



## ARTIGO ORIGINAL

# Caminhos e suportes para o terapeuta expor emoções em sessão

## Paths and safeguards in using the therapist's emotions in session

*Olívia Rodrigues da Cunha<sup>a</sup>*

*Luc Vandenberghe<sup>b</sup>*

<sup>a</sup> Mestre em psicologia – (Aluna de Doutorado) – Goiânia – GO – Brasil.

<sup>b</sup> Doutor em Psicologia pela Université de l'Etat à Liège /Bélgica – (Professor da Pós-Graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás).

DOI:10.5935/2318-0404.20170001

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás

### Resumo

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

**Palavras-chave:** Processos Psicoterapêuticos; Emoções Manifestas; Psicologia Clínica.

**Abstract**

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

**Keywords:** Processos psicoterapêuticos; Emoção Expressa; Psicologia, Clínica.

A relação terapêutica oferece dicas sobre as maneiras de funcionar do cliente que, compreendidas pelo terapeuta, podem ser trabalhadas em sessão<sup>1,2,3</sup>. As variáveis que possuem relação com os problemas do cliente não ocorrem apenas fora da sessão, encontram-se também na relação terapêutica. Linehan<sup>4</sup> entende por relação terapêutica o processo transacional no qual o terapeuta e o cliente exercem e recebem influências recíprocas que podem ser carregadas de sentido para ambos, além de promover mudanças mútuas.

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

As emoções dos terapeutas assumem significados diferentes dependendo do modelo teórico. Nas terapias comportamentais de matriz brasileira, que incluem a terapia analítica comportamental<sup>6</sup> e a terapia por contingências de reforçamento<sup>7</sup>, observa-se que sentimentos podem sinalizar contingências relevantes para o tratamento. Enquanto na análise aplicada do comportamento, o foco nas técnicas operacionais não deixa explícito um papel relevante para as emoções do terapeuta no trabalho clínico.

Nas terapias comportamentais de matriz anglo-americana, o modelo clássico (que inclui a exposição graduada, a terapia implosiva e inundação) compreende que a relação com o terapeuta pode ser importante para o desenvolvimento da terapia, porém dá maior ênfase ao aspecto técnico do tratamento. A segunda onda, conhecida como terapia cognitiva comportamental, entende que a relação colaborativa entre terapeuta e cliente sustenta o processo e importou o conceito de contratransferência do modelo psicanalítico, traduzindo-o em termos das distorções cognitivas do terapeuta. Na terceira onda da terapia comportamental de matriz

anglo-americana (que inclui a terapia comportamental dialética, terapia de aceitação e compromisso e terapia analítica funcional) o impacto do cliente sobre os sentimentos do terapeuta é material essencial na condução do tratamento<sup>1,5,8</sup>.

Emoções difíceis (raiva, falta de envolvimento...) do terapeuta podem trazer dicas sobre o funcionamento do cliente e através do que o cliente evoca em sessão, o terapeuta passa a ter pistas para formular o caso e desenvolver intervenções específicas<sup>8</sup>. As experiências interiores do terapeuta, analisadas no contexto da sua história de aprendizagem e das contingências presentes em sessão, possibilitam questionamentos sobre a relação entre o que o terapeuta sente e os problemas do cliente<sup>9</sup>. Além disso, os sentimentos do terapeuta ajudam a detectar comportamentos problema e comportamentos-alvo do próprio profissional, providenciando dicas a respeito do caminho a seguir na condução do tratamento e na escolha das melhores estratégias terapêuticas<sup>10</sup>.

No entanto, expor-se emocionalmente a um cliente, mesmo contando com respaldo teórico, não é uma tarefa fácil. Poucas pesquisas investigaram essa prática. Foi verificado, entretanto, que terapeutas procuram compartilhar algo sobre si durante a sessão apenas quando possuem clareza da finalidade, pois a exposição em excesso acarreta perda de foco e pode levar a violações de limites<sup>11</sup>.

Quanto mais o terapeuta sabe sobre seus sentimentos e é cuidadoso na análise de sua origem e seus efeitos no relacionamento com o cliente, mais será capaz de identificar o que a emoção sentida significa no contexto da interação e a relação que possui com os objetivos do tratamento<sup>12</sup>.

Na literatura clínica contemporânea é enfatizada a importância dos sentimentos do terapeuta como ferramenta clínica<sup>12</sup>. Contudo, essa literatura oferece instruções baseadas no modelo teórico e não na vivência dos profissionais no campo. Falta a essa literatura um diálogo aberto com a perspectiva dos terapeutas a respeito do uso dos seus sentimentos na relação terapêutica e das dificuldades envolvidas na exposição emocional.

A literatura enfatiza que o terapeuta não deve ver a situação do ponto de vista da emoção, e sim detectar o que o sentimento representa no momento e como ele está relacionado com o fluxo de interações na sessão<sup>8</sup>. Portanto, o terapeuta, para expor suas emoções em sessão, precisa de suportes confiáveis e de desvendar caminhos para que a exposição não perca o foco dos objetivos do tratamento. Pretende-se nessa pesquisa descrever quais suportes os terapeutas usam na prática clínica e quais caminhos seguem para fazer da exposição emocional uma boa estratégia clínica.

## **Método**

### ***Participantes***

Participaram da pesquisa 14 psicólogos, 8 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Eles tinham em média 7,6 anos de experiência clínica, variando entre dois a 20 anos de experiência. Foram organizados em

três grupos: A) terapeutas novos : aqueles com dois a cinco anos de experiência clínica), B) terapeutas com médio tempo de experiência: com 6 a 9 anos de clínica e C) terapeutas com grande experiência: 10 anos de clínica ou mais. A pesquisa contou com 6 terapeutas do grupo A (novos), 4 do grupo B (médio) e 4 do grupo C (mais tempo de experiência).

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

**Tabela 1.** Dados dos participantes: enfoque teórico, gênero e anos de experiência clínica.

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

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

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

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

## **Materials**

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

A partir das perguntas realizadas e, conforme as respostas eram dadas, a entrevistadora poderia levantar novas perguntas para esclarecer e aprofundar algum ponto. Toda a coleta de dados seguiu o método indutivo da *Grounded Theory Analysis*, na sua forma modificada proposta por Charmaz<sup>13</sup>.

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

Na *Grounded Theory Analysis* o conhecimento e as convicções da pesquisadora são vistas como conceitos sensibilizadores (derivados das experiências da pesquisadora e da sua formação). Charmaz<sup>13</sup> acrescenta que, mesmo não sendo possível conduzir a pesquisa com uma mente vazia, nada impede que a pesquisadora tenha uma mente aberta durante o processo. Ainda que o estudo tenha origem em hipóteses para a construção do conhecimento e que os pesquisadores possuam interesses iniciais de pesquisa, são necessárias comparações constantes destes interesses com os dados emergentes e são os dados que direcionam a análise<sup>14</sup>.

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

## **Procedimento**

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

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

### **Análise dos Dados**

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

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

Em seguida, os dados passaram por uma codificação focalizada. A codificação focalizada permite a pesquisadora separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados<sup>13</sup>. Foi feito um processo de comparação contínua entre os dados da própria entrevista e das outras entrevistas. E dessas comparações surgiram as categorias, sendo que os dados formam a base da teoria e a análise desses dados origina os conceitos que construímos.

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

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

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

### **Resultados**

Observa-se que terapeutas que decidiram revelar algum conteúdo pessoal ao cliente seguiram pela relevância terapêutica (tabela 2). O conteúdo pessoal exposto na sessão exige ponderação sobre os impasses

e a ousadia. Já que, nem sempre os resultados da vulnerabilização do terapeuta irão corresponder às suas expectativas.

**Tabela 2.** Caminhos e suportes para o uso das emoções pelos terapeutas.

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

### Relevância Terapêutica

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

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

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

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

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

Participante T1 disse: “é ajudar na conceituação de caso, qual o impacto que normalmente esse cliente causa nas pessoas”, o mesmo ocorreu com a T5, o que ela sentiu em relação a um cliente se aproximou do que

o cliente relatava ser a sensação de outras pessoas do seu convívio e isso deu a terapeuta, um entendimento melhor do caso *“Uma pessoa me dizia que é muito solitária, ninguém liga pra ela, e aí durante as sessões você fui percebendo que a pessoa é mala, é chata, dá preguiça de atender e isso acaba funcionando como um dado, se eu me sinto assim, provavelmente as pessoas que estão ao redor, também se sente e justifica então, ela ser meio solitária e isso também é um dado”*.

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

Na construção deste conceito, houve igual participação entre os gêneros, e não houve diferença expressiva quanto ao tempo de experiência. Participaram todos os terapeutas das abordagens: comportamental, psicanalítica e Gestalt e nenhum das outras abordagens.

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

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

### **Impasses da exposição**

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

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

Os possíveis perigos de uma exposição emocional do terapeuta relatados pelos participantes foram: o



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

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

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

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

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

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

Ainda que os participantes tenham considerado os riscos da exposição emocional, eles apontaram formas de torná-la segura e coerente como: a análise pessoal feita pelo próprio terapeuta, supervisões junto a um segundo profissional “*A supervisão que eu vinha fazendo, a supervisão é muito válida pra encontrar os momentos certos e as medidas certas dessa exposição.*” T2 e manter se atualizado nos estudos que contemplam sua área

de atuação, *“Penso que é a tríplice né? A terapia, supervisão e conhecimento. Acho que tem que estar muito bem paramentado para dar conta disso.”* T8. Outro cuidado viável relatado foi o de confirmar a interpretação feita pelo terapeuta junto ao cliente ao invés de tomar a interpretação do profissional como verdade absoluta, *“Ficar esperto também, porque às vezes a gente erra, compensa confirmar com o cliente se aquilo que eu estou sentindo, estou pensando, está de acordo com o que ele está trazendo, porque às vezes não está.”* T11.

### **Abertura á exposição**

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

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

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

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

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

Segundo os terapeutas, é imprescindível uma postura calorosa, verdadeira e cuidadosa com o outro. O terapeuta precisa agir com amor, estar realmente disposto, envolvido e interessado pelo cliente *“uma cliente uma vez, tudo estava indo muito bem e em um dado momento, em um evento ela se frustrou e eu me vi na relação com ela, muito frustrada com o que tinha acontecido. Então, nós compartilhamos aquela frustração. Isso deixa claro pra nós duas, que estamos juntas nisso”* T12.

Humildade e amor tornaram possível amparar a pessoa em seu sofrimento e vibrar junto em meio a seus progressos. *“Você cria um vínculo e aí entra um fator muito importante que é o acolhimento, você e*

*seu cliente são parceiros de verdade, estão juntos. A sociedade em si, blinda as pessoas de sentirem, cobram uma neutralidade, imparcialidade em todos os tipos de relações e quando a pessoa entra em um processo psicoterapêutico, ela está buscando o que? Acolhimento.” T6.*

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

## **Discussão**

Os terapeutas são cada vez mais cobrados a fazerem pleno uso de suas emoções e a discutir seus valores e dificuldades nas situações em que isso possa trazer profundidade ao processo terapêutico<sup>1-3,15</sup>. A presente pesquisa mostrou que os terapeutas possuem mais facilidade em identificar os impasses da exposição emocional (considerando os riscos, as dificuldades pessoais e tendo cautela) do que em se abrir à exposição emocional (através de coragem e com atitudes de humildade e amor), o que pode ser uma das justificativas de o uso das emoções do terapeuta no contexto clínico ainda ser pouco difundida. Por outro lado, o estudo também mostrou que não são muitos os terapeutas que avaliam as suas próprias dificuldades no atendimento clínico, ainda que existam vantagens importantes em conhecer e explorar as dificuldades do profissional, tanto quanto há em explorar suas habilidades<sup>8</sup>. Os terapeutas ao não se aprofundarem tanto na relevância das suas fragilidades e na exploração delas na relação terapêutica, podem perder oportunidades terapêuticas importantes.

A literatura aponta vários benefícios da expressão das emoções do terapeuta. Dentre elas: situações em que as repercussões da discussão do impacto que o cliente tem sobre o terapeuta pode esclarecer variáveis relacionadas com os problemas clínicos do cliente e que podem servir gatilho para a mudança em como o cliente se relaciona com o terapeuta, por exemplo. A expressão emocional do terapeuta pode ser benéfica quando representa o abandono do cliente à resistência e abertura para o trabalho em conjunto<sup>9</sup>. Há a possibilidade de fortalecer<sup>16</sup> ou de concertar quebras da aliança terapêutica através da exposição<sup>17</sup>, providenciar feedbacks sobre o impacto interpessoal que o cliente produz<sup>9,16</sup>, normalizar o comportamento do cliente ou oferecer um modelo de comportamento efetivo<sup>16</sup>.

A literatura aponta também as seguintes qualidades interpessoais como sendo relevantes ao resultado positivo da psicoterapia: habilidades interpessoais<sup>18</sup>, capacidade de afirmação, genuinidade e empatia com diferentes tipos de clientes<sup>19</sup>, capacidade de resistir à agressão, desvalorização e rejeição por parte dos clientes<sup>20-22</sup>. Esses fatores parecem mais relevantes que experiência prática ou treinamento<sup>23,24</sup>.

Muitos terapeutas integram as suas características pessoais a suas habilidades profissionais<sup>25</sup>. Quanto à experiência prática, o estudo mostrou que terapeutas mais experientes, tendem a considerar mais os impasses da exposição e que ainda isso, torna as atitudes de abertura a exposição mais frequentes e mais contextualizadas

à demanda do cliente. A confiança na relevância terapêutica e sua própria sensibilidade podem se somar aos critérios avançados pelo modelo teórico a respeito da exposição pessoal do terapeuta.

A relevância clínica das emoções e das informações pessoais do terapeuta é primordial<sup>26-28</sup>. Assim como no presente estudo *“se não tem sentido pro outro, eu não tenho razão pra falar, desde o começo eu tenho esse cuidado, ter a certeza do que tá me motivando a falar aquilo”* – T10, a exposição da emoção ou de algo pessoal, atende a uma estratégia, a intenção da exposição irá definir o uso no relacionamento terapêutico. Logo, as emoções foram usadas a serviço do cliente e não a serviço de interesse próprio do terapeuta. Ser autêntico e se permitir ser quem realmente é junto ao cliente não acarreta liberdade total ao terapeuta para divulgações pessoais, devem ser exposições estratégicas. Essas exposições emocionais estratégicas podem normalizar as experiências dos clientes, servir de modelo de comportamento de intimidade, demonstrar autenticidade e equalizar o poder na relação terapêutica<sup>29</sup>.

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

## Conclusão

De acordo com o modelo proposto pelo estudo, os terapeutas, sobretudo os mais experientes, ponderam antes de se expor sobre o quão a troca de intimidade será proveitosa ao processo psicoterápico. Como suportes para a exposição emocional, terapeutas contam com a relevância terapêutica da interação emocional. Os profissionais se perguntam se a exposição está em consonância com o modelo teórico de intervenção adotado, se faz sentido ou contribui para a conceituação do caso e/ou se a sensibilidade do terapeuta e sua experiência clínica apoiam essa exposição.

Os riscos que a exposição acarretará na relação, como uma má interpretação, exige que o terapeuta tenha muito claro as possibilidades de ganhos do uso de suas emoções. O profissional calcula os riscos que se dispõe a correr com o cliente, avalia suas próprias dificuldades e o quanto se sente hábil para lidar com determinado assunto. Ainda, durante essa troca, humildade e amor permanecem ingredientes necessários a uma relação intensa e genuína<sup>2</sup>.

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

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

Estudos informando como o terapeuta se expõe a seu cliente e em que situações a exposição emocional é válida são escassos. Vale-se mais da coragem em fazê-lo, do que em suportes teóricos e modos empiricamente sustentados. Todavia pode-se pensar na necessidade de desenvolver uma discussão ampla sobre as práticas que envolvem as emoções do terapeuta como recurso terapêutico. As contribuições presentes nesse estudo situam-se nesse ponto.

A veiculação deste estudo através de sua publicação tem como expectativa ampliar o acesso à sabedoria prática dos terapeutas a respeito das emoções, das possibilidades terapêuticas de sua exposição. Além disso, espera-se que estudos semelhantes passem a ser realizados, com o intuito de buscar dados se a técnica de expressar as emoções está de fato sendo produtiva para resultados positivos na terapia. Este estudo e os pesquisadores responsáveis esperam ter estimulado mais e novos pesquisadores em estudos de processo e resultados em psicoterapias.

## Referências

1. Wilson KG, DuFrene T. *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland: New Harbinger. 2009.
2. Koerner K. *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford. 2012.
3. Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, Kohlenberg B, Follete WC, Callaghan GM. *A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Spring. 2009.
4. Linehan MM. Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 1988; 7, 278-290.
5. Tsai M., Kohlenberg RJ, Kanter JW, Holman GI, Loudon MP. *Functional analytic psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge; 2012.
6. Zaminhani, DR, Silva Neto ACP, Meyer SB. Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*. 2008. 3, 9-16.
7. Guilhardi HJ. Terapia por Contingências de Reforçamento. Em: CN de Abreu, HJ Guilhardi (orgs). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas*. 2004. 3-40. São Paulo: Roca.
8. Vandenberghe L, Silveira JM. Therapist Self as Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 2013. 43(3):159-167.

9. Oliveira, JA, Vandenberghe, L. Upsetting experiences for the therapist in session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*; 2009. 19(3), 231-245.
10. Santo RAD, Vandenberghe L. Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*; 2015. 8, 193-200.
11. Vieira, MFJA, Vandenberghe, L. O self do terapeuta na terapia comportamental. No prelo.
12. Vandenberghe, L.; Silvestre, RLS. Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2013. 13:257-266.
13. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage. 2006.
14. Lyn R, Morse JM. *Readme First for a user's guide to Qualitative Methods*. Los Angeles, EUA: Sage Publications. 2013.
15. Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF. *La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide Clinique*. Bruxelas: DeBoeck. 2011.
16. Goldfried MR, Burckell LA, Eubanks-Carter C. Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*; 2003. 59, 555-568.
17. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, England: Oxford University Press; 2002. 17-32.
18. Goldman G, Anderson T. Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*. 2007; 54(2), 111-117.
19. Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press. 2002; 89-108.
20. Safran J, Muran J, Carter C. Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*; 2011. 48(1), 80-87.
21. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E. Therapist variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons; 2004. 227-306.
22. Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy (2nd ed.)*. New York: Routledge; 2015.
23. Ronnestad MH, Skovholt TM. *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY, USA: Routledge. 2013.
24. Hill CE, Helms JE, Tichenor V, Spiegel SB, O'Grady KE, Perry ES. The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. 1988; 35, 222-233.
25. Hayes, JA, Gelso CJ. Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session*. 2001; 57, 1041-1051.

26. Kohlenberg RJ, Tsai M. Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas. Santo André: ESETec. 2001.
27. Vandenberghe L, Coppede AM, Kohlenberg RJ. Client curiosity about the therapist's private life: hindrance or therapeutic aid? *The Behavior Therapist*, 2006; 29, 41-46.
28. Tsai M, Kanter, JW, Landes SJ, Newring RW, Kohlenberg R. The course of therapy: beginning, middle and end phases of FAP. In: Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter, J, Kohlenberg B, Follette W, Callaghan G. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer. 2009.

### **Correspondência**

*Olívia Rodrigues da Cunha*

Rua 9-a, nº164, 1108

74110-110 Goiânia, Goiás, Brasil

Submetido em: 09/04/2017

Aceito em: 02/10/2017