grounded Theory Analysis*. Os resultados sugerem que os terapeutas aprendem sobre automanejo na relação com o outro: aceitar sem julgar, compreender as singularidades, respeitar o tempo do outro. Aprendem sobre o automanejo na relação consigo: ser tolerante e flexível, conhecer mais sobre resiliência, ampliar suas perspectivas sobre si, colocar em perspectiva suas relações familiares e suas próprias questões. Finalmente, alguns resquícios do relacionamento com os clientes: a adoção de topografias comportamentais do cliente e a ampliação da cultura através de contribuições do cliente.

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

Abstract

Clinical psychology is based on an interpersonal relationship between therapist and client, with this, both the client's and the therapist's personal aspects will be manifested in clinical work. Added to this, it is understood that therapist and client will exert reciprocal influence on each other's behavior and will be modified by this relationship. The aim of this study was to identify the products of the therapist-client relationship in the clinical context, for the behavioral therapist's personal life. Fourteen behavioral and cognitive-behavioral therapists were interviewed about what they learned for their personal lives as a result of interaction with their clients. Data analysis was based on the precepts of Grounded Theory Analysis. The results suggest that therapists learn about self-management in the relationship with the other: accepting without judging, understanding the singularities, respecting the other's time. They learn about self-management in their relationship with themselves: being tolerant and flexible, broadening their perspectives on human resilience, broaden their perspectives on themselves, put their family relationships into perspective, and put their own issues into perspective. Finally, therapists learn to use in their out-of-office life the remnants in the daily repertoire: adoption of topography/client behavior and expansion of culture.

Key-words: Psychotherapeutic processes; Grounded Theory Analysis; Manifest emotions; clinical psychology, therapist emotion; therapeutic relationship

Resumen

La psicología clínica se basa en una relación interpersonal entre terapeuta y cliente, con esto, tanto los aspectos personales del cliente como el terapeuta se manifestarán en el trabajo clínico. Sumado a esto, se entiende que el terapeuta y el cliente ejercen una influencia recíproca en el comportamiento del otro y serán modificados por esta relación. El objetivo del estudio fue identificar los productos de esta relación terapeuta-cliente en el contexto clínico, para la vida personal del terapeuta conductual. Se entrevistó a catorce terapeutas conductuales y cognitivo-conductuales sobre lo que aprendieron para sus vidas personales como resultado de la interacción con sus clientes. El análisis de datos se basó en los preceptos del análisis de teoría fundamentada. Los resultados obtuvieron que los terapeutas aprendan sobre la autogestión en la relación con el otro: aceptar sin juzgar, comprender las singularidades, respetar el tiempo del otro. Aprenden sobre la autogestión en su relación con ellos mismos: siendo tolerantes y flexibles, ampliando sus perspectivas sobre la resiliencia humana, ampliando sus perspectivas sobre sí mismos, poniendo sus relaciones familiares en perspectiva y poniendo en perspectiva sus problemas personales. Finalmente, los terapeutas aprenden a utilizar en su vida fuera de la oficina como remanentes en el repertorio diario: adoptando la topografía / comportamiento del cliente y ampliando la cultura.

Palabras claves: Procesos psicoterapéuticos; Análisis de la teoría fundamentada en datos; Emociones manifiestas; Psicología clínica; emoción del terapeuta; relación terapéutica

Através da psicoterapia as pessoas buscam com a ajuda do psicólogo clínico aprimorar suas habilidades sociais e a forma como regulam suas emoções. O relacionamento com o terapeuta gera um espaço de transformação em que essas demandas possam ser trabalhadas (Holman, Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2017) e onde o cliente adquire novas estratégias de enfrentamento e resolução de problemas (Koerner, 2020; Luoma, Hayes & Walser, 2021). Ainda que o foco seja a mudança do comportamento do cliente, o fato de que essa mudança se dê através de um relacionamento interpessoal (Mettel, 1987; Vandenberghe & Pereira, 2005) torna inevitável que a interação terapeuta-cliente também impacte o profissional de maneiras que transponham os limites do espaço clínico.

Ainda que pareça óbvio por se tratar de uma interação frequente e intensa, o cliente também mudar o terapeuta, Linehan (1988) observa que os efeitos transformadores do relacionamento terapêutico nas vidas tanto dos clientes quanto dos terapeutas foram pouco investigados pela literatura. A autora supracitada afirma que um relacionamento terapêutico positivo pode ser benéfico das mesmas maneiras que outros formatos de relacionamentos podem ser. Um exemplo destes benefícios pouco explorados que impactam o terapeuta, segundo Klauber (1976) é o de que a interação com os clientes ajuda os terapeutas a cristalizar seus próprios pensamentos, incluindo sobre os problemas inerentemente humanos como a luta para se comunicar e resolver problemas dentro de um relacionamento ou para chegar a um acordo com os próprios limites, por exemplo, auxiliando o profissional a ampliar sua perspectiva sobre as interações humanas e não apenas trazendo consequências para sua prática clínica.

Estudos, como os de Hatcher, Kipper-Smith, Waddell, Uhe e West (2012) e de Kottler e Carlson (2005) relatam lições importantes que terapeutas aprenderam com seus clientes: lições de vida, sabedoria, sobre relacionamentos, ética, enfrentamento, tomada de decisão, coragem, diferenças culturais, entre outros. Psicoterapeutas experientes (Mahoney & Craine, 1991) relataram que, ao longo dos anos em virtude de suas vivências como clínicos elevaram sua autoconsciência, assertividade, autoestima, sensibilidade, capacidade reflexiva, flexibilidade emocional, abertura e espiritualidade.

Em um estudo brasileiro (Cunha & Vandenberghe, 2019), terapeutas relataram que abrir-se para uma relação terapêutica profunda implica trabalhar com suas emoções em sessão. Trabalho este, que acarreta aprendizagem fruto da interação com seus clientes, trazendo novas perspectivas sobre si ou sobre algum aspecto da sua vida, incluindo

aprendizados que foram úteis em outros papéis sociais que exerciam fora da clínica (como mãe, esposa).

A literatura, ainda que escassa, sugere que o terapeuta aprende com o cliente para sua vida extra consultório (Hatcher et al., 2012), porém, oferece um panorama fragmentado e pouco descritivo a esse respeito. O presente estudo pretende avançar na compreensão do que os terapeutas levam da relação com o cliente para suas vidas fora do espaço clínico.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 14 psicólogos clínicos, cinco do sexo masculino e nove do sexo feminino. A média de experiência profissional entre os participantes foi de nove anos, variando entre três a 21 anos. Destes, seis atuam sob a perspectiva analítico-comportamental, quatro cognitivo-comportamental e quatro nas terapias contextuais.

Os participantes foram selecionados seguindo os seguintes critérios: a) ser psicólogo com credenciamento ativo junto a um Conselho Regional de Psicologia; b) ter sua prática clínica pautada em alguma terapia comportamental e c) ter no mínimo dois anos de experiência clínica. Foram excluídos os terapeutas cuja ênfase de trabalho não fosse a área clínica ou com os quais o roteiro de entrevista não fosse concluído.

Materiais

Foi elaborado pela primeira autora um roteiro como referência para a condução das entrevistas, começando com a solicitação de que o participante trouxesse exemplos de momentos vivenciados em seus contextos pessoais em que percebiam relação e influência vinda de algo vivido dentro do espaço clínico com seus clientes. Conforme as respostas eram

dadas, a pesquisadora formulou novas perguntas com intuito de esclarecer e aprofundar algum ponto de interesse da pesquisa. A autonomia dos participantes foi preservada em acrescentar informações que considerassem relevantes ao tema (influência da aprendizagem com o cliente na vida do terapeuta).

Procedimento

A coleta e análise dos dados seguiu o método da Grounded Theory Analysis (Teoria Fundamentada em Dados, TFD), na forma modificada (Charmaz, 2006). É um método sistemático de se estudar a diversidade da experiência do ser humano para gerar uma teoria capaz de compreender o comportamento dos indivíduos e descrever processos que podem explicar fenômenos complexos no cotidiano dos indivíduos (Strauss, 1987). Neste caso, trata-se de psicólogos clínicos comportamentais e sua experiência direta de aprendizagem na relação com seus clientes.

Uma das características da TFD é permitir que os conceitos aflorem a partir dos dados contrariando a prática mais comum, de aplicar conceitos derivados de um modelo escolhido para dar sentido aos dados coletados. Abdicando da restrição de poder usar somente uma teoria, a TFD abraça o agnosticismo teórico (Henwood & Pidgeon, 2010). Entendendo o agnosticismo teórico não como a recusa ao conhecimento prévio, mas que o pesquisador deve evitar que conceitos existentes sejam forçados na realidade descrita pelos participantes. No lugar de uma teoria previamente escolhida, prefere-se reconhecer o privilégio epistêmico das pessoas que vivem a realidade pesquisada e possuem maior familiaridade e experiência com o fenômeno (Levitt, Ipekci, Morrill & Rizo, 2021). Os participantes são quem tem o acesso à realidade e possuem maior condição de elucidar o funcionamento daquilo que se pretende estudar (o que aprenderam com seus clientes para suas vidas). Assim, ao utilizar a TFD, a

pesquisadora não buscou aplicar uma teoria existente, mas aprender com a comunidade que vive e trabalha com as situações que aguçam sua curiosidade.

Para a coleta de dados foram marcados encontros entre a pesquisadora e cada participante nos quais foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos. As entrevistas foram iniciadas após a assinatura do TCLE. A primeira autora conduziu as entrevistas e realizou as transcrições.

Seguindo os preceitos da TFD, os dois autores fizeram uma leitura analítica do material e delinearam segmentos de sentido relacionados ao objeto da pesquisa. Foram criados códigos que sintetizassem e explicassem essas unidades. A codificação da TFD não trabalha com códigos predefinidos, estes precisam surgir a partir da análise detalhada dos dados, é entendida como um trabalho analítico ativo, em que o pesquisador interage incessantemente com os dados para obter as formulações que melhor descrevem o que os dados brutos apresentam. A codificação aberta induz a estudar os dados rigorosamente e a começar a conceituar as ideias (Charmaz, 2006).

Esta análise inicial constitui um recurso descritivo que permite reconhecer quando os sentidos se repetiam no texto, qualificando-os com o mesmo código, sendo que esses códigos foram alterados e aprimorados ao longo das análises e comparações seguintes. Em seguida, os dados passaram por uma codificação focalizada que permitiu separar, classificar e sintetizar maiores quantidades de dados (Charmaz, 2006). Posteriormente, os códigos foram classificados, surgindo, assim, categorias que descreveram o que os terapeutas aprenderam com seus clientes.

Os resultados serão apresentados partindo das categorias que emergiram da análise dos códigos que serão exemplificados por fragmentos retirados das próprias entrevistas.

Resultados

O estudo mostrou que a interação com o cliente ensina o terapeuta tanto sobre automanejo na relação com o outro quanto sobre a relação consigo. Além disso, o terapeuta também pode adotar topografias comportamentais e elementos da cultura do cliente.

(Tabela 1)

Automanejo na relação consigo – O trabalho clínico amplia a autocompreensão e autocompassividade do terapeuta com sua própria experiência e história de vida.

Ampliar suas perspectivas sobre si e sobre suas próprias questões

A interação com os clientes pode levar o terapeuta a reconsiderar aspectos da sua história de vida ou alguma situação que esteja enfrentando. Estar numa relação intensa com tantos clientes dá ao profissional a oportunidade de visitar suas lembranças e trabalhá-las: “De forma geral, os nossos clientes fazem a gente olhar pra nossa própria vida em vários momentos, né? Seja quando eles trazem conteúdos específicos que tem a ver com você, o terapeuta, como pessoa. [...] Eles trazem outros tipos de conteúdo que te fazem refletir sobre aspectos que você nunca havia pensado antes, que você não se desse conta se eles não tivessem feito determinado comentário ou alguma pergunta que você nunca tinha parado pra pensar. Então, eu acho que essa troca, ela faz a gente pensar em questões sobre a nossa prática e sobre a nossa vida pessoal “ - (K).

Ao ser exposto a demanda dos seus clientes, isto amplia a perspectiva do terapeuta sobre o sofrimento humano e o terapeuta pode adotar as mesmas estratégias dos seus clientes

para enfrentamentos em sua própria vida: “O que eu trabalho no dia com quem vem no consultório me faz pensar na minha vida, nas minhas relações e isso me serve, seja como alento, porque tem gente passando por coisa muito mais difícil, com muito menos recurso, ou até como forma de ver a realidade por outro ângulo, sabe? Vira e mexe atendo alguém que a queixa lembra muito uma situação minha e as estratégias daquela pessoa, fazem sentido e são coisas que eu provavelmente não pensaria, caso não tivesse oportunidade de ouvi-la.” – (L).

O cliente pode servir de modelo. Terapeutas ampliam seu repertório comportamental através do que observou do comportamento e das habilidades de um cliente: “Ele fala de uma forma tão segura, [...] Não tem esquivas, sabe? É como se isso não fosse um problema. E eu às vezes tenho esse receio de incomodar. [...]. Um exemplo concreto, às vezes eu estou com uns amigos e estou me sentindo ansioso, meio inseguro. Já aconteceu de eu me lembrar desse paciente e de como acho interessante o comportamento dele, sério, seguro comigo e eu tento agir da mesma forma” – (I).

Tal experiência ajuda terapeutas a reavaliar a sua própria dor: “Então sempre tive esse conflito com o feminino. E aí, eu tive todas essas pacientes, mulheres também muito raivosas e também recebendo essas muitas punições e olhando pra elas e por ter que lidar com essas coisas delas ficou muito mais fácil pra mim também desenvolver um repertório mais flexível, aceitar melhor essa condição que não é só minha, muito de me aceitar mesmo e ajudar essas mulheres nesse processo também” – (B).

Ser tolerante e flexível

O trabalho com os clientes pode se tornar um espaço de treino para a autocompaixão: “Eu sempre fui uma pessoa de estipular prazos, delimitar tempo, em quanto tempo eu quero dominar determinado conteúdo, e para mim pessoalmente hoje, eu percebo que eu tenho que

respeitar o meu tempo. Às vezes tem uma habilidade que você demora um tempo até conseguir compreender, até você conseguir executar. Algumas coisas tem um tempo para se organizar, e que eu não vou conseguir fazer tudo numa velocidade como a idealizada” – (H).

O trabalho com os clientes pode propiciar a abertura às experiências internas do terapeuta e ensinar sobre aceitação de eventos privados desagradáveis: “Sendo mais tolerante mesmo, é algo que a clínica me exige e que nem sempre eu tinha como prioridade na minha vida pessoal. Tolerar, relevar muita coisa, tentar entender em perspectiva, sabe? Isso na minha vida pessoal, sem dúvida, veio como reflexo do consultório, da clínica e do que a relação com meus clientes me traz. Fui aos poucos levando pra minha relação comigo, ser tão bacana comigo quanto me esforço pra ser com quem me procura, entender que também preciso e mereço isso e que posso me oferecer isso.” – (L).

Incentivo ao desenvolvimento da resiliência

As experiências dos clientes fornecem ao terapeuta oportunidades de aprendizagem indireta (por observação) a respeito de transcender limitações e adversidades: “Teve uma em específico que me ensinou mais, sobre resiliência, sobre nossa capacidade de passar por situações muito difíceis, muito sofridas e ainda encontrar sentido pra vida. Ela era uma adolescente, 17 anos, estava indo a uma festa com os amigos, na volta aconteceu um acidente e ela teve que amputar as duas pernas. Eu comecei a atender ela. Foi um atendimento muito sofrido. [suspiro] Foram momentos muito difíceis, mas eu via nela uma capacidade de passar por aquilo de uma forma tão incrível. Eu aprendi tanto sobre força, sobre superação, e ela encontra sentido para aquilo.” – (J).

A terapeuta L exemplifica seu aprendizado sobre resiliência através de relatos de clientes cujo compromisso com construir uma vida significativa transcende às limitações

presentes em seus contextos: “Os pacientes que a princípio eu imagino que não vou conseguir ajudar muito, sabe? Com repertório muito pobre, rede de apoio quase zero e que depois de um tempo, recobra a qualidade de vida, investe em relações profundas. Esses me marcam muito. Me ensinam muito sobre superação, [...] são pessoas que sempre me emocionam muito e que eu acabo tendo admiração mesmo!”.

Ao comparar sua história com a de clientes, terapeutas podem rever os seus problemas e atribuir uma nova perspectiva a eles: “Me dá essa sensação e inclusive faz com que eu entenda que eu tenho poder sobre as minhas decisões, eu não sou vítima, entende?” – (B).

Automanejo na relação com o outro – Através da relação com o cliente, o profissional aprende a ser mais receptivo com outras pessoas e a acolher uma realidade diferente da sua.

Colocar em perspectiva suas relações familiares

Algum traço do cliente funciona como estímulo para que o terapeuta tome consciência de algum aspecto de suas relações familiares que não havia acessado antes desta interação. Ou em outros casos, algo que aparece na terapia leva o terapeuta a reavaliar um aspecto da sua família, de como se comporta em suas relações familiares e a perceber esta interação de maneira diferente a partir do que ocorre em sessão: “A senhorinha que estava na minha frente fisicamente é muito parecida com minha mãe. Então é muito nítido pra mim. Poxa, como é que eu to cuidando da relação com a minha mãe, por exemplo. Então, a partir daquele encontro com ela eu comecei a refletir que eu precisava dedicar mais tempo com a minha mãe.” – (A).

Além disso, a exemplo dos clientes, o terapeuta pode aprender a lidar melhor com suas relações familiares: “Quando me pego, por exemplo, brigando por pouco com meus próprios

filhos. Poxa, se aquela senhora, tão mais pobre, com tão menos recursos de apoio consegue tolerar aquela pessoa com comportamentos tão mais difíceis que meu filho, poxa, eu que sou psicólogo e vivo em uma situação tão mais confortável, com tanto mais recursos, né? Como posso eu, me permitir ser tão irritável, ter tão pouca paciência, tão pouca habilidade pra dar conta aqui do meu pequeno?” – (D).

As relações interpessoais do cliente ensinam ao terapeuta a olhar com mais consciência e compaixão para as suas próprias relações e a se envolver em ações que valoriza e que aumentem a qualidade das suas interações: “Aquilo que disse de esperar pra responder, levei muito pro meu casamento, pros meus filhos. Se eu fosse avaliar a frequência e intensidade de conflito familiar que vivo hoje, mandaria uma carta de agradecimento a esses pacientes que me mostraram isso” – (N).

Compreender as singularidades

Se relacionar de maneira tão próxima e intensa com os clientes permite ao terapeuta atestar que nenhuma relação é idêntica a outra. Apesar das relações colaborativas com todos os clientes serem guiados pelos mesmos princípios profissionais (ética, respeito, sigilo, por exemplo), em todas florescem características particulares a cada pessoa com sua história de vida e personalidade, moldando assim o tipo de interação estabelecida entre terapeuta e cliente: “Se eu não estivesse na minha prática clínica eu teria mais dificuldade pra entender o quanto a história do outro é única, o quanto nós somos únicos, o quanto a realidade do outro, muita das vezes é única. Eu não posso tentar entender esse outro com a minha forma de ver o mundo, porque é muito único, muito singular. Em outras profissões, as pessoas têm mais dificuldade de entender isso. [...] Se eu não estivesse na prática clínica eu não compreenderia tão bem. [...] É um dos aprendizados mais ricos que a clínica tem me dado ao longo desses anos.” – (J).

Trata-se de um aprendizado que conduz à humildade, uma vez que está associado a abrir mão da pretensão de predizer as pessoas ou classificá-las: “O que eu aprendi é que eu sempre vou saber muito pouco sobre o outro, entende? Porque cada pessoa é muito própria, mesmo que eu já tenha vivido algo parecido, atendido algo parecido, é sempre único e isso joga na cara da gente, o quanto somos particulares. Isso é maravilhoso e também um desafio enorme. É como se as pessoas tivessem ingredientes até parecidos, mas a receita fosse outra [risos], me ajuda conhecer os ingredientes, mas eu preciso aprender sobre a receita” – (L).

Aceitar sem julgar

Uma transformação que a interação com os clientes pode gerar é que terapeutas abrem mão de julgar: “Ser terapeuta me ensinou a respeitar e procurar entender o outro mesmo, sem o crivo do julgamento o tempo todo.” – (B). Aprende-se que todos se comportam num contexto que torna o comportamento compreensível: “Existe uma contingência por trás de tudo isso, [...] não é o valor que a gente atribui ao outro, porque ele é muito mais fruto da contingência do que ser boa ou ruim.” – (B).

Abrir-se para compreender o que leva uma pessoa a se comportar, favorece a empatia e a compreensão: “A clínica me ajuda a ser menos julgadora. Me ajuda a ter menos certos e errados. [...] É uma habilidade interessante pra gente levar pra vida.” – (C). Há um efeito de retroalimentação quando a compassividade aprendida no consultório se torna uma característica pessoal do terapeuta que por sua vez favorece seu trabalho: “No consultório eu tinha que ser, e na vida pessoal não me via nessa obrigação, e percebi que não é isso, porque enquanto mais hábil, mais gentil eu sou na minha vida pessoal, melhor terapeuta você será” – (K).

Respeitar o tempo do outro

A experiência do consultório ensina o terapeuta a esperar o tempo das pessoas com quem interage e com quem convive para se expor: “Conseguir esperar o tempo do outro, o que pra mim é uma coisa mega difícil, e isso é uma coisa que permeia todas as minhas relações, porque [...] eu também sou professora, sou irmã, sou filha, e eu acabo cobrando muito. Então, atender na clínica me ensinou a dar uma pausa nesse surto de ansiedade que a gente tem de querer que as pessoas andem nesse ritmo.” - (B).

Remanescências da convivência: Vestígios da convivência com o cliente podem acompanhar o terapeuta fora do consultório após o fim da relação terapêutica.

Incorporar comportamentos semelhantes aos do cliente

Como em qualquer outra relação frequente e intensa, o profissional pode ser influenciado em sua forma de agir, por alguns padrões de comportamento do cliente. Pode adotar gírias ou expressões características: “A convivência faz isso, né? Faz com que a gente reproduza certos comportamentos, então acho que é natural.” - (H). O terapeuta passa a reproduzir algo de um cliente em suas interações: “Citei frases de clientes marcantes, que agora eu uso no dia-a-dia.” – (F).

Ampliação de cultura

O cliente compartilha informações e dicas que podem ter utilidade ao terapeuta: “Já peguei altas dicas de médicos, lugares legais com os clientes.” – (J). Um cliente com uma cultura diferente pode expandir e enriquecer as experiências do terapeuta: “Me vejo mais aberto a novas experiências, por causa dessas interações, por causa desses pacientes, também. Digo, por ouvir em sessão conheço música, filmes, livros, muito mais diversificados, por exemplo, fora da minha caixinha, por ser algo que ouvi de um cliente, e ser uma pessoa que

importa pra mim. [...] Às vezes só porque fiquei curioso mesmo [risos] me serve de dica de programa pra fazer com a minha família, entende? Lembro que não me atentei que o Circo de Soleil iria a Brasília, por exemplo. Uma paciente disse na sessão. Tinha a ver com algo que vínhamos trabalhando, e olhei pra ir com minha família.” – (N).

Discussão

O presente estudo cumpriu com seu objetivo ao identificar o que terapeutas comportamentais levam para suas vidas fora do espaço clínico fruto do que aprendem na relação com seus clientes. Confirma a colocação de Linehan (1988) de que os terapeutas, através das relações interpessoais íntimas com os clientes, aprendem e crescem como seres humanos, muito além do que diz respeito à sua atividade profissional. O atual estudo acrescenta algumas especificidades ao apontar em quais aspectos não relacionados a sua atividade profissional há crescimento e aprendizado por parte do terapeuta. Mostra que as aprendizagens alteram a interação do profissional com as outras pessoas com quem convive de maneiras específicas, a saber, adotando uma postura de maior aceitação ao invés do julgamento, compreendendo as singularidades e respeitando o tempo do outro.

Foi visto como terapeutas modificam sua relação consigo no que diz respeito a desenvolver maior tolerância e flexibilidade diminuindo assim a autocrítica, experimentam uma noção mais ampla a respeito da resiliência humana e assim através do comportamento do cliente obtém inspiração ou até modelos para lidar com suas próprias dificuldades, aprendem a colocar em perspectiva tanto suas questões (tendo a vivência do cliente como gatilho ou como parâmetro), quanto a ampliar sua perspectiva a respeito de si, ora encontrando no comportamento do cliente uma alternativa para resolução dos seus próprios problemas pessoais, seja como também visto em Stahl, Hill, Kleinman, Isenberg e Stern (2009) adquirindo apreciação para suas próprias vidas e usando o que aprenderam para crescimento

pessoal. Ao ter acesso aos relatos dos clientes a respeito da maneira como se comportam em suas outras relações, isto oportuniza que o terapeuta reavalie a forma como se comporta com os seus fora do consultório e se comprometa a emitir comportamentos similares aos do cliente. Além de levar o profissional a adotar topografias específicas de certos clientes e a ampliar sua cultura e seu conhecimento aplicáveis a questões práticas do cotidiano como uso de dialetos, por exemplo.

No presente estudo, os participantes relataram que com a experiência clínica adquiriram uma postura clínica menos julgadora com seus clientes e buscam cada vez mais contextualizar comportamentos destes, não se orientando estritamente a rótulos ou diagnósticos pré-concebidos. Esta mesma postura aprendida na relação com o cliente, transpõe o seu exercício profissional e passa a ser vista como reflexo deste, em sua vida pessoal, dialogando com os achados de Hatcher e cols (2012) que pressuporam ser necessário estar atento às diferenças individuais, realmente olhar para a cultura do indivíduo, história de vida, crenças pessoais e ajudá-los, o terapeuta aprende sobre as culturas e como elas influenciam o cliente, tendo como acréscimo do presente estudo, que este aprendizado uma vez adquirido na prática clínica, não se restringirá apenas a este contexto.

Enquanto Rønnestad e Skovholt (2003) compreenderam que a vida pessoal influencia o funcionamento profissional e desenvolvimento ao longo da vida profissional do terapeuta, o presente estudo consubstancia o movimento inverso. Ilustrou como a vida profissional do terapeuta influencia seu funcionamento pessoal, familiar e social. Devemos reconhecer a importância do círculo causal entre a vida pessoal do terapeuta e sua atuação como profissional. Cada uma dessas dimensões é importante para o funcionamento da outra. O desempenho na profissão enriquece a vida pessoal e social, que também sustenta o bom funcionamento como profissional.

A história de vida e o modo como o cliente se comporta e soluciona problemas pode servir de referência ao terapeuta em seus outros ambientes. Aponte e Kissil (2014) observam que as lutas e dificuldades vividas pelos terapeutas são suficientemente similares com as dos clientes, permitindo identificação com o cliente. Porém, para Aponte e Kissil isso facilita usar a vida pessoal do terapeuta para a psicoterapia do cliente, mas não como a presente pesquisa sugere, não estende isso para a possibilidade de aprendizagem para com o cliente. Os dois estudos partiram de um mesmo achado – a identificação entre terapeuta e cliente – porém se distanciam em relação aos produtos dela, Aponte e Kissil (2014) os percebe na psicoterapia a favor do cliente, no presente estudo na vida pessoal do terapeuta como fruto do que aprendeu com o cliente com vivência similar à sua, mas forma de enfrentamento diferente.

Existe uma perspectiva que concebe o espaço clínico como um ambiente para preparar o cliente para ser mais efetivo em suas relações fora do consultório, tendo como ferramenta a relação terapêutica e o próprio terapeuta (Holman, Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2017; Kohlenberg & Tsai, 2006). No entanto, o espaço clínico sendo um espaço interpessoal de influência recíproca (Mettel, 1987; Vandenberghe & Pereira, 2005), o presente estudo enfatiza que, o cliente serve de modelo para novos comportamentos interpessoais do terapeuta, “Na interação com o outro a gente aprende demais, o que eu percebi em mim tempos atrás, foi eu tendo comportamentos que a minha cliente tinha com o marido. E não foi como reflexão, foi como repetição, sabe? - (J) ”, como comportamentos encobertos, a tomada de perspectiva sobre suas próprias questões, “Trazer alterações pra essa pessoa me dá essa sensação e inclusive faz com que eu entenda que eu tenho poder sobre as minhas decisões, eu não sou vítima, entende? - (B)”.

Conclusão

De acordo com o modelo construído neste estudo, assim como o comportamento do cliente aprendido e emitido em sessão é replicado em seus outros contextos, sendo esta uma consequência almejada na forma de objetivo terapêutico. Aquilo que o terapeuta aprende com o cliente em sessão também é passível de replicação em seus outros contextos, em suas outras relações, ainda que este aspecto não seja objetivo do processo terapêutico e que por muitas vezes, esta influência exercida pelo cliente, passe despercebida pelo próprio profissional.

Ser exposto continuamente a relações íntimas e de cooperação como ocorre no trabalho como clínico não implica apenas na ampliação do repertório aplicado à clínica, tornando o terapeuta mais hábil e experiente, implica também na forma como o clínico analisa e se comporta em suas relações familiares, sociais e consigo. O trabalho com o cliente ensina o terapeuta a manejar de forma mais eficiente e compreensiva sua relação com o outro, de forma mais compassiva sua própria experiência e a identificar particularidades de algum cliente que possam permanecer presentes no terapeuta, transformando-o.

O presente estudo teve como limitações o foco em uma área e formação específicas da psicologia, a clínica, e terapeutas comportamentais, não permitindo ao estudo generalizar seus achados a outras áreas da psicologia ou a clínicos que fundamentam seus atendimentos em outras perspectivas teóricas. Por se tratar de uma metodologia que privilegia a experiência dos participantes sobre o tema e o papel ativo do pesquisador na construção do modelo, vieses tanto na sensibilidade da pesquisadora durante a interpretação dos dados, quanto na fala dos participantes, ainda que não identificados, são possíveis de ocorrer. O interesse da atual pesquisa é não só aprofundar a compreensão dos psicólogos clínicos sobre o quanto aprendem para si com a relação que estabelecem com seus clientes na clínica e o quanto são modificados pela função que exercem, como também torná-los mais sensíveis às suas próprias

vivências. O estudo e por consequência, os participantes da pesquisa podem servir como modelo da influência do cliente na aquisição de repertório do profissional.

O estudo pretende acrescentar ao que já se sabe sobre o tema, identificando aspectos onde o cliente ensinou algo ao terapeuta que transcende ao espaço clínico. Todavia pode-se pensar na necessidade de desenvolver uma discussão mais descritiva e aprofundada sobre aspectos da vida do terapeuta e a influência que o cliente teve sobre estes. As contribuições do presente estudo, situam-se nesse ponto. Orienta-se que estudos com foco semelhante, ainda que adotando diferentes metodologias, continuem evoluindo na identificação e descrição da colaboração do cliente na vida do terapeuta enquanto pessoa, não restringindo a interação entre a dupla ao âmbito estritamente profissional. Novas investigações podem abranger a relação terapêutica ou o impacto da história de vida do cliente para o terapeuta como precursores de mudanças no profissional, ampliando a compreensão de que a relação entre terapeuta e cliente é uma potente ferramenta de transformação mútua.

Referências Bibliográficas

Aponte, H. J., & Kissil, K. (2014). “If I can grapple with this i can truly be of use in the therapy room”: using the therapist’s own emotional struggles to facilitate effective therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 152-164

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks, CA: Sage

Cunha, O. R., & Vandenberghe, L. (2019). Manifestações emocionais do terapeuta durante as sessões: Por que arriscar-se e quais benefícios esperar?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178057>

Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J.M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(48), 1-21.

DOI:[10.46743/2160-3715/2012.1702](https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1702)

Henwood, K., & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. S. Smith (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (3a ed., pp. 340–361). Porto Alegre: Artmed.

Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, J. R. (2017). *Functional analytic psychotherapy made simple*. Oakland: New Harbringer

Klauber, J. (1976). Some little-described elements of the psychoanalytical relationship and their therapeutic implications. *International Review of Psycho-Analysis*, 3. 283-290

Koerner, K. (2020). *Aplicando a Terapia Comportamental Dialética: Um guia prático*. Porto Alegre: Synopsis

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETEC.

Kottler, J.A. & Carlson J. (2005). *The client who changed me: stories of therapist personal transformation*. Routledge

Levitt, H.M., Ipekci, B., Morrill, Z., e Rizo, J. L. (2021). Reconhecimento intersubjetivo como a promulgação metodológica do privilégio epistêmico: base crítica para procedimentos de consenso e confirmação intersubjetiva. *Qual. Psychol.* doi: 10.1037/qup0000206

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

Luoma, J.B., Hayes, S.C. & Walser, R.D. (2021). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para terapeutas*. Porto Alegre: Synopsis

Mahoney, M. J., & Craine, M. H. (1991). As crenças em mudança dos especialistas em psicoterapia. *Revista de Integração psicoterapia*, 1(3), 207-221.

<https://doi.org/10.1037/h0101231>

Mettel, T.P.L (1987). A relação terapeuta-cliente sob o enfoque comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*. v. 7, n. 1, pp. 28-29. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931987000100009>

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

Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>

Stahl, J. V, Hill, C. E., Jacobs, T., Kleinman, S., Isenberg, D., & Stern, A. (2009). When the shoe is on the other foot: A qualitative study of intern-level trainees' perceived learning from clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 376-389.

DOI: 10.1037/a0017000

Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, Cambridge University Press, p.22-39

Tabela 1. Produtos da aprendizagem com o cliente para a vida pessoal do terapeuta

Categorias	Participantes que contribuíram

<i>Automanejo na relação consigo:</i>	
	B,C,D,E,F,G,I,J,K,L,M (11)
Ampliar suas perspectivas sobre si e sobre suas próprias questões	
Ser tolerante e flexível	G,H,K,L,M,N (6)
Incentivo ao desenvolvimento da resiliência	B,J,L (3)
<i>Automanejo na relação com o outro:</i>	
Colocar em perspectiva suas relações familiares	A,D,F,G,H,N (6)
Compreender as singularidades	J,L (2)
Aceitar sem julgar	B,C,G, K,M (5)
Respeitar o tempo do outro	B (1)
<i>Remanscências da convivência:</i>	
Incorporar comportamentos semelhantes aos do cliente	F,H,I,J (4)
Ampliação da cultura	G,J,L,N (4)

5 Discussão

A presente tese cumpriu com o objetivo de descrever o que e como os terapeutas comportamentais aprendem ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes. Entendendo a aprendizagem conforme descrito por Catania (1999) como um intercâmbio direto com o mundo, através da exposição a certos arranjos de contingências ou através da mediação por outro organismo, compreendemos a aprendizagem do terapeuta como resultado inevitável das trocas recíprocas que ocorrem em sessão, através do envolvimento pessoal e exposição direta às contingências da interação com a pessoa do cliente. Já se era sabido aspectos relevantes para a prática clínica do terapeuta (como sua responsabilidade como terapeuta, ceder espaço para o cliente), bem como a natureza pessoal do relacionamento com o cliente. No entanto, a visão inovadora apresentada neste estudo, foi dar ao cliente o papel ativo de transformador do seu terapeuta, ensinando-o sobre o exercício clínico e repercutindo em aspectos da vida pessoal do terapeuta. Isto coloca o cliente no mesmo patamar na formação do terapeuta que ocupam a supervisão, formação e psicoterapia pessoal.

Apesar dos terapeutas entrarem no exercício clínico com a cobrança de imparcialidade, objetividade e eficácia, se deparam com uma realidade diferente da qual foram preparados, a saber, uma relação pessoal com uma outra pessoa. Embora compreensivelmente o campo da psicoterapia tenha se concentrado principalmente nos efeitos desta sobre os clientes, muitos autores consideram importante levar em conta seus efeitos recíprocos no terapeuta, dando maior ênfase para a relação e a influência mútua que ocorre durante o processo de psicoterapia (Hatcher et al., 2012; Vandenberghe & Pereira, 2005; Ronnestad & Skovholt, 2003).

Até o presente momento, estudos sobre a pessoa do terapeuta têm sido mais expressivos no que tange a prudência ao se colocar na relação com o cliente, o distanciamento necessário ou sobre os efeitos nocivos que uma relação mais próxima pode acarretar seja para o cliente ou para o terapeuta (Vandenberghe, Coppede & Bittencourt, 2018). Kottler e Carlson (2005) em seu livro, por exemplo, defendem que é certamente verdade que os terapeutas (e seus clientes) podem sofrer terrivelmente se alguns de seus limites forem transpostos e que aspectos pessoais e profissionais possa se confundir ao ponto de dificultar para manter um equilíbrio saudável no contexto clínico. O presente estudo não desconsidera seus antecessores em relação aos riscos de um envolvimento íntimo do terapeuta em sua atuação (Vandenberghe, Coppede & Bittencourt, 2018; Lima & Vandenberghe, 2021). Contudo, como desdobramento do modelo apresentado no estudo, foi oferecido um caminho para tornar esse envolvimento o mais seguro e viável possível à dupla.

Ao reconhecer o risco, é possível avançar na compreensão das maneiras para que a abertura à influência do cliente sobre o terapeuta se torne mais segura e proveitosa para terapeuta, cliente e para a relação que estabelecem. Os terapeutas lidam de forma a criar um espaço para um crescimento recíproco, gradual e cumulativo que faz parte natural do desenvolvimento profissional. Outro elemento que torna a exposição às influências do cliente mais segura é o trabalho ativo na supervisão e a reflexão aprofundada com ajuda do estudo contínuo, que permite o terapeuta a processar profundamente e se apropriar de uma forma integrada do que aprendeu do cliente. Trata-se, como argumentado na tese e em concordância com Kottler e Carlson (2005) de uma influência recíproca exercida entre terapeuta e cliente. Neste caso, não se prende a um caso ou cliente específico, mas a natureza processual e contextual que se dá o trabalho clínico.

Conforme demonstrado na tese é comum que ao encorajar o cliente a entrar em contato com suas próprias demandas, o terapeuta acesse em alguma medida suas questões pessoais. Ouvir a maneira com que o cliente lidou com algumas de suas dificuldades, a forma como este solucionou problemas pode servir de modelo para o terapeuta e ser incorporada pelo profissional como tentativa de solução dos seus próprios problemas extraconsultório. Tal observação vai ao encontro com Kottler e Carlson (2005) quando argumentam que, ao tentar ajudar os clientes a lidar com lutas pessoais, muitas vezes o terapeuta acaba sendo ajudado a lidar com problemas semelhantes, a cada conversa são pressionados a examinar temas que

podemos ter ignorado, são desafiados em suas crenças mais queridas e convidados a explorar suas próprias áreas vulneráveis.

Em uma infinidade de momentos, o profissional também lidará com suas próprias questões que vieram à tona após o contato com o cliente. Sendo assim, não só o terapeuta funciona como uma espécie de catalisador para as mudanças do cliente como o cliente pode cumprir igual função para as mudanças do terapeuta. Trata-se de aumentar a abertura e a sensibilidade para a conexão entre duas pessoas no processo psicoterápico. O presente estudo mostrou como a relação terapeuta-cliente de acordo com os próprios terapeutas traz impacto e por consequência modifica o terapeuta tanto no âmbito profissional, direcionando o trabalho do terapeuta, auxiliando que o profissional desenvolva competências clínicas e estratégias para o consultório como também impacta e modifica aspectos da vida pessoal do terapeuta.

Duas características cogitadas como essenciais nas Terapias Comportamentais Contextuais (Lucena, Pinto & Oliveira, 2015) se destacaram na transformação dos terapeutas: assim como a própria psicoterapia, aprender com o cliente também se dá de forma contextual e processual. Essa aprendizagem além de processual tem natureza contextual uma vez que, segundo os dados da presente tese, os clientes direcionam a aprendizagem dos profissionais que acabam sendo instigados e convidados a expandirem seus conhecimentos por meio dos desafios apresentados por cada caso.

De acordo com o presente estudo, a prática clínica e a relação com os clientes ajudam o profissional a diminuir a rigidez em sua atuação. O mesmo foi visto no exemplo em Hatcher et al. (2012) com dois participantes. Uma participante, a Dra Ellen relatou que quando as pessoas entram em seu consultório, ela não precisa necessariamente resolver seus problemas, aprendeu que pode apenas sentar com eles e trabalhar juntos. Dr. Pedroso mencionou ter aprendido sobre humildade e aceitação, não ser onipotente. Deste modo, o terapeuta aprendeu que não precisa seguir uma sequência rígida de intervenções pré-estabelecidas, mas deixar que o que ocorre em sessão direcione sua atuação.

No estudo de Hatcher et al. (2012), os terapeutas participantes destacaram terem aprendido com os clientes a importância das diferenças culturais para desenvolverem um trabalho eficaz, alertando ainda para o risco das generalizações excessivas dentro do mesmo grupo cultural. O presente estudo apoia esse achado, ao mostrar que o trabalho clínico permite ao profissional conhecer realidades diferentes da sua, o que inclui aspectos culturais. Significa

levar em conta aspectos gerais do contexto daquele cliente (religião, raça, por exemplo) e ainda assim, não perder de vista a singularidade de cada cliente o que o torna único ainda que dentro de um contexto comum. Aprender sobre ser sensível ao cliente como pessoa evitando enxergar através de rótulos e julgamentos, desenvolver a habilidade de observar e aprender com o contexto sem abrir mão das especificidades de cada caso, de cada pessoa.

Cabe finalizar a tese com uma consideração que deve repercutir de maneira importante sobre como a profissão enxerga a relação terapeuta-cliente. O presente estudo demonstrou que um terapeuta que se resguarda em uma postura neutra ao cliente, seja para seguir as regras advindas de sua orientação teórica ou no intuito de diminuir o impacto do cliente sobre ele, perde na qualidade do vínculo entre terapeuta e cliente e possivelmente na capacidade de interpretação sobre o que ocorre dentro da relação terapêutica. O conforto de se sentir resguardado do impacto emocional da terapia, tem como contrapeso o desconforto ao se perceber pouco autêntico, como descrito pela terapeuta N que relembrou o início de sua trajetória clínica “quando eu atuava de forma mais rígida, mais distante, mais preocupada com as técnicas. Ainda assim, eu via muito resultado na terapia com o cliente, não era menos efetiva que agora. O que acontecia era que eu não ficava à vontade. Eu não me sentia eu naquela relação, entende? Pra mim faltava alguma coisa”.

A neutralidade do terapeuta dificulta que ele se abra para aprender com o cliente, já que toma como premissa a relação terapêutica distante e hierarquizada: “antes eu tinha uma certa arrogância de achar que eu sabia o que era bom pro meu cliente. O foco era muito diferente, porque era em redução de sintomas. Então eu achava que eu sabia o que eu tinha que fazer por ele. Mesmo que eu falasse para os meus alunos que os objetivos da terapia são traçados junto com o cliente, mas tinha uma arrogância de achar que sabia o que era bom pra pessoa.” – (M). Como exposto pela terapeuta M, ao rejeitar a possibilidade de influência mútua, o terapeuta não só adota uma postura incoerente com a ideia de relação real, como perde a oportunidade de aprender com o cliente sobre ele e com ele, já que se coloca em uma posição superior durante o processo psicoterápico, correndo o risco de ser insensível a quem está à sua frente.

6 Considerações Finais

O presente estudo traz uma leitura revigorada do relacionamento terapeuta-cliente. Os seus resultados permitem a profissão de olhar o que ocorre entre ela e a população atendida por um prisma inusitado. É imprescindível incluir de forma explícita, nos projetos pedagógicos e nas teorias de desenvolvimento de competências clínicas, o que e como os terapeutas aprendem dos seus clientes. O cliente deve ser incluído explicitamente nesses modelos como fonte de ensinamento e reconhecido assim. A tese convida também, os psicoterapeutas a se engajarem no seu trabalho com um maior reconhecimento do papel ativo que o cliente tem, não só no processo terapêutico, mas também na formação do próprio terapeuta como profissional e como pessoa.

Ensaaios e treinos de comportamento de intimidade (Almeida, Runnacles & Silveira, 2016) podem preparar os terapeutas para a influência que os clientes exercerão sobre eles. No entanto, a presente tese não teve como objetivo modificar a maneira em que terapeutas se colocam frente a seus clientes. Não pretende oferecer estratégias para que terapeutas aprendam a aprender melhor com os seus clientes. Compreende que é desejável que terapeutas estejam conscientes do processo de aprendizagem com o cliente e que sejam capazes de otimizar e aproveitar tanto como profissionais quanto como pessoas dessa aprendizagem, porém, não propõe um treinamento para aprender a aprender. Defende que esta aprendizagem precisa ser uma experiência vivencial e contextualizada. Deve ocorrer *in loco*, e em tempo real entre terapeuta e cliente. De qualquer outra forma, tiraria o protagonismo do cliente sobre o que o terapeuta aprende.

Sendo assim, os acréscimos oferecidos pela presente tese se concentram na identificação e organização do papel do cliente como agente ativo na formação do terapeuta. Esse papel se mostrou crucial e até então, vinha sendo pouco descrito na literatura e se dando

de forma predominantemente intuitiva na prática clínica. Quanto à literatura teórica fica a contribuição da presente tese de incluir esse ponto cego, o cliente, como um dos principais meios para a aquisição de competências clínicas aos terapeutas. Quanto à prática clínica fica como recomendação para os terapeutas de estarem conscientes do processo inevitável de aprendizagem com o cliente, para participarem dele de forma consciente e sustentados pela sua própria experiência e objetivos contextualizados numa visão ampla da sua prática profissional.

Notamos também que a pesquisa em si teve um efeito terapêutico, não só para a pesquisadora, mas também para os participantes. As entrevistas permitiram a eles revisitarem suas próprias trajetórias clínicas e acessarem novas perspectivas a respeito da relação terapêutica e do trabalho como clínicos. Ao longo das entrevistas foi observado que os participantes valorizaram a oportunidade de expressar suas experiências de aprendizado com seus clientes em psicoterapia e se viram desmembrando aspectos de cada relação que construíram, os quais muitas das vezes eram desconhecidos e na ocasião da entrevista, foi possível entrar em contato como ouvintes ativos de suas próprias experiências.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. S., Runnacles, A. L. S., & Silveira, J. M. (2016). Treino de comportamentos de intimidade para terapeutas em processo de formação em Psicoterapia Analítica Funcional. *Perspectivas*, 7(2), doi: 10.18761/pac.2016.020
- Andery, M. A. P. A., Micheletto, N., & Sérgio, T. M. A. P. (2002). Uma análise das referências feitas por Skinner de 1930 a 1938. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 21-33.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Banaco, R. A. (1993) O Impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71-80.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson, R. M. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon
- Batista, C. G., Ferrari, E. M. & Lalon, D. T. (2005). Luiz Otávio de Seixas Queiroz: Um pioneiro da análise do comportamento no Brasil. *Revista Brasileira de Análise do comportamento*, 1, 269-273. Retirado de: <http://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/viewPDFInterstitial/794/1104>
- Bellodi, A. C. (2011). *Terapia Comportamental no Brasil: História de Terapeutas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Boris, J. B., & Daniel, G. (2008). Versões de sentido: um instrumento fenomenológico-existencial para a supervisão de psicoterapeutas iniciantes. *Psicologia Clínica*, 20 (1).
- Borja, G. (1995). *La locura lo cura*. Ed. La llave. Madrid.
- Braga, G. L. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na Terapia Comportamental. *Estudos de Psicologia [PUCCAMP]* .23(3), 307-314
- Calligaris, C. (2007). *Cartas a um jovem terapeuta*. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed. (Original publicado em 1998)
- Charmaz, K. (2016). *The power of constructivist grounded theory for critical inquiry*.
- Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: ESETEC

- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(2), 46-57.
- Cunha, O. R., & Vandenberghe, L. (2019). Manifestações emocionais do terapeuta durante as sessões: Por que arriscar-se e quais benefícios esperar?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178057>
- Cunha, O. R.; Vandenberghe, L. (2016). O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, pp. 72-86
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A. P. (2001) *Psicologia das relações interpessoais e habilidades sociais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes (4ª edição em 2006)
- Delitti, M. (1997). Análise Funcional: o Comportamento do Cliente como Foco da Análise Funcional. In: Maly Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. São Paulo, Arbytes Editora.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Follette, V.M., & Batten, S. V. (2000). O papel da emoção na supervisão da psicoterapia: Uma análise comportamental contextual. *Prática Cognitiva e Comportamental*, 7(3), 306-312.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Pres
- Freeman, M. S., & Hayes, B. G. (2002). Clients changing counselors: An inspirational journey. *Counseling and Values*, 47, 13-21.
- Freitas, F. A. de., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: diferentes perspectivas. *Psic: revista da Vetor Editora*, 159-166.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago.
- Goldfried, M. R., & Davison, G.C. (1976). *Terapia de Comportamento Clínico*. Nova Iorque: Holt, Rinehart, & Winston.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, S. (1997). A análise funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco da análise. In: Delitty, M. *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: ARBytes Editora
- Guilhardi, H. J. (1982). A formação do terapeuta comportamental: que formação?. *XII Simpósio Internacional: Modificação de Comporamento*. Ribeiro Preto, SP.
- Guilhardi, H. J. (2003). *Tudo se deve às conseqüências...* Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br> (não publicado).

- Guilhardi, H.J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Recuperado de: [HTTP://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf](http://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf)
- Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J.M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(48), 1-21.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). Guilford Press
- Hayes, S. C. Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9 (2), 175-190.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press
- Haynes, S. H. & O'Brien, W. H. (2000). Background, characteristics and history. Em S. N. Haynes & W. H. O'Brien (Orgs.), *Principles and practice of behavioral assessment* (pp.265-292). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Henwood, K;&Pidgeon, N. (2010) A teoria fundamentada. In: Breakwell, G. M.(org.). *Métodos de pesquisa em psicologia*. São Paulo: Artmed, p. 340-361
- Hill, C. E., Stahl, J. V., & Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 364 – 370.
- Holloway, E. L., & Neufeldt, S. A. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207–213.
- Ireno, E. M. (2007). *Formação de terapeutas analítico-comportamentais: Efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Kahn, S., & Fromm, E. (2001). *Changes in the therapist*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388–443). Guilford Press
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESEtec.

- Kohlenberg, R.J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80, 455-465.
- Kottler, J.A. & Carlson J. (2005). *The client who changed me: stories of therapist personal transformation*. Routledge
- Kovac, R. Zamignanni, D. R., & Avanzi, A. L. (2009). Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*, 24, 314-324). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Leonardi, J.L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas* [online]., vol.6, n.2, pp. 119-131. ISSN 2177-3548. <http://dx.doi.org/10.18761/pac.2015.027>.
- Levitt, H. M. (2021). Qualitative generalization, not to the population but to the
- Lima, C. A., & Vandenberghe, L. (2021). Dor emocional do terapeuta do casal: afeto negativo e a pessoa do terapeuta. *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 52(2), 165-172. <https://doi.org/10.1037/pro0000368>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 278-290
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. da S. (Orgs.). (2015). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais*. Novo Hamburgo / RS: Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Lyn, R. & Morse, J. M. (2013). *Readme First for a user's guide to Qualitative Methods*. Los Angeles, EUA: Sage Publication
- Machado, A.A.C. & Vandenberghe L. (2014). A Relação terapêutica na terapia cognitiva-comportamental: Desafios e possibilidades com um paciente limítrofe. *Psicologia*, 57, 95-109
- Martins, G. A.; Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. 2. ed. São Paulo: Atlas
- Matos, M. A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9(1), 89-100.

- Meyer, S. B., Vilas-Bôas, A., Franseschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyana, M., Rossi, P. R. & Mangabeira, V. (2015). *Terapia analítico-comportamental: Relato de casos e de análises*. São Paulo: Paradigma
- Oliveira, J. A., & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting experiences for the therapist in-session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 231-245
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 205–228). London: Routledge.
- Queiroz, L. O. S. e Guilhardi, H. J. (1980). Use of Mediators in a Behavior Modification Clinic in Brazil. In G. J. Martin e J. G. Osborne (Eds.). *Helping in the Community-Behavioral Applications*, Plenum Press, New York.
- Queiroz, L.B. (2020). *Os impactos da relação de supervisão nas vidas do supervisor e do supervisionando*. (Dissertação de mestrado). Goiânia
- Rangé, B. & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. Em: B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.55-69). Campinas: Editorial Psy.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso.
- Santo, R. A. D., Vandenberghe, L. (2015). Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*, 8(2), 193-200. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.82.08>
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press. (Publicação original: 1953).
- Skinner, B.F. (1974). O eu e os outros. Em B. F. Skinner. *Sobre o behaviorismo* (pp. 145-162). Tradução Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix.
- Stahl, J. V, Hill, C. E., Jacobs, T., Kleinman, S., Isenberg, D., & Stern, A. (2009). When the shoe is on the other foot: A qualitative study of intern-level trainees' perceived learning from clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 376-389

- Tonon, C.B., Romani, P.F. e Grossi, R. (2012). A gravidez da terapeuta e seus reflexos no processo psicoterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 28(1), 87–92.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. Oakland: Context Press.
- Tourinho, E. Z., & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico comportamental ? *ABPMC Contexto*, 23, 10.
- Tozze, K. F & Bolsoni-Silva, A.T (2018). A supervisão de estágio e a formação de terapeutas comportamentais. *Acta Comportamentalia*. 26(1), 93-110.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2008). Therapeutic technique: the five rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Orgs.), *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism* (pp.61-102). New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional analytic psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy - Awareness, courage, love, and behaviorism*. New York: Springer.
- Vandenberghe, L. (2001).. As principais correntes dentro da Terapia Comportamental - Uma Taxonomia. In: H. Guilharde; M. Madi; P. Queiroz; M. Scoz. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* Vol. VII. Santo André: ESETec, 2001, v. VII, p. 179-187.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional Analytic Psychotherapy and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20(1)., 105-114.
- Vandenberghe, L. (2007). Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica comportamental. *Psicologia USP*, 18(4), 89-102. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000400006>
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC*, 34, 33-41. Recuperado de: <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/14053689957147e94e.pdf>
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia Teoria e Prática*, 7, 127 – 136.
- Vandenberghe, L., & Silvestre, R. L. S. (2014). Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14(2), 119-127. doi: 10.1080/14733145.2013.790455
- Vandenberghe, L., Coppede, A. M. & Kohlenberg, R. J. (2006). Client curiosity about the therapist's private life: Hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 29(3), 41-46

- Vandenberghe, L., Coppede, A.M. & Bittencourt, M. V, (2018) Construção e Manuseio da Proximidade Terapêutica na Relação Terapeuta-Cliente em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. *Revista de Psicoterapia Contemporânea*, 48, 215-223.
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O., Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 45-53. <https://doi.org/10.1080/09515071003665155>
- Vandenberghe, L., Prado, P. & Camargo, E. A. (2012). Spirituality and Religion in Psychotherapy: Views of Brazilian Psychotherapists. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(2), 79-93. doi: 10.1037/a0028656.
- Vandenberghe, L., Silveira J. M. (2012). The trouble with the short-term therapist-client relationship and what can be done about it. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 159-166.
- Vandenberghe, L.; Silveira, J.M. (2013). Therapist Self-as-Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3), 159-167. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9230-8>
- Wick, E. (2001). Hearing the unspoken: From hypnotherapist to comatherapist. In S. Kahn & E. Fromm (Eds.), *Changes in the therapist* (pp. 49-58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: HarperCollins.
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P. & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-16. Recuperado de: <http://www.nucleoparadigma.com.br/mac/upload/arquivo/Boletim2008.pdf>

Anexos

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **O OUTRO LADO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA: O QUE OS TERAPEUTAS COMPORTAMENTAIS APRENDEM ATENDENDO** Meu nome é Olívia Rodrigues da Cunha, sou a pesquisadora deste projeto, doutoranda em Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da pesquisadora e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (62) 98136-0823 ou via e-mail: olivia.rcunha@gmail.com ou com o orientador da pesquisa Professor Luc Vandenberghe no telefone: (62) 996193751, ou através do e-mail luc.m.vandenberghe@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

- I. Os esclarecimentos da pesquisa serão feitos pela pesquisadora e ocorrerão antes da assinatura do TCLE.

- II. A pesquisa se justifica pela importância dada na literatura contemporânea ao processo psicoterápico, em que se levanta questões sobre a interação pessoal entre terapeuta e cliente e na forma como o primeiro pode servir como ferramenta de intervenção. Assim, a atuação no contexto clínico e no que o profissional retira para si como aprendizado nessa interação, é de grande valor profissional e científico.
- III. O objetivo primário da pesquisa é identificar o que os terapeutas aprenderam ao longo de suas experiências clínicas na relação com seus clientes.
- IV. A metodologia a ser utilizada será a realização de um roteiro de entrevista. O encontro com cada participante terá duração média de uma (01) hora.
- V. O participante poderá se sentir exposto ou sensibilizado ao trazer algum conteúdo que envolva sua prática clínica. Para evitar tais dificuldades, será explicitado no momento do consentimento livre e esclarecido, a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, quando o participante sentir que a participação irá constrangê-lo. A pesquisadora estará à disposição para oferecer todo apoio psicológico necessário. Se ainda persistirem os incômodos advindos da pesquisa, será disponibilizada ao participante toda assistência necessária, com garantias de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, decorrentes da participação na pesquisa.
- VI. A literatura permite esperar que a participação na entrevista possa beneficiar os participantes na tomada de perspectiva de seus papéis sociais, favorecer relações terapêuticas mais empáticas, potencializar o acolhimento aos clientes. Além de poder oferecer um momento terapêutico para os participantes, uma vez que oferece espaço para repensar experiências profissionais de um ângulo diferente e dar oportunidade para os participantes se sentirem compreendidos dentro da sua prática clínica. Para a comunidade científica, os benefícios incluem uma possível expansão do conhecimento do processo clínico e da relação terapêutica.

- VII. O participante receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.
- VIII. A qualquer momento poderá recusar participar ou retirar-se da pesquisa, sem penalização alguma. Além disso, assegura-se o sigilo das informações confidenciais à pesquisadora e a seu orientador.
- IX. Esta pesquisa não implicará em nenhum custo ao participante. Se por ventura, surgirem custos imprevistos, ele será ressarcido (a) integralmente.

Mesmo com todos os cuidados éticos da pesquisa, caso o participante sinta-se lesado (a) terá o direito de recorrer à justiça e terá direito a indenização em caso de danos decorrentes do estudo. A pesquisadora responsável por este estudo e seu orientador declaram que cumprirão com todas as informações acima: que o participante terá acesso se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que a desistência em participar deste estudo não trará quaisquer penalizações ao participante; que o mesmo, será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que decisões judiciais que possam suceder serão acatadas.

Eu _____, abaixo assinado, discuti

com a Ms. Olívia Rodrigues da Cunha sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades,

prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, ____ , de _____ , de 20__ .

_____/_____/_____

Assinatura do participante

Data

_____/_____/_____

Assinatura da pesquisadora

Data

