



RELAÇÃO TERAPÊUTICA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: ATIVAÇÃO DE CRENÇAS DO TERAPEUTA DURANTE O PROCESSO PSICOTERÁPICO

THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: ACTIVATING THE THERAPIST'S BELIEFS DURING THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS

Ana Rodrigues Reis e Silva¹
Cristina Yumi Nogueira Sediama²

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa de literatura a respeito da ativação de crenças do terapeuta durante o processo psicoterápico, por meio da perspectiva cognitivo-comportamental. Busca-se compreender os impactos desse fenômeno na atuação do profissional, suas possíveis interferências e contribuições para o trabalho interventivo, bem como a utilização e formulação de estratégias para manejo desse processo. Para tanto, foram abordados os conceitos de relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental, transferência, contratransferência e distorções cognitivas, visando refletir sobre o impacto que causam no terapeuta e em sua prática clínica. Retoma-se a questão da formação e supervisão como alternativas para minimizar a interferência das distorções cognitivas do psicólogo no exercício de seu trabalho e como recursos para o aprimoramento de sua capacidade de escuta e intervenção. Por fim, questionam-se os limites da literatura na área e os observados no estudo proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Relação terapêutica; Terapia Cognitivo-comportamental; Distorções Cognitivas.

ABSTRACT: The present work is a narrative review regarding the activation of therapist's beliefs during the psychotherapeutic process. Through the cognitive-behavioral perspective, to understand the impacts of this phenomenon on the professional's performance, such as their possible interferences and contributions to the intervention work, as well as the use and formulation of strategies to manage this process. The concepts of therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy, transference, countertransference and cognitive distortions were addressed in order to reflect on their impact on the therapist and on their clinical practice. The question of training and supervision is taken as alternatives to minimize the interference of the psychologist's cognitive distortions in the exercise of his work and as resources for the improvement of his listening and intervention capacity. Finally, we question the limits of the literature in the area and those observed in the proposed study.

KEYWORDS: Therapeutic relationship; Cognitive-Behavioral Therapy; Cognitive distortions.

1 INTRODUÇÃO

“Palavra que eu uso me inclui nela.”
Manoel de Barros

Ao considerar que a cognição do terapeuta, sua interpretação a respeito do paciente e de sua queixa é instrumento de seu trabalho na experiência clínica, deve-se levar em conta que seus próprios processos psíquicos também influenciam sua percepção e atuação. Assim como o bioquímico calibra seus equipamentos de microscópio para que a compreensão de

¹ Especialista em Psicologia: Terapia Cognitivo-Comportamental (PUC Minas). reis.anarodrigues@gmail.com

² Doutoranda do Programa Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais e professora da pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental (PUC Minas). yumicristina@gmail.com

determinado fenômeno seja fidedigna e siga uma metodologia científica, há que se pensar como as ferramentas do psicólogo são utilizadas e se estão devidamente calibradas.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) consiste em uma abordagem terapêutica baseada em evidências e, desde os seus primeiros registros na literatura, tem havido um importante avanço no desenvolvimento teórico e terapêutico por meio de experimentos empíricos que vem refinando o modelo cognitivo (KNAPP; BECK, 2008). Conforme citado por Knapp e Beck (2008), há centenas de artigos que demonstram resultados das intervenções da TCC, apontando sua efetividade na redução de sintomas e índices de recorrência em uma grande variedade de transtornos psiquiátricos.

Entretanto, aspectos menos objetivos do trabalho clínico, como a relação terapêutica, ainda que amplamente pesquisados no que diz respeito à sua importância para efetividade da psicoterapia, podem mostrar-se enigmáticos quando lançamos o olhar para um processo mais específico e particular, como a ativação de crenças e pensamentos disfuncionais do próprio terapeuta no exercício da profissão, fenômeno que poderia acarretar uma interferência na sua capacidade de escuta, interpretação e intervenção no caso.

Estudos a respeito da relação terapêutica em diversos modelos psicoterápicos apontam a correlação entre um forte vínculo terapeuta e paciente e resultados satisfatórios no tratamento (BEITMAN et. al.; KLEIN et al.; WRIGHT e DAVIS, apud WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Apesar de a relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental não ser considerada o principal aspecto para a mudança, assim como em outras abordagens psicoterápicas, Wright, Basco e Thase (2008) apontam que uma relação colaborativa, focada na ação e com boa aliança são considerados aspectos muito relevantes no tratamento. O empirismo colaborativo, termo frequentemente utilizado na descrição de relação terapêutica da abordagem, consiste no comprometimento entre terapeuta e paciente na prática dos métodos da TCC no cotidiano. Focado na análise da validade e utilidade de pensamentos e comportamentos, bem como no estabelecimento de metas, agendas, feedbacks, que visam à mudança para um padrão cognitivo e comportamental mais funcional (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008), o empirismo colaborativo apresenta-se, portanto, como um aspecto mais objetivo da relação terapêutica que se apoia em técnicas e métodos da abordagem.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como intuito explorar um aspecto mais subjetivo da relação terapêutica, que diz respeito ao impacto que ela produz no psicólogo, levando à ativação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais desse profissional. Exemplificando o impacto desse processo na prática clínica, propõe-se relacionar a formação, a supervisão e a psicoterapia como alternativas para modificação das cognições e

emoções dos terapeutas, para um refinamento de suas intervenções e maior efetividade de sua atuação.

Considerando a amplitude do tema e seu caráter subjetivo, para desenvolver a reflexão proposta, buscou-se fundamentar teoricamente a pesquisa por meio da literatura publicada em livros, artigos de revistas científicas impressas e eletrônicas. Esta análise de informações bibliográficas, com interpretação e críticas pessoais do autor, reflete a categoria de revisão literária chamada revisão narrativa (ROTHER, 2007). Suas principais características são a descrição e avaliação de artigos publicados, favorecendo análises e interpretações críticas amplas, possibilitando compreender o “estado da arte” de um determinado assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual (ELIAS, 2012; FERRARI, 2015).

2 RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Na psicanálise, a aliança terapêutica refere-se aos aspectos mais racionais da relação terapêutica, contrastando com elementos menos racionais, como aqueles relacionados à transferência. Esse conceito, atribuído a Freud, é também utilizado na TCC e definido em sua essência por meio do termo empirismo colaborativo (COTTRAUX, 2007; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Para Knapp e Beck (2008), a competência do terapeuta estaria relacionada a uma grande variedade de habilidades terapêuticas que favorecem a efetividade dos procedimentos da TCC. Segundo Aaron Beck, o primeiro passo para realizar o processo terapêutico seria estabelecer uma boa relação de trabalho com o paciente, por meio do empirismo colaborativo (KNAPP; BECK, 2008).

Alford e Beck (1997), citados por Cottraux (2007), definem a relação terapêutica como relação de colaboração empírica, comparando-a com a de investigadores que, juntos, buscam solucionar problemas. Para os autores, essa colaboração é base para aprendizagens que se relacionam também à mudança dos padrões cognitivos disfuncionais do paciente. A TCC, no entanto, não coloca a relação terapêutica como única responsável pelas mudanças do indivíduo, demonstrando que essas se devem em maior parte às capacidades do próprio paciente, que serão potencializadas e desenvolvidas na terapia, contando com o terapeuta como catalisador desse processo. (COTTRAUX, 2007).

Assim como os psicoterapeutas de outras abordagens consideradas eficazes, os terapeutas cognitivo-comportamentais visam proporcionar no tratamento um ambiente autêntico,

afetuoso, de consideração positiva e empatia (BECK; KEIJERS et. al.; ROGERS apud WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

3 CONCEITOS DE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA NA TCC

Considerado um dos pioneiros em abordar o conceito de aliança terapêutica, Freud ressalta em sua obra a importância de o analista manter uma postura compreensiva e interessada para com o paciente a fim de se estabelecer uma relação positiva entre ambos, conforme exposto por Alves (2017). Segundo o autor da teoria psicanalítica, o afeto do paciente por seu terapeuta configura um aspecto benéfico ao tratamento, conferindo ao analista uma posição de autoridade e poder favoráveis ao processo de análise. A importância da intuição e da subjetividade para compreensão do outro já era discutida anteriormente à teoria freudiana e entendida como empatia, conceito esse que, quando incorporado à psicanálise, contribuiu para elaboração de outros dois conceitos, o de transferência e contratransferência, que influenciaram muitas das teorias psicodinâmicas (ARANGO; BURNS apud ALVES, 2017).

Para a psicanálise, a transferência consistiria inicialmente em uma forma de resistência ao trabalho interventivo e em uma manifestação de amor que o paciente desenvolveria pelo analista. Entretanto, a elaboração do conceito dentro da teoria psicanalítica passou a sugerir que a transferência resultaria da reimpressão e de novas edições de experiências traumáticas anteriores na interação analítica (ANDRÉA, 2006).

Zambelli e outros (2013) apontam que a contratransferência na concepção psicanalítica é compreendida como um fenômeno relacional presente na clínica, que resulta da influência da interação com o paciente, estando relacionado à transferência, aspecto central do método psicanalítico. Inicialmente, esse conceito consistiria em reações emocionais do analista frente à interação com o paciente, que seriam consideradas por Freud como um entrave para o tratamento, devendo ser, portanto, reconhecidas e dominadas (ZAMBELLI et. al., 2013). Entretanto, o desenvolvimento do conceito por outros autores passa a abordar a contratransferência como parte do processo analítico, estendendo seu significado para além da reação emocional do analista frente a seu paciente, sugerindo que ela pode refletir sentimentos do mundo interno do paciente que são experimentados pelo analista, bem como uma forma de comunicação primitiva que o paciente não consegue reconhecer e verbalizar de forma adequada. Dessa maneira, a contratransferência passa a ser utilizada como instrumento de análise, favorecendo a compreensão da transferência, bem como do psiquismo do paciente. (ANDRÉA, 2006; LEITÃO, 2003; ZAMBELLI et. al., 2013; ZIMERMAN, 2000).

No entanto, ainda que exerçam influência na concepção da teoria cognitiva, os conceitos de transferência e contratransferência foram revisados pela TCC para serem adequados à teoria e método da abordagem. Nesse sentido, a transferência consistiria na vivência, na relação terapêutica, de aspectos relevantes de relacionamentos prévios significativos (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Como a TCC se trata de um tratamento mais objetivo e de curto prazo, a intensidade da transferência tende a ser menor que em outras abordagens, além disso, ela não deve ser considerada mecanismo fundamental para mudança do paciente. Entretanto, ainda que a TCC não incentive a compreensão da transferência como postulada na psicanálise, para a abordagem, a sua manifestação pode ser uma importante ferramenta para intervenção, demonstrando distorções interpessoais do paciente e ajudando a compreender as resistências ao tratamento, como crenças subjacentes disfuncionais. (KNAPP; BECK, 2008; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Em contrapartida, a contratransferência é concebida na TCC como a ativação de pensamentos automáticos e crenças do terapeuta na relação com o paciente, oferecendo um risco de interferência dessas cognições no processo terapêutico. Considerando que os pensamentos distorcidos podem atuar no indivíduo sem sua plena consciência, sensações como raiva e frustração com o paciente, alívio com a sua falta ou dificuldade para lidar com determinado tipo de quadro, podem ser indicadores de aspectos da contratransferência que mereceriam atenção e intervenção. (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

4 DISTORÇÕES COGNITIVAS

O Modelo Cognitivo tem se desenvolvido ao longo das seis últimas décadas. Surgido nos Estados Unidos, nos anos 1960, recebeu fundamentação empírica e conceitual, principalmente por meio dos trabalhos de Aaron Beck, que tiveram início com o estudo de quadros depressivos (BECK, 1997). O autor conceituou a depressão como um transtorno do pensamento, sendo, portanto, um transtorno cognitivo, e não emocional. Esse modelo, inicialmente proposto para a depressão, demonstrou eficácia também quando aplicado para outros transtornos e, com a evolução dos princípios teóricos e técnicos, deu origem à Terapia Cognitiva. Para essa abordagem, o pensamento distorcido ou disfuncional é comum a todas as variedades de distúrbios psicológicos e exerce influência direta no humor e comportamento das pessoas (BECK, 1997). Portanto, o princípio fundamental da TCC é que a maneira como o indivíduo processa e percebe a realidade influenciará diretamente a forma como se sente e se comporta.

Esse modelo psicoterápico trabalha principalmente com a identificação e reestruturação de três níveis de cognição, conforme descreve Rangé et al. (2001). O primeiro deles se refere aos pensamentos automáticos, que consistiria em um nível mais superficial de cognição, que surgem espontaneamente, tendem a ser repetitivos, geralmente não levantam críticas com relação a sua veracidade por parte do indivíduo e evocam emoções negativas intensas. Os autores apontam que, em um segundo nível, são descritas as crenças intermediárias, que se resumem a regras criadas pelo próprio indivíduo, com caráter condicional, a respeito de si, do outro e do mundo, que funcionam como uma proteção para evitar a ativação de crenças nucleares que geram uma experiência ainda mais dolorosa, ou seja, são regras que o fazem acreditar em uma relação de causa e consequência. Por fim, no terceiro nível, estariam as crenças nucleares, ou também chamadas crenças centrais, que têm origem em experiências infantis e são interpretações rígidas, inflexíveis, negativas e absolutas, resultantes da natureza genética, predisposições, história de vida e outros fatores ambientais (RANGÉ et al., 2001).

Considerando que todo ser humano é passível de fazer interpretações distorcidas a respeito de si, do outro e do mundo, mesmo que o indivíduo não tenha um transtorno psicológico ou um prejuízo de funcionalidade considerável no seu cotidiano, mostra-se válido colocar em questão a própria percepção do terapeuta durante a prática clínica, uma vez que ele também está sujeito a vivenciar os processos de distorções cognitivas. Esse fenômeno, também compreendido dentro do conceito de contratransferência, deve ser analisado e identificado pelos terapeutas, uma vez que pode interferir no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Ainda que o objetivo principal da terapia cognitivo-comportamental seja produzir mudanças e melhora de transtornos emocionais, por meio da construção colaborativa de soluções pragmáticas e reestruturação cognitiva dos pacientes (KNAPP; BECK, 2008), conforme sugere Alves (2017), em citação a Corbella et. al., a concepção de psicoterapia envolve necessariamente o estabelecimento de uma relação interpessoal entre cliente e terapeuta, estando a qualidade dessa relação diretamente relacionada à eficácia da terapia.

5 EXEMPLOS NA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL

Como sugerem Wright, Basco e Thase (2008), os terapeutas iniciantes começam os processos terapêuticos partindo de modelos básicos de suas experiências de relações anteriores e, ainda que a própria escolha pela profissão já diga respeito a tendências em lidar com tópicos emocionais com sensibilidade, empatia, gentileza e serenidade, a construção de rela-

ções terapêuticas mais eficazes é um desafio constante que a maior experiência clínica, juntamente com a supervisão e introspecção pessoal, pode aprimorar.

Nesse sentido, por exemplo, pacientes que abusam de substâncias podem ser casos bastante desafiadores para os terapeutas, uma vez que a dependência química é um quadro considerado de difícil tratamento comparado aos demais transtornos (SILVA; BRANCO; MICCIONE, 2015) e, por isso, podem ativar crenças disfuncionais no terapeuta. Além disso, é comum que haja recaídas ao longo do processo terapêutico de dependentes químicos. Conforme citam Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2018), há uma vulnerabilidade crônica à recaída relacionada à fissura, ou seja, desejo intenso de uso da droga, que em geral é desencadeado por estressores oriundos do ambiente externo e interno do indivíduo e podem somar-se à abstinência, que define a dependência física da substância. A inconstância dos progressos no tratamento de um dependente químico podem, então, ativar em terapeutas, por exemplo, pensamentos relativos à ineficiência do seu trabalho, ao fracasso do tratamento ou baixo engajamento do paciente, pensamentos geradores de frustração, ansiedade e preocupações no profissional, podendo levá-lo a abandonar o caso, tomar medidas mais radicais, ou até mesmo deixar transparecer seu desapontamento, o que poderia comprometer de forma significativa o tratamento. Nesse caso, observa-se que a recaída do paciente pode ativar pensamentos distorcidos do terapeuta, que provavelmente poderão estar associados à crença central de incapacidade.

Ainda que a TCC possua bons resultados para o tratamento dos pacientes com dependência química, Rangé e Mallart (2008) salientam a importância de o terapeuta mostrar-se focado e evitar esboçar desesperança e desespero ao longo do acompanhamento, ajustando suas expectativas de que o processo não terá necessariamente um progresso constante.

Conforme citado por Miller, Rollnick e Butler (2008) as pessoas no início do exercício das profissões de ajuda apresentam, muitas vezes, um forte desejo de consertar, prevenir e promover o bem-estar, no entanto, essa inclinação, quando excessiva ou expressa de forma inadequada, pode ter efeito paradoxal. Na tentativa de convencer o paciente acerca de uma ideia de maneira mais persuasiva, buscando promover a mudança, o terapeuta pode acabar fazendo com que o paciente reforce sua argumentação no sentido contrário, uma vez que resistir à persuasão é uma tendência humana (MILLER; ROLLNICK; BUTLER, 2008). Essa atitude do profissional pode, muitas vezes, estar associada às suas crenças pessoais, sua expectativa relacionada ao processo interventivo e à própria competência. Influenciado por crenças intermediárias, que estabelecem uma relação de causa e consequência, ideias do tipo “caso o tratamento não ocorra em determinado prazo, será a evidência de minha ineficiência”,

ou “se o paciente não acatar determinadas colocações, significa que não aderiu ao tratamento”, por exemplo, podem fazer com que o profissional acabe adotando uma postura mais insistente ou rígida, o que seria contraproducente para o desenvolvimento do caso.

Um psicoterapeuta cognitivo-comportamental que utiliza as técnicas da TCC de maneira engessada, por acreditar que o trabalho só será bem feito se seguir à risca os protocolos do modelo, poderá interferir de maneira inadequada em determinados contextos. Um exemplo disso seria receber um paciente que buscou acompanhamento psicológico após a perda recente de um familiar e submetê-lo, já nos primeiros encontros, às técnicas como registro de pensamentos ou outras mais estruturadas, que poderiam gerar desinteresse ou até mesmo dificultar a vinculação. Nessas situações é importante que o profissional se atente, conforme postulado por Padesky (2004), que mesmo que a capacidade de estruturação de sessão seja uma competência fundamental para o terapeuta cognitivo-comportamental, é imprescindível que ele tenha sensibilidade para adequar a estrutura da terapia às necessidades específicas de cada cliente. Wright, Basco e Thase (2008) sugerem que questões situacionais, como luto após a morte de um ente querido, separação, problemas financeiros e perda de emprego, por exemplo, podem configurar contextos que exigem um ajuste no relacionamento terapêutico, indicando a importância de uma relação flexível e personalizada, sensível às particularidades do caso. No exemplo em questão, o desinteresse do paciente enlutado às tarefas propostas em sessão poderia estar relacionado a sua demanda de uma abordagem mais acolhedora e empática, sugerindo, portanto, que o terapeuta deveria rever suas crenças do que considera uma boa sessão de terapia, buscando o que seria adequado para aquele paciente, em sua especificidade.

Como na TCC o foco da relação terapêutica não estaria nos processos inconscientes transferenciais, e sim nos hábitos de pensar e agir do paciente que são vivenciados também no *setting* terapêutico (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008), os padrões de respostas disfuncionais do paciente, que aparecem em seus relacionamentos cotidianos, também tenderiam a aparecer na relação terapêutica, oferecendo ao psicoterapeuta a possibilidade de atuar no problema no presente, consequenciando-o e buscando desenvolver gradativamente respostas mais adequadas e funcionais para a vida do indivíduo (FOLLETE; NAUGLE; CALLAGHAN, 1996; KANTER; LANDES; BUSCH; RUSCH; BROWN; BARUCH; HOLMAN, 2006 apud PEZZATO; BRANDÃO; OSHIRO, 2012).

Um paciente com forte crença de abandono poderá interpretar fatos como um pequeno atraso do terapeuta, o encerramento da sessão ou até mesmo o período de férias do profissional como confirmações de sua crença de que “sempre será rejeitado e deixado pelas pessoas”, podendo sentir-se abandonado pelo terapeuta e agir de maneira agressiva e defensiva nos en-

contros, reproduzindo, portanto, suas cognições e comportamentos distorcidos no relacionamento terapêutico. Partindo dessa perspectiva, supõe-se que esse comportamento disfuncional irá afetar o terapeuta de alguma maneira na dinâmica interacional e ele deverá ser alvo de intervenção no *setting* terapêutico. Para que isso ocorra de forma adequada e produtiva para o tratamento, é fundamental que o psicoterapeuta esteja atento às suas próprias interpretações, evitando agir de maneira reflexa, pautado em pensamentos distorcidos. Compreendendo, por exemplo, que no caso citado a fala agressiva do paciente com o terapeuta pode dizer respeito ao seu padrão disfuncional e ativação da crença de abandono, e não propriamente a uma crítica à figura do psicólogo, esse comportamento poderá ser alvo de intervenção, levando o terapeuta a emitir respostas condizentes com o que o tratamento requer.

Portanto, situações desafiadoras na interação com o paciente, que podem evocar cognições disfuncionais do terapeuta, se bem manejadas, podem servir como processos de transformação de padrões, uma vez que muitas técnicas cognitivo comportamentais têm efeito de estimulação cognitiva e, a partir delas, podem ocorrer adaptações e reorganizações de estruturas e funções cerebrais, com alteração de processos cognitivos, comportamentais e biológicos (CHARCHAT-FICHMAN; FERNANDES; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2012).

6 FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM TCC

Visando compreender e construir alternativas de manejo da ativação de crenças disfuncionais dos psicoterapeutas na relação terapêutica com seus pacientes, a formação e supervisão podem apresentar-se como um caminho de compreensão e atuação.

Segundo artigo publicado por Barletta, Fonseca e Delabrida (2012), na atualidade entende-se a necessidade de que a formação do psicólogo seja baseada em evidências e estudos científicos, para conexão entre teoria e prática e melhor compreensão da realidade social. Dessa maneira, a prática do profissional deveria pautar-se em competências que permitissem ao aluno em formação agir de maneira adequada e eficaz no exercício da profissão. (ABDALLA; BATISTA; BATISTA, 2008; CRUZ; SCHULTZ, 2009 apud BARLETTA; FONSECA; DELABRIDA, 2012).

Sousa e Padovani (2015) pontuam que, desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de Psicologia, em 2004, houve uma transformação do entendimento de modelo clínico rompendo com a dicotomia entre teoria e prática, exigindo a reestruturação de atividades acadêmicas, incluindo as supervisões clínicas. Nessa perspectiva, os autores citam estudos de Rangé, Falcone e Sardinha (2007), bem como de Barleta et. al. (2012), confirman-

do que o desenvolvimento das competências para o exercício da clínica na TCC teria forte correlação com as supervisões clínicas, bem como os treinamentos oferecidos nas clínicas-escola de faculdades e universidades.

A fim de investigar o processo de formação e supervisão em TCC é interessante revisar as influências históricas do modelo cognitivo, assim como a sua evolução nos últimos anos. Conforme citado por Cottraux e Matos (2007), no início do século XX havia um domínio da psicanálise na prática clínica e sua prescrição de análise pessoal de orientação didática para habilitar o psicanalista a exercer a profissão. Segundo os critérios da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), ainda hoje, para a formação do psicanalista seriam necessários, além da análise pessoal de alta frequência, a supervisão de pelo menos dois casos clínicos, realizada com supervisor qualificado para essa função, bem como a participação em seminários teóricos, clínicos e eletivos, sobre autores e temas ligados à psicanálise (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, 2019). No entanto, as controvérsias relacionadas à formação dos profissionais e a sua efetividade geraram divisões dentro do próprio movimento psicanalítico, que não compartilha em todas as suas ramificações desse modelo de formação sugerido pela IPA. (COTTRAUX; MATOS, 2007)

A partir das décadas de 1950 e 1960, com o surgimento de novos modelos psicoterapêuticos, o foco centrou-se na relação do terapeuta com o paciente e menos nos processos subjetivos do psicoterapeuta. Nesse contexto, Carl Rogers (1968), fundador da terapia centrada no cliente, propõe a supervisão dos profissionais iniciantes por meio de comportamentos observáveis, visando desenvolver atitudes e postura do terapeuta que favorecessem a mudança do paciente em psicoterapia por meio de empatia, coerência, autenticidade, calor e consideração positiva inicial. Em síntese, as supervisões se tratariam de estudos dos problemas clínicos do paciente e das questões existenciais do candidato a psicoterapeuta também. (COTTRAUX; MATOS, 2007)

Cottraux e Matos (2007), em citação a Truax, indicam que estudos a respeito da terapia centrada no cliente, proposta por Carl Rogers, apontaram que, mesmo buscando uma forma discreta de se posicionar, a ação dos terapeutas, por mais simples que fossem, tinham efeito reforçador de aspectos do discurso do paciente enviesando a direção deles. Em suma, detectou-se que o terapeuta era diretivo e capaz de promover mudanças no comportamento do paciente por meio da seleção de temas contemplados na terapia (TRUAX apud COTTRAUX; MATOS, 2007). A estruturação teórica da TCC teve, dentre outras, a influência da terapia centrada no cliente de Rogers, inspirando o estilo terapêutico de questionamento gentil e aceitação incondicional do paciente (KNAPP; BECK, 2008).

Conforme apontam Sousa e Padovani (2015) a formação para ser terapeuta cognitivo-comportamental pode estar mais ou menos relacionada ao modelo tradicional da clínica centrado no indivíduo. Entretanto, com os avanços, descobertas e comprovações de sua eficácia, o modelo propagou-se em outros cenários profissionais, demandando o desenvolvimento de novas habilidades terapêuticas em TCC. A formação oferecida pelas faculdades e universidades durante a graduação tende a ser mais generalista e introdutória, mas dá habilitação para atuar como psicoterapeuta mesmo que sem título de especialista, ou seja, mesmo que não haja fundamentação suficiente para especialização na área, espera-se que as competências e habilidades necessárias para exercício da profissão sejam desenvolvidas ao longo do curso (SOUZA; PADOVANI, 2015).

Partindo dessa perspectiva, uma forma de desenvolver a qualificação para tornar-se competente em TCC, sugerida no estudo elaborado por Wright, Basco e Thase (2008), consistiria em participar de curso básico de no mínimo 40 horas, dedicação a leituras e estudos teóricos específicos da área, registro de casos por escrito, análise de sessões de psicoterapia em TCC de diferentes quadros e diagnósticos acompanhado por terapeuta mais experiente, bem como supervisões de casos.

Levando em consideração a importância da supervisão clínica como parte da formação do profissional em TCC, enfatiza-se que, assim como a relação de aprendizado na psicoterapia é fundamental para o processo de mudança do paciente, a relação entre supervisor e terapeuta também configura oportunidade de aprimoramento e desenvolvimento de competências do supervisionando, favorecendo que o mesmo supere as barreiras encontradas no trabalho clínico com criatividade, técnica, ética e respeito ao paciente (COTTRAUX; MATOS, 2007 apud BARLETTA; FONSECA; DELABRIDA, 2012). Dessa maneira, levando-se em conta a problemática da ativação de pensamentos automáticos do terapeuta no exercício da profissão, ao considerar a supervisão como espaço para mudança e aprendizado, é possível que assuntos pessoais do indivíduo apareçam nesse contexto, sendo necessário, no entanto, diferenciar que a proposta do trabalho de supervisão seria o desenvolvimento de habilidades do profissional, enquanto a psicoterapia individual poderia cuidar da reflexão sobre aspectos pessoais do terapeuta (BECKERT, 2002). Partindo dessa perspectiva, submeter-se a um acompanhamento psicoterápico poderia ser uma forma de cuidado das questões pessoais do psicoterapeuta que, além de promover o desenvolvimento individual e melhora de sua qualidade de vida, poderia evitar que suas crenças distorcidas afetassem a sua atuação profissional, aspecto que poderia ser aprofundado em pesquisas futuras.

Diante do exposto, um limite apontado por Barletta, Fonseca e Delabrida (2012) diz respeito à escassez de estudos voltados para as formas de desenvolver competências para ser psicoterapeuta, fazendo com que essas práticas de formação sejam pouco compartilhadas. Os autores evidenciam um pequeno repertório de estudos, principalmente na literatura nacional, acerca de métodos de supervisão clínica, fato que poderia levar a uma dificuldade de padronização dessa importante etapa de formação dos terapeutas cognitivos comportamentais e que poderia ser mais estudado.

No que se refere a essa constatação, a elaboração de inventários e instrumentos de estudos voltados para a autoavaliação do psicoterapeuta, que teriam como intuito medir aspectos da contratransferência, ou seja, a ativação de crenças distorcidas do terapeuta durante a prática clínica, poderia fundamentá-la e assegurá-la ainda mais.

O estudo da relação terapêutica pode favorecer que o terapeuta identifique e compreenda problemas que emergem na dinâmica terapêutica e que interferem no progresso do acompanhamento, como salientam Araújo e Lopes (2015). Partindo dessa perspectiva, os autores destacam que os desafios e dificuldades no que diz respeito a estabelecer e manter a aliança terapêutica podem ser reconhecidos por meio de uma autoavaliação baseada no conhecimento técnico e teórico da abordagem terapêutica, mas podem ser também identificados por instrumentos que detectam os problemas nessa dinâmica. Entretanto, ainda que já sejam reconhecidas uma grande variedade de medidores psicométricos dedicados a avaliar a aliança terapêutica em outros países, poucas pesquisas brasileiras se dedicaram a essa formulação (ELVINS; GREEN, 2008; HORVATH; GREENBERG, 1994; MARTINS, 2012 apud ARAÚJO; LOPES, 2015). Visando ampliar o número de recursos de medidas psicométricas que avaliam a aliança terapêutica na perspectiva do terapeuta cognitivo-comportamental, Araújo e Lopes (2015) desenvolveram um inventário e deram início a estudos psicométricos para validação do mesmo, demonstrando a necessidade de investimento e atenção a esse aspecto, notadamente relevante para a efetividade da psicoterapia e com poucas referências na literatura brasileira.

7 CONCLUSÃO

Nota-se que, apesar de exercer influência no processo terapêutico, a identificação das distorções do próprio terapeuta pode servir como um caminho para o redirecionamento do processo. Buscando-se uma discriminação mais clara do que seriam as questões do paciente e quais dizem respeito ao profissional que o acompanha, é possível rever estratégias e retomar o

foco do tratamento, compreendendo-se, por exemplo, que a recaída de um dependente químico, muitas vezes, deve-se mais a uma característica do transtorno do que propriamente a ineficiência do profissional, fazendo com que ele se mantenha mais perseverante e busque alternativas interventivas para aprimorar o tratamento. Observa-se, no entanto, que, eventualmente, a avaliação negativa do terapeuta a respeito de seu trabalho pode ser realista e referir-se a sua capacidade de autocrítica. Nesses casos, o fato de o profissional estar mais atento aos seus próprios processos cognitivos favorece a busca pela correção e reparação de alguma atuação que tenha percebido como inadequada ou que merecesse algum aprimoramento. A reflexão do psicólogo a respeito de suas questões poderá, inclusive, favorecer a sua capacidade empática, uma vez que conectar-se às suas fragilidades e dilemas pode torná-lo ainda mais sensível e atento a essas questões nos outros. Além disso, a identificação e a minimização de cognições do terapeuta, que poderiam interferir na sua atuação, poderão favorecer que uma boa relação terapêutica se mantenha, favorecendo também o empirismo colaborativo.

Ainda que a cognição do psicoterapeuta não possa ser calibrada com a mesma precisão usada nos microscópios, existem recursos para que haja um refinamento da sua capacidade de escuta e intervenção. A formação acadêmica, além de ser exigida para o exercício da profissão, oferece embasamento teórico e instrumental para uma prática clínica mais concisa e eficiente. Outros dois recursos que demonstram significativa importância para a formação e atuação do psicólogo são a supervisão de casos e a psicoterapia individual. Conclui-se, portanto, que diante dos diversos desafios que a prática clínica na TCC apresenta, o desenvolvimento e o aprimoramento de competências do psicoterapeuta, tanto no âmbito acadêmico como na conscientização a respeito da interferência das próprias cognições, emoções e comportamentos no trabalho interventivo, podem potencializar a sua atuação e aumentar a eficácia do trabalho.

É importante destacar que o estudo em questão apresenta limitações no que diz respeito à natureza do método utilizado, uma vez que a revisão narrativa pode levar a vieses de seleção e não replicabilidade do artigo (FERRARI, 2015). Já que não utiliza critérios explícitos e sistemáticos na pesquisa bibliográfica, e não esgota as fontes de informação acerca do tema, este método de revisão pode estar sujeito à subjetividade do autor quanto à seleção de estudos e interpretação das informações encontradas (ROTHER, 2007).

No que concerne aos limites identificados a partir do presente trabalho, conforme apresentado na seção 6 sobre formação e supervisão em TCC, verifica-se uma escassez de estudos, principalmente na literatura brasileira, que contemplem o desenvolvimento de competências para exercício da função de psicoterapeuta. Além disso, a falta de padronização

acerca dos métodos de supervisão clínica na terapia cognitivo-comportamental e a limitada literatura na área configurariam entraves para uma formação mais completa dos profissionais. Diante do exposto, despontam possibilidades para estudos futuros: a elaboração de recursos psicométricos para avaliação da aliança terapêutica, bem como para autoavaliação do psicoterapeuta; e a sistematização e padronização dos processos de supervisão clínica na TCC.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Diana Lopes. O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. **Revista Brasileira de Psicoterapia**. [S.l.], v. 19, n. 1, p. 55-71, abr. 2017. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=221 . Acesso em 19 de abr. 2019.
- ANDRÉA, Maria Amélia. Transferência e contratransferência: o sentir como instrumento de trabalho no processo grupal. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 51-58, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2019.
- ARAÚJO, Mara Livia de; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes. Desenvolvimento de um inventário cognitivo-comportamental para avaliação da aliança terapêutica. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 86-95, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872015000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- BARLETTA, Janaína Bianca; FONSECA, Ana Lúcia Barreto da; DELABRIDA, Zenith Nara Costa. A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 153-167, dez. 2012.
- BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECKERT, Marcelo. Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da psicoterapia analítico-funcional (FAP). In: GUILHARDI, H. J. et al. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: Esetec, v. 9, p. 245-256, 2002.
- BEITMAN B.D.; GOLDFRIED M.R.; NORCROSS J.C. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. **Am J Psychiatry**, [S.l.] 146, p. 138- 147, 1989.
- BUTLER, Cristopher. C.; MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2008.
- CHARCHAT-FICHMAN, Helenice; FERNANDES, Conceição Santos; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.. Psicoterapia neurocognitivo-comportamental: uma interface entre psicologia e neurociência. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 40-46, jun. 2012. Dis-

ponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2019.

COTTRAUX, Jean; MATOS, Margarida Gaspar de. Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 49-61, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 abr. 2019.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 554 p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE PSICANÁLISE. **Sobre a formação em psicanálise e filiação à FEBRAPSI**. Disponível em: <https://www.febrapsi.org/quem-somos/formacao/>. Acesso em: 19 de abr. 2019.

ELIAS, Claudia de Souza Rodrigues et al. Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 48-53, abr. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 abr. 2020.

FERRARI, R. Writing narrative style literature reviews. **Medical Writing**. Italy, v.24 n.4, p.230-235. 2015.

FOLLETE, William C.; NAUGLE, Amy E.; CALLAGHAN, Glenn M. A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. **Behavior Therapy**, [S.l.], 27, p.623-641, 1996.

KANTER, Jonathan W. et al. The Effect of Contingent Reinforcement on Target Variables in Outpatient Psychotherapy for Depression: a successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.] 39, p. 463-467, 2006.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abr. 2019.

LEITÃO, Leopoldo Gonçalves. Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 2, p. 175-183, abr. 2003. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2019.

PADESKY, C. A. Desenvolvendo competências do terapeuta cognitivo: modelos de ensino e supervisão. In: SALKOVSKIS, Paulo M. (Org.). **Fronteiras da terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 235-255, 2004.

PEZZATO, Fernanda Augustini; BRANDAO, Alessandra Salina; OSHIRO, Claudia Kami Bastos. Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 74-84, abr. 2012. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2019.

RANGÉ, Bernard. et al. Transtorno Obsessivo Compulsivo. In: RANGÉ, BERNARD. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 20 -32, 2001.

RANGÉ, Bernard P; MARLATT, G. Alan. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s88-s95, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abr. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, Jun. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de jun. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SILVA, Luzia F. M.; BRANCO, Marília F. C.; MICCIONE, M. M.. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura. **Revista Estação Científica**. Juiz de Fora, nº 13, jan.– jun. 2015. Disponível em:
http://portal.estacio.br/docs%5Crevista_estacao_cientifica/01-13.pdf. Acesso em 19 de abr. 2019.

SOUSA, Conceição Reis de; PADOVANI, Ricardo da Costa. Supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais: Trilhando outros Caminhos Além do Serviço-Escola. **Psico-USF**, Itatiba, v.20, n. 3, p. 461-470, dez 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712015000300461&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abr. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200308>.

WRIGHT, J.H.; DAVIS, Denise. The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: patient perceptions and therapist responses. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 1, p. 25-45, 1994.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R., THASE, Michael E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. In: WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R., THASE, Michael E.; BROWN, Gregory K. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, p. 33-44, 2008.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 179-195, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2019.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2000.