



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mara Lívia de Araújo

**Empatia e Aliança Terapêutica sob a ótica dos Terapeutas
Cognitivo-Comportamentais**

UBERLÂNDIA

2014

Universidade Federal de Uberlândia – Avenida Maranhão, s/n, Bairro Jardim Umuarama – 38.408-144 –
Uberlândia – MG +55 – 34 – 32182701 pgpsi@fapsi.ufu.br <http://www.pgpsi.ufu.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mara Lívia de Araújo

Empatia e Aliança Terapêutica sob a ótica dos Terapeutas Cognitivo-Comportamentais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia da Saúde/
Processos Cognitivos

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Ferrarez Fernandes
Lopes

UBERLÂNDIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A663e Araújo, Mara Lívia de, 1989-
2014 Empatia e aliança terapêutica sob a ótica dos terapeutas cognitivo-comportamentais / Mara Lívia de Araújo. - 2014.
127 f. : il.

Orientadora: Renata Ferrarez Fernandes Lopes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Empatia - Teses. 3. Terapia do comportamento - Teses. 4. Psicologia clínica da saúde - Teses. I. Lopes, Renata Ferrarez Fernandes. II. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Mara Lívia de Araújo

Empatia e Aliança Terapêutica sob a ótica dos Terapeutas Cognitivo-Comportamentais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia da Saúde/ Processos Cognitivos

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora
Uberlândia, 28 de março de 2014

Prof^a. Dr^a. Renata Ferrarez Fernandes Lopes
Orientadora (UFU)

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini
Examinador (UFU)

Prof^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld
Examinador (USP-RP)

Prof^a. Dr^a. Neide Aparecida Micelli Domingos
Examinador Suplente

UBERLÂNDIA
2014

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha, e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

Gratidão a todos que passaram pelo meu caminho e deixaram um pouco de si. Serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão deste trabalho.

À Deus, por guiar minhas escolhas e iluminar os caminhos que convergiram para a realização deste projeto.

Aos meus pais, por me ensinarem o prazer pelo conhecimento e demonstrarem tanto amor e dedicação, me apoiando em todos os momentos, abdicando muitas vezes de desejos pessoais para que hoje eu pudesse concluir mais essa etapa da minha vida acadêmica.

Aos meus irmãos, pelo sentimento de união de amor incondicional. Aos meus avós pelos ensinamentos e pela sabedoria e a toda minha família pelo apoio constante.

Ao Diego, por dividir comigo minhas angústias e multiplicar minhas alegrias, tornando esse momento final mais leve e tranquilo.

Aos meus amigos da UFU Isabela, Andressa, Ana Claudia, Laila, Lauren, Gercino e Vanessa que sempre estiveram ao meu lado, me auxiliando no processo de adaptação de uma nova vida, pelo carinho e pelos sorrisos.

Ao Filipe e a Carol, amigos que me acompanharam desde o momento da escolha pelo mestrado. Agradeço imensamente por serem tão disponíveis e atenciosos!

Aos meus amigos Nayara, Leandro e Esterzinha, que me incentivaram e alegraram meus dias.

Aos professores Ederaldo e Joaquim que passaram por esse percurso e contribuíram significativamente para que fosse concluído.

Por fim, um agradecimento especial à Profa. Renata, com quem aprendi o verdadeiro significado da palavra mestre. Pela paciência e pelas orientações. Por acreditar em mim e por ser tão generosa em compartilhar conosco o que sabe da vida e da Psicologia. Gratidão e admiração!

“Há muros que só a paciência derruba. E há pontes que só o carinho constrói.” (Cora Coralina)

RESUMO

Na abordagem cognitivo-comportamental, a empatia é considerada uma habilidade social importante para a formação de um bom relacionamento terapêutico. Considerando a importância da empatia e da aliança entre terapeuta e cliente para o progresso do tratamento psicoterapêutico o presente estudo investigou junto aos terapeutas cognitivo-comportamentais a capacidade empática pessoal por meio do Inventário de Empatia (IE) e a qualidade da relação terapêutica por meio do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica, além de identificar a definição de empatia terapêutica para esses psicólogos. Uma amostra de 30 psicoterapeutas especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental respondeu os dois inventários. Além disso, realizou-se uma prova de juízes para o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica, elaborado neste trabalho a partir dos pressupostos teóricos desenvolvidos por J. Beck. Esta prova foi realizada com oito juízes, também psicólogos especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram-se como pessoalmente empáticos, principalmente nos fatores Sensibilidade Afetiva e Tomada de Perspectiva do IE. No que tange à relação terapêutica, os psicólogos desta amostra dizem estar aplicando as práticas clínicas que envolvem o estabelecimento e a manutenção da aliança, apresentando maior dificuldade em relação ao fator reações do terapeuta diante das interações entre terapeuta-cliente. As definições de empatia terapêutica dadas pelos participantes da amostra se relacionaram mais ao aspecto cognitivo da empatia, principalmente no que se refere à tomada de perspectiva do outro. O Inventário Congitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica apresentou níveis satisfatórios para as estimativas de confiabilidade (*alpha de Cronbach - $\alpha = 0,853$*). De modo geral, os resultados contribuem para a compreensão das variáveis – empatia e relação terapêutica – à partir do ponto de vista do terapeuta cognitivo-comportamental, além de disponibilizar um instrumento que possibilite a avaliação do vínculo terapêutico nesta abordagem.

Palavras-chave: empatia, aliança terapêutica, terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

In Cognitive-Behavioral Therapy, empathy is considered an important social skill for a good therapeutic relationship formation. Considering the empathy and alliance between therapist and client importance to the psychotherapeutic treatment progress, this study investigated the cognitive-behavioral therapists personal empathic capacity through the Empathy Inventory (IE) and the quality of the therapeutic relationship through the Cognitive-Behavioral Inventory for Therapeutic Alliance Assessment, in addition the study identify the therapeutic empathy definition from these psychologists. A sample of 30 psychotherapists specialize in Cognitive-Behavioral Therapy answered two inventories. Furthermore, was performed a judges proof for the Cognitive-Behavioral Inventory for Therapeutic Alliance Assessment, developed in this paper based on J. Beck theoretical assumptions. This proof was performed with eight judges, psychologists also specialize in Cognitive-Behavioral Therapy. The findings showed that participants presented themselves as empathetic person, particularly in Affective Sensitivity and Perspective Taking IE factors. Regarding the therapeutic relationship, psychologists say be applying clinical practices that involves the establishment and maintenance of the alliance, presenting greater difficulty about the therapist's reaction factor in the interaction between client-therapist. The therapeutic empathy definitions given by participants of the sample were more related to the empathy cognitive aspect, especially involving the taking the other's perspective. The Cognitive-Behavioral Inventory for Terapeutic Alliance Assessment showed satisfactory levels for reliability estimatives (Cronbach's alpha - $\alpha = 0,853$). Overall, this findings contributes to the understand the variables – empathy and therapeutic relationship – from the cognitive-behavioral therapist's standpoint, in addition to providing an instrument that allows the evaluation of the therapeutic relationship in this approach.

Key-words: empathy, therapeutic alliance, cognitive-behavioral therapy

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	12
1.	Empatia: principais definições	12
2.	Empatia: um breve histórico	14
3.	Aspectos conceituais da empatia	17
3.1	Elementos que compõe a empatia	17
3.2	Neuropsicologia da empatia	20
3.3	Diferenças pessoais na compreensão da empatia	22
3.4	Empatia como habilidade social	24
3.5	O que não é empatia: assertividade, altruísmo e angústia pessoal	25
4.	A relação terapêutica	28
4.1	O que é a relação terapêutica para os terapeutas cognitivos?	30
4.2	Empatia como elemento da relação terapêutica	31
4.3	Elementos não específicos do tratamento	32
4.4	A relação terapêutica e a empatia no progresso do tratamento	34
4.5	Quando a empatia pode não ser positiva para o tratamento	36
4.6	Fracasso empático e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica	37
5.	Modelo cognitivo da empatia	40
5.1	Etapas	41
5.2	Transferência e contratransferência	43
II	OBJETIVOS	46
1.	Objetivo primário	46
2.	Objetivos secundários	46
III	MÉTODO	47
1.	Participantes	47
2.	Material	48
3.	Procedimentos	50
IV	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
1.	Inventário de Empatia	52
2.	Inventário Cognitivo Comportamental para Avaliação da Aliança	

Terapêutica	56
2.1 Prova de Juízes	56
2.2 Análise Descritiva e alpha de <i>Cronbach</i>	59
3. Análise das correlações entre o Inventário de Empatia e o Inventário Cognitivo Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica	67
3.1 Estudo correlacional entre o Inventário de Empatia e o Inventário Cognitivo-Comportamental para avaliação da Aliança Terapêuticas dos participantes mais empáticos	70
4. Análise qualitativa do conceito de empatia	71
V CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	94
Anexo A.	95
Anexo B.	99
Anexo C.	103
Anexo D.	107
Anexo E.	108
Anexo F.	110
Anexo G.	112
Anexo H.	119

I INTRODUÇÃO

1. Empatia: principais definições

As primeiras pesquisas científicas conhecidas sobre os processos empáticos foram realizadas a partir da segunda metade do século XX. Embora esses estudos sejam relativamente recentes, o conceito de empatia já existia desde o início deste século, designada pela palavra alemã *Einfühlung* e traduzida por filósofos estéticos como um processo de imitação interna de um observador, em resposta à apreciação de obras de arte (Burns & Auerbach, 2005; Falcone, 2003). Segundo Baldwin (1913), através do *Einfühlung*, propriedades subjetivas das obras podiam ser sentidas como se fossem oriundas das próprias obras de arte, ou seja, como se estas fossem seres com vida.

Essa definição de empatia foi subsequentemente ampliada por historiadores e cientistas sociais que passaram a utilizar esse conceito para compreender as relações humanas (Burns & Auerbach, 2005). Segundo estes autores, a identificação empática envolveria o conhecimento e os sentimentos daquele que é observado, promovendo a compreensão da percepção e da motivação deste.

O termo empatia deriva da palavra grega “empatheia”, que significa “paixão” ou “ser muito afetado” (Falcone, 2003; Sampaio, Camino & Roazzi, 2009). Neste sentido, o sujeito que empatiza percebe e sente as respostas afetivas do outro, voltando-se para a experiência do ponto de vista da outra pessoa, mais do que para a sua própria percepção do evento (Hoffman, 1987). O autor parte desta conceituação de empatia e propõe que o constructo não se trata de um processo de encontro de emoções entre duas pessoas, mas sim de uma resposta emocional vicária à imagem mental que alguém tem do sofrimento de outrem.

Desde então, a empatia tem sido definida e redefinida por vários autores. Alguns se voltam apenas para um aspecto da empatia, considerando-a como uma manifestação apenas cognitiva, envolvendo a tomada de perspectiva, ou predominantemente afetiva, ressaltando a percepção da emoção e as respostas afetivas associadas. As definições mais amplas da empatia a consideram como uma habilidade para compreender as experiências, sentimentos e perspectivas de outra pessoa, transmitindo-lhe esta compreensão de forma sensível (Fish & Shelly, 1986; Falcone, 2001), além de experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem-estar desta pessoa (Falcone, 2001). Em conformidade, Eisenberg e Strayer (1987) definem a empatia como uma ação ou reação adotada diante de determinada situação, que pode causar mobilização afetiva, compreensão e interpretação cognitiva, direcionando a pessoa para uma tomada de atitude, seja esta passiva ou ativa.

O fato de existirem diferentes teorias sobre a empatia permite supor que sua definição seja dificilmente consensual. Na maioria dos estudos observa-se que os autores adotam a definição que melhor se ajusta ao propósito da pesquisa, por isso é necessário um conhecimento amplo da empatia, para compreender as nuances que a envolvem.

No decorrer dessa introdução aborda-se a história da empatia, demonstrando a evolução e o desenvolvimento do conceito nas áreas da psicologia seguindo uma ordem cronológica. Em seguida, faz-se referência às distintas perspectivas que envolvem o construto, como as visões cognitiva e afetiva, a integradora ou multidimensional e ainda as posturas disposicional e situacional. Apresenta-se ainda a neuropsicologia da empatia, que contribui com estudos recentes acerca das bases neurais do construto. As diferenças pessoais também são consideradas na compreensão da empatia, evidenciando-se as distinções do comportamento empático entre homens e mulheres. A fim de ampliar o entendimento da empatia, torna-se importante ressaltar o que não é empatia, por isso, trata-se no texto de

conceitos como assertividade, altruísmo e angústia pessoal, muitas vezes utilizados como se referissem à empatia.

Em seguida, o texto aborda a relação terapêutica, apresentando sua definição. Faz-se então uma reflexão acerca dos elementos específicos e não específicos presentes no processo terapêutico, considerando a empatia como um elemento não específico. Ressalta-se ainda os efeitos da empatia no tratamento, apontando inclusive quando esta habilidade pode não ser positiva para o progresso terapêutico. Por outro lado, o fracasso empático também é apontado como um problema na terapia, assim como as dificuldades em se estabelecer e manter a aliança terapêutica.

Por fim, o modelo cognitivo da empatia é apresentado, identificando as etapas que o constituem. Além de envolver uma breve discussão sobre os mecanismos de transferência e contratransferência na terapia cognitiva. Observa-se que as diferentes hipóteses e aproximações na investigação desta variável têm contribuído para o enriquecimento e desenvolvimento do conceito (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008).

2. Empatia: um breve histórico

A empatia foi objeto de estudo de diversos campos do saber, como a Filosofia, a Sociologia e a Psicologia. No início do século XIX, a Psicologia da personalidade foi a área que manifestou maior interesse pela empatia, identificado o constructo como um processo no qual um objeto era subjetivado pela percepção do observador (Sampaio, Camino & Roazzi, 2009). Segundo estes autores, nessa época, a ideia de empatia como uma habilidade para se perceber e identificar o que estava na consciência de outra pessoa já era conhecida e utilizada por estudiosos da Psicologia.

Mas só em 1909, Titchener traduziu o termo *Einfühlung* por *empathy* (Davis, 1994). Para o estruturalista norte-americano, este conceito significava a possibilidade de conhecer a consciência de outra pessoa, raciocinando de maneira similar a ela, através da imitação interna ou esforço da mente (Burns & Auerbach, 2005; Wispé, 1992). Dessa forma, segundo essa concepção, pessoas que possuíssem o mesmo nível intelectual e moral poderiam compreender umas às outras.

Até a década de 40, o conceito de empatia foi objeto de reflexão teórica de autores como Freud e Alport (Wispé, 1992). Anos mais tarde, outros estudiosos psicodinâmicos apresentaram definições da empatia em termos das experiências subjetivas do terapeuta em resposta ao paciente, através de processos de transferência e contratransferência (Burns & Auerbach, 2005).

A Psicologia do desenvolvimento contribui desde a década de 1940 para a compreensão de como a capacidade empática varia com a idade. Murphy (1937) investigaram como a empatia estava ligada à tomada de perspectiva em crianças. Feshbach e Roe (1968) demonstraram em seu estudo que crianças de seis e sete anos reconheciam mais facilmente as emoções do outro do que descreviam sobre como experimentavam suas próprias emoções.

Em 1949, Dymond introduziu o termo tomada de perspectiva, trazendo uma contribuição importante no desenvolvimento do conceito da empatia. Segundo este raciocínio, Hogan (1969) definiu a empatia como uma capacidade metarrepresentativa, através da qual seria possível compreender o que se passa na mente dos outros.

Mas para a psicoterapia, foi a partir da década de 50 que a empatia passou a ser investigada com maior aprofundamento, a partir dos estudos de Carl Rogers. Na modalidade psicoterápica desenvolvida por ele, conhecida como Abordagem Centrada na Pessoa, há uma preocupação do terapeuta em estabelecer um clima terapêutico adequado, que consiste no

desenvolvimento e demonstração de sentimentos empáticos para o cliente (Sampaio, Camino & Roazzi, 2009).

Para Rogers (1975), empatia significa “perceber o marco de referência interior da outra pessoa com precisão e com os componentes emocionais que lhe pertencem, como se fosse essa pessoa, porém sem nunca perder a condição de ‘como se’” (p.2), ou seja, sem nunca perder de vista que se trata da felicidade ou da tristeza do outro. A empatia era vista por Rogers como uma habilidade aprendida e que poderia ser desenvolvida com o tempo, envolvia o estabelecimento de vínculos cognitivo-afetivos entre as pessoas e implicava na sensibilização e no envolvimento com a vida do outro (Rogers, 1985/2001).

A empatia assumiu importância fundamental na teoria rogeriana quando o autor afirmou a necessidade do terapeuta desenvolver uma compreensão empática pelo cliente (Sampaio, Camino & Roazzi, 2009). Rogers propõe ainda que um relacionamento caloroso e empático seja uma das condições necessárias e suficientes para a mudança da personalidade (Rogers, 1957). Na psicoterapia, isso implica na sensibilização do terapeuta pelo discurso do cliente, na apreensão e compreensão dos seus pensamentos e sentimentos, sem fazer nenhum julgamento de valor.

A partir da década de 60, diversos estudos na Psicologia social foram desenvolvidos para investigar como construtos motivacionais como o altruísmo, as disposições pessoais e a empatia explicariam comportamentos de ajuda, de distribuição e mediação (ver Sampaio, Camino & Roazzi, 2009). De acordo com estes autores, apesar de existirem divergências em relação ao conceito de empatia, a ideia de que o construto estaria relacionado a aspectos motivacionais da vida em sociedade instigou pesquisas de vários psicólogos sociais das mais diversas correntes teóricas.

3. Aspectos conceituais da empatia

A compreensão da empatia envolve o conhecimento dos vários aspectos que envolvem o construto. Estes aspectos conceituais serão apresentados abaixo. O primeiro refere-se a uma das principais discussões sobre a empatia, envolvendo os elementos que a constituem – afetivos, cognitivos e comportamentais. A neuropsicologia traz subsídios que contribuem para essa discussão, além de ampliar os conhecimentos sobre a biologia da empatia. Em seguida, são apontadas as diferenças pessoais da empatia, entre homens e mulheres, e entre diferentes faixas etárias, assim como uma explanação do constructo enquanto uma habilidade social. Então, conceitos como assertividade, altruísmo e angústia pessoal são definidos, distinguindo-se os mesmos da empatia.

3.1 Elementos que compõe a empatia

Existe uma diversidade de orientações teóricas e definições de empatia, sendo que a maneira como os autores consideram a dimensionalidade desse construto se reflete nas discussões conceituais que propõem. Neste sentido, discute-se há décadas sobre o papel da cognição e do afeto na composição da empatia, sendo que alguns teóricos defendem que a empatia é um fenômeno predominantemente cognitivo (Dymond, 1949), enquanto outros afirmam que trata-se de um processo predominantemente afetivo (Hoffman, 1987).

Os autores que consideram a visão cognitiva do construto acreditam que a empatia consiste fundamentalmente na adoção da perspectiva cognitiva do outro (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008). Por sua vez, os defensores da visão afetiva definem a empatia como um afeto compartilhado ou sentimento vicário, envolvendo a reação emocional de uma pessoa ao observar outra experimentando uma emoção, ou seja, sentir o que o outro

sente. Para Falcone, Gil e Ferreira (2007), este componente não implica necessariamente em experimentar os sentimentos do outro, mas sim em vivenciar um entendimento do que é sentido pelo outro.

Embora existam muitas divergências acerca da dimensionalidade do construto, a literatura, de forma geral, tem considerado a empatia como um fenômeno multidimensional (Barrett-Lennard, 1993; Davis, 1980; Falcone, 1999; Kooler, Camino & Ribeiro, 2001), abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Morse et al (1992, citado por Carraro & Radünz, 1996) acrescentam ainda os componentes morais. Davis (1983) comprehende que a perspectiva multidimensional é mais coerente para a análise e a compreensão da empatia do que as perspectivas unidimensionais, já que estudos empíricos têm demonstrado as inter-relações entre componentes afetivos e cognitivos, além de indicar que as pessoas experimentam diferentes tipos de vivências durante episódios empáticos.

Baseado na compreensão da empatia como uma variável multidimensional, Davis (1983) descreve os componentes da empatia a partir de quatro dimensões: a tomada de perspectiva e a fantasia, referindo-se aos componentes cognitivos; e a consideração empática e o *personal distress*, ou angústia pessoal, que constituem os componentes afetivos. No domínio cognitivo do construto, a tomada de perspectiva refere-se à habilidade de se adotar, espontaneamente, o ponto de vista psicológico do outro, que corresponde para Davis e Oathout (1987) a uma disposição para se colocar no lugar do outro, modificando o próprio comportamento como consequência. Para Ickes (1997), a tomada de perspectiva não envolve necessariamente que o indivíduo se coloque no lugar do outro, pois considera que a dimensão cognitiva consiste na inferência de pensamentos e sentimentos da outra pessoa. A fantasia representa a tendência de o indivíduo compartilhar na imaginação, sentimentos de personagens fictícios, como de livros, novelas e filmes (Davis, 1983).

Um dos componentes afetivos, a consideração empática, refere-se ao reconhecimento das emoções e sentimentos do outro, refletindo simpatia, compaixão e uma preocupação com o bem-estar das pessoas (Davis, 1983; Davis & Oathout, 1987). A dimensão *personal distress*, por sua vez, é evidenciada pelos comportamentos dos indivíduos quando sentem ansiedade ou angústia frente ao infortúnio vivenciado por outros.

Falcone et al., (2008) adotam a perspectiva multidimensional da empatia e apresentam quatro fatores que definem o constructo. Alguns são embasados nos pressupostos descritos acima, como os de Davis (1983). Dois fatores representam o componente cognitivo da empatia. O primeiro, denominado Tomada de Perspectiva refere-se à “capacidade de entender a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa, mesmo em situações que envolvam conflito de interesses, as quais demandam esforço para compreender as razões do outro antes de expressar as próprias perspectivas” (Falcone et al. 2008, p.327). O segundo fator, chamado Flexibilidade Interpessoal é descrito pelos autores como a capacidade para tolerar comportamentos, atitudes e pensamentos dos outros que são muito divergentes.

O terceiro fator é denominado Altruísmo e reflete a capacidade para sacrificar os próprios interesses para ajudar ou beneficiar o outro (Falcone et al, 2008). O quarto e último fator descrito pelos autores, chamado Sensibilidade Afetiva, envolve sentimentos de compaixão e interesse pelo estado emocional do outro. O Altruísmo e a Sensibilidade Afetiva constituem o componente afetivo da empatia.

Além disso, ressalta-se a presença do elemento comportamental, que se refere a expressão sensível daquilo que foi percebido. Barrett-Lennard (1993) já afirmava que a habilidade empática também envolve a transmissão do reconhecimento e a elaboração dos sentimentos e perspectivas da outra pessoa, de tal maneira que ela se sinta compreendida.

Considerando também que a empatia estaria baseada em uma ação comportamental, Rogers (1975) sugere outra possibilidade de compreensão do processo empático. O autor

propõe uma divisão em três etapas: a primeira consiste na captação do mundo perceptual da outra pessoa e a familiarização com o mesmo, sem julgá-lo; o que corresponderia aos componentes cognitivos e afetivos apontados anteriormente. Em seguida, é necessário que se faça a comunicação ao outro sobre a própria percepção do mundo; e por fim, precisa-se verificar com o outro a correção de tais percepções e deixar-se guiar pelas suas respostas; sendo estes os componentes comportamentais do processo. Essas etapas podem ser facilmente identificadas na postura empática do psicoterapeuta.

A compreensão da empatia como um conceito que integra as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental se refere a uma visão disposicional do construto (Duan & Hill, 1996). Neste sentido, observa-se que literatura sobre a empatia sugere a distinção entre a empatia disposicional ou traço e a empatia situacional ou estado. A primeira consiste em uma tendência relativamente estável de uma pessoa perceber e experimentar de forma vicária as emoções dos outros, enquanto a empatia situacional, cuja proposta fundamental é descrita por Batson e Coke (1981) é compreendida como uma experiência afetiva vicária sentida em situações específicas. Esta perspectiva considera apenas o aspecto afetivo do conceito, entendendo a empatia como uma emoção que se elicia diante da presença de estímulos situacionais.

3.2 Neuropsicologia da empatia

Os conhecimentos recentes acerca da biologia do cérebro somam evidências que indicam a multidimensionalidade da empatia (Pinho, Fernandes & Falcone, 2011). O modelo teórico chamado de Perception Action Model (PAM) explica como os mecanismos neurológicos possibilitam aos humanos compartilhar representações e sentimentos dos seus semelhantes através da percepção (Decety & Jackson, 2004; Preston & De Waal, 2002). Este

modelo se baseia em estudos com neuroimagens de pacientes com lesões cerebrais, para apresentar as bases neurais da empatia. Os autores identificaram que circuitos neuronais da empatia estão amplamente distribuídos no cérebro, sendo que as áreas corticais somatossensoriais parecem estar associadas às manifestações mais simples da empatia, como o contágio emocional (reconhecer as emoções do outro) e o mal-estar pessoal (sentir-se ansioso, incomodado, angustiado com infortúnios do outro). Por outro lado, a empatia cognitiva mais sofisticada, na qual se controla a tomada de perspectiva, dependeria de áreas do córtex pré-frontal e outras áreas corticais.

Shamay-Tsoory, Goldsher, Berger e Aharon-Peretz (2004) também realizaram uma pesquisa com o propósito de identificar as bases neurais da empatia, através do estudo de pacientes com dano cerebral e esquizofrenia. Os autores sugeriram com seus resultados que aspectos cognitivos e afetivos da empatia podiam estar implementados em diferentes sistemas cerebrais. Assim, o córtex pré-frontal seria a principal área responsável pelo processamento da empatia e pela regulação do processamento empático: sendo que a região órbito frontal estaria mais especializada na empatia cognitiva, enquanto a empatia afetiva estaria na região dorsolateral.

Dessa forma, os estudos evidenciam a empatia como um fenômeno multidimensional, que envolve áreas relacionadas às experiências afetivas e outras áreas relacionadas à capacidade cognitiva. As pesquisas mostram que as bases funcionais da empatia podem ser identificadas a partir da atividade integrada de diversos sistemas corticais.

Alguns estudos sugerem a participação de outras áreas cerebrais no processo empático, como o lobo temporal, o suco temporal superior, o lobo parietal inferior e as estruturas límbicas (Blanke & Arzy, 2005; Bunge, Wendelken, Badre & Wagner, 2002). Além disso, algumas pesquisas recentes tem se voltado para outro foco de investigação, que tem obtido muita popularidade. Trata-se de estudos que mostram que alguns circuitos neuronais que são

ativados quando o indivíduo executa uma ação, também são ativados quando ele percebe que outro realiza a mesma ação (Decety & Jackson, 2004; Preston & De Waal, 2002). Segundo estes autores, essa capacidade se situaria nos neurônios espelhos, que permitiriam a geração de representações das ações e expressões faciais dos outros. Esta premissa corrobora com estudos recentes de Enz e Zoll (2006) que destacam a existência de aspectos ideomotores nas respostas empáticas. Segundo estes autores, neurônios espelhos, localizados no córtex sensorial, estariam envolvidos na pré-ativação do córtex motor do indivíduo quando estivesse observando os movimentos de alguém, predispondo o mesmo a executar, subliminarmente, movimentos semelhantes aos da pessoa observada. Assim, a função destes neurônios no processo empático seria o reconhecimento e a compreensão do significado dos atos motores.

A investigação da neurobiologia da empatia parece ainda incipiente, apontando muitos estudos com resultados contraditórios e muitas hipóteses interessantes, mas ainda sem comprovação empírica sustentável. Contudo, essa ambiguidade pode ser um indicador das múltiplas áreas relacionadas à empatia, provavelmente porque o construto é constituído por diversos componentes (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008).

3.3 Diferenças pessoais na compreensão da empatia

Os estudos, de forma geral, tem apresentado a empatia como uma variável que parece se relacionar com diferenças individuais, tais como as diferenças de sexo. Em um estudo realizado com 320 adolescentes de 14 a 16 anos, as meninas apresentaram escores mais altos do que os meninos na escala global do EMRI (Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis) (Kooler, Camino & Ribeiro, 2001). Contudo, ao avaliar a dimensão afetiva através dos escores desta escala (utilizando a subescala consideração empática) e da Escala de Empatia de Bryant (EECA), os autores encontraram resultados controversos, já que

na primeira os meninos obtiveram escores mais elevados e na segunda, as meninas apresentaram escores maiores. Portanto, os autores concluíram que os dados não permitem afirmar que ocorram diferenças de empatia entre os sexos. Batista e Camino (2000) desenvolveram um estudo a fim de examinar a diferença de sexo no que diz respeito à empatia com uma amostra de 400 sujeitos. Os resultados também indicaram que os sexos não se diferenciaram quanto à empatia.

Entretanto, apesar de alguns estudos não encontrarem diferenças entre homens e mulheres quanto aos níveis de empatia, outros mostram o contrário. A revisão realizada por Hoffman (1977) indica que mulheres parecem ser mais empáticas do que homens, principalmente no que tange ao aspecto afetivo do construto. O autor explica estes achados baseando-se no estereótipo cultural predominante, a partir do qual se espera que a mulher, mais que o homem, tenha respostas afetivas empáticas diante do sofrimento alheio. Eisenberg e Lennon (1983) replicaram estes resultados e analisaram as diferenças de sexo na dimensão cognitiva (tomada de perspectiva) da empatia, e obtiveram os mesmos resultados de Hoffman.

Em concordância, Davis (1980) encontrou resultados a favor desta hipótese utilizando o IRI (Interpersonal Reactivity Index), já que as mulheres pontuaram mais alto que os homens nas escalas emocionais, mas não houve diferença nas escalas cognitivas. Na adaptação brasileira da escala de Davis, as mulheres se descreveram como sendo mais empáticas do que os homens no nível geral de empatia e em todas as escalas do IRI, tanto as cognitivas quanto as afetivas (Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga & Menezes, 2011).

Os resultados das investigações apresentados até o momento parecem insuficientes para fazer conclusões definitivas sobre as relações entre empatia e as diferenças de sexo (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008). Tais contradições podem ser explicadas pelo fato de não haver consenso em relação ao conceito de empatia e, portanto, são

empregadas medidas de aspectos distintos para avaliá-la, gerando resultados que não podem ser comparados, o que favorece a ambiguidade e a aparente contradição (Davis, 1994).

Além da diferença de sexo, algumas pesquisas apontam as peculiaridades da empatia em diferentes faixas etárias. Em uma pesquisa transversal, Pinho, Fernandes e Falcone (2011), investigaram a relação entre a habilidade social empática e a idade de 537 participantes adultos e concluíram que quanto maior a idade dos participantes, menor o altruísmo e maior a sensibilidade afetiva – que são considerados por eles como aspectos da empatia. Segundo os autores, esses resultados sugerem que quanto maior a idade, menor seria a capacidade de abrir mão das próprias necessidades (altruísmo), mas, por outro lado, aumenta-se a possibilidade de se interessar e se preocupar com o outro (sensibilidade afetiva). Os resultados obtidos por Kooler, Camino e Ribeiro (2001) revelam que a empatia pode ser enfatizada em sua faceta mais afetiva durante a pré-adolescência, mas o padrão tende a diminuir ao longo da adolescência.

3.4 Empatia como habilidade social

Diante das diversas considerações sobre a empatia, alguns autores voltam-se para o constructo, considerando-o como um traço de personalidade ou uma habilidade para perceber e sentir os estados mentais de outros (Duan & Hill, 1996). A partir deste pressuposto, os autores ressaltam que algumas pessoas seriam mais empáticas que outras, seja pela predisposição natural ou pelo aprendizado. A partir deste ponto de vista, pode-se discutir a empatia como uma habilidade social, que contribui para o estabelecimento de relações interpessoais.

Embora os humanistas tenham sido os primeiros estudiosos a reconhecer a importância da empatia nos relacionamentos, foram os pesquisadores das abordagens

comportamental e cognitivo-comportamental que aprofundaram os estudos da variável caracterizando a empatia como uma habilidade social relevante para o estabelecimento e manutenção de relacionamentos saudáveis (Rodrigues & Silva, 2011). Além disso, Bar-On (2000), autor do modelo de inteligência socioemocional (ESI *emotional-social intelligence model*), apresentou a empatia como um componente das habilidades interpessoais, definindo o construto como a capacidade de ser consciente e compreender as emoções, sentimentos e ideias do outro.

Rodrigues e Silva (2011) citam vários estudos que investigaram os efeitos sociais da empatia. Entre os principais achados desta revisão, os autores destacam que as pessoas empáticas despertam nos outros afeto e simpatia, são geralmente mais populares e ajudam pessoas próximas a desenvolver habilidades de enfrentamento, fazendo com que amigos e familiares apresentem menos problemas emocionais e psicossomáticos. Além disso, a forma como os indivíduos empáticos se comportam, tornam as relações mais agradáveis e reduzem o conflito e o rompimento (Davis, 1983). Ickes (1997) sugere que a habilidade de perceber e valorizar os pensamentos e os sentimentos das outras pessoas é o que provavelmente torna esses indivíduos mais bem sucedidos em suas relações pessoais.

3.5 O que não é empatia: assertividade, altruísmo e angústia pessoal

De acordo com Rodrigues e Silva (2006) o estudo das habilidades sociais começou a se constituir por volta da década de 1930, estruturando-se gradativamente. As primeiras pesquisas se voltaram para o estudo da assertividade, mas Del Prette, Del Prette e Castelo Branco (1999a) consideram que esta variável não esgota a noção de habilidades sociais, sugerindo a importância de se compreender a empatia.

Em uma análise da literatura sobre habilidades sociais, Falcone (2001) identificou 15 classes de comportamentos socialmente habilidosos, agrupando-as em três categorias: habilidades empáticas, assertivas e de resolução de problemas. Os resultados das pesquisas apresentaram a funcionalidade do comportamento assertivo, já que a expressão dos próprios sentimentos, desejos e interesses, podem elevar a autoestima e reduzir a ansiedade e a depressão (Falcone, 2001). Por outro lado, a autora aponta que este tipo de comportamento não parece ser suficiente para melhorar os relacionamentos interpessoais, já que não promove a conexão entre as pessoas, nem favorece o estabelecimento de vínculos.

Além disso, em situações de conflito, o comportamento assertivo pode piorar a situação. Nestes casos, segundo Falcone (2001) é necessário que as pessoas controlem suas emoções e esforcem-se para compreender a perspectiva e as emoções do outro, ou seja, é necessário que elas sejam empáticas. Dessa forma, a empatia é considerada como uma habilidade moduladora da assertividade.

A partir desta explanação, foi possível observar as discrepâncias conceituais e práticas entre empatia e assertividade. Por se tratar de um construto tão amplo, que abrange muitos componentes, torna-se necessário conhecer as distinções terminológicas existentes sobre a empatia, para que se possa discriminá-la de outros conceitos similares (Fernández-Pinto, López-Pérez & María Márquez, 2008).

Neste sentido, alguns autores têm defendido que o sentimento de angústia pessoal, apontando por Davis (1983) como um dos fatores que constituem a empatia, comprehende, na verdade, em reações pré-empáticas (Falcone et al., 2008). Estas reações seriam identificadas nas primeiras fases do desenvolvimento humano, mas também podem se manifestar na idade adulta. Segundo Hoffman (1987), crianças em idades precoces, podem ter sentimentos empáticos ao testemunhar a angústia do outro, como se aquele sofrimento estivesse ocorrendo com elas mesmas. Esse sentimento produz sensações de incômodo ou desconforto, sendo

denominado por Hoffman como angústia empática. Segundo o autor, com o desenvolvimento cognitivo, parte deste sentimento é transferida para a imagem do outro, transformando a angústia empática em angústia simpática, cuja conceituação parece muito próxima à ideia de empatia.

A angústia empática, por sua vez, parece ser qualitativamente diferente da empatia, na medida em que a primeira se refere a sentimentos voltados para satisfazer as próprias necessidades (Davis, 1983), enquanto a empatia (assim como a angústia simpática) é direcionada ao outro, relacionada não só a necessidade de aliviar a própria angústia, mas também a um desejo claro de ajudar o outro (Hoffman, 1987). Em outras palavras, a angústia empática corresponde às sensações afetivas de incômodo, desconforto ou angústia, experienciadas quando a pessoa percebe que o outro está sofrendo algum tipo de dano, injustiça ou desvantagem. Envolve então apenas o sentimento e o que se faz internamente para aliviá-lo, o que Davis (1983) nomeia de atitudes egocêntricas de abandono da situação.

Por outro lado a angústia simpática descreve uma motivação pró-social, a partir da experiência de angústia empática, que leva o indivíduo a buscar aliviar o sofrimento do outro. Segundo Hoffman (1987), apesar da empatia estar eminentemente ligada aos comportamentos de ajuda e a angústia empática parecer mais “egoísta”, esta tem um papel importante para esses comportamentos pró-sociais, pois, para aliviar a própria angústia, as pessoas muitas vezes precisam aliviar a angústia do outro.

A empatia pode também ser confundida com o altruísmo. Apesar dos conceitos não terem o mesmo significado, parecem apresentar uma relação próxima. Batson (1997) aponta uma série de estudos que sustentam a ideia de que a preocupação empática evoca a motivação altruísta. O altruísmo pode ser compreendido como uma ação ou intenção que resulta de motivações voltadas para o objetivo de favorecer os interesses e bem-estar dos outros (Batson, 1991), referindo-se mais ao querer beneficiar o outro do que a alcançar de fato esse resultado.

Segundo Batson (1997) a motivação altruísta não necessariamente leva ao comportamento de ajuda, tendo em vista que uma avaliação de custos e benefícios parece estar envolvida na decisão de ajudar. Considerando esta definição associada ao conceito de Michener, DeLamater e Meyers (2005), que acrescentam que esta intenção de ajudar não envolve a ideia de se esperar algo em troca, é possível compreender a importância da predisposição empática, da compreensão e da validação dos pensamentos e sentimentos do outro, para que ocorra a intenção altruísta. Clavien e Chapuisat (2013) ressaltam a complexidade do termo altruísmo e sugerem uma distinção entre quatro conceitos que o envolvem: a) altruísmo psicológico, que se refere à motivação genuína para atender os interesses e promover o bem-estar dos outros; b) altruísmo reprodutivo, que envolve abrir mão de algo para aumentar as chances de sobrevivência e reprodução do outro; c) altruísmo comportamental, relacionado a ter algum custo para favorecer o interesse do outro, e d) altruísmo preferencial, que ocorre quando há a preferência pelo interesse do outro.

Parece que a empatia tem o potencial para favorecer o desenvolvimento do altruísmo independente da definição que se utilize. Contudo, para cada uma das manifestações altruístas mencionadas, parece existir um processo particular de envolvimento da empatia.

As discussões propostas sobre a empatia, a assertividade, a angústia pessoal, a angústia empática e o altruísmo mostram como estes termos, muitas vezes, são usados indiscriminadamente, sem que haja preocupação com os significados atribuídos ou com a superposição entre construtos (Sampaio, 2007). Por isso, torna-se importante a realização de um maior refinamento teórico-conceitual da empatia em relação a estes termos, a fim de se atentar para a utilização correta do constructo que se propõe estudar.

4. A relação terapêutica

A ênfase das pesquisas em psicoterapia contemporânea nos aspectos técnicos e relacionais da aliança tem tornado esse tema uma variável importante para a compreensão do processo psicoterapêutico. Na maioria dos estudos, as conceitualizações de aliança terapêutica são baseadas no trabalho de Bordin (1979), que tentou construir uma definição de aplicação universal, integradora e heurística, para que todas as escolas terapêuticas se identificassem com um conceito comum de aliança terapêutica. O autor define a aliança como a colaboração entre cliente e terapeuta no que se refere a três componentes: acordo sobre as metas, a designação/atribuição de tarefas e o desenvolvimento de vínculos positivos.

Para a Terapia Cognitiva estes três aspectos também são considerados, sendo acrescidos de outras características, mais voltadas para as especificidades da abordagem, como a importância do *feedback* do paciente, a visão que o paciente tem da terapia e as reações do terapeuta (Beck, 1997).

A aliança terapêutica tem sido considerada uma variável importante no processo de mudança psicoterapêutica para várias abordagens de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Segundo Ackerman e Hilsenrothb (2003) um grande número de pesquisas empíricas que estudam a relação entre aliança e os resultados da terapia têm sido desenvolvidas nas últimas duas décadas, contudo, poucos estudos se voltaram para as contribuições dos terapeutas para o desenvolvimento da aliança. Embora existam algumas pesquisas que focam especificamente as atividades do terapeuta durante a sessão (Ackerman & Hilsenrothb, 2003; Orlinsky et al., 1994) parece não haver um esclarecimento da relação entre as contribuições específicas do terapeuta na sessão (atributos pessoais e intervenções técnicas, por ex.) e o desenvolvimento de uma aliança positiva.

Segue abaixo uma explanação teórica de como os psicólogos cognitivos tem considerado a aliança terapêutica, apresentando os estudos nesta abordagem que apontam

quais habilidades do terapeuta contribuem para o desenvolvimento e manutenção da aliança.

4.1 O que é a relação terapêutica para os terapeutas cognitivos?

A psicoterapia é um processo complexo, que envolve a utilização de técnicas com o intuito de promover mudanças no sistema de crenças e/ou comportamentos do paciente, para que ocorra uma diminuição do seu sofrimento (Rodrigues & Silva, 2011). Todo este processo envolve fundamentalmente a interação entre terapeuta e cliente, sendo facilitado por alguns procedimentos presentes nesta relação (Beck, 1997; Meyer & Vermes, 2001). Falcone (2006) aponta que, durante o processo psicoterapêutico, o terapeuta deve possuir, além do conhecimento técnico, habilidades interpessoais como respeito, consideração, envolvimento e empatia. Essas habilidades contribuiriam para o estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica, podendo ser utilizadas conjuntamente com a técnica para conduzir a mudança.

Tradicionalmente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) considerava a técnica como agente central de mudança, mas atualmente, muitos terapeutas da abordagem (Safran & Segal, 1990; Safran, 1998; Young et al, 2003) conceitualizam a aliança como parte integral do tratamento. Beck e seus colaboradores (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) também enfatizaram a importância de um relacionamento terapêutico caloroso e empático, e complementam que “a eficácia das técnicas cognitivas e comportamentais é dependente, em larga escala, do relacionamento entre terapeuta e o paciente... O relacionamento requer calor, empatia apurada e genuinidade por parte do terapeuta. Sem esses, a terapia torna-se orientada por truques” (Beck et al. 1993, p. 135). Em conformidade, Beck (2007) ressalta que a terapia cognitiva eficaz necessita de um bom vínculo terapêutico, já que muitos pacientes apenas

conseguirão modificar suas cognições, respostas emocionais e repertório comportamental, se a aprendizagem acontecer em uma relação de apoio e empatia.

O alicerce do relacionamento entre terapeuta e paciente na TCC é denominado empirismo colaborativo, termo cunhado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979. Nesta relação, os envolvidos trabalham juntos, adotando uma postura igualmente ativa, a fim de resolver os problemas do paciente (Sudak, 2008). De acordo com a autora, o terapeuta

(...) deve se basear nas habilidades básicas de relacionamento que são comuns a toda boa psicoterapia – cordialidade, genuinidade, empatia, profissionalismo e escuta ativa. Deve ser hábil em estabelecer e manter limites no tratamento. Deve garantir que a harmonia com o paciente seja forte e, ainda prestar atenção constante a aliança terapêutica, mostrando-se particularmente flexível ao trabalhar com pacientes com transtornos de personalidade (Sudak, 2008, p. 39).

Dessa forma, para que realize o que Sudak (2008) chama de boa psicoterapia, cabe ao terapeuta cognitivo reconhecer a importância de desenvolver uma aliança forte, com o empirismo colaborativo como foco central, o que parece essencial para um bom resultado terapêutico. Para isso, é necessário ainda que o profissional perceba sinais de ruptura na aliança, além de reconhecer e explorar suas próprias emoções envolvidas na relação com o cliente.

Sob a perspectiva da TCC, as respostas emocionais são predominantemente oriundas das percepções idiosincráticas de uma pessoa (Burns & Auerbach, 2005). Neste sentido, os autores ressaltam que as reações emocionais dos terapeutas na terapia, dirão mais sobre as percepções, fantasias e crenças do terapeuta, do que as dos pacientes. Isso parece claro quando se observa que para um determinado paciente, diferentes terapeutas terão diferentes percepções e sentimentos sobre essa mesma pessoa.

4.2 A empatia como elemento da relação terapêutica

De acordo com as perspectivas supracitadas sobre a aliança terapêutica, observa-se que na abordagem cognitivo-comportamental, a empatia é considerada uma habilidade social importante para a formação de um bom vínculo entre terapeuta e cliente. Para Tschundin (1987, citado por Carraro e Randüz, 1996) a empatia é a base para a relação de ajuda, devendo ser considerada não só como um instrumento na relação terapêutica, mas sim como uma maneira de ser.

Existem alguns comportamentos verbais e não verbais do terapeuta que podem favorecer a relação empática com o paciente. De acordo com Egan (1994), os comportamentos que demonstram empatia são: manter contato ocular, olhando diretamente, mas não fixamente; adotar uma postura que indique envolvimento, inclinando-se levemente para frente; procurar identificar mensagens não verbais do outro e estar atento às próprias reações corporais e emocionais, modificando-as quando julgá-las inappropriadas. Falcone (2000) cita algumas verbalizações empáticas: tentar explicar e validar os sentimentos e perspectivas do outro, contextualizando-as; não julgar e demonstrar verbalmente a compreensão dos sentimentos e pensamentos do outro.

Além da postura empática do terapeuta, outros aspectos da estrutura do tratamento de terapia cognitiva podem facilitar o desenvolvimento do relacionamento colaborativo, como a estruturação da sessão e a obrigação do terapeuta em fornecer o máximo de informações possíveis para o paciente – sobre a doença, a conceituação dos problemas atuais e do tratamento em si (Sudak, 2008). Dessa forma, o paciente sentirá maior segurança e confiança no terapeuta, facilitando o fortalecimento da aliança terapêutica.

4.3 Elementos não específicos do tratamento

A relação terapêutica e a empatia são consideradas, por alguns autores, fatores comuns ou inespecíficos, que se referem às qualidades inerentes a uma relação humana satisfatória (Silveira & Kerbauy, 2000). Os fatores específicos, por sua vez, são definidos, pelos autores, como ações intencionais do terapeuta, como as técnicas utilizadas na terapia. Os fatores inespecíficos são identificados em diferentes abordagens psicoterápicas, o que fomenta a discussão do motivo pelo qual várias abordagens, que utilizam intervenções terapêuticas diferentes, possam ser eficazes.

Alguns teóricos postularam que fatores comuns a todas as formas de terapia podem contribuir mais para a melhora clínica do que os fatores específicos, únicos para cada tipo de tratamento (Bergin, 1990). A revisão de Orlinsky, Grawe e Parks (1994) corrobora com essa hipótese, relatando que em mais da metade dos 115 estudos analisados, a empatia terapêutica esteve significativamente correlacionada com o resultado terapêutico. Contudo, ainda não há um consenso se algum fator seria, de fato, mais relevante que o outro no processo da psicoterapia. O que Meyers e Vermes (2001) concluíram após investigar várias pesquisas, que abordam a influência desses fatores, é que alguns procedimentos específicos podem ser facilitados por características da relação interpessoal entre o terapeuta e o cliente.

Seguindo o mesmo raciocínio, Burns (1989) ressalta a importância dos dois componentes na terapia: as intervenções técnicas (específicas) e as intervenções empáticas (inespecíficas). Segundo o autor, as intervenções técnicas seriam utilizadas para auxiliar os pacientes a resolver seus problemas e modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais; enquanto as intervenções empáticas seriam especialmente importantes quando os pacientes se sentissem desconfiados, com raiva, ou quando estivessem chateados e precisando esparecer.

Para Burns e Auerbach (2005) é importante que o terapeuta tenha flexibilidade para ir e voltar entre os modos técnico e empático em várias ocasiões da sessão. Os autores explicam

que, quando os pacientes estão expressando uma forte emoção, como a raiva ou irritação, é necessário deixar as técnicas temporariamente de lado e responder de uma maneira empática. Essa postura do terapeuta evitaria possíveis rompimentos da aliança, que poderiam facilmente ocorrer caso o psicólogo priorizasse sua técnica em detrimento da demanda emocional momentânea do paciente. Por outro lado, quando os pacientes estão tranquilos e demonstram confiança nos terapeutas, então as intervenções técnicas podem ser implementadas.

A distinção entre as intervenções técnicas e empáticas não é tão perceptível na prática, já que idealmente devem ocorrer de modo integrado (Burns & Auerbach, 2005). Assim, quando o terapeuta estiver utilizando uma técnica cognitiva ou comportamental, é importante que ele se preocupe em manter um relacionamento terapêutico de confiança, caso contrário, poderá fracassar.

Dado o exposto, observa-se que a literatura tem demonstrado a importância de fatores relativos à qualidade do relacionamento entre terapeuta e cliente, incluindo a empatia, para o sucesso da terapia. Rodrigues e Silva (2011) ressaltam que estudiosos da abordagem cognitivo-comportamental caracterizam a empatia como uma habilidade social importante para o estabelecimento e manutenção de boas relações interpessoais, inclusive para a relação terapêutica. Em conformidade, Safran e Segal (1990) apontam que o interesse da TCC pelo estudo da relação terapêutica aumentou nas últimas décadas, o que evidencia a atenção que os pesquisadores têm dado aos fatores inespecíficos.

4.4 A relação terapêutica e a empatia no progresso do tratamento

Os aspectos abordados acerca da compreensão do processo empático parecem convergir para a ideia de que trata-se de uma ferramenta chave para o bom andamento de um tratamento psicoterapêutico. Algumas pesquisas tem se dedicado a estudar os efeitos da

empatia manifestada pelo terapeuta na mudança do paciente, demonstrando que essa habilidade de interação parece necessária para a eficácia do tratamento (Barrett-Lennard, 1993). Além disso, Falcone (2003) relatou uma série de estudos que investigaram os aspectos comuns entre terapeutas de diferentes abordagens teóricas, verificando que esses profissionais também acreditam nos efeitos terapêuticos positivos da empatia.

Outras pesquisas tentaram investigar a relação entre empatia terapêutica e a recuperação clínica e se depararam com dificuldades estatísticas e problemas de condução da pesquisa controlada (Burns, & Auerbach, 2005). Ainda assim, Burns e Nolen-Hoeksema (1992) conseguiram encontrar uma ferramenta de análise de dados alternativa que superasse essas dificuldades, o modelo de equação estrutural. Usando essa estratégia, os autores estimaram o efeito causal da empatia terapêutica na melhora clínica, ao mesmo tempo em que controlaram outras variáveis. Os resultados apontaram que os pacientes dos terapeutas que eram mais calorosos e mais empáticos melhoraram significativa e substancialmente mais do que os pacientes dos terapeutas com mais baixas avaliações de empatia, quando os outros fatores estavam sob controle.

Este estudo, assim como outros que utilizam o modelo de equação estrutural, indica que os efeitos causais da empatia na recuperação clínica parecem importantes, inclusive na TCC, uma abordagem considerada altamente técnica (Burns & Auerbach, 2005). Esses achados têm aumentado o reconhecimento dos efeitos positivos da empatia, motivando o desenvolvimento de definições mais detalhadas do construto e de programas de treinamento que visam desenvolver essa habilidade no terapeuta (Falcone, 2003). Ainda assim, existem controvérsias sobre o tema na literatura, já que pesquisadores como Ellis (1962, citado por Burns & Auerbach, 2005) minimizam a importância da empatia, sustentando que um relacionamento terapêutico caloroso não é necessário nem suficiente.

4.5 Quando a empatia pode não ser positiva para o tratamento

Em uma comunicação pessoal, Ellis (1962, citado por Burns & Auerbach, 2005) sugere que a empatia terapêutica pode nem mesmo ser desejável. Explicando melhor a posição do autor, Ellis defende que esta relação pode evitar o progresso, por promover uma dependência do paciente ao terapeuta. Apesar de reconhecer que a empatia faça o paciente sentir-se melhor, ele acredita que isto pode fazê-lo evitar o enfrentamento das dificuldades e protelar a mudança, como entrar em contato com crenças dolorosas, o que é inerente ao processo terapêutico. Muitos autores discordam de Ellis, como já foi mencionado no texto, mas sua posição em relação ao tema instiga uma reflexão: a empatia terapêutica seria benéfica para todos os pacientes? Em todos os momentos do processo terapêutico?

De acordo com Rodrigues e Silva (2011) apesar da empatia ser considerada uma habilidade interpessoal necessária para a formação da aliança terapêutica, nem sempre o comportamento empático do terapeuta irá promover resultados favoráveis ao processo terapêutico. No mesmo raciocínio de Ellis, os autores defendem que em alguns casos, a empatia pode reforçar comportamentos disfuncionais no cliente. Segundo Burns e Auerbach (2005), o psicólogo pode empatizar de forma a reforçar padrões de auto-sabotagem, por exemplo.

Para pesquisadores da TCC, não há dúvidas sobre a importância da empatia para a relação terapêutica, mas o emprego desta habilidade apresenta resultados ainda contraditórios, o que sugere que sua expressão deve ser realizada em momentos adequados na terapia (Rodrigues & Silva, 2011). De acordo com Beck (2007) a maioria dos clientes reage de forma positiva às manifestações empáticas do terapeuta. Para a autora, a empatia faz com que os clientes sintam-se mais apoiados e compreendidos, além de fortalecer a aliança. Mas quando algum paciente demonstra sentimentos negativos frente a uma manifestação empática do

terapeuta, cabe ao profissional modificar sua conduta e avaliar o sentido de tal reação do paciente. Além disso, é importante uma auto-avaliação a fim de verificar o que pode ter ocorrido, na tentativa de reverter à situação.

Deste modo, é importante que o terapeuta reconheça quando a empatia tem uma função positiva ou negativa no processo terapêutico e tenha sensibilidade para identificar os momentos nos quais o comportamento empático é adequado, atentando-se para a forma de expressar a empatia (Rodrigues & Silva, 2011). Vale ressaltar a importância de se avaliar cada caso, pois ao considerar a complexidade dos transtornos psicológicos existentes e a variedade do nível de gravidade de cada transtorno somada as diferenças individuais de cada paciente, é provável que cada caso solicite determinada focalização na empatia ou na mudança (Falcone, 2003). Portanto, é possível concluir que a empatia não garante uma intervenção terapêutica útil e eficaz, mas a ausência de uma relação terapêutica empática, que expresse confiança, torna o sucesso terapêutico pouco provável.

4.6 Fracasso empático e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica

O estudo da relação terapêutica e da empatia implicadas no tratamento pode auxiliar o terapeuta na compreensão de problemas que surgem na terapia e que podem impedir o progresso terapêutico. De acordo com Beck (1997) estas dificuldades podem ocorrer em decorrência de várias causas, sendo uma delas a dificuldade do terapeuta em estabelecer uma aliança terapêutica. Neste sentido, Safran e Segal (1990) ressaltam que um dos principais inibidores para a formulação de um bom vínculo não é somente o paciente, mas também o terapeuta. Alguns pacientes difíceis podem desencadear no terapeuta reações negativas, que, segundo os autores, são mais comuns do que se reconhece. Essas respostas podem ter um impacto nocivo na auto-estima dos pacientes, impedindo o progresso terapêutico.

O fracasso empático pode ocorrer especialmente em situações de conflito, nas quais as manifestações emocionais costumam se exceder e exigem um nível maior de autocontrole do terapeuta. Estudos sobre a sincronia emocional (Levenson & Ruef, 1997) demonstram que as mensagens não-verbais refletem como a pessoa se expressa e contagiam o outro, promovendo respostas semelhantes. Nestes momentos, a postura empática promove efeitos positivos, sendo capaz de reduzir as queixas, a raiva e a probabilidade de rompimento. Por isso, em situações de conflito é importante que o terapeuta procure compreender as razões do comportamento do paciente a fim de facilitar um diálogo de entendimento.

Pressupõe-se então que a dificuldade do terapeuta em manter uma postura empática pode, em determinados momentos da terapia, comprometer a aliança e consequentemente o progresso terapêutico. A literatura mostra que o fracasso empático e outros problemas na formação da aliança terapêutica são frequentes, até mesmo para terapeutas cognitivo-comportamentais experientes que dominam as técnicas (Beck, 1997).

Para Wright, Basco e Thase (2008), aprender a construir relações terapêuticas mais eficazes é um desafio, mesmo para aqueles que têm a capacidade pessoal de entender os outros e discutir assuntos emocionalmente carregados com sensibilidade, gentileza, serenidade e empatia. Quando o terapeuta já possui essas características o caminho para se estabelecer uma boa aliança parece iniciado, mas os autores ressaltam a importância de se ampliar esse talento, através da experiência clínica juntamente com a supervisão e introspecção pessoal. Dessa forma, os autores apontam a importância do treinamento de profissionais no sentido de ampliar e potencializar suas habilidades, mas para isso é essencial que o psicólogo faça uma auto reflexão acerca da sua prática e da necessidade de desenvolvimento de aptidões interpessoais que propiciem a colaboração e o progresso do tratamento.

Judith Beck (1997; 2007) aponta algumas características que auxiliam na identificação de práticas terapêuticas que influenciam no estabelecimento e manutenção de uma aliança e consequentemente no sucesso do tratamento. Para a autora, estes critérios estão relacionados à colaboração, ao *feedback* do paciente, a visão que o paciente tem da terapia e as reações do terapeuta (Beck, 1997).

Para se avaliar a colaboração, Beck (1997) sugere que seja investigado se o terapeuta age como uma equipe com seu paciente, assumindo o papel de guia. Isto acontece quando terapeuta e paciente tomam decisões conjuntamente sobre a terapia. Problemas na colaboração surgem quando os terapeutas são autoritários, arrogantes ou confrontadores. A avaliação do *feedback* do paciente refere-se ao quanto o terapeuta solicita, entende e aceita o *feedback* do paciente (Beck, 1997). Envolve também o quanto o terapeuta encoraja o paciente a expressar-se. A visão que o paciente tem da terapia expressa a compreensão que o paciente tem da terapia e do terapeuta, é importante que ele tenha uma imagem positiva, que acredite que a terapia irá ajudá-lo e que perceba o terapeuta como alguém competente, colaborativo e interessado (Beck, 1997).

As reações do terapeuta são avaliadas através de atitudes do terapeuta, investigando se ele mostra ao paciente que se importa com ele, se ele sente-se competente para ajudá-lo e demonstra isso para o paciente (Beck, 1997). Além disso, se o terapeuta mantém uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar. Nesse caso, problemas na aliança terapêutica são compreendidos como oportunidade para crescimento profissional.

Ao investigar esses critérios o terapeuta terá condições de identificar possíveis problemas que estejam interferindo no bom andamento do tratamento, podendo então transformá-los em oportunidades para refinar suas habilidades de conceituação e planejamento, além de melhorar sua perícia técnica e sua aptidão para modificar a terapia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente (Beck, 1997). A autora acrescenta

ainda a importância do terapeuta sempre monitorar seus pensamentos e seu humor em relação ao paciente, pois suas cognições podem interferir no processo de resolução dos problemas.

Para que as dificuldades no estabelecimento e manutenção da aliança sejam identificados é importante que o terapeuta além da auto-avaliação embasada em seu conhecimento da abordagem, também utilize instrumentos confiáveis que podem norteá-lo na identificação dos problemas. Observa-se atualmente uma diversidade de medidas psicométricas disponíveis para mensurar a aliança terapêutica (Horvath & Greenberg, 1994; Elvins & Green, 2008).

Na revisão de Elvins e Green (2008) e na metanálise desenvolvida por Horvath, Del Re, Fluckiger e Symonds (2011) foram identificados mais de trinta escalas, sem contar suas versões reduzidas. Nos dois estudos três instrumentos foram apontados como sendo os mais utilizados: o *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS), o *Helping Alliance Questionnaire* (Haq) e o *Working Alliance Inventory* (WAI). Hatcher e Barends (1996) realizaram uma revisão conceitual crítica destes três instrumentos e encontraram seis fatores comuns a estas escalas: colaboração, objetivos e tarefas, vínculo, relacionamento idealizado, paciente dedicado e ajuda recebida.

No intuito de compreender melhor a relação entre os problemas que podem surgir no processo terapêutico em decorrência de dificuldades no estabelecimento e manutenção de uma aliança forte entre terapeuta e paciente, segue uma explanação do modelo cognitivo da empatia. Este modelo, além das etapas que constituem o processo empático, envolve também dois mecanismos oriundos da relação terapêutica e que manifestam influencia direta nesta interação: a transferência e a contratransferência.

5. Modelo cognitivo da empatia

5.1 Etapas

Em conformidade com as definições já descritas, Falcone (2000) defende a visão multidimensional da empatia, que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Segundo o modelo cognitivo,

(...) o componente cognitivo está relacionado ao processamento da informação, o que inclui atenção, memória, etc.; o componente afetivo é identificado pelas emoções e pelos afetos decorrentes das interpretações; o componente comportamental refere-se às expressões verbais e não-verbais de entendimento empático (Falcone, 2003, p. 277).

Outros estudos, consonantes com o modelo cognitivo, também se referem às duas primeiras etapas da habilidade empática, explicando-as de maneira semelhante. Greenberg e Elliott (1997) propõem que na primeira etapa, o terapeuta que empatiza está envolvido em compreender os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa, além de buscar experienciar o que está acontecendo com ela naquele momento. A segunda etapa consiste em comunicar esse entendimento de forma sensível. Dessa forma, a compreensão empática envolve prestar atenção e ouvir sensivelmente, enquanto a expressão empática inclui verbalizar sensivelmente (Falcone, 2003).

Na relação empática, quando uma pessoa dedica atenção à outra, essa parece se sentir mais encorajada a se abrir e a explorar as dimensões significativas de sua situação-problema (Egan, 1994). No contexto terapêutico, essa abertura é essencial para que se possa conhecer os problemas envolvidos e intervir de forma efetiva.

Assim como a atenção, o ouvir empático parece ajudar a reduzir a vergonha psicológica (Jordan, 1997), possibilitando que os pacientes acreditem que aspectos que foram rejeitados por outros, podem ser agora aceitos e compreendidos. Além disso, quando alguém ouve sensivelmente, oferece ao outro a oportunidade de ser ouvido, sem ser julgado,

provocando assim, efeitos positivos (Falcone, 2003). Conforme Barrett-Lennard (1988) relata, tais efeitos incluem: cura e crescimento pessoal; enriquecimento do relacionamento; redução de tensão e solução de problema e desenvolvimento do conhecimento.

Por isso, em terapia, costuma-se afirmar que o ouvir empático possui um efeito curativo (Bohart & Greenberg, 1997). Esse efeito também se expressa quando alguém experimenta a presença empática de outro, e com isso, torna-se mais empático consigo mesmo, reduzindo o julgamento severo consigo e com os outros (Falcone, 2003). Esse movimento facilita o relacionamento terapêutico, fortalecendo a aliança entre os envolvidos.

O ouvir sensível também promove efeitos positivos na interação em momentos de conflito, à medida que reduz as contestações e a probabilidade de rompimento da relação terapêutica. Nessas circunstâncias, é necessário que o terapeuta controle suas emoções e esforce-se para compreender e validar os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa (Falcone, 2001). Falcone (2003) aponta que ouvir sensivelmente, demonstrar compreensão e aceitação a uma pessoa que está irritada, tem o poder de reduzir a sua raiva, tornando-a também mais disponível para ouvir, facilitando assim a intervenção terapêutica.

Assim como o ouvir empático promove auto-apreciação, sabe-se que o não ser ouvido pode gerar sentimentos de exclusão, desvalorização e inadequação (Falcone, 2003), o que parece legitimar a importância da empatia na relação terapêutica, como fator de promoção e desenvolvimento do tratamento.

Além da atenção e do ouvir empático é necessário haver uma expressão empática. Esta refere-se à verbalização, cuja função é fazer com que a outra pessoa sinta-se compreendida, além de ajudá-la a explorar as suas preocupações de forma mais completa (Falcone, 2003). Embora as etapas anteriores possam sinalizar compreensão, aceitação e acolhimento, a autora aponta que a verbalização empática é a maneira mais eficiente de demonstrar compreensão.

Estas etapas do processo empático na terapia possibilitam uma maior compreensão da importância desta habilidade do terapeuta. Para um maior aprofundamento do tema, ressalta-se o papel da transferência e da contratransferência, termos popularizados pela psicanálise e pela psicoterapia psicodinâmica, mas que possuem uma aplicabilidade interessante na TCC.

5.2 Transferência e Contratransferência

Como nas outras terapias, os processos de transferência são considerados como uma reedição de alguns elementos de relacionamentos prévios importantes na relação terapêutica (Wright, Basco & Thase, 2008). Contudo na TCC, o foco de interesse não se trata dos conteúdos inconscientes ou dos mecanismos de defesa; segundo os autores, essa abordagem se preocupa com as maneiras habituais de pensar e agir que são repetidas no *setting* terapêutico.

A transferência acontece porque muitas pessoas chegam à terapia com crenças e expectativas e as estendem ao psicólogo (Sudak, 2008). A autora explica que estas crenças podem ser oriundas de experiências anteriores sobre a psicoterapia, ideias sobre o significado do transtorno ou ainda de vivências passadas e expectativas sobre os cuidadores. Em outras palavras, crenças desenvolvidas durante a história de vida do paciente poderão ser generalizadas para o relacionamento com o terapeuta, podendo comprometer o vínculo. Essas crenças podem fazer com que o paciente distorça comportamentos e atitudes do psicólogo, já que se baseiam nas suas distorções cognitivas.

Da mesma forma que a transferência pode prejudicar o fortalecimento da aliança terapêutica, quando considerada negativa, a consciência da presença deste fenômeno pode ser utilizada para melhorar a relação terapêutica e modificar os padrões disfuncionais de pensamento (Beck et al., 1979). A transferência negativa proporciona acesso direto às crenças

do paciente sobre os outros e pode ser uma fonte significativa de aprendizagem (Sudak, 2008). Ao avaliar os esquemas, o terapeuta terá a oportunidade de analisar, na relação terapêutica, os efeitos das cognições e das crenças nucleares do paciente (Wright, Basco & Thase, 2008), ou seja, observar como esses padrões influenciam em seus relacionamentos. Além disso, esta experiência proporciona ainda informações importantes para o planejamento de intervenções que reduzam os efeitos negativos da transferência no vínculo terapêutico e/ou no resultado da terapia (Wright, Basco & Thase, 2008).

Neste sentido, o terapeuta pode discutir diretamente com o paciente sobre como a generalização de experiências passadas pode levar ao desenvolvimento de uma visão incorreta do psicólogo e do tratamento (Sudak, 2008). Para isso, a autora sugere a utilização do questionamento socrático e da análise de evidências sobre o terapeuta e o seu comportamento. Wright, Basco e Thase (2008) sugerem ainda que, quando houver uma reação transferencial interferindo na colaboração, bloqueando o progresso ou promovendo efeitos prejudiciais para a terapia, o terapeuta pode utilizar a “psicoeducação sobre a transferência, técnicas padrão de TCC para modificar pensamentos automáticos e esquemas envolvidos na transferência, ensaios comportamentais e o comprometimento em limitar certos comportamentos” (p.42).

Vale ressaltar que em algumas ocasiões o terapeuta percebe a existência de reações transferenciais, mas considera que seja uma situação neutra ou até mesmo benigna, e decide por não modificar o andamento do processo terapêutico. Sudak (2008) ressalta que diante de uma aliança terapêutica forte, não será necessário tratar da transferência. Considerando a importância da empatia neste vínculo, pode-se supor que, diante de uma postura empática do terapeuta, a probabilidade de que a transferência negativa ocorra de forma a prejudicar o tratamento seja menor.

Além da transferência, as reações de contratransferência também podem interferir no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas. A contratransferência é definida na

terapia cognitiva como um conjunto de pensamentos automáticos, esquemas e emoções ativadas no terapeuta na relação com o paciente (Sudak, 2008; Wright, Basco & Thase, 2008).

Para Sudak (2008), estas cognições e sentimento geralmente têm duas fontes: os que não têm uma base lógica e partem das próprias crenças centrais do terapeuta, e os pensamentos que partem de problemas reais vivenciados pelo terapeuta na sua relação com paciente. Para que o terapeuta perceba que está acontecendo reações contratransferenciais, é necessário que ele faça uma auto reflexão de seus comportamentos, pensamentos, emoções e sensações físicas envolvidos na interação com os pacientes. Alguns indicadores que podem auxiliar o terapeuta nesta avaliação são:

Ficar com raiva, tenso ou frustrado com o paciente, sentir-se entediado no atendimento; aliviado quando o paciente se atrasa ou cancela a sessão; repetidamente encontra dificuldades para trabalhar com um determinado tipo de doença, conjunto de sintomas ou dimensão de personalidade, ou começa a se sentir especialmente atraído ou inclinado por um determinado paciente (Wright, Basco & Thase, 2008, p.43).

Sudak (2008) acrescenta que os registros dos próprios pensamentos automáticos podem ajudar o terapeuta a entender a natureza dos pensamentos e encontrar formas mais racionais para lidar com o problema. Diante de um problema real vivenciado pelo terapeuta no relacionamento com o paciente, o psicólogo pode utilizar da situação para compreender se estes comportamentos que geraram desconforto podem estar prejudicando também as relações do paciente com outras pessoas. Caso isso aconteça, o terapeuta pode trabalhar com o paciente, a fim de modificar suas crenças e comportamentos desadaptativos que estejam dificultando seus relacionamentos.

De maneira alternativa, o terapeuta pode descobrir que o trabalho com um determinado paciente ativou nele crenças desadaptativas e tentar resolver isso de maneira adequada, através de técnicas da TCC (Sudak, 2008). Wright, Basco e Thase (2008) sugerem que para a modificação de cognições, o terapeuta procure identificar suas distorções

cognitivas e mudar seu modo de pensar para refletir uma visão mais equilibrada dos esforços e do potencial do paciente.

Dessa forma, apesar das divergências conceituais, a literatura nos oferece um arsenal de informações sobre a relevância de uma aliança eficaz entre terapeuta e paciente. Tendo em vista que o entendimento empático trata-se de um instrumento chave para uma aliança terapêutica eficaz, assim como para o bom andamento de um tratamento psicoterapêutico, sua investigação não deve ser desconsiderada. Assim, mais estudos sobre a empatia terapêutica são necessários, a fim de esclarecer as controvérsias que ainda permeiam o tema. Essa pesquisa propõe endossar de maneira significativa esses estudos, buscando contribuir para a compreensão deste constructo.

II OBJETIVOS

1. Objetivos Primários

Investigar junto aos terapeutas cognitivo-comportamentais a) a capacidade empática pessoal dos terapeutas por meio do Inventário de Empatia (Falcone, et al. 2008); b) a qualidade da relação terapêutica de terapeutas cognitivos (tendo por base o modelo cognitivo de aliança terapêutica) por meio do o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica e c) estabelecer a definição de empatia terapêutica para esses psicólogos.

2. Objetivos Secundários

- Classificar os itens do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica de acordo com os critérios propostos por Judith Beck (1997) como fundamentais para a aliança terapêutica (colaboração ativa, *feedback* do outro, visão que o outro tem a meu respeito, minhas reações frente ao outro), por meio de uma prova de juízes.
- Estabelecer o Alpha de Cronbach do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica.
- Verificar se há correlação entre o IE e o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica.

III MÉTODO

1. Participantes

Para a realização desse estudo utilizou-se uma amostra total de 38 participantes (psicólogos especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC). O estudo foi composto por duas etapas. Na primeira etapa oito especialistas em TCC participaram de uma prova de juízes e na segunda etapa 30 terapeutas cognitivo-comportamentais aceitaram participar e responderam a dois inventários e um questionário - descritos abaixo.

Os juízes desta pesquisa eram quatro participantes do sexo feminino (50%) e quatro participantes do sexo masculino (50%), com idade média de 37 anos ($DP = 6,98$; $máx=46$; $min=28$) e formados em média há 13 anos ($DP = 6,44$; $máx=24$; $min=5$). A amostra era constituída por psicólogos que concluíram a especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental em média há 10 anos ($DP = 6,42$; $máx=21$; $min=2$), que atuam na área

clínica em média há nove anos ($DP = 6,08$; máx=20; min=2) e são professores no magistério superior há 11 anos em média ($DP = 6,66$; máx=21; min=1).

A amostra da pesquisa na segunda etapa foi composta por 30 psicólogos especialistas em TCC, sendo 22 participantes do sexo feminino (73,3%) e oito participantes do sexo masculino (26,6%). Os psicólogos que participaram desta pesquisa tinham em média 35 anos ($DP = 10,4$; máx=62; min=24) e 7,7 anos de formados, em média ($DP = 4,9$; máx=17, min=3). Em relação à formação acadêmica, 65% concluíram apenas a especialização, 9% eram mestrandos, 24% finalizaram o mestrado e 3% eram doutores. Os participantes eram especialistas em terapia cognitivo-comportamental há 3 anos em média ($DP = 1,9$; máx=7; min=1), e a maioria (68%) realizou estágio nesta abordagem durante a graduação. No que se refere à atuação, 59% dessa amostra de psicólogos atuam na área clínica, 6% trabalham no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 3% no NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), 6% em Ambulatório e os outros 9% atuam em outras categorias.

2. Material

O inventário de empatia - IE (Anexo B) descrito por Falcone et al. (2008) possui 40 afirmativas distribuídas em quatro fatores: tomada de perspectiva, flexibilidade interpessoal, altruísmo e sensibilidade afetiva. O primeiro fator, denominado tomada de perspectiva (TP), avalia a motivação e a capacidade para compreender a perspectiva e os sentimentos do outro (12 itens). Segundo esses autores, a flexibilidade interpessoal (FI), segundo fator, expressa a capacidade para entender e aceitar pontos de vistas muito diferentes (10 itens). O terceiro fator denominado altruísmo (AL) reflete a capacidade de sacrificar os próprios interesses em benefício das necessidades do outro (9 itens) . O quarto e último fator, sensibilidade afetiva

(SE), é descrito pelos autores como os sentimentos de compaixão e de interesse pelo estado emocional do outro (9 itens).

As respostas de cada item são classificadas de 1 a 5, em uma escala do tipo *Likert*, de acordo com as frequências dos comportamentos descritos, variando desde nunca (1) até sempre (5). Itens relacionados diretamente à empatia com frequência elevada tendem na direção desse constructo. Itens reversos (3;4;5;8; 9; 13; 16; 19; 20; 22; 24; 26; 30; 32; 35; 38; 40), nos quais a alta frequência do comportamento tende a ser considerado como não empático deve ter sua pontuação invertida para obtenção do escore. Os coeficientes Alfa de Cronbach são de 0,85 (primeiro fator), 0,78 (segundo fator), 0,75 (terceiro fator) e 0,72 (quarto fator). Além disso, a análise preliminar do IE indica que este instrumento apresentou bons resultados psicométricos referentes à sua validade de construto, através de análise factorial exploratória (Falcone, et al., 2008).

O Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica (Anexo C), desenvolvido pelos pesquisadores, investiga 29 afirmações relacionadas a quatro categorias, a saber: a) colaboração ativa com o paciente b) *feedback* do paciente c) visão que o paciente tem a respeito da terapia; e d) reações do terapeuta. As respostas consistem em escala do tipo *Likert*, variando de nunca (1) até sempre (5). Além disso, os participantes responderam aos seguintes dados para caracterização da amostra: sexo, idade, tempo de formação, tempo de conclusão da especialização em terapia cognitivo-comportamental, nome da instituição em que fez sua especialização. O Quadro 1 apresenta as afirmações que constituem esse Inventário e suas respectivas categorizações.

A questão aberta utilizada nesse estudo foi: “O que é empatia terapêutica?”.

Quadro 1. Itens do Inventário Cognitivo-Comportamental para avaliação da Aliança Terapêutica

Item		Classificação
2	Eu e meu paciente colaboramos durante o processo terapêutico, trabalhando como uma equipe.	Colaboração
3	Tanto eu como meu paciente somos responsáveis pelo progresso terapêutico.	Colaboração
9	Eu e meus pacientes tomamos decisões terapêuticas conjuntamente.	Colaboração
11	Eu e meus pacientes decidimos juntos como distribuir o tempo para cada item do roteiro.	Colaboração
16	Eu e meus pacientes negociamos as tarefas de casa juntos.	Colaboração
17	Eu abordo os problemas que são de maior interesse do paciente.	Colaboração
22	Eu oriento meu paciente com um nível de concordância e controle apropriado na sessão de terapia.	Colaboração
23	Eu e meu paciente concordamos sobre as metas para a terapia, conciliando as metas dele com as minhas.	Colaboração
29	Eu posso e apresento ao paciente um embasamento lógico para as minhas intervenções e tarefas de casa.	Colaboração
5	Eu peço o feedback ao paciente sobre a sessão.	Feedback do paciente
7	Eu encorajo o paciente a expressar seus pensamentos na sessão.	Feedback do paciente
10	Eu encorajo o paciente a expressar suas emoções na sessão.	Feedback do paciente
18	Eu encorajo o paciente a expressar seus comportamentos na sessão.	Feedback do paciente
20	Eu monitoro o afeto do paciente durante a sessão.	Feedback do paciente
25	Eu verifico os pensamentos automáticos quando o afeto do paciente muda.	Feedback do paciente
1	Eu me importo com o paciente e transmito meu interesse para ele.	Reações do terapeuta
6	Eu me sinto competente para ajudar o paciente.	Reações do terapeuta
12	Eu tenho pensamentos negativos sobre alguns pacientes.	Reações do terapeuta
13	Eu tenho pensamentos negativos sobre minha competência em relação a alguns pacientes.	Reações do terapeuta
14	Se tenho, avalio e respondo os pensamentos negativos sobre os pacientes	Reações do terapeuta
19	Eu vejo os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade para meu crescimento	Reações do terapeuta
21	Eu acredito que os problemas na aliança terapêutica são consequência de minhas falhas técnicas.	Reações do terapeuta
28	Eu projeto uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar meus pacientes.	Reações do terapeuta
4	Meus pacientes tem uma visão positiva da terapia.	Visão do paciente
8	Os pacientes tem uma visão positiva de mim enquanto terapeuta.	Visão do paciente
15	Meus pacientes acreditam que a terapia pode ajudá-los.	Visão do paciente
24	Os pacientes me veem como um terapeuta competente.	Visão do paciente
26	Os pacientes me veem como um terapeuta colaborativo.	Visão do paciente
27	Os pacientes me veem como um terapeuta interessado.	Visão do paciente

3. Procedimentos

Após a aprovação junto ao Comitê de Ética (Processo nº 09224312.9.0000.5152 – Anexo D) realizou-se o contato com os oito psicólogos que fizeram a prova de juízes e, em seguida, os demais profissionais foram contatados para a realização da segunda etapa da pesquisa. Os instrumentos, a prova de juízes e o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE (Anexo E e F) foram informatizados e enviados via e-mail para os participantes. O TCLE foi assinado virtualmente pelos participantes. Os instrumentos e o TCLE foram elaborados através do recurso Google Docs, que permite a elaboração de questionários para uso *online*.

A versão online do TCLE foi enviada através de um link no e-mail dos participantes. Vale ressaltar que com este recurso, o participante preenche o espaço destinado para o aceite da participação no projeto para então ter acesso aos demais instrumentos. O programa nos fornece posteriormente uma tabela que comprova a aceitação dos participantes na pesquisa, sem que haja qualquer identificação do mesmo, cuidando assim para que haja sigilo e confidencialidade.

3.1 Procedimento da Prova de Juízes

Após receberem as informações sobre o objetivo da prova de juízes e assinarem virtualmente o termo de consentimento livre e esclarecido, os participantes responderam a prova de juízes que consistia em realizar a classificação das 29 afirmações contidas no Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica (Anexo C). Participaram desta prova de juízes oito terapeutas cognitivo-comportamentais que possuíam experiência clínica. A classificação do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica, ocorreu segundo os critérios de J.Beck (1997) a saber: a) colaboração

ativa com o paciente b) *feedback* do paciente c) visão que o paciente tem a respeito da terapia; e d) reações do terapeuta (Anexo A).

3.2 Procedimentos de aplicação dos Instrumentos

Na segunda etapa, 150 participantes foram convidados a participar da pesquisa via e-mail. Destes, apenas 30 aceitaram participar e, após receberem as informações sobre o objetivo da aplicação do Inventário de Empatia e do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica, responderam a ambos os instrumentos.

Os contatos foram obtidos através da secretaria da pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia, responsável pela especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental. Os participantes receberam os instrumentos por e-mail, respondendo os questionários *online*, por meio do Google Docs.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Inventário de Empatia (IE)

Investigou-se a princípio, se haveria alguma diferença do nível de empatia entre os sexos, com base nos dados do IE. Para tanto usou-se o teste *t*. Os resultados da análise não mostraram diferença entre os sexos, apontando que, nesta amostra, homens e mulheres são igualmente empáticos, o que corrobora com outras pesquisas (Batista & Camino, 2000; Koller, Camino & Ribeiro, 2001).

Para a análise e interpretação dos dados do IE, calculou-se as médias e desvios padrão das respostas dos 30 participantes. Lembrando que as respostas do IE variam entre 1(nunca) e

5(sempre), a Tabela 1 mostra que a subescala Sensibilidade Afetiva apresentou a maior média (4,14) e a maior pontuação máxima (4,53) enquanto a subescala Flexibilidade Interpessoal foi responsável pela menor média (3,3). Na pesquisa realizada por Del Prette, Del Prette e Castelo Branco (1992b), com 79 estudantes do curso de Psicologia, concluiu-se que o curso falha em promover a aquisição de competências sociais dos alunos, o que envolveria a emissão de respostas adequadas a situações difíceis. Contudo, parece que, ao final do curso os alunos se mostravam mais sensíveis diante destas situações críticas de interação social. Esses resultados poderiam justificar os índices mais baixos em flexibilidade interpessoal e os resultados mais elevados em sensibilidade afetiva.

Tabela 1. Médias, desvios padrão, mínimo e máximo das categorias do IE

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tomada de Perspectiva	30	3,17	4,23	3,77	0,3
Flexibilidade Interpessoal	30	2,53	3,93	3,3	0,41
Altruísmo	30	3,1	3,9	3,47	0,24
Sensibilidade Afetiva	30	3,8	4,53	4,14	0,23

Outra maneira de visualizar os dados do IE corresponde ao agrupamento dos percentis das respostas em blocos, referentes a cada fator que compõem o inventário. Tomando como base os índices normativos do IE, verifica-se que, na subescala Tomada de Perspectiva, 77% dos psicólogos demonstram entender a perspectiva e os sentimentos do outro, com resultado acima da média (\bar{x} entre 70 e 100). Apenas 23% da amostra apresentou resultado dentro da média (\bar{x} entre 40 e 70), o que é ilustrado na Tabela 2.

Os altos índices de tomada de perspectiva dos psicólogos desta amostra são compreensíveis, já que um dos pressupostos básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental consiste em ser sensível às características únicas de cada paciente (Wright, Basco & Thase, 2008). Estes psicólogos parecem estar atuando de forma condizente a essa ideia, tentando

olhar para o problema sob o ponto de vista do paciente. Além disso, é importante ressaltar que os dados mostram que os psicólogos estão conseguindo levar em consideração a visão do paciente mesmo em situações que envolvam conflito de interesses, o que exige um esforço para compreender as razões do outro antes de expressar as próprias perspectivas (Falcone, 2008).

Tabela 2: Percentis das subescalas do Inventário de Empatia

Participante	Sexo	Tomada de Perspectiva	Flexibilidade Interpessoal	Altruísmo	Sensibilidade Afetiva
1	F	77	78	69	98
2	F	83	66	82	80
3	M	67	62	80	84
4	F	72	64	51	82
5	F	87	70	73	89
6	F	85	80	73	84
7	F	73	44	51	82
8	M	78	72	76	84
9	F	77	66	84	96
10	M	77	62	84	80
11	M	88	64	76	82
12	F	82	78	62	80
13	M	82	80	93	91
14	M	92	56	49	80
15	M	82	70	76	93
16	F	68	74	67	78
17	F	78	68	69	67
18	F	57	52	56	82
19	F	55	68	58	84
20	F	78	72	78	84
21	F	85	64	80	96
22	F	80	66	69	84
23	F	72	60	62	73
24	M	72	62	62	80
25	F	63	64	67	84
26	F	80	54	64	87
27	F	80	64	67	87
28	F	72	62	64	76
29	F	65	78	64	69
30	F	58	68	80	71

Com relação à subescala de Flexibilidade Interpessoal (FI), verificam-se percentis mais baixos, se comparados aos do fator Tomada de Perspectiva (TP). Embora 67% da amostra tenha apresentado percentis na média (\bar{x} entre 40 e 70), como é mostrado na Tabela 2, apenas 33% dos psicólogos apresentaram resultados acima da média (\bar{x} entre 70 e 100).

Ackerman e Hilsenroth (2003) consideram a flexibilidade como uma das características e comportamentos dos terapeutas que influenciam positivamente na qualidade da aliança. É importante que o terapeuta adapte sua intervenção às características do paciente (Beck, 2007), sendo tolerante às divergências de pensamento e atitudes que podem surgir ao longo do processo terapêutico. Só assim será possível compreender verdadeiramente o ponto de vista do outro, para poder ajudá-lo a superar suas dificuldades. A falta de flexibilidade pode interferir diretamente na possibilidade de rompimento da terapia. Burns e Auerbach (2005) falam da importância do terapeuta ser flexível no momento de escolher entre a técnica e a empatia durante a sessão para que se adeque a vivência emocional do paciente.

Na Tabela 2 são apresentados os escores do fator Altruísmo, que também apresenta percentis inferiores aos do fator Tomada de Perspectiva, mas um pouco melhores se comparados aos do fator Flexibilidade Interpessoal. Observa-se que 43% dos psicólogos apresentaram resultados acima da média, enquanto 57% mantiveram seus escores na média. O conceito de altruísmo adotado no IE se aproxima do que Clavien e Chapuisat (2013) denominam altruísmo psicológico, ou seja, uma motivação genuína para atender os interesses e promover o bem-estar do outro.

Além disso, o altruísmo está relacionado à intenção de ajudar o outro, o que está intimamente associado a uma variedade de ocupações como a terapia ocupacional, o serviço social e entre os psicólogos. O atendimento clínico, opção da maioria da amostra desta pesquisa (59%), é acompanhado por valores altruístas, sendo esta ajuda ao próximo realizada no contexto de uma relação direta, íntima e prolongada (Magalhães, Straliotto, Keller &

Gomes, 2001). Na pesquisa realizada por esses autores, 146 alunos do curso de Psicologia responderam a um questionário que investigava os motivos para a escolha da profissão. A maioria destes alunos (75%) responderam que o desejo de ajudar era responsável por aspirarem à profissão. Por isso, espera-se que os índices de Altruísmo sejam elevados em amostras de profissionais da Psicologia.

O último fator, Sensibilidade Afetiva, apresentou percentis bem elevados. Quase todos os participantes (93%) apresentaram escores acima da média, sendo que destes, 85% variou de 80 a 98. Os percentis dos outros 7% dos psicólogos estão na média. De fato, os psicólogos de maneira geral, demonstram estar interessados pelo estado emocional do paciente. É o que mostra, por exemplo, o estudo de Bandeira e cols. (2006), que aponta o observar e ouvir com atenção a fala e as expressões do outro como uma das habilidades consideradas como mais importantes para a atuação dos psicólogos. Em concordância, Falcone (2001) diz que ao ouvir de maneira sensível o psicólogo transmite interesse, compreensão e validação dos sentimentos e da perspectiva do paciente, promovendo efeitos positivos no vínculo e diminuindo a possibilidade de rompimento. O interesse é considerado por Saunders (1999) como uma das maneiras de se manifestar o investimento do terapeuta no relacionamento terapêutico, ressaltando a importância do terapeuta demonstrar para o paciente que está envolvido e interessado no que é transmitido.

2. Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica

2.1 Prova de Juízes

Para a análise dos resultados da prova de juízes utilizou-se o índice de concordância Kappa. Os resultados obtidos apontam uma concordância geral substancial ($\kappa = 0,75$), sendo

que o índice κ entre 0,60 e 0,80 é considerado bom (Mineo et al., 2009). Dessa forma, a avaliação dos juízes revelou que o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica apresentou um grau de concordância entre juízes além do que seria esperado pelo acaso.

Tabela 3. Índice Kappa Geral

Kappa geral	0,702
P-valor geral	<0,001
Intervalo de 95% de confiança Kappa	sup: 0,738 inf: 0,667

A análise do índice Kappa por categoria mostrou que todas apresentaram um índice de concordância bom (entre 0,60 e 0,80), sendo que as categorias “Colaboração” e “Reações do Terapeuta” apresentaram concordância maior (0,747 e 0,741 respectivamente).

Tabela 4. Índice Kappa por categoria

	Cat. 1 C	Cat.2 F	Cat.3 V	Cat. 4 R
Kappa da categoria	0,747	0,666	0,631	0,741
P-valor do Kappa da categoria	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Intervalo de 95% de confiança do Kappa da categoria	sup: 0,807 inf: 0,686	sup: 0,727 inf: 0,605	sup: 0,692 inf: 0,571	sup: 0,801 inf: 0,68

A estatística Kappa é uma medida de concordância que fornece uma ideia do quanto as observações se afastam daquelas esperadas, indicando assim o quão legítimas as interpretações são. Dessa forma, observou-se uma concordância boa entre os juízes neste Inventário, aplicado para avaliar a Aliança Terapêutica, demonstrando a validade deste instrumento. Observa-se com estes índices que os juízes concordam que a escala realmente mede o que pretende medir – os fatores que compõem a relação terapêutica.

Observa-se que vários autores, ao longo das últimas quatro décadas, têm desenvolvido escalas com o objetivo de mensurar essa variável que tem sido considerada tão importante para a explicação dos resultados do tratamento. Mundialmente, como já foi mencionado, os instrumentos mais utilizados para avaliação da aliança são: o CALPAS, o Haq e o WAI. No cenário brasileiro, a revisão elaborada por Martins (2012) mostra a inexistência de um instrumento de avaliação da aliança terapêutica elaborado especificamente para a população brasileira. O WAI, que tem sido o instrumento de avaliação da aliança mais utilizado no país, possui uma versão autorizada em português (Portugal) produzida por Machado e Horvath (1999).

Neste trabalho optou-se por construir um instrumento e não adaptar os que já existem pelo fato de o Inventário Cognitivo Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica estar baseado nos fatores que a abordagem beckiana considera importantes para o entendimento da aliança terapêutica, utilizando para tanto os pressupostos da J. Beck (1997). Os demais instrumentos utilizados atualmente possuem outros embasamentos teóricos, como a visão psicanalítica de Bordin, presentes em inventários como o WAI e o Haq.

Além disso, a revisão sistemática realizada por Martins (2012) evidencia o número reduzido publicações brasileiras sobre instrumentos de avaliação da relação terapêutica – apenas 12. Segundo o autor, esses dados refletem a necessidade dos terapeutas realizarem mais avaliações sistemáticas, utilizando medidas objetivas na avaliação de casos clínicos, para proporcionar um corpo organizado de conhecimento que possa guiar as intervenções. Dessa forma, o Inventário elaborado neste trabalho contribui para ampliação do acervo de instrumentos de medida de fácil aplicação pelos clínicos, colaborando para a diminuição do hiato entre prática clínica e pesquisa. Além disso, o Inventário consiste em uma ferramenta valiosa para os terapeutas cognitivo-comportamentais brasileiros que até então não possuíam

um instrumento que avaliasse a aliança a partir de uma visão cognitivo-comportamental.

2.2 Análise descritiva e *alpha de Cronbach*

Os dados do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica foram processados no aplicativo estatístico SPSS 18.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e através dos recursos do Google Docs. Foram calculadas as médias e os desvios padrões das respostas buscando obter uma descrição quantitativa dos escores da amostra nesse instrumento, como pode ser observado na Tabela 5. Além disso, a partir dos gráficos elaborados automaticamente pelo Google Docs, que podem ser observados no anexo G, foi possível verificar a porcentagem das respostas para cada item.

Tabela 5. Médias, desvios padrão, mínimo e máximo das categorias do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Reações do terapeuta	30	2,88	4,63	3,68	1,1
Colaboração	30	3,11	4,89	4,3	0,31
Visão do cliente	30	3,57	5	4,3	0,3
Feedback	30	3,17	5	4,38	0,37

A análise das médias das respostas do Inventário mostrou os itens que envolvem Colaboração (item 3), *Feedback* (itens 7,10) e Visão que o paciente tem da terapia (item 27) apresentaram pontuação média mais elevada ($\bar{x} = 4,7; 4,8; 4,7; 4,7$ respectivamente). Por outro lado, três itens que apresentaram pontuação média considerada baixa (por apresentarem média inferior ao ponto médio da escala - 3) são relacionados ao fator Reações do terapeuta (item 12 – $\bar{x} = 2,0$; item 13 – $\bar{x} = 2,7$; item 21 – $\bar{x} = 2,8$) (Tabela 5).

De maneira geral, todas as médias estão acima do ponto médio da escala de respostas, o que parece demonstrar que os psicólogos dizem estar aplicando “quase sempre” as práticas clínicas que envolvem o estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica, apresentando maior dificuldade no que se refere às reações do terapeuta diante das vivências terapêuticas.

Os inventários CALPAS e WAI foram elaborados à luz do modelo teórico de Bordin (1979). É possível observar algumas semelhanças entre os pressupostos de Bordin e as ideias de Judith Beck que nortearam a elaboração do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica. Apesar dos instrumentos WAI e CALPAS terem sido desenvolvidos a partir de uma perspectiva transteórica, eles estabelecem a avaliação da aliança a partir de algumas definições congruentes com as propostas pela J. Beck (1997).

O modelo teórico de aliança terapêutica proposto por Bordin (1979) apresenta três dimensões: metas (foco conjunto de terapeuta e cliente sobre os objetivos do tratamento), tarefa (atividades realizadas pelo terapeuta em conjunto com o cliente para propiciar mudanças) e vínculo (sentimentos propiciados pela relação entre terapeuta e cliente). Observa-se que o fator Colaboração do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica envolve as dimensões tarefa e metas (propostas por Bordin), por descrever as atividades que terapeuta e cliente realizam em conjunto. Além disso, os fatores Visão do cliente, *Feedback* e Reações do terapeuta avaliam fundamentalmente os pressupostos básicos do estabelecimento do vínculo terapêutico.

A fim de estudar preliminarmente as propriedades psicométricas do instrumento, buscou-se determinar o *alpha de Cronbach* da escala para essa amostra. O valor de $\alpha = 0,853$ encontrado indicou um coeficiente de fidedignidade considerado muito superior ao esperado para amostras de 25 a 50 participantes, que segundo Davis (1964) deve ser superior a 0,5; se tomarmos como critério Murph e Davidsholder (1988) que consideram coeficientes de

fidedignidade elevados aqueles valores entre 0,8 a 0,9, podemos afirmar que o valor do α obtido nessa amostra é elevado.

Os inventários CALPAS, Haq e WAI também apresentam índices de consistência interna elevados (Gaston & Marmar, 1994; Luborsky et al. 1996; Horvath & Greenberg, 1989). Os valores alpha do CALPAS variam entre 0,95 e 0,9; o Haq de 0,9 a 0,94 e o WAI possui o alpha igual a 0,93. Esses valores correspondem às versões elaboradas para avaliar os terapeutas, já que estas escalas possuem também a versão para clientes.

Os coeficientes Alpha de Cronbach para os fatores foram de 0,82 (fator Colaboração), 0,62 (fator Feedback), 0,29 (fator Reações do Terapeuta) e 0,80 (fator Visão do Paciente). Os resultados mostram que os valores de alpha para Colaboração e Visão do paciente são ótimos, o alpha de Feedback é considerado bom e o coeficiente do fator Reações do Terapeuta é ruim segundo os padrões estabelecidos por Murph e Davidsholder (1988).

A distribuição das respostas nos histogramas para cada um dos itens da escala possibilita algumas observações acerca do Inventário Cognitivo-Comportamental de Avaliação da Aliança Terapêutica (Anexo G). Mais de 90% das respostas dos participantes aos itens 7, 10, 18, 25 e 29, corresponderam a 4 (quase sempre) e 5 (sempre). O motivo pode estar associado ao fato do conteúdo dos itens referirem a pressupostos básicos da TCC, como a expressão de pensamentos, emoções e comportamentos na sessão, além da verificação de pensamentos automáticos e do embasamento lógico para as tarefas de casa. Parece então que os especialistas em TCC acreditam que têm conseguido colocar em prática o que se refere às variáveis definidoras da abordagem.

Outros itens, também se acumulam nas pontuações mais altas, mas não parecem estar associados a ideias definidoras da TCC (Anexo G). Nos itens 1, 3 e 27, 100% dos participantes escolheram as opções “quase sempre” ou “sempre”. Esses itens são 1. *Eu me importo com o paciente e transmito meu interesse para ele;* 3. *Tanto eu como meu paciente*

somos responsáveis pelo progresso terapêutico; 27. Os pacientes me veem como um terapeuta interessado. A análise destes itens mostra como os terapeutas tem percebido sua postura diante do paciente, que parece estar associada ao interesse pelo outro. Contudo, como não avaliamos a percepção dos pacientes, não é possível saber se de fato o paciente percebe o interesse transmitido pelo terapeuta.

Alguns estudos têm demonstrado que a avaliação da aliança terapêutica do cliente difere da avaliação do terapeuta. Embora a maioria dos terapeutas se julguem capazes de avaliar acuradamente a qualidade dos seus relacionamentos com seus clientes, evidências sugerem que a visão dos clientes e dos terapeutas sobre a aliança divergem (Horvath & Bedi, 2002). Além disso, os autores ressaltam que a visão do cliente é a que tende a prever o resultado do tratamento. Orlinsky, Grawe e Parks (1994) relatam que a avaliação do cliente de que o terapeuta é empático e estabelece um bom relacionamento terapêutico está positivamente correlacionada com a recuperação clínica em 34 de 47 estudos revisados pelos autores.

Dessa forma, uma investigação mais detalhada, que envolvesse a avaliação dos clientes, seria interessante para que as respostas dos participantes dessa pesquisa fossem contrapostas. Outra possibilidade para avaliar a lacuna entre a visão do cliente e do terapeuta seria a gravação das sessões, que poderia ser submetidas a análise posteriormente por juízes experts no assunto. Assim seria possível avaliar se de fato as respostas condizem com o que é colocado em prática, ou com o que é percebido pelos clientes.

Alguns itens do Inventário ilustram as dificuldades que podem estar presentes na prática profissional dos participantes (Anexo G). Ao item 5, que se refere ao quanto o terapeuta solicita o *feedback* ao paciente sobre a sessão, 23% responderam 2 “quase nunca”; 10% responderam 3 “as vezes”; 37% responderam 4 “quase sempre” e 30% responderam 5 “sempre”. Os resultados mostram que muitos participantes não solicitam o *feedback* de seus

clientes com frequência. No estudo de Bandeira et al. (2006), o ato de “solicitar ao outro suas impressões sobre o trabalho que está sendo realizado” aparece como um dos menos frequentes entre os psicólogos da pesquisa.

A estimulação do *feedback* fortalece o vínculo e transmite a mensagem de que o terapeuta se importa com o que o paciente pensa (Beck, 2013). Beck (2007) elucida que ao solicitar o *feedback*, o terapeuta dedica um tempo para que o paciente possa refletir sobre importantes conteúdos e processos da terapia, podendo avaliar o terapeuta nas áreas de atenção e competência. Além disso, trata-se de um momento para expressar algum mal-entendido que possa ter ocorrido, dando oportunidade ao terapeuta de esclarecê-lo. O que já era considerado por Rogers (1975), que mencionava a importância de se verificar com o outro a correção de suas percepções e deixar-se guiar pelas suas respostas, o que seria para o autor o componente comportamental da postura empática. Para Beck (2007), informações valiosas podem ser obtidas nesse momento, particularmente se o terapeuta reconhece o quanto é importante receber *feedback* positivo e também negativo quando o paciente acha que o terapeuta poderia ser mais útil.

A dificuldade em solicitar essa opinião pode estar associada ao fato de alguns pacientes terem dificuldade em se expor, nesse caso Beck (2007; 2013) sugere que esse processo seja feito através de um formulário, aumentando a probabilidade de ocorrer *feedbacks* sinceros, o que pode não acontecer quando se usa a forma verbal. Outra possibilidade é a de que o psicólogo tenha receio de receber um *feedback* negativo. Del Prette, Del Prette e Castelo Branco (1992b) realizaram um estudo com estudantes de psicologia, demonstrando as principais dificuldades que possuíam na interação social. Os autores identificaram que as situações consideradas mais críticas pelos estudantes eram aquelas que envolviam uma reação ao comportamento indesejável do outro. A dificuldade para responder a essas reações pode ser um dos motivos que justifica a pouca solicitação de *feedbacks* pelos

psicólogos desta pesquisa, o que poderia ser resolvido através de treinamentos específicos em habilidades sociais.

Outra possibilidade de interpretação destes dados volta-se para uma questão cultural que envolve a prática da psicoterapia. Parece que os psicólogos de forma geral julgam-se mais conhecedores do que será benéfico para o paciente do que o mesmo. Portanto, solicitar a opinião do paciente não seria condizente com essa ideia. Além disso, o ato de não solicitar *feedback* remete aos resultados do IE a respeito da Flexibilidade Interpessoal, que obteve a menor média entre os fatores. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes apresentou alguma dificuldade em se adaptar as divergências da relação com o paciente. A dificuldade em pedir a opinião do outro mostra, ao menos em parte, certa inflexibilidade por parte do terapeuta, que prefere manter sua conduta a partir dos seus próprios princípios.

Os itens 9, 11 e 16 demonstram a dificuldade do terapeuta em estabelecer um trabalho conjunto com o paciente (Anexo G). Estes itens referem-se às ideias de tomar decisões, distribuir o tempo dos itens do roteiro e negociar tarefas de casa conjuntamente, e apresentaram uma distribuição maior das respostas nos gráficos. No item 9, 23% dos participantes disseram que “as vezes” tomam decisões conjuntamente com o paciente, 40% o fazem “quase sempre” e 37% “sempre”. No item 11, há uma distribuição ainda mais ampla, 23% dos participantes dizem que “quase nunca” decide junto com o paciente como distribuir o tempo para os itens do roteiro, 13% afirmaram “às vezes”, 40% disseram “quase sempre” e 23% o fazem “sempre”. O item 16, sobre a negociação das tarefas de casa, mostra que 3% dos participantes “quase nunca” negociam junto com o paciente, 13% o faz “às vezes”, 40% “quase sempre” e 43% “sempre”. Os resultados mostram que a maioria dos participantes parecem ser colaborativos “quase sempre” ou “sempre”, mas alguns demonstram alguma dificuldade na tomada de decisões conjunta com seus pacientes.

Beck (2007) menciona que estes problemas na colaboração podem ocorrer por erro do terapeuta ou podem estar relacionados às percepções do paciente sobre o comportamento do terapeuta. Os psicólogos, mesmo sem perceber, podem demonstrar arrogância, autoritarismo ou confrontação, determinando o andamento da sessão e das tarefas para a casa. Por outro lado, alguns pacientes podem ser o que Judith Beck (2007) chama de “desafios” e não colaborar facilmente para que ambos cheguem a um acordo.

Problemas na formação ou treinamento dos psicólogos também pode dificultar que o trabalho psicoterapêutico seja realizado de maneira conjunta entre terapeuta e paciente. Para que a terapia ocorra de forma colaborativa é necessário que o psicólogo tenha flexibilidade e experiência para se adaptar a situações nas quais o paciente discorde de sua conduta, por exemplo, da escolha de uma técnica ou tarefa de casa. Observa-se que a amostra deste trabalho não é constituída de muito profissionais experientes, já que a metade tinha menos de três anos de experiência com a abordagem (tempo de conclusão da especialização).

Contudo, em alguns momentos pode ser interessante para o progresso terapêutico não estruturar a sessão. O nível de estruturação pode ser diminuído caso o terapeuta perceba a necessidade de deixar a sessão fluir de forma mais livre. Isso pode acontecer quando as informações que o paciente está relatando, mesmo que em um momento inoportuno, são importantes; quando um assunto abordado no início da terapia, antes de se estabelecer a agenda, envolve crenças centrais ativadas; ou mesmo quando um relaxamento é necessário para que o paciente esteja pronto para a solução de problemas (Beck, 2007).

Os pensamentos negativos sobre alguns pacientes (itens 12, 13 e 14) aparecem como outra dificuldade dos psicólogos, já que 30% dos participantes disseram ter essa experiência “às vezes” ou “quase sempre”. Sendo que 46% disseram ter pensamentos negativos sobre sua competência em relação a alguns pacientes (“às vezes”= 30%, “quase sempre” =13%, e

“sempre”= 3%). Além de terem esses pensamentos, 60% dos participantes demonstraram que nem sempre avaliam e respondem a esses pensamentos.

As reações disfuncionais em relação aos pacientes é algo comum por ser inerente ao ser humano ter esse tipo de sentimento, especialmente com pacientes que representam um desafio. Quando essas reações são percebidas como naturais e não envolvem culpa, geralmente são solucionadas pelos terapeutas através de estratégias de resolução de problemas. Segundo Leahy (2001) o problema surge quando os psicólogos mantêm expectativas irrealis (“Eu nunca deverei ter sentimentos negativos em relação aos pacientes”), ou quando criticam a si próprios por terem reações negativas (“Isso mostra que eu não sou um bom terapeuta”).

Nesse sentido, Beck (2007) sugere uma série de estratégias que podem ser empregadas quando o terapeuta percebe que existe um problema na sua relação com o paciente. a) Melhorar sua competência através de leitura, vídeos ou treinamento adicional; b) Responder às suas cognições, reagindo às cognições negativas, por exemplo, através de respostas alternativas; c) Desenvolver expectativas realistas para si mesmo e para os pacientes, identificando expectativas muito altas ou muito baixas que podem gerar reações inadequadas; d) Moderar o nível da expressão da empatia, o que geralmente aparece de forma insuficiente; e) Estabelecer limites adequados; f) Dar *feedback* para o paciente, com o intuito de melhorar a aliança terapêutica e oferecer uma oportunidade de aprendizagem para os pacientes, para que possam melhorar seus relacionamentos fora da terapia; g) Melhorar o autocuidado, o que envolve a organização da agenda para que os atendimentos mais difíceis tenha um momento para preparação mental e emocional, e um período após a sessão para reflexão. Pode ser conveniente também acrescentar diariamente exercícios de relaxamento e meditação; h) Encaminhar o paciente, quando ambos, terapeuta e paciente julgam que seja a melhor decisão, tendo sempre o cuidado de que houve um fechamento positivo.

Essas dificuldades quando não identificadas podem gerar problemas na aliança terapêutica, e consequentemente no progresso do tratamento. Discrepâncias entre as percepções do terapeuta e do cliente sobre a aliança podem refletir em rupturas desse vínculo, o que deve ser abordado como um problema na sessão. Nesse sentido, a utilização de instrumentos que avaliem como os terapeutas e os clientes percebem a relação seriam eficazes para a identificação de possíveis rupturas que poderiam passar despercebidas (Horvath & Bedi, 2002).

3. Análise das correlações entre o Inventário de Empatia e o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica

Os escores do IE e do Inventário de Aliança Terapêutica foram submetidos a uma análise de correlação de *Pearson*. Observa-se que os fatores relacionaram-se apenas com os fatores do mesmo instrumento, não existindo qualquer correlação significativa entre os inventários. As correlações significativas existentes entre os oito fatores envolvidos neste estudo, quatro do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica e quatro do Inventário de Empatia estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. Correlações entre os fatores dos dois inventários

Fatores correlacionados	Pearson	Sig (2-tailed)	N
Flexibilidade interpessoal – altruísmo	,378*	,039	30
Reações do terapeuta – colaboração	,533**	,002	30
Reações do terapeuta – visão do cliente	,481**	,007	30
Reações do terapeuta – feedback	,564**	,001	30
Colaboração – visão do cliente	,758**	,000	30
Colaboração – feedback	,707**	,000	30
Feedback – visão do cliente	,562**	,001	30

* Correlação é significativa no nível de 0,05 (2-tailed)

** Correlação é significativa no nível de 0,01 (2-tailed)

No Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica o fator Reações do terapeuta se correlacionou positivamente com os fatores Colaboração, Visão do cliente e *Feedback* ($\rho = 0,533$, $p=0,02$; $\rho = 0,481$, $p=0,007$; $\rho = 0,564$, $p=0,01$ respectivamente). Isso sugere que os terapeutas que se importam com o cliente, demonstram interesse, se sentem competentes para ajudar, avaliam e respondem a seus pensamentos negativos e possuem uma visão otimista de como a terapia pode contribuir também tendem a tomar decisões terapêuticas junto aos seus clientes, a considerar a visão que este tem do tratamento e a solicitar essa opinião com o intuito de ampliar as possibilidades de mudança terapêutica.

Ainda neste inventário, o fator Colaboração se correlacionou com a Visão do cliente ($\rho=0,75$; $p=0,0001$) e com o *Feedback* ($\rho=0,70$; $p=0,0001$). Portanto, os psicólogos da amostra que cuidam para que as decisões terapêuticas sejam tomadas conjuntamente com o cliente tendem a se preocupar com a maneira com a qual este percebe a terapia e costumam encorajar o paciente a se expressar durante a sessão.

O fator Visão do cliente também se correlaciona com o *Feedback* ($\rho=0,56$, $p=0,001$), demonstrando que os terapeutas acreditam que quanto mais solicitam de seus pacientes *feedback* em relação aos sentimentos, pensamentos e comportamentos durante a sessão, mais se percebem como profissionais colaborativos, competentes e interessados, assim como entendem o processo terapêutico de forma mais positiva.

No Inventário de Empatia, só uma correlação foi identificada, entre os fatores Altruísmo e Flexibilidade interpessoal ($\rho=0,378$; $p=0,039$). Esse resultado parece mostrar que os participantes que gostam e se preocupam em ajudar o outro também apresentam facilidade para tolerar ideias diferentes das suas. Apesar dos dois fatores terem apresentados índices mais baixos, observa-se que não houve valores abaixo da média, o que possibilita concluir que trata-se de uma amostra altruísta e flexível.

Não foi possível encontrar correlação entre os Inventários de Aliança Terapêutica e de Empatia. Considerando que a variável empatia é uma habilidade social que envolve comportamentos observáveis diante de situações específicas, ou seja, a práxis de ser empático, e a variável aliança terapêutica associa-se mais a pressupostos teóricos, pode-se supor que a não correlação entre as variáveis indique apenas que os constructos avaliados nos dois instrumentos não tenham uma relação direta. A empatia é um fator inespecífico da terapia e influência a boa aliança terapêutica, entretanto o IE não avalia empatia “terapêutica”. Além disso, não há estudos que indiquem que empatia pessoal e empatia terapêutica sejam um constructo único.

Além disso, a forma como o inventário de relação terapêutica foi construído pode ter contemplado variáveis que não se associam “teoricamente” às variáveis do Inventário de Empatia. Uma nova pesquisa que correlacione o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica e outro inventário que avalie a empatia no contexto terapêutico poderia confirmar ou refutar essa hipótese.

De acordo com Del Prette (1978), durante a formação do psicólogo, pouca ênfase é atribuída ao desenvolvimento do repertório de habilidades sociais. Essas habilidades são negligenciadas como um requisito na formação do aluno em detrimento do conhecimento teórico (Del Prette, Del Prette & Branco, 1992a). Para Bandeira et al., (2006) isso pode estar acontecendo porque habilidades necessárias para lidar com situações de interação social estão sendo consideradas como parte já existente no repertório dos alunos, portanto, sem necessidade de ser desenvolvida nos cursos; ou então, porque a importância desse repertório de habilidades sociais tem sido subestimada ou considerada como relativamente pouco importante se comparada aos conhecimentos técnicos que são ensinados no curso. Foi possível identificar algumas dificuldades dos terapeutas na prática clínica, como a dificuldade

de solicitar *feedback* e de corrigir reações negativas em relação ao paciente, ressaltando a importância do treinamento destes profissionais no âmbito das habilidades sociais.

Como não existem outros estudos na literatura atual com a mesma proposta de investigação, estes resultados apenas permitem que algumas reflexões sejam colocadas em pauta para que futuras pesquisas possam tentar analisá-las. Os psicólogos desta amostra teriam respondido o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica de maneira condizente com sua prática ou as respostas estariam associadas ao que se espera deles quanto terapeutas especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental? Caso o estudo fosse realizado utilizando um instrumento que avaliasse a empatia no contexto terapêutico, haveria outro resultado? Se fossem selecionados os dez participantes mais empáticos, essa correlação seria diferente? Com o intuito de sanar ao menos esta última indagação foram analisadas as correlações existentes em uma amostra selecionada com altos percentis de empatia.

3.1 Estudo correlacional entre o Inventário de Empatia e o Inventário Cognitivo-Comportamental para avaliação da Aliança Terapêutica dos participantes mais empáticos

Para esta nova análise, selecionou-se os dez participantes da amostra que apresentaram os índices mais altos de empatia. Os dados mostram que mesmo selecionando uma amostra com os participantes mais empáticos, os resultados são muito semelhantes. Em relação às médias, não é possível observar nenhuma variação importante.

Tabela 7. Média e Desvio Padrão dos escores da amostra selecionada

	N	Média	Desvio Padrão
Tomada de perspectiva	10	4,09	0,33

Altruísmo	10	3,67	0,63
Flexibilidade	10	3,19	0,37
Sensibilidade afetiva	10	4,32	0,27
Reações do terapeuta	10	3,67	0,24
Colaboração	10	4,23	0,44
Visão do cliente	10	4,21	0,18
Feedback	10	4,40	0,57

Tabela 8. Correlações com a amostra selecionada

Fatores correlacionados	Pearson	Sig (2-tailed)	N
Flexibilidade interpessoal – altruísmo	0,673*	0,033	10
Reações do terapeuta – visão do cliente	0,765**	0,010	10
Colaboração – visão do cliente	0,758*	0,011	10
Colaboração – feedback	0,684*	0,029	10

* Correlação é significativa no nível de 0,05 (2-tailed)

** Correlação é significativa no nível de 0,01 (2-tailed)

Nas correlações de Pearson, a Flexibilidade Interpessoal – Altruísmo e as Reações do terapeuta - Visão do cliente apresentaram correlações mais fortes – variando de 0,378 (amostra total) para 0,673 (amostra selecionada) ($p<0,05$) e de 0,481 (amostra total) para 0,765 (amostra selecionada) ($p<0,01$) respectivamente. Nas demais correlações não foi possível observar diferenças em relação à amostra como um todo. Vale ressaltar que mais uma vez não foi encontrada correlação entre empatia e aliança terapêutica, confirmando os resultados supracitados com a amostra completa.

4. Análise não estruturada da empatia terapêutica

A análise da questão aberta “O que é empatia terapêutica?” foi feita através do programa de análise textual IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Trata-se de um software gratuito e com

fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. O programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013 pela equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS (UFSC) e colaboradores. As instruções de *download*, instalação e utilização do programa se encontram no artigo escrito por Camargo e Justo (2013).

Várias análises do corpus textual são permitidas pelo programa, uma delas consiste na Estatística Textual, que fornece a frequência média das palavras, apresentando a frequência total de cada forma e sua classificação gramatical. Na interface dos resultados foi possível visualizar a prevalência das palavras “paciente (45 vezes) e “terapeuta” (31 vezes). A Tabela 9 apresenta as palavras que apareceram mais de dez vezes nas respostas dos participantes.

Tabela 9. Estatística textual das respostas mais frequentes

Palavras	Frequência	Classificação gramatical
Paciente	45	Substantivo
Terapeuta	31	Substantivo
terapêutico	19	Adjetivo
Com	18	Preposição
Colocar	14	Verbo
Empatia	14	Substantivo
Processo	13	Substantivo
Lugar	11	Substantivo
compreender	10	Verbo

Observa-se que as palavras “paciente”, “terapeuta”, e “terapêutico”, as mais frequentes, demonstram que os participantes associaram o conceito de empatia a vivência desta habilidade na relação terapêutica. Outras palavras presentes na Tabela 9 correspondem ao aspecto cognitivo da empatia: “colocar” e “lugar” referem-se à expressão “colocar-se no lugar do outro”, o que está de acordo com a definição do fator “Tomada de Perspectiva”

(Falcone et al., 2008). Isso sugere que essa amostra, no que tange a definição de empatia terapêutica, enfatiza aspectos cognitivos relacionados ao constructo, ou seja, os psicólogos consideram mais o conhecimento do estado interno do paciente do que experiencia sentimentos de simpatia, compaixão e preocupação com o mesmo. Considerando a grande demanda emocional dos atendimentos, a atitude empática mais cognitiva no contexto terapêutico pode estar associada ao cuidado do terapeuta em compreender e buscar aliviar o sofrimento do paciente sem se envolver demasiadamente no aspecto afetivo, o que poderia sobrecarregá-lo.

Além disso, o verbo “compreender”, presente sistematicamente na definição, pode estar associado ao fator “Flexibilidade Interpessoal”, já que, segundo (Falcone et al., 2008), este se refere à capacidade de lidar com ideias divergentes da sua, o que implica ter compreensão dos pensamentos e atitudes do outro.

O substantivo “processo” sugere que a empatia terapêutica é considerada como algo construído ao longo do tempo, uma habilidade que pode ser desenvolvida. Este dado corrobora com as ideias de Rogers (1985/2001) de que a empatia pode ser aprendida e reforça a importância do treinamento dos psicólogos para que desenvolvam essa habilidade.

O aspecto afetivo do constructo empatia terapêutica também aparece, mas com uma frequência muito menor. Na definição deste aspecto, Thompson (1992) utiliza termos como “interesse” genuíno em atender às necessidades do outro (o que também poderíamos associar a palavra “ajudar”, ou “altruísmo”), “sentimentos” de “simpatia”, “compaixão” e “preocupação” com o bem-estar da outra pessoa. Destes vocábulos, alguns aparecem nas respostas dos participantes, o que é apresentado na tabela 10.

Tabela 10. Estatística textual das respostas associadas ao aspecto afetivo da empatia

Palavras	Frequência
sentimento/ sentir	10
interesse/interessar/interessado	4
Necessidade	2
Ajudar	1

Os resultados mostram como este aspecto foi pouco considerado pelos psicólogos da pesquisa na definição do construto. De maneira contraditória, na análise do Inventário de Empatia, o fator Sensibilidade Afetiva foi responsável pelos maiores escores, se comparado aos outros três fatores (tomada de perspectiva, flexibilidade interpessoal e altruísmo). Os dados sugerem que os participantes, apesar de serem afetivamente empáticos, parecem não considerar esse aspecto como tão relevante para a definição do processo empático quanto o componente cognitivo, quando considerado na relação terapêutica.

Outra análise possibilitada pelo programa Iramuteq refere-se à similitude, que produz uma árvore de coocorrências, na qual constam as principais associações formadas entre as palavras que compõem a definição de empatia terapêutica na interface dos resultados (Figura. 1).

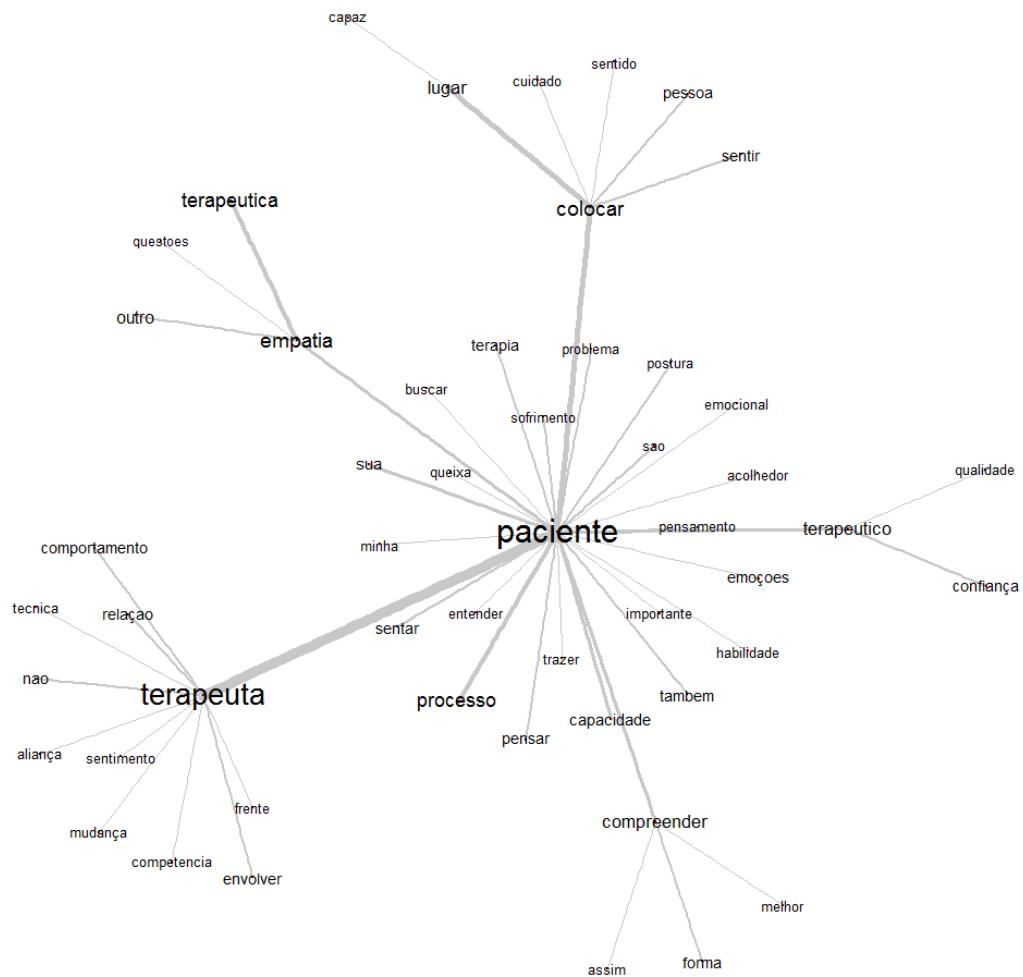


Figura. 1. Resultados da análise de similitude

Nesta figura é possível observar algumas associações com a palavra “paciente”. Parece que os participantes entendem que a empatia terapêutica é percebida como um “processo” na terapia, uma “habilidade” ou “capacidade”, utilizada pelo terapeuta para “compreender” os “pensamentos” do “paciente”, demonstrando assim uma atitude “acolhedora” de se “colocar” no “lugar” do outro.

Em relação à palavra “terapeuta”, ela aparece também associada à “relação”, considerando as “emoções” e “comportamentos” presente na interação com o paciente. A

palavra “empatia” propriamente dita, aparece vinculada a relação “terapêutica”, demonstrando mais uma vez como as definições de empatia estão fortemente associadas à aliança.

A terceira análise disponibilizada pelo software, a nuvem de palavras, trabalha com a representação gráfica em função da frequência das palavras (Figura. 2) A figura confirma os pressupostos já mencionados, reforçando a predominância dos termos “paciente” e “terapeuta” nas respostas.

Além disso, o fato da preposição “com” ter sido mencionada 18 vezes merece atenção por estar quase sempre junto as palavras “paciente” e “terapeuta”. A leitura destas respostas mostra que muitos psicólogos desta pesquisa associaram a empatia ao trabalho conjunto do terapeuta “com” o paciente, o que se refere a um dos fatores da relação terapêutica - a colaboração (Beck, 1997).

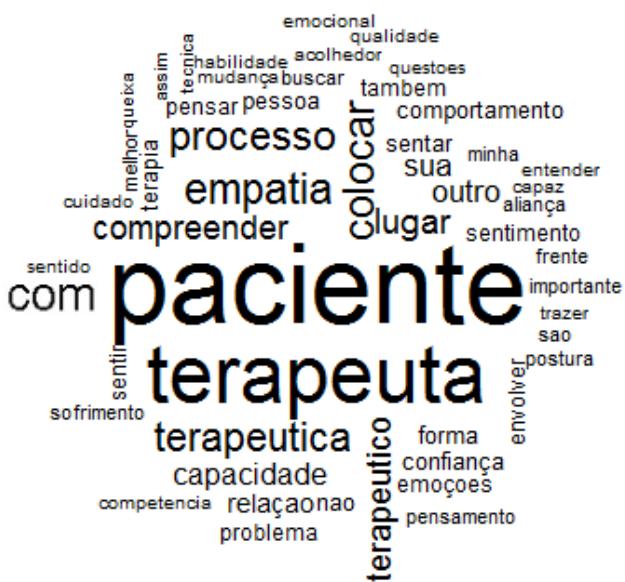


Figura 2. Resultados da nuvem de palavras

A análise da questão aberta ampliou as possibilidades de compreensão dos resultados desta pesquisa. Parece que os psicólogos apresentaram um entendimento do construto de empatia terapêutica voltado para a práxis clínica, considerando mais o aspecto cognitivo, principalmente no que se refere à Tomada de Perspectiva. Na análise do IE, este fator também

obteve escores elevados, ficando atrás apenas da Sensibilidade Afetiva. O que sugere alguma congruência entre o que os participantes dizem ser (pessoalmente empáticos no que se refere à tomada de perspectiva) e a importância que conferem a atitude de se colocar no lugar do outro para estabelecer uma boa empatia terapêutica.

Diante divergência em relação ao fator Sensibilidade Afetiva (com altos escores na avaliação pessoal e pouca presença na análise textual), pode-se supor que a explicação estaria nos pressupostos de Batson & Coke (1981) sobre a condição situacional da empatia. Parece que os psicólogos, mesmo se considerando altamente empáticos afetivamente podem não estar considerando tal aspecto na vivência da empatia no contexto terapêutico, o que implicaria aceitar que é possível ser mais ou menos empático em contextos diferentes.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um consenso na literatura da área sobre a importância da empatia e da construção de uma boa aliança terapêutica para a eficácia da psicoterapia, independente de qual abordagem terapêutica esteja sendo aplicada. Contudo, existem divergências no que se refere à conceituação e mensuração de ambos os constructos, o que dificulta a elaboração de uma concepção comum.

Utilizando os conceitos e instrumentos que mais se adequavam as propostas deste estudo, observou-se que os psicólogos da amostra apresentaram ser pessoalmente empáticos, demonstrando principalmente muito interesse pelo estado emocional do paciente e um bom entendimento da perspectiva do outro em relação aos seus problemas. Além disso, de maneira geral, os resultados do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica demonstraram que os psicólogos dizem estar aplicando as práticas clínicas que envolvem o estabelecimento e manutenção da aliança, apresentando maior dificuldade em

relação às reações do terapeuta diante das vivências terapêuticas. Além disso, os psicólogos definiram a empatia terapêutica associando o conceito a vivência desta habilidade no contexto terapêutico, principalmente no que se refere à tomada de perspectiva do paciente e a compreensão das suas ideias e emoções. Os terapeutas consideraram ainda a empatia terapêutica como um processo, uma habilidade a ser desenvolvida.

O Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica, elaborado nesta pesquisa, contribuiu para a obtenção destes dados além de disponibilizar um instrumento que tem por objetivo avaliar a aliança terapêutica através do olhar do psicólogo cognitivo-comportamental. Martins (2012) ressalta que o interesse por pesquisar escalas de aliança terapêutica no cenário nacional ainda é bastante incipiente e identifica a inexistência de uma escala elaborada para amostras brasileiras, o que amplia a importância deste instrumento.

Diante da quantidade restrita de participantes, esta investigação possuiu apenas um caráter exploratório sem o objetivo de padronização do inventário. Novos estudos serão necessários com o objetivo de validar e aprimorar o Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica. Além disso, seria interessante que este instrumento fosse ampliado de forma a abranger a percepção do cliente sobre a relação terapêutica. Sugere-se ainda que novas pesquisas sejam realizadas com o intuito de identificar se psicólogos de outras perspectivas da TCC, como a terapia de esquemas de Young, a Psicologia Construtivista, ou a vertente de Lineham, entre outras, avaliariam a aliança terapêutica da mesma forma que essa amostra voltada para a abordagem beckiana.

Vale ressaltar que os resultados evidenciaram a diferença existente entre a empatia pessoal e a empatia terapêutica, mostrando mais uma possibilidade de estudo futuro. Seria interessante investigar se a empatia, avaliada no contexto terapêutico se correlacionaria com a aliança entre psicólogo e paciente.

No que se refere às implicações na prática profissional, observa-se que este trabalho colaborou para a psicologia clínica, especialmente para os psicólogos da abordagem cognitivo-comportamental, apresentando dados em relação à empatia e ao estabelecimento da aliança terapêutica, além de disponibilizar um instrumento de avaliação do vínculo terapêutico que pode tornar a prática de auto-avaliação e aprimoramento mais comum entre os profissionais da Psicologia.

REFERÊNCIAS

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. **Clinical Psychology Review**, 23, 1-33.

Baldwin, J.M. (1913). **History of psychology**: A sketch and an interpretation. Recuperado em 30 out. 2012 de Classics in the history of Psychology: <http://psychclassics.yorku.ca/>

Bandeira, M., Quaglia, M.A.C., Freitas, L.C., Sousa, A.M., Costa, A.L.P., Gomides, M.M.P. & Lima, P.B. (2006). Habilidades interpessoais na atuação do psicólogo. **Interação em Psicologia**, 10(1), 139-149.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In: R. Bar-On & J.D.A. Parker (eds.): **Handbook of emotional intelligence** (pp.363-388). San Francisco: Jossey-Bass.

Barrett-Lennard, G. T. (1988). Listening. **Person Centered Review**, 3, 410-425.

Barrett-Lennard, G. T. (1993, março). The phases and focus of empathy. **The British Journal of Medical Psychology**, Leicester, 66, 1, 3-14.

Batista, J. B. V. & Camino, C. (2000, janeiro/junho) Diferença de sexo e de gênero na empatia: resultados de uma enquete com universitários de ciências humanas. **Revista IMIP**, 14 (1), 79-82.

Batson, C.D. (1991). **The altruism question:** Toward a social psychological answer. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

Batson, C.D. (1997). Self-other merging and the empathy – altruism hypothesis: reply do Neuberg et al. **Journal of Personality and Social Psychology**, 73, 517-522.

Batson, C.D. & Coke, J.S. (1981). Empathy: a source of altruistic motivation for helping? In: J.P.Rushton & R.M. Sorrentino (Eds.). **Altruism and helping behavior:** social, personality and developmental perspectives. New Jersey: L.E.A.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression.** New York: Guilford Press.

Beck, J.S. (1997). **Terapia cognitiva:** teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. S. (2007). **Terapia cognitiva para desafios clínicos:** o que fazer quando o básico não funciona. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. (2013). **Terapia Cognitivo-Comportamental:** teoria e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Bergin, A. (1990). **Common and specific factors in psychotherapy.** Artigo apresentado no Encontro Annual da Sociedade de exploração da integração da Psicoterapia (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration), Philadelphia.

Blanke, O. & Arzy, S. (2005). The out-of-body experience: disturbed self-processing at the temporo-pariental junction. **Neuroscientist**, 11, 16-24.

Bohart, A. C. & Greenberg, L.S. (1997). Empathy and psychotherapy: an introductory overview. In: A. C. Bohart, L. S. Greenberg (Eds.). **Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy** Washington, D.C: American Psychological Association.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 16, 252-260.

Burns, D.D. (1989). **The Feeling Good Handbook**. New York: William Morrow.

Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. **Journal Consultory Clinical Psychology**, 60 (3), 441-9.

Burns, D. D. (1993). **Ten Days to Self-Esteem**. New York: Quill.

Burns, D. D. & Auerbach, A. (2005). Empatia Terapêutica em Terapia Cognitivo-Comportamental: ela realmente faz diferença? In: P. M. Salkovskis (Org.). **Fronteiras da terapia cognitiva** (pp. 127-150). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bunge, S., Wendelken, C., Badre, D. & Wagner, A. (2002). Analogical reasoning and prefrontal cortex: evidence for separable retrieval and integration mechanisms. **Cerebral cortex**, 15 (3), 239-249.

Clavien, C. & Chapuisat, M. (2013). Altruism across disciplines: one word, multiple meanings, **Biology and Philosophy**, 28(1), 125–140.

Carraro, T.E. & Radünz, V. (1996, julho/dezembro). A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, 1(2), 50-52.

Davis, F. B. (1964). **Educational measurements and their interpretation**. Wadsworth Publishing Co.: Belmont, California.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual: differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, 10.

Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. **Journal of personality and social psychology**. 44(1), 113-136.

Davis, M.H. & Oathout, H.A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: empathy and relational competence. **Journal of Personality and Social Psychology**, 53, 397-410.

Davis, M.H. (1994). **Empathy**: A Social Psychological Approach. Westview Press.

Decety, J. & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Review**, 3, 2, 71-100.

Del Prette, A. (1978). O treino assertivo na formação do psicólogo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, 30, 53-55.

Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. & Castelo Branco, U. V. (1992a). Competência social na formação do psicólogo. **Paidéia: Cadernos de Educação**, 2, 40-50.

Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. & Castelo Branco, U. V. (1992b). Competência social: um levantamento de situações críticas de interação para estudantes de Psicologia. **Psicólogo Escolar: Identidade e Perspectivas: Anais do I Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional**. (pp. 384-387). Campinas: ABRAPEE.

Duan, C. & Hill, C.E. (1996). The current state of empathy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 13, 127-133.

Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 13, 127-133.

Egan, G. (1994). **The skilled helper**: a problem management approach to helping. 5 ed. Pacic Grove: Brooks/Cole.

Enz, N. & Zoll, N. (2006). **Cultural differences in empathy between China, Germany and the UK.** Recuperado em 21 de novembro de 2012, de www.nicve.salford.ac.uk/elvis/resources/empathy

Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex Differences in Empathy and related capacities. **Psychological Bulletin**, 94 (1), 100-131.

Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). **Empathy and its development.** Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.

Elvins, R. Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. **Clinical Psychology Review**, 28, 1167-1187.

Falcone, E.M.O. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, ABPMC, 1, 23-32.

Falcone, E.M.O. (2000). Habilidades sociais, para além da assertividade. In: R.C. Wielenska (Org.). **Sobre comportamento e cognição:** questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos (pp. 211-221). São Paulo: SET Editora Ltda.

Falcone, E.M.O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In: Guilhardi, H.J. et al. **Sobre comportamento e cognição:** explorando a variabilidade (pp.195-209). Santo André: Esetec.

Falcone, E. (2003). Empatia. In: C. N. Abreu & Roso M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica.** (pp. 275-287). Porto Alegre: Artes Médicas.

Falcone, E. M. O. (2006). As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. In: A. M. Jacó-Vilela; A. A. L. Ferreira & F. T. Portugal (Orgs.). **História da Psicologia: rumos e percursos** (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Falcone, E.M.O., Gil, D.B. & Ferreira, M.C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. **Estudos em Psicologia**, 24(4), 451-461.

Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S.; Faria, C. A., D'Augustin, J. F.; Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I. E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, 7 (3), 321-334.

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008, diciembre). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. **Anales de Psicología**, 24, 2, 284-298.

Feshbach, N.D. & Roe, K. (1968, march). Empathy in six and seven year olds. **Child development**, 39,1.

Fish, S. & Shelly, J.A. (1986). **Cuidado espiritual do paciente**. São Paulo: Umhe, 1986.

Gatson, L., & Marmar, C.R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Horvath & LS Greenberg (Eds), **The working alliance**: theory, research, and practice, 85-108. New York: John Wiley & Sons.

Greenberg, L. S. & Elliott, R. (1997). Varieties of empathic responding. In: A. C. Bohart, L. S. Greenberg (Eds.). **Empathy reconsidered**: new directions in psychotherapy Washington, D.C: American Psychological Association.

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64(6), 1326–1336.

Hoffman, M.L. (1977, july). Sex differences in empathy and related behaviors. **Psychological Bulletin**, 84, 4, 712, 722.

Hoffman, M.L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In: N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), **Empathy and its development** (pp. 47-79). New York: Cambridge University Press.

Hogan, R. (1969) Development of an Empathy Scale. **Consulting and Clinical Psychology**, 33, 307-316.

Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1994). **The working alliance:** theory, research, and practice. New York: John Wiley & Sons.

Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), **Psychotherapy relationships that work:** Therapists contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press, 37–69.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, 48(1), 9-16.

Ickes, W. (1997). Introduction. In: Ickes, W. (Ed.). **Empathic accuracy.** New York: The Guilford Press.

Jordan, J. V. (1997). Relational development through mutual empathy. In: A. C. Bohart, L. S. Greenberg (Eds.). **Empathy reconsidered:** new directions in psychotherapy Washington, D.C: American Psychological Association.

Koller, S. H., Camino, C. & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, 18 (3), 43-53.

Leahy, R. L. (2001). **Overcoming resistance in cognitive therapy.** New York: Guilford.

Levenson, R.W. & Ruef, A.M. (1997). Physiological aspects of emotional knowledge and rapport. In W. Ickes (Ed). **Empathic accuracy.** (pp. 44-72). New York: Guilford Press.

Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A., et al. (1996).

The revised helping alliance questionnaire (Haq-II). **J Psychoter Pract Res.**, 5, 260-71.

Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: versão portuguesa

do Working Alliance Inventory. In M.R. Simões, L.S. Almeida, M. Gonçalves (Eds).

Provas psicológicas em Portugal (Vol.2). Braga: SHO.

Magalhães, M., Stralliotto, M., Keller, M. & Gomes, W. (2001). Eu quero ajudar as pessoas: a escolha vocacional da Psicologia. *Psicologia, ciência e profissão*. Ano 21(2), 10-27.

Martins, C.A.S. (2012, abril). **Instrumentos de avaliação da relação terapêutica**: uma revisão sistemática de publicações no Brasil. Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Ênfase em Avaliação Psicológica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Porto Alegre.

Meyers, S. & Vermes, J.S. (2001). Relação terapêutica. In: Rangé, B. (Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 101-110.

Michener, A., DeLamater, JD & Meyers, D.J. (2005). **Psicologia Social**. São Paulo: Thomson.

Mineo, J.R., Silva, D. A.O., Sopelete, M.C., Leal, G. S., Vidigal, L.H.G., Tápia, L.E.R. & Bacchin, M.I. (2009). **Pesquisa na área biomédica:** do planejamento à publicação. Uberlândia: Edufu.

Morse, J.M., Anderson, G., Bottorff, J.L., Yongue, O., O'Brien, B., Solberg, S.M. & McIlveen, K.H. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?

Journal of Nursing Scholarship, 24 (4), 273–280.

Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). **Psychological testing:** Principles and applications. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Murphy, L. B. (1937). Social behavior and child personality: An exploratory study of some roots of sympathy. New York: Columbia University Press.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.) **Handbook of psychotherapy and behavior change** (4^a ed), 270-376. New York: Wiley.

Pinho, V.D., Fernandes, C.S. & Falcone, E.M.O. (2011). A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, 11, 2, 456-471.

Preston, S.D. & De Waal, F.M.M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. **Behavioral and Brain Sciences**, 25, 1-72.

Ratinaud, P. (2009). **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>

Rodrigues, A.G. & Silva, A.A. (2006) O ouvir ativo: uma habilidade social esquecida. In: Starling, R.R., Carvalho, K. A. (Orgs.). **Ciência do comportamento**: conhecer e avançar. Santo André: Esetec, 66-77.

Rodrigues, A.G. & Silva, A. (2011). O comportamento empático do psicólogo: ajuda ou atrapalha o sucesso terapêutico? **Polêm!ca**, v.10, p 406-415, jul/set.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. **Journal of Consulting Psychology**, 21 (2): 95-103

Rogers, C. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. **The Counseling Psychologist**, 2, 2-10.

Rogers, C. (2001). **Tornar-se pessoa**. (5^a ed., M.J. C Ferreira & A. Lamparelli, trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1985).

Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). **Interpersonal process in cognitive therapy**. Lanham, MD, US: Jason Aronson.

Safran, J. D. (1998). Rupturas na Aliança Terapêutica: um Ambiente para Negociar um Relacionamento Autêntico. In: R. F. Ferreira & C. N. Abreu (Orgs.), **Psicoterapia e**

construtivismo: considerações teóricas e práticas (pp.169-189). Porto Alegre: Artes Médicas.

Sampaio, LR. (2007). **Produtividade, necessidade e empatia:** relações entre julgamentos distributivos, consideração empática e tomada de perspectiva. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Sampaio, L.R., Camino, C.P.S. & Roazzi, A. (2009). Revisão dos aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (2), 212-227.

Sampaio, L.R., Guimarães, P.R.B., Camino, C.P.S., Formiga, N.S. & Menezes, I.G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). **Psico**, 42 (1), 67-76.

Saunders, SM. (1999). Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. **Jurnal of Clinical Psychology**, 55(5), 597-605.

Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Goldsher, D., Berger, B. D. & Aharon-Peretz, J. (2004). Impairment in cognitive and affective empathy in patients with brain lesions: anatomical and cognitive correlates. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, 26, 1113–1127.

Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapêutica: uma investigação com base na queixa clínica. In: **Sobre comportamento e cognição:** conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. (Vol. 5, pp.213-221). Santo André: ESETec.

Sudak, D. M. (2008). **Terapia cognitivo-comportamental na prática.** Porto Alegre: Artmed.

Young, J.E. (2003). **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade:** uma abordagem focada em esquemas. (3^a ed). Porto Alegre: Artmed.

Wispé, L. (1992). Historia del concepto de empatia. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.) **La empatía y su desarrollo** (pp. 27-48). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Wright, J.H.; Basco, M.R. & Thase, M.E. (2008). **Aprendendo Terapia Cognitivo-Comportamental:** um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A -Prova de juízes



Prova de Juízes

Em terapia cognitiva alguns problemas podem surgir e podem impedir o progresso terapêutico. Mesmo os terapeutas experientes que dominam as técnicas podem encontrar dificuldades, sendo uma delas a dificuldade em estabelecer a aliança terapêutica (conforme J. Beck 1997).

Tendo em vista que a terapia cognitiva eficaz necessita de um bom vínculo terapêutico, a capacidade para localizar, conceituar e vencer as dificuldades na relação terapêutica é essencial para o progresso dos pacientes.

Tipicamente os problemas na aliança decorrem de dificuldades na colaboração ativa com o paciente, durante o feedback do paciente, na visão que o paciente tem da terapia e nas reações do terapeuta (J. Beck 1997)

Colaboração ativa: o terapeuta age como uma equipe com seu paciente. Sendo assim, ele geralmente assume o papel de guia. Terapeuta e paciente tomam decisões conjuntamente sobre a terapia. Problemas na colaboração surgem quando os terapeutas são autoritários, arrogantes ou confrontadores.

Feedback do paciente: refere-se ao quanto o terapeuta solicita, entende e aceita o feedback do paciente. Envolve também o quanto o terapeuta encoraja o paciente a expressar-se.

Visão que o paciente tem da terapia: refere-se a visão que o paciente tem da terapia e do terapeuta, é importante que ele tenha uma imagem positiva, que acredite que a terapia irá ajudá-lo e que perceba o terapeuta como alguém competente, colaborativo e interessado.

Reações do terapeuta: o terapeuta mostra ao paciente que se importa com ele. Ele sente-se competente para ajudá-lo e demonstra isso para o paciente. Além disso, mantém uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar. Problemas na aliança terapêutica são compreendidos com oportunidade para crescimento.

De acordo com estes itens, elaboramos um Inventário cognitivo-comportamental para avaliar a aliança terapêutica. As afirmativas deste Inventário seguem abaixo, classifique-as de acordo com cada item proposto por Judith Beck.

* Required

1. Eu me importo com o paciente e transmito meu interesse para ele. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

2. Eu e meu paciente colaboramos durante o processo terapêutico, trabalhando como uma equipe. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

3. Tanto eu como meu paciente somos responsáveis pelo progresso terapêutico. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

4. Meus pacientes tem uma visão positiva da terapia. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

5. Eu peço o feedback ao paciente sobre a sessão.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

6. Eu me sinto competente para ajudar o paciente.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

7. Eu encorajo o paciente a expressar seus pensamentos na sessão.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

8. Os pacientes tem uma visão positiva de mim enquanto terapeuta.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

9. Eu e meus pacientes tomamos decisões terapêuticas conjuntamente.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

10. Eu encorajo o paciente a expressar suas emoções na sessão.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

11. Eu e meus pacientes decidimos juntos como distribuir o tempo para cada item do roteiro.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

12. Eu tenho pensamentos negativos sobre alguns pacientes.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

13. Eu tenho pensamentos negativos sobre minha competência em relação a alguns pacientes.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

14. Se tenho pensamentos negativos sobre os pacientes eu os avalio e respondo.

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

15. Meus pacientes acreditam que a terapia pode ajudá-los.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

16. Eu e meus pacientes negociamos as tarefas de casa juntos.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

17. Eu abordo os problemas que são de maior interesse do paciente.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

18. Eu encorajo o paciente a expressar seus comportamentos na sessão.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

19. Eu vejo os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade para meu crescimento.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

20. Eu monitoro o afeto do paciente durante a sessão.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

21. Eu acredito que os problemas na aliança terapêutica são consequência de minhas falhas técnicas.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

22. Eu oriento meu paciente de forma apropriada na sessão de terapia.*

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

23. Eu e meu paciente concordamos sobre as metas para a terapia, conciliando as metas dele com as minhas. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

24. Os pacientes me veem como um terapeuta competente. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

25. Eu verifico os pensamentos automáticos quando o afeto do paciente muda. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

26. Os pacientes me veem como um terapeuta colaborativo. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

27. Os pacientes me veem como um terapeuta interessado. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

28. Eu projeto uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar meus pacientes. *

- Colaboração ativa
- Feedback do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

29. Eu posso e apresento ao paciente um embasamento lógico para as minhas intervenções e tarefas de casa. *

- Colaboração ativa
- Feedbak do paciente
- Visão que o paciente tem da terapia
- Reações do terapeuta

ANEXO B - Inventário de Empatia (Falcone et al. 2008)

<i>Inventário de Empatia (IE)</i> 					
<p>Abaixo você encontrará uma série de afirmações que descrevem reações em diversas situações sociais. Por favor, leia cada uma delas e responda com que frequência essas afirmações se aplicariam a você, marcando o número de acordo com a escala abaixo. Caso nunca tenha passado por alguma dessas situações, tente imaginar como você reagiria ao enfrentá-la. Responda a todas as perguntas.</p>					
<small>* Required</small>					
1. Quando faço um pedido, procuro me certificar de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
2. Eu adiaria a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu par está com problemas. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro imediatamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
4. Quando alguém faz algo que me desagrada, demonstro livremente a minha raiva. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
5. Quando alguém está me confidenciando um problema, exponho minha opinião objetivamente, para tentar perceber os sentimentos e razões dela. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
6. Costumo me colocar no lugar da outra pessoa quando estou sendo criticado, para tentar perceber os sentimentos e razões dela. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, declaro meu reconhecimento do quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					
9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a do meu interlocutor, procuro me expor de forma mais incisiva. *					
1	2	3	4	5	
Nunca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sempre					

10. Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que comprehendo suas razões. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

13. Ao fazer um pedido incompatível com os interesses de outra pessoa, procuro ser persuasivo até conseguir o que desejo. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

15. Eu abriaia mão de fazer um pedido importante se este causasse incômodo considerável à outra pessoa. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro por em prática a minha decisão em vez de ficar pensando muito a respeito. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para identificar as razões que levaram a outra pessoa a me criticar. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

18. Quando discordo do meu interlocutor, procuro ouvi-lo e, em seguida, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de expressar o meu. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

19. Quando alguém expõe uma opinião contrária à minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

20. Se alguém me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele(a) não esteja bem. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentido frustrado(a). *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

24. Quando alguém age comigo de maneira hostil, respondo da mesma forma. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

25. Quando recebo uma crítica procuro expressar para a outra pessoa a minha compreensão do que ela disse, para me certificar de que a entendi. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo "não" sem rodeios. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma hostil ou prejudicial. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

32. Eu sou do tipo que não leva desafogo pra casa. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

33. Costumo me colocar no lugar de uma pessoa que está me revelando um problema para ver como me sentiria e o que pensaria se a situação fosse comigo. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

34. Durante uma conversação procuro demonstrar interesse pela outra pessoa, adotando uma postura atenta. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, expresso imediatamente a minha insatisfação para deixar as coisas bem claras. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

36. Antes de encerrar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

37. Ao fazer um pedido conflitante com os interesses de outra pessoa, procuro expressar meu reconhecimento sincero do incômodo que estou lhe causando. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

40. Se decidir recusar um pedido, vou direto ao ponto. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

**ANEXO C - O Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança
Terapêutica**

*Inventário Cognitivo- Comportamental para avaliação da Aliança
Terapêutica*

O questionário abaixo é constituído de dados pessoais e questões que descrevem as principais características da aliança terapêutica. Por fim, encontra-se algumas questões dissertativas sobre a empatia na terapia. Por favor, leia cada uma das questões e responda conforme solicitado.

* Required

Dados pessoais *

Sexo

- Feminino
- Masculino

*

Idade

*

Ano em que se formou

Escolaridade

- Ensino Superior Completo
- Especialização Incompleta
- Especialização Completa
- Mestrado Incompleto
- Mestrado Completo
- Doutorado Incompleto
- Doutorado Completo

Você fez especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental? *

- Sim
- Não

Se sim, há quanto tempo?

Você teve alguma disciplina de Terapia Cognitivo-Comportamental na graduação?

- Sim
- Não

Você fez estágio em Terapia Cognitivo-Comportamental? *

- Sim
- Não

Você trabalha em qual área? *

- Clínica
- CAPS
- NASF
- Hospital
- Ambulatório
- Outros

Há quanto tempo? *

1. Eu me importo com o paciente e transmito meu interesse para ele. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

2. Eu e meu paciente colaboramos durante o processo terapêutico, trabalhando como uma equipe. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

3. Tanto eu como meu paciente somos responsáveis pelo progresso terapêutico. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

4. Meus pacientes tem uma visão positiva da terapia. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

5. Eu peço o feedback ao paciente sobre a sessão. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

6. Eu me sinto competente para ajudar o paciente. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

7. Eu encorajo o paciente a expressar seus pensamentos na sessão. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

8. Os pacientes tem uma visão positiva de mim enquanto terapeuta. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

9. Eu e meus pacientes tomamos decisões terapêuticas conjuntamente. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

10. Eu encorajo o paciente a expressar suas emoções na sessão. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

11. Eu e meus pacientes decidimos juntos como distribuir o tempo para cada item do roteiro. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

12. Eu tenho pensamentos negativos sobre alguns pacientes. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

13. Eu tenho pensamentos negativos sobre minha competência em relação a alguns pacientes. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

14. Se tenho pensamentos negativos sobre algum paciente, eu os avalio e respondo. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

15. Meus pacientes acreditam que a terapia pode ajudá-los. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

16. Eu e meus pacientes negociamos as tarefas de casa juntos. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

17. Eu abordo os problemas que são de maior interesse do paciente. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

18. Eu encorajo o paciente a expressar seus comportamentos na sessão. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

19. Eu vejo os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade para meu crescimento *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

20. Eu monitoro o afeto do paciente durante a sessão. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

21. Eu acredito que os problemas na aliança terapêutica são consequência de minhas falhas técnicas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

22. Eu oriento meu paciente de forma apropriada na terapia. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

23. Eu e meu paciente concordamos sobre as metas para a terapia, conciliando as metas dele com as minhas. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

24. Os pacientes me veem como um terapeuta competente. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

25. Eu verifico os pensamentos automáticos quando o afeto do paciente muda. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

26. Os pacientes me veem como um terapeuta colaborativo. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

27. Os pacientes me veem como um terapeuta interessado. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

28. Eu projeto uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar meus pacientes *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

29. Eu posso e apresento ao paciente um embasamento lógico para as minhas intervenções e tarefas de casa. *

1 2 3 4 5

Nunca Sempre

O que é empatia terapêutica? *

z

ANEXO D
Parecer emitido pelo Comitê de Ética



The screenshot shows a web interface for the Plataforma Brasil. At the top, there's a green header with the 'Saúde Ministério da Saúde' logo and the 'Plataforma Brasil' logo. Below the header, there are three buttons: 'Público', 'Pesquisador' (which is highlighted in blue), and 'Alterar Meus Dados'. A dark blue navigation bar below the buttons contains the text 'Cadastros'. The main content area has a light gray background. At the top of this area, it says 'Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa'. Below this, a gray header bar says 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. Underneath, a section titled 'Dados do Projeto de Pesquisa' lists various details of a research project:

- Título da Pesquisa: Empatia na relação terapêutica:implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental
- Pesquisador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes
- Área Temática:
- Versão: 3
- CAAE: 09224312.9.0000.5152
- Submetido em: 22/05/2013
- Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU
- Situação: Aprovado
- Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Fonte: Plataforma Brasil

ANEXO E
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Prova de Juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Empatia na relação terapêutica: implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental

Pesquisador Responsável: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Orientanda de mestrado: Mara Lívia de Araujo

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Uberlândia

Telefones para contato: (34) 99992555– Pesquisador

(34) 3239 - 4531 – Comitê de ética

Nome do voluntário:

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário do projeto de pesquisa “Empatia na relação terapêutica: implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental”, de responsabilidade da pesquisadora Renata Ferrarez Fernandes Lopes e sua orientanda de mestrado Mara Lívia de Araújo.

Esta pesquisa pretende investigar junto aos terapeutas cognitivo-comportamentais a relação entre ser pessoalmente empático e possuir habilidades comportamentais para manter a aliança terapêutica. O aprofundamento do estudo da empatia e da aliança terapêutica, com ênfase na perspectiva do terapeuta, é de suma importância, pois podem ser utilizadas conjuntamente com a técnica para conduzir a mudança em processos psicoterápicos.

Para a realização da pesquisa, realizaremos uma prova de juízes, para a qual está sendo convidado a participar. A prova de juízes consiste em duas etapas. Na primeira você deve classificar as 29 afirmações, contidas no Inventário Cognitivo-Comportamental para avaliar a aliança terapêutica em quatro categorias distintas: a) colaboração ativa com o outro b) feedback do outro c) visão que o outro tem a meu respeito; d) minhas reações frente ao outro. Essas categorias são mencionadas por J. Beck (1997) como fatores importantes para se estabelecer a aliança terapêutica. Na segunda etapa, você deve classificar as mesmas 29 afirmativas do inventário de acordo com quatro fatores da empatia, segundo Falcone et al. (2008): a) tomada de perspectiva, flexibilidade interpessoal, altruísmo, sensibilidade afetiva, ou ainda, a categoria outro. Neste caso, ao optar pela categoria outro, você deve acrescentar qual outra categoria acredita que a afirmativa melhor se adéqua.

Com a participação na pesquisa você estará contribuindo para a compreensão da relação da habilidade empática pessoal do terapeuta e da aliança terapêutica. Esclarecemos que, estaremos à disposição (via e-mail) para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual. Além disso, como sua participação é voluntária, você tem garantido o direito de aceitar ou não participar ou retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurando o sigilo sobre sua participação.

Após a leitura deste documento acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

ANEXO F

Termo de consentimento livre e esclarecido para participantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Empatia na relação terapêutica: implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental

Pesquisador Responsável: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Orientanda de mestrado: Mara Lívia de Araujo

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Uberlândia

Telefones para contato: (34) 99992555– Pesquisador

(34) xxxxxx – Secretaria da pós-graduação/UFU

(34) xxxxxx – Comitê de ética

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário do projeto de pesquisa “Empatia na relação terapêutica: implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental”, de responsabilidade da pesquisadora Renata Ferrarez Fernandes Lopes e sua orientanda de mestrado Mara Lívia de Araújo.

Esta pesquisa pretende investigar junto aos terapeutas cognitivo-comportamentais a relação entre ser pessoalmente empático e possuir habilidades comportamentais para manter a aliança terapêutica. O aprofundamento do estudo da empatia e da aliança terapêutica, com ênfase na perspectiva do terapeuta, é de suma importância, pois podem ser utilizadas conjuntamente com a técnica para conduzir a mudança em processos psicoterápicos.

Para a realização da pesquisa, será necessário que preencha dois questionários. O primeiro refere-se ao Inventário de Empatia elaborado por Falcone e colaboradores em 2008, que consiste em 40 afirmativas sobre atitudes empáticas cotidianas. Em seguida, o Inventário Cognitivo-Comportamental para avaliação da Aliança Terapêutica deverá ser preenchido. Este instrumento consiste em perguntas sobre dados pessoais (idade, tempo de profissão, área em que trabalha), 29 questões fechadas sobre a aliança terapêutica e quatro questões abertas acerca da empatia terapêutica.

Com a participação na pesquisa você estará contribuindo para a compreensão da relação da habilidade empática pessoal do terapeuta e da aliança terapêutica. Identificamos como possível risco para sua participação, a sensação de leve desconforto ao falar de sua prática clínica. Então, esclarecemos que, estaremos à disposição (via e-mail) para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual. Além disso, como sua participação é voluntária, você tem garantido o direito de aceitar ou não participar ou retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurando o sigilo sobre sua participação.

Eu, _____, após a leitura deste documento acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

ANEXO G – Gráficos das respostas do Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica

1. Eu me importo com o paciente e transmito meu interesse para ele.



2. Eu e meu paciente colaboramos durante o processo terapêutico, trabalhando como uma equipe.

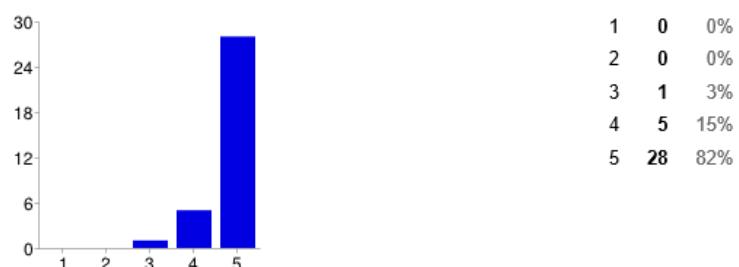


3. Tanto eu como meu paciente somos responsáveis pelo progresso terapêutico.



4. Meus pacientes tem uma visão positiva da terapia.

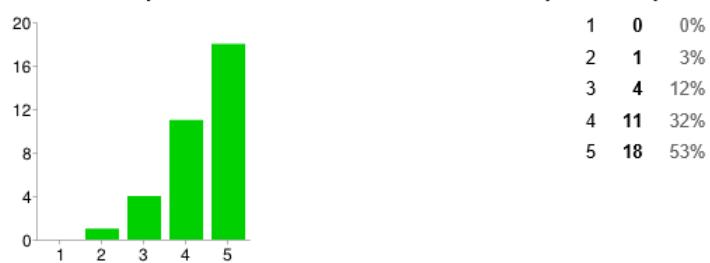


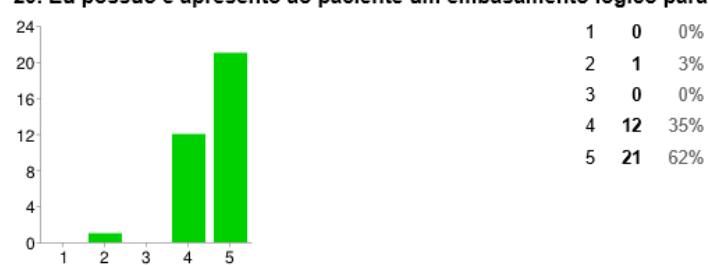
5. Eu peço o feedback ao paciente sobre a sessão.**6. Eu me sinto competente para ajudar o paciente.****7. Eu encorajo o paciente a expressar seus pensamentos na sessão.****8. Os pacientes tem uma visão positiva de mim enquanto terapeuta.**

9. Eu e meus pacientes tomamos decisões terapêuticas conjuntamente.**10. Eu encorajo o paciente a expressar suas emoções na sessão.****11. Eu e meus pacientes decidimos juntos como distribuir o tempo para cada item do roteiro.****12. Eu tenho pensamentos negativos sobre alguns pacientes.**

13. Eu tenho pensamentos negativos sobre minha competência em relação a alguns pacientes.**14. Se tenho pensamentos negativos sobre algum paciente, eu os avalio e respondo.****15. Meus pacientes acreditam que a terapia pode ajudá-los.****16. Eu e meus pacientes negociamos as tarefas de casa juntos.**

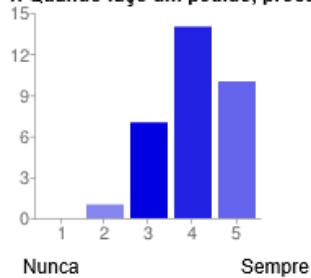
17. Eu abordo os problemas que são de maior interesse do paciente.**18. Eu encorajo o paciente a expressar seus comportamentos na sessão.****19. Eu vejo os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade para meu crescimento****20. Eu monitoro o afeto do paciente durante a sessão.**

21. Eu acredito que os problemas na aliança terapêutica são consequência de minhas falhas técnicas.**22. Eu oriento meu paciente de forma apropriada na terapia.****23. Eu e meu paciente concordamos sobre as metas para a terapia, conciliando as metas dele com as minhas.****24. Os pacientes me veem como um terapeuta competente.**

25. Eu verifico os pensamentos automáticos quando o afeto do paciente muda.**26. Os pacientes me veem como um terapeuta colaborativo.****27. Os pacientes me veem como um terapeuta interessado.****28. Eu projeto uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar meus pacientes****29. Eu posso e apresento ao paciente um embasamento lógico para as minhas intervenções e tarefas de casa.**

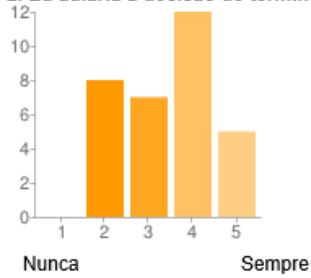
ANEXO H – Gráficos das respostas do Inventário de Empatia

1. Quando faço um pedido, procuro me certificar de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa.



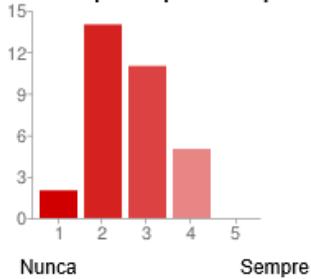
1 - Nunca	0	0%
2	1	3%
3	7	21%
4	14	42%
5 - Sempre	10	30%

2. Eu adiaría a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu par está com problemas.



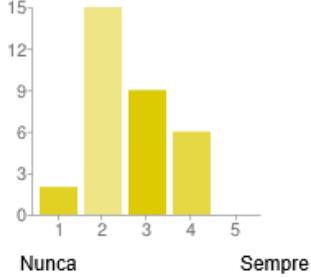
1 - Nunca	0	0%
2	8	24%
3	7	21%
4	12	36%
5 - Sempre	5	15%

3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro imediatamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir.



1 - Nunca	2	6%
2	14	42%
3	11	33%
4	5	15%
5 - Sempre	0	0%

4. Quando alguém faz algo que me desagrada, demonstro livremente a minha raiva.

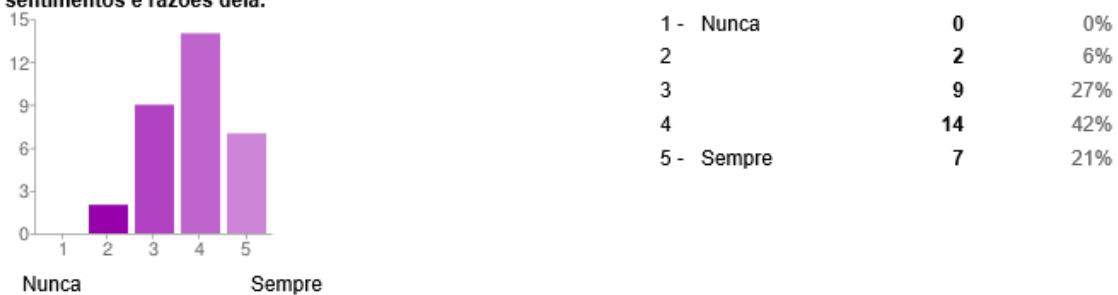


1 - Nunca	2	6%
2	15	45%
3	9	27%
4	6	18%
5 - Sempre	0	0%

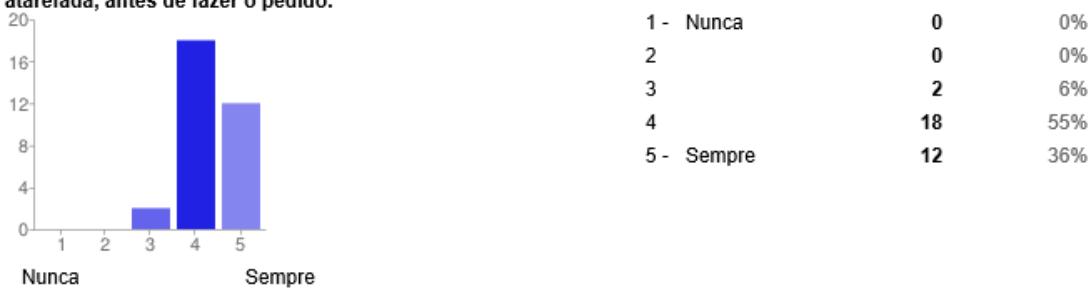
5. Quando alguém está me confidenciando um problema, exponho minha opinião objetivamente, para tentar perceber os sentimentos e razões dela.



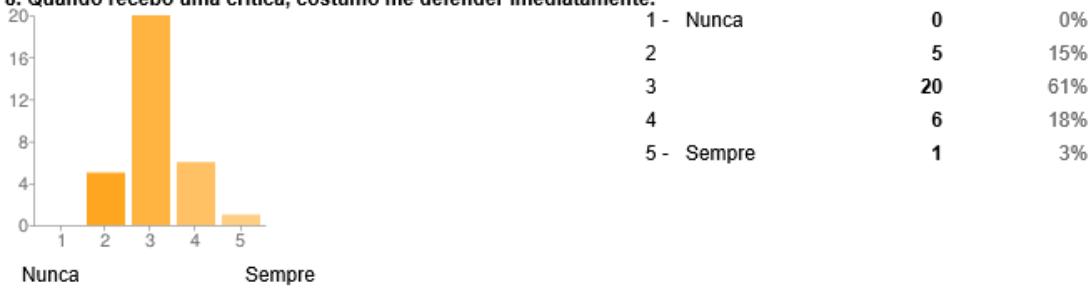
6. Costumo me colocar no lugar da outra pessoa quando estou sendo criticado, para tentar perceber os sentimentos e razões dela.



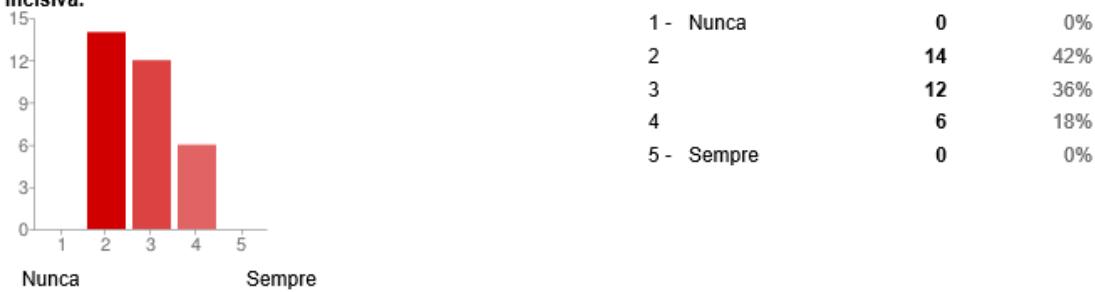
7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, declaro meu reconhecimento do quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido.



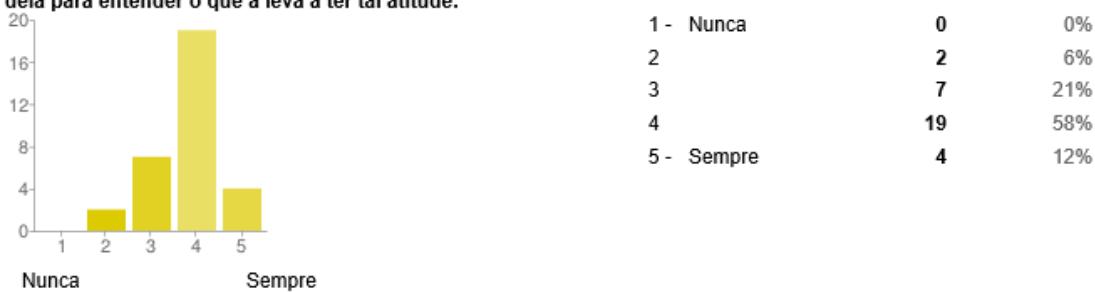
8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente.



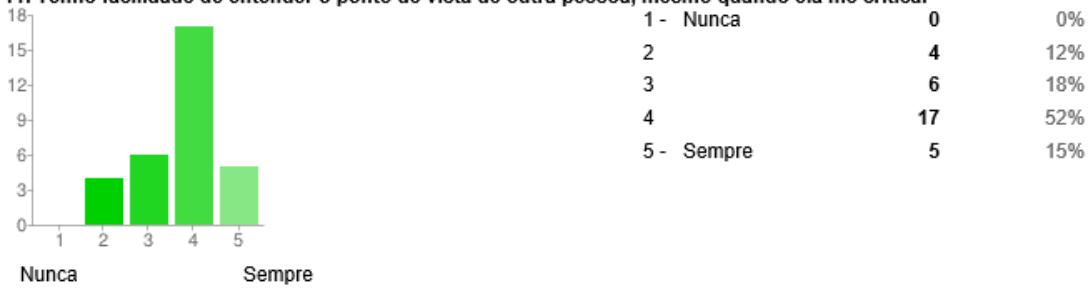
9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a do meu interlocutor, procuro me expor de forma mais incisiva.



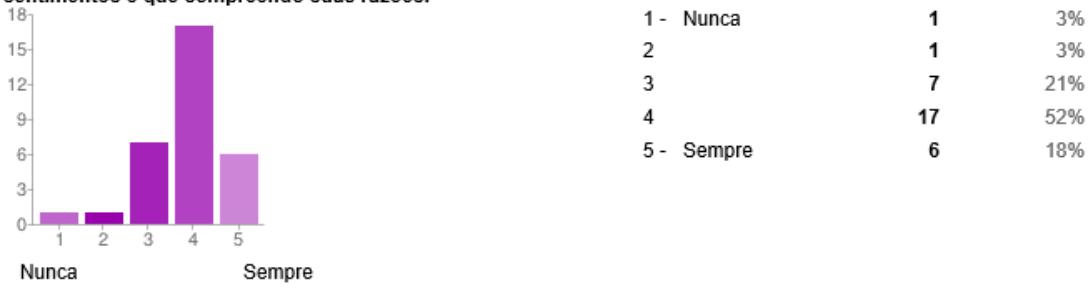
10. Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude.



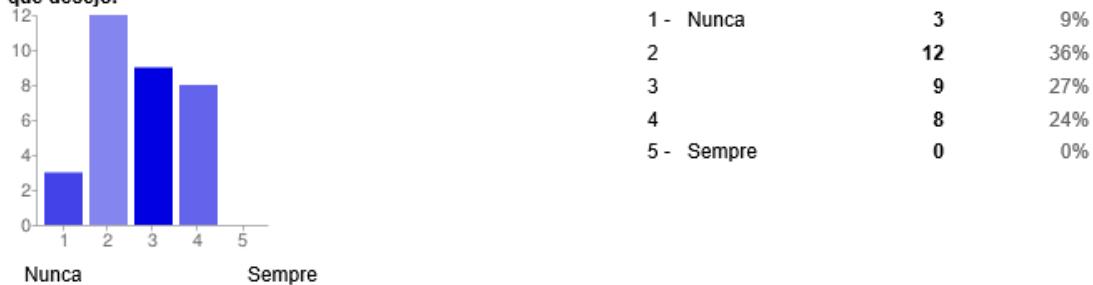
11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica.



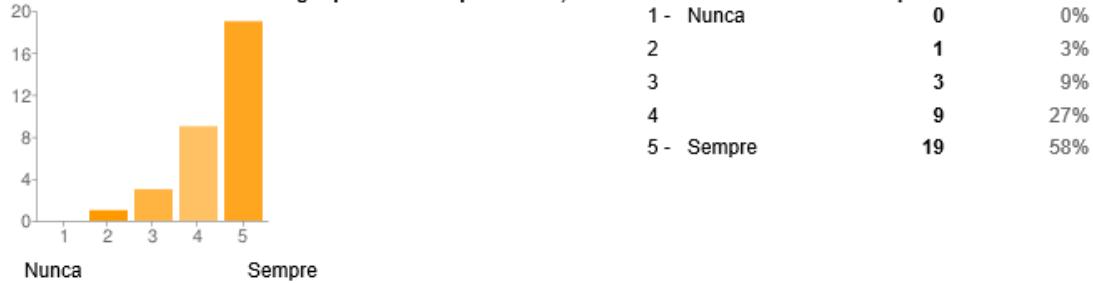
12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que comprehendo suas razões.



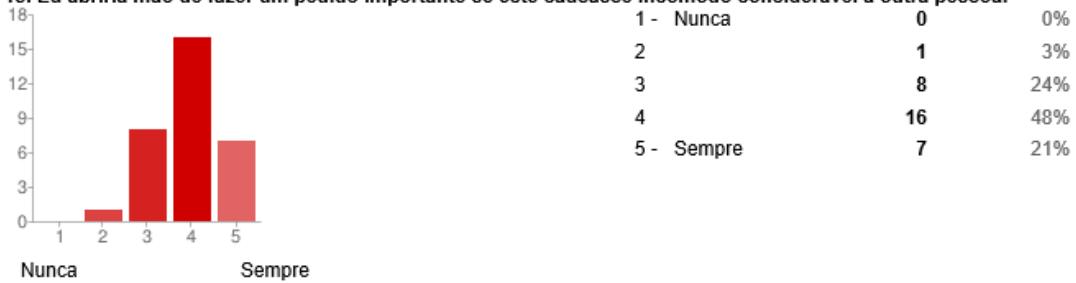
13. Ao fazer um pedido incompatível com os interesses de outra pessoa, procuro ser persuasivo até conseguir o que desejo.



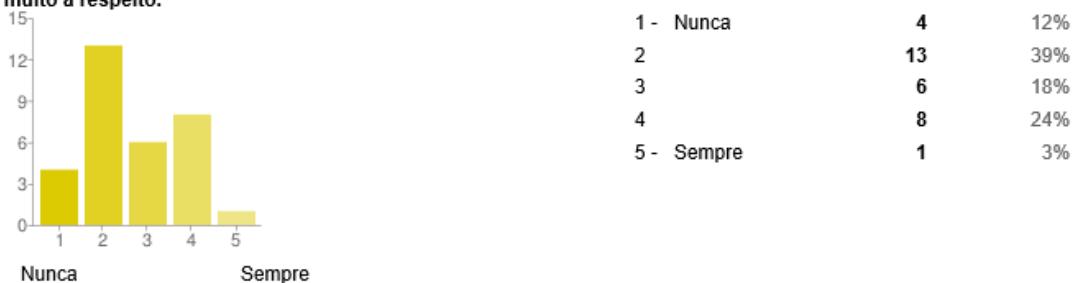
14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas.



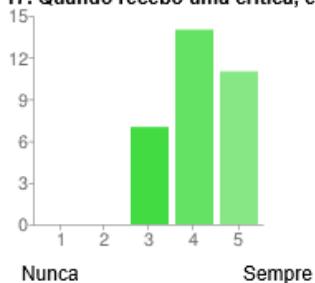
15. Eu abriaia mão de fazer um pedido importante se este causasse incômodo considerável à outra pessoa.



16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro por em prática a minha decisão em vez de ficar pensando muito a respeito.

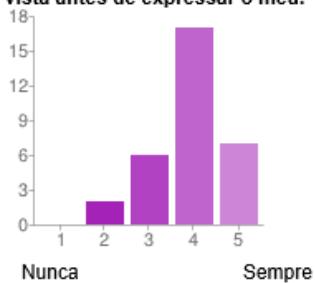


17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para identificar as razões que levaram a outra pessoa a me criticar.



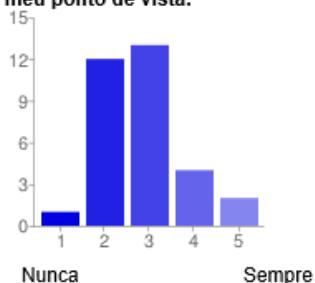
1 - Nunca	0	0%
2	0	0%
3	7	21%
4	14	42%
5 - Sempre	11	33%

18. Quando discordo do meu interlocutor, procuro ouvi-lo e, em seguida, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de expressar o meu.



1 - Nunca	0	0%
2	2	6%
3	6	18%
4	17	52%
5 - Sempre	7	21%

19. Quando alguém expõe uma opinião contrária à minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista.



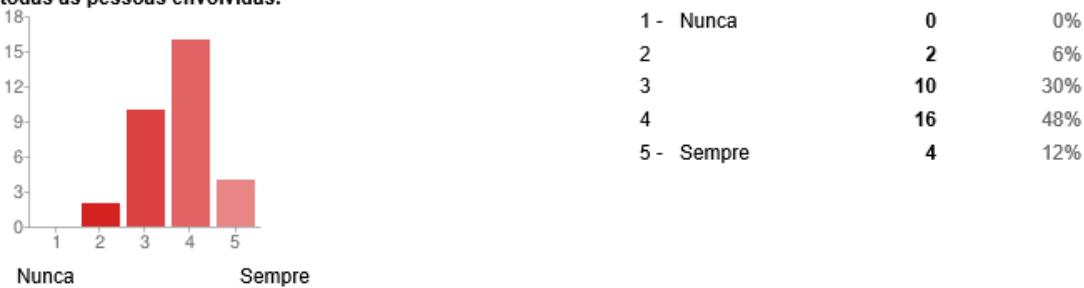
1 - Nunca	1	3%
2	12	36%
3	13	39%
4	4	12%
5 - Sempre	2	6%

20. Se alguém me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento.

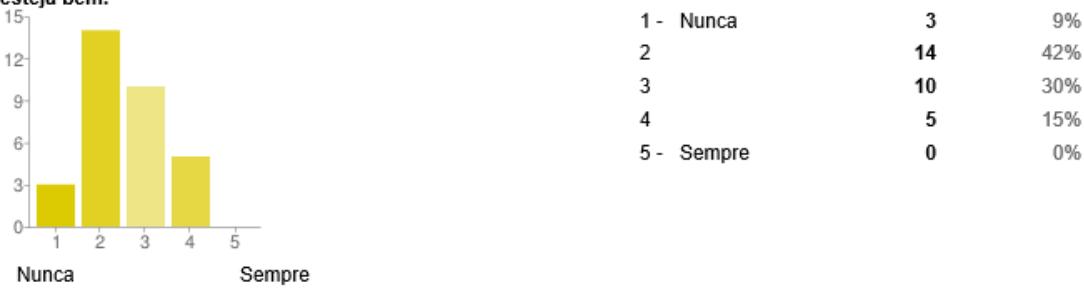


1 - Nunca	9	27%
2	16	48%
3	4	12%
4	3	9%
5 - Sempre	0	0%

21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas.



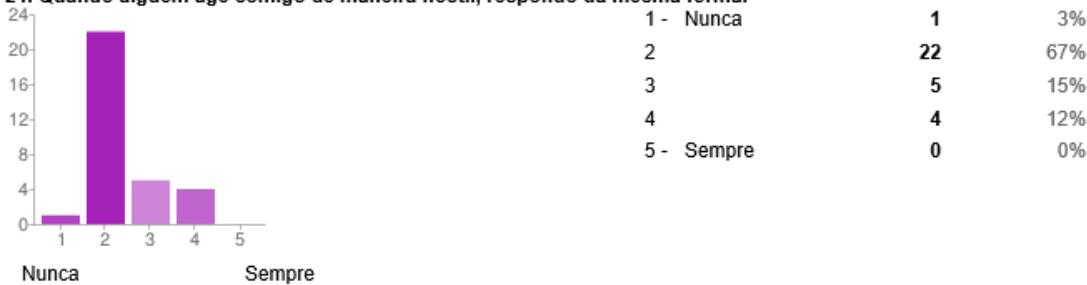
22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele(a) não esteja bem.



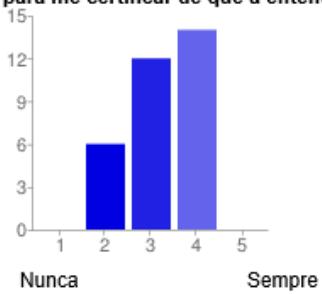
23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentido frustrado(a).



24. Quando alguém age comigo de maneira hostil, respondo da mesma forma.

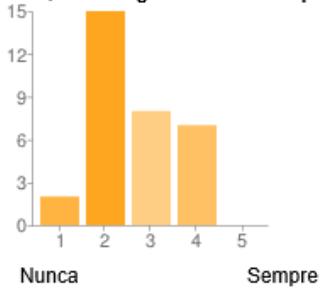


25. Quando recebo uma crítica procuro expressar para a outra pessoa a minha compreensão do que ela disse, para me certificar de que a entendi.



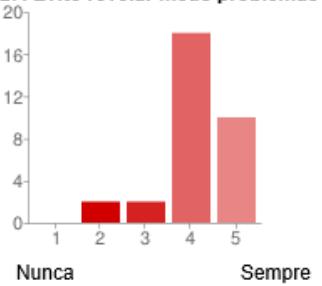
1 - Nunca	0	0%
2	6	18%
3	12	36%
4	14	42%
5 - Sempre	0	0%

26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo "não" sem rodeios.



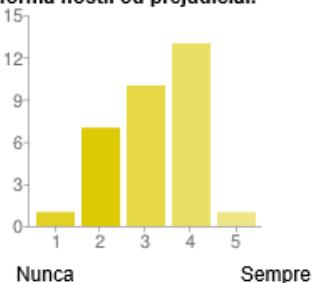
1 - Nunca	2	6%
2	15	45%
3	8	24%
4	7	21%
5 - Sempre	0	0%

27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem.



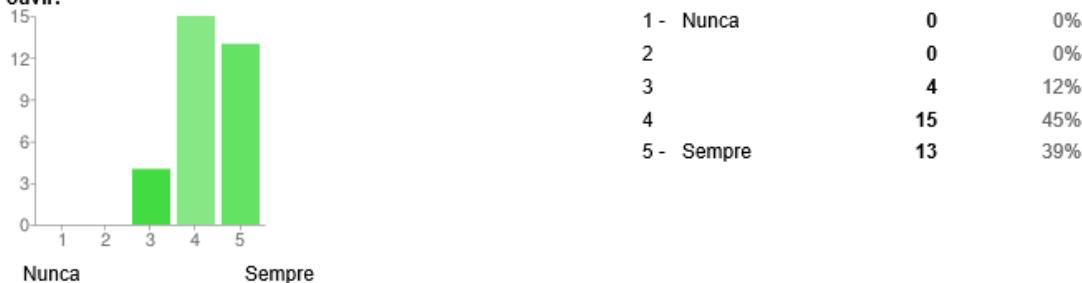
1 - Nunca	0	0%
2	2	6%
3	2	6%
4	18	55%
5 - Sempre	10	30%

28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma hostil ou prejudicial.

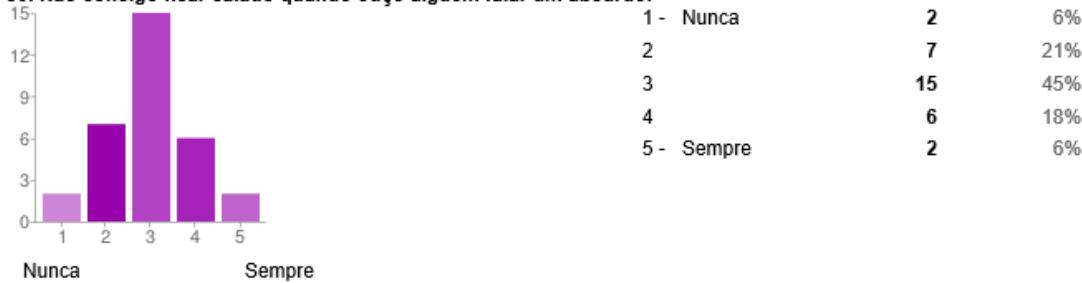


1 - Nunca	1	3%
2	7	21%
3	10	30%
4	13	39%
5 - Sempre	1	3%

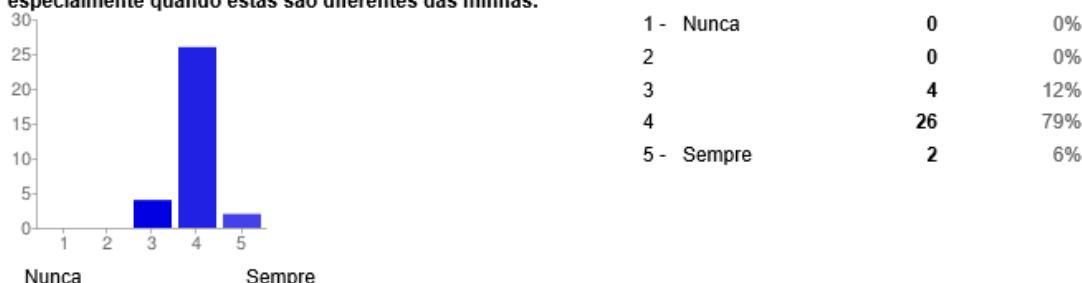
29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir.



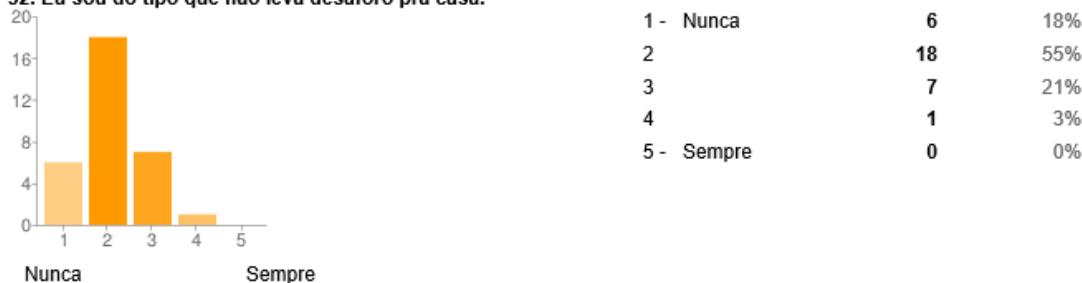
30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo.



31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas.



32. Eu sou do tipo que não leva desaforo pra casa.



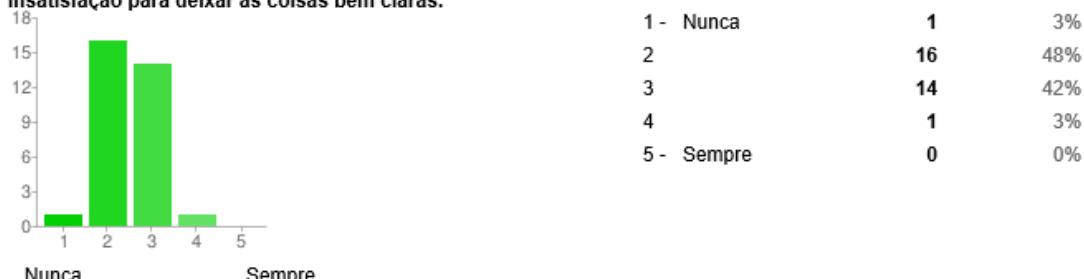
33. Costumo me colocar no lugar de uma pessoa que está me revelando um problema para ver como me sentiria e o que pensaria se a situação fosse comigo.



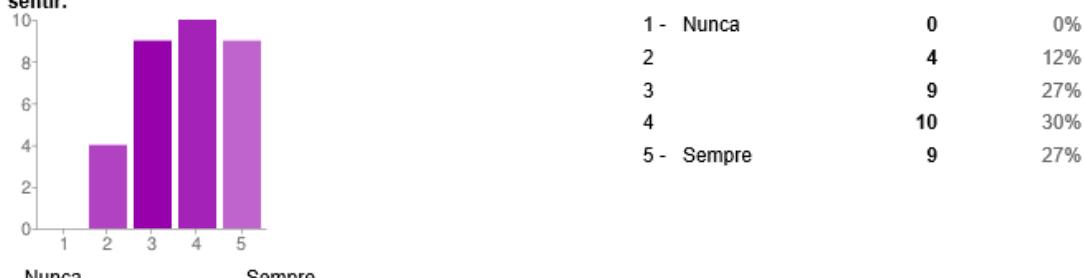
34. Durante uma conversação procuro demonstrar interesse pela outra pessoa, adotando uma postura atenta.



35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, expresso imediatamente a minha insatisfação para deixar as coisas bem claras.



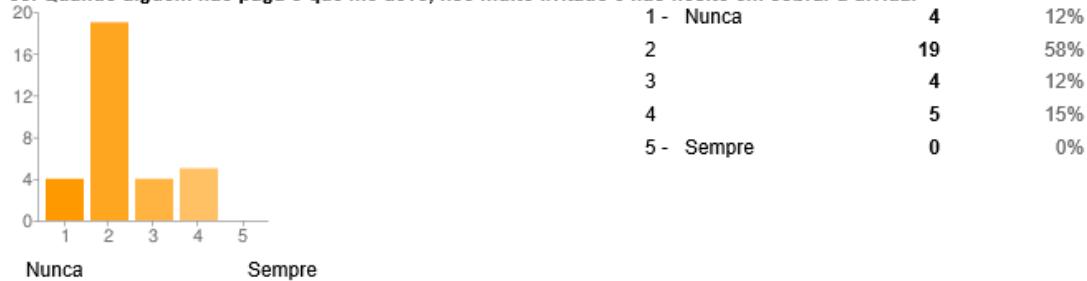
36. Antes de encerrar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir.



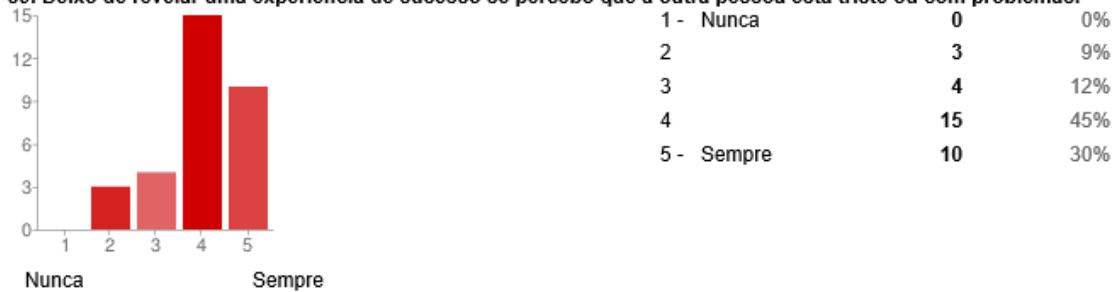
37. Ao fazer um pedido conflitante com os interesses de outra pessoa, procuro expressar meu reconhecimento sincero do incômodo que estou lhe causando.



38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida.



39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas.



40. Se decidir recusar um pedido, vou direto ao ponto.

