



**QUANDO O TERAPEUTA SE ABRE: A AUTORREVELAÇÃO
E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Giulia Raquel Cantarutti

PORTO ALEGRE

2018

GIULIA RAQUEL CANTARUTTI

**Quando o terapeuta se abre: a autorrevelação e suas
contribuições para a prática clínica**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de
Psicóloga no Curso de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cristina Garcia Dias
Comentadora: Ana Paula Rassier

Porto Alegre
2018

CITAÇÕES

“Um terapeuta que mantém uma posição estritamente técnica, uma face neutra e impessoal, arrisca a punir o comportamento vulnerável do cliente em relação a ele, e diminuir assim a probabilidade de que o mesmo se expresse com a mesma abertura no futuro. Expor experiências próprias pode ser uma estratégia do terapeuta de se tornar vulnerável na relação com o cliente. A auto-revelação pelo terapeuta pode consistir em compartilhar suas crenças, emoções e sentimentos em relação ao que acontece na terapia.”

Vandenbergh, Luc, & Pereira, Mychelle Borges (2005, p.132)

“Therapists will be faced with self-disclosure decisions throughout their careers. Whether they are asked, at the onset of therapy, questions pertaining to their theoretical orientation or their beliefs and values; whether they are faced with an issue in their personal life that may impact their professional life; whether they realize they have a history similar or relevant to their client; or whether they hit an emotional impasse with a client [...]”

“Terapeutas serão confrontados com decisões sobre autorrevelação no decorrer de suas carreiras. Podem ser perguntados, no início da terapia, sobre sua orientação teórica ou seus valores e convicções; podem passar por situações em sua vida pessoal que impactem na sua vida profissional; podem perceber que possuem uma história relevante ou similar à do seu paciente; ou podem chegar a um impasse emocional com um paciente [...]” (traduzido pela autora)

Henretty, Jennifer R., & Levitt, Heidi. M. (2010, p.71)

“The media and other portrayals of psychotherapists do not generally prepare clients for a counselor who is willing to reveal details of his or her personal life outside of counseling or of his or her feelings about a client and their relationship. It is not so much the disclosure itself that is believed to elicit negative client evaluations, rather the extent to which this behavior on the part of the counselor contradicts the client's expectations for "appropriate" counselor behavior.”

“A mídia e outras representações de psicoterapeutas geralmente não preparam os clientes para um terapeuta que está disposto a revelar detalhes sobre sua vida pessoal fora da terapia ou sobre seus sentimentos em relação a um cliente ou à relação entre ambos. Não é a revelação propriamente dita que provoca avaliações negativas, mas sim o quanto este comportamento por parte do terapeuta contradiz as expectativas dos clientes sobre o que é um comportamento “apropriado” do terapeuta.” (traduzido pela autora)

Nilsson, David E., Strassberg, Donald S. & Bannon, Jill (1977, p.400)

INTRODUÇÃO

A área da psicologia clínica tem se desenvolvido muito enquanto área científica, e os temas relacionados à prática psicoterápica tem se tornado cada vez mais alvo de pesquisas. Um dos focos de estudos nessa área da psicologia clínica tem sido identificar os fatores envolvidos no processo terapêutico e a maneira como afetam o progresso da terapia. Dentre esses, a relação terapêutica tem recebido especial interesse, dado o crescente número de pesquisas relacionando a qualidade desta a efeitos positivos para o cliente e o processo psicoterápico (Vandenberghe & Pereira, 2005). O papel da aliança terapêutica no estabelecimento de vínculo entre paciente e terapeuta é apontado como parte essencial da terapia, e diferentes técnicas buscam alcançar este objetivo, sendo uma delas a revelação de informações pessoais por parte do terapeuta.

Nas psicoterapias, a revelação de informações pessoais pelo paciente é considerada essencial, enquanto a autorrevelação praticada pelo terapeuta é vista, historicamente, com cautela por muitos teóricos. O quanto um terapeuta pode ou deve revelar sobre si a um paciente é tema de discussões há quase um século.

No contexto do surgimento da psicanálise, qualquer autorrevelação era vista como infrutífera, ou, ainda, como sintoma de conflitos não resolvidos do terapeuta (Gelso & Palma, 2011). Freud condenava essa prática, afirmando que ela era prejudicial e reforçava resistências. Na abordagem psicanalítica freudiana, a autorrevelação do terapeuta foi considerada deletéria para o processo transferencial, sendo prejudicial à psicoterapia (Andersen & Anderson, 1985). Como oponentes dessa prática, teóricos (citar) argumentam que a autorrevelação pode interferir no processo de transferência, induzindo o cliente a ver a terapia mais como uma interação social e tirando o foco do paciente como protagonista da terapia.

No decorrer do século XX, a ramificação das teorias psicanalíticas, assim como o desenvolvimento de novas teorias não-psicanalíticas, abriu as portas para uma exploração mais minuciosa dessa prática e de seus potenciais benefícios para a terapia (Gelso & Palma, 2011). Orientações teóricas humanistas, como a de Rogers e a Gestalt, passaram a assinalar a importância de focar as interações cliente-terapeuta no aqui-e-agora. Assim como Jourard, que iniciou as primeiras pesquisas no assunto, teóricos (Horvath & Luborsky, 1993) passaram a ressaltar o papel da autorrevelação na facilitação da relação terapêutica (Andersen & Anderson, 1985). Argumenta-se que a utilização desta técnica tem uma importância crucial na construção de uma aliança terapêutica saudável, sendo necessária para o desenvolvimento

de um clima de autenticidade, genuinidade e integridade, essenciais para uma psicoterapia efetiva (Dowd & Boroto, 1982).

Além de todas as discussões sobre o assunto, é importante que se conheçam as evidências empíricas que possam guiar o uso desse tipo de intervenção terapêutica. Portanto, o objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a autorrevelação do terapeuta, abordando desde os primeiros estudos sobre o assunto – no final da década de 70 – que focavam exclusivamente na revelação de fatos e experiências, até as contribuições mais recentes, quando se passou a estudar também a revelação de sentimentos e percepções imediatas do profissional em relação ao paciente. Por último, são apresentadas evidências a respeito da prática da metacomunicação terapêutica, seguida de algumas orientações para seu uso sugeridas por pesquisadores do assunto.

Apesar de citar algumas abordagens psicoterápicas, o objetivo do trabalho é ser essencialmente atóxico, pois acredita-se que a prática em questão pode ser - e é - utilizada de maneira efetiva por profissionais de qualquer orientação teórica. Os termos “paciente” e “cliente” serão utilizados como sinônimos ao longo do texto.

AUTORREVELAÇÃO – PRIMEIROS ESTUDOS

Desde antes dos anos 1950, a comunidade científica passou a se interessar pela forma como as pessoas compartilham informações pessoais umas com as outras, e quais as variáveis que poderiam influenciar esse comportamento. As pesquisas iniciais desse fenômeno investigaram o comportamento de autorrevelação nas relações interpessoais em geral, sem ter como foco o contexto da psicoterapia. Um exemplo é o estudo desempenhado por Kurt Lewin (1948), no qual concluiu que americanos são mais abertos a compartilhar assuntos pessoais para estranhos do que alemães.

Apesar de já existirem pesquisas sobre o assunto anteriormente a esta data, o termo “autorrevelação” foi proposto apenas em 1958 por Jourard e Lasakow, e posteriormente como a revelação de informações pessoais significativas de uma pessoa para outra (Jourard, 1971). O autor propunha que essa prática possui duas funções principais nas relações humanas: conectar-se melhor com os outros e compreender melhor a si mesmo (Farber, 2006).

Mais recentemente, DeForest e Stone (1980) propuseram que, quanto mais íntimas forem se tornando as informações reveladas por um dos interlocutores, mais íntimas serão as

informações reveladas pelo outro, denominando este efeito de autorrevelação recíproca. A partir daí, diversas pesquisas investigaram de que forma a autorrevelação de um entrevistador poderia influenciar na autorrevelação do entrevistado, e seus efeitos nas percepções subjetivas deste em relação àquele.

Alguns resultados inconsistentes são encontrados na literatura em relação à aplicação desta prática. Porém, Andersen e Anderson (1985) referem que isto se deve, provavelmente, às definições e metodologias discrepantes utilizadas nestes estudos. Watkins (1990), em revisão sobre o assunto, sugere que os resultados foram majoritariamente positivos e apoiaram a intervenção.

Naturalmente, esse fenômeno da autorrevelação recíproca atraiu a atenção de psicoterapeutas: sendo a autorrevelação do paciente um componente amplamente desejado da terapia, a possibilidade de estimular esse comportamento passou a receber especial interesse de pesquisadores e psicólogos.

Pesquisas passaram a ser realizadas a fim de compreender que efeitos terapêuticos a autorrevelação de um terapeuta poderia causar, tanto para o paciente quanto para o processo terapêutico. Em revisão sobre o assunto, Cozby (1973) menciona que um terapeuta que se autorrevela, além de eliciar mais autorrevelações por parte do paciente, também é avaliado de forma mais positiva pelo seu paciente, assim como é visto como uma pessoa mais confiável.

PROBLEMAS DE DEFINIÇÃO

Apesar dos resultados das pesquisas citadas anteriormente sugerirem, de forma geral, efeitos positivos da autorrevelação do terapeuta (que será chamada no decorrer do presente trabalho de autorrevelação terapêutica, ou ART), foram verificados resultados discrepantes (Watkins, 1990). Para diversos autores, isto se deve a falhas metodológicas dos estudos, especialmente à falta de especificidade e divergências na definição do conceito. Em revisão de estudos sobre ART existentes até então, Goodstein e Russell (1977) encontraram definições vagas e falta de concordância sobre que tipo de afirmação poderia ou não ser considerada como ART. Para esses autores, seria essa a principal causa da discrepância existente nos resultados das pesquisas. McCarthy e Betz (1978) já apontavam para os problemas relacionados à teorização deste conceito, como definições muito vagas, que não permitiriam a replicação dos estudos. Ademais, as conceitualizações encontradas na literatura não ofereciam uma caracterização precisa sobre a natureza da ART. A falta de clareza sobre

quais comportamentos estavam compreendidos na categoria de ART também foi destacada por Reynolds e Fischer (1983). Jourard e Jaffee (1970), por exemplo, definiram autorrevelação como a maneira pela qual uma pessoa voluntariamente se mostra a outra. Já Luft (1969) afirmou que ela diz respeito ao que acontece entre pessoas no presente. Para Cozby (1973), autorrevelação seria qualquer informação sobre si que uma pessoa comunica verbalmente a outra. Shapiro, Krauss e Truax (1969) incluem na definição que uma autorrevelação pode consistir de comportamentos verbais, bem como não-verbais. Goodstein e Russell (1977) definiram AR como “o processo interpessoal de revelar informações psicologicamente significativas sobre si a outra pessoa” (p.365)

Devido às divergências, alguns pesquisadores passaram a sugerir a existência de diferentes subtipos de AR. Em uma tentativa de uniformizar as definições, McCarthy e Betz (1978), baseando-se nos conceitos utilizados por Danish, D’Augelli e Brock (1976), propuseram a distinção entre **self-disclosing statements** (ou **self-disclosure statements**, abreviado aqui como SD), e **self-involving statements** (abreviados aqui como SI). As SD seriam afirmações geralmente formuladas no passado e que se referem às experiências do terapeuta (por exemplo, “Eu passei por um período semelhante de depressão após meu divórcio”). Já as SI seriam caracterizadas por afirmações referindo-se a uma revelação mais pessoal do terapeuta ao paciente, geralmente formulada no presente. A sentença “Eu me sinto contente por você estar reconhecendo seus potenciais”, por exemplo, funciona como uma SI.

As autoras também destacam que nenhum estudo até então havia oferecido uma diferenciação entre esses dois tipos de afirmações autorreferentes. De fato, definições apresentadas em pesquisas da área eram vagas o suficiente para corresponderem a qualquer um dos dois tipos de intervenção. SD já foi definido como “uma afirmação em que um indivíduo fornece informações sobre si, suas preocupações ou seus conflitos OU fala sobre suas reações no aqui-e-agora e sentimentos em relação a pessoas ou situações” (Dies, 1973; Johnson & Noonan, 1972). Para Danish *et al.* (1976) e McCarthy e Betz (1978), a primeira parte da definição corresponderia a SD e, a segunda, a SI, sendo ambas afirmações autorreferentes.

As primeiras pesquisas a investigarem SD e SI como comportamentos distintos (McCarthy & Betz, 1978; McCarthy, 1979; Dowd & Boroto, 1982) analisaram os efeitos de ambos os tipos de respostas no cliente, bem como sobre as percepções deste em relação ao terapeuta. Estes estudos utilizaram simulações de uma sessão de terapia, na qual o profissional utilizava, em momentos específicos, afirmações SI ou SD. Voluntários ouviam, liam, ou assistiam a essas simulações, e, solicitados a colocarem-se no lugar do paciente,

sugeriam uma possível resposta deste e preenchiam instrumentos de medida que avaliavam o terapeuta nas categorias de expertise, confiabilidade e atratividade. Alguns dos estudos posteriores também incluíram a variável probabilidade de se consultar com o terapeuta retratado na pesquisa, para tentar reduzir as limitações de um estudo análogo (Dowd & Boroto, 1982).

Alguns pesquisadores optam por incluir ambos os tipos de respostas na categoria SD, apesar de realizarem divisões entre subtipos de SD. No entanto, conforme salienta McCarthy (2011), definições muito abrangentes dificultam a realização de pesquisas na área. Knox e Hill (2009), por exemplo, classificaram a SD em três categorias:

- Revelações de sentimentos, por exemplo, “quando eu estava em uma situação parecida, senti muita raiva”;
- Revelações de insight, por exemplo, “quando eu era criança, me colocava em muitos problemas, depois percebi que era a forma que eu encontrava para meus pais prestarem atenção em mim. Foi parecido com você?”;
- Revelações de estratégias, por exemplo, “Quando eu tenho uma apresentação importante, eu pratico em voz alta para me familiarizar melhor”.

SUBTIPOS DE SD E SI

Foram realizadas críticas a respeito de características metodológicas de pesquisas anteriores, principalmente sobre o fato de variáveis como intimidade, duração ou conteúdo das ART não terem sido controladas adequadamente (Cozby, 1973). Ao encontro disto, Hoffman-Graff (1977) argumenta ser necessário estudar os diversos tipos de SD como formas de intervenção diferentes que, portanto, podem provocar diferentes efeitos no comportamento de um paciente. Para tal, foi realizado um estudo experimental análogo, no qual foram classificados em:

- SD positivos – nas quais o terapeuta revelava seus potenciais, experiências ou características positivas; e
- SD negativos – em que o terapeuta revelava fraquezas, experiências e características pessoais negativas.

No entanto, apesar de um dos objetivos dessa distinção ter sido reduzir alguns problemas conceituais nessa área, é possível que tenha ocorrido o efeito contrário. Os termos

“positivos” e “negativos” não são definidos de forma precisa o suficiente, deixando margem para diferentes interpretações.

Nilsson, Strassberg e Bannon (1979), baseando-se nas mesmas definições, utilizaram os termos “revelação interpessoal” e “revelação intrapessoal” para referir-se à SI e SD, respectivamente. A afirmação “Às vezes acho que você me entende mal e acha que estou te botando pra baixo” representa um exemplo de SI, enquanto “Eu também era sempre comparado com meu irmão” diz respeito a SD.

McCarthy (1982) sugeriu que o nível de intimidade das AR poderia influenciar sua efetividade, e propôs a seguinte classificação:

- AR de baixa intimidade – informações sobre o terapeuta que são congruentes com o que foi expresso pelo paciente. Por exemplo, “Eu lembro que eu também tive problemas para me relacionar com meus pais.”; e
- AR de alta intimidade – afirmações sobre o terapeuta que são congruentes com o que foi expresso pelo paciente e que também contém um sentimento que o terapeuta acredita ser semelhante a um sentimento não-dito pelo paciente. Por exemplo, “Eu tive problemas me relacionar com meus pais e isso me afetou.”

É importante mencionar que, nessa classificação, o termo “intimidade” não tem relação com o quão íntima a informação é para o terapeuta, mas sim com o quanto ela se assemelha com a experiência subjetiva do paciente, e o quanto ela expressa o não-dito na fala deste.

A autora, constatando que suas pesquisas anteriores sobre o assunto apenas investigaram afirmações de baixa intimidade – embora sem caracterizá-las como tal – sugere que essa falha poderia, em partes, explicar a discrepância de resultados que os estudos sobre o assunto apresentaram.

A distinção entre ART positivas e negativas de Hoffman-Graff (1977) também foi empregada por outros autores. Reynolds e Fischer (1983) aprofundam essa distinção, propondo que não apenas SD, mas também SI, podem ser positivos (PSD/PSI) ou negativos (NSD/NSI). A partir disso, tem-se:

- PSI: revelação de uma reação pessoal positiva ao cliente. Por exemplo: “Você está se esforçando para dizer isso agora, e eu me sinto bem por isso.”
- NSI: revelação um sentimento pessoal negativo, porém não crítico, sobre algo dito

pelo cliente. Por exemplo: “Me sinto um pouco frustrado(a) por não compreender o que você está querendo dizer.”

- PSD: revelação de informação pessoal positiva. Por exemplo: “Certamente há coisas que eu gosto sobre mim também.”
- NSD: revelação de informação pessoal negativa. Por exemplo: “Eu faço isso às vezes também, criticar-me demais.”

Remer, Roffey e Buckholtz (1983) reproduzem essa categorização, porém acrescentam outra forma de classificar uma afirmação como positiva ou negativa, definindo:

- PSI – uma expressão direta e presente dos sentimentos ou reações positivas a uma afirmação ou a um comportamento do cliente (até então equivalente à definição de PSI de Reynolds & Fischer, 1983) **OU** uma expressão direta e presente dos sentimentos pessoais do terapeuta que são congruentes ou similares aos do cliente. Por exemplo, “Eu valorizo que você não esteja tentando me afastar”.
- NSI – uma expressão direta e presente dos sentimentos ou reações negativas a uma afirmação ou a um comportamento do cliente (até então equivalente à definição de NSI de Reynolds & Fischer, 1983) **OU** uma expressão direta e presente dos sentimentos pessoais do terapeuta que são incongruentes ou dissimilares aos do cliente. Por exemplo, “Eu me sinto distante quando você às vezes fica em silêncio e olha para os lados.”

É necessário considerar se a presença de duas definições diferentes para referir-se a um mesmo conceito (PSI ou NSI) de fato contribui para uma maior uniformização dos termos referentes ao assunto da ART, ou apenas torna o tema mais confuso, prejudicando a replicação de pesquisas.

Dowd e Boroto (1982), além de reforçar a definição de SI como revelações de reações pessoais ao paciente – como o terapeuta revelar que ele também sentiu raiva ou frustração no momento em que o cliente revelava esses mesmos sentimentos – também propuseram a distinção entre autorrevelações do passado e do presente, sendo elas:

- AR do passado: revela um problema ou dificuldade que o terapeuta já vivenciou e que seja semelhante ao do paciente e cita as estratégias de enfrentamento que utilizou.
- AR do presente: revela um problema atual, semelhante ao do cliente.

Naturalmente, as primeiras pesquisas a investigar os efeitos diferenciais entre SI e SD

não utilizaram outras variáveis nos estudos além dessas (McCarthy & Betz, 1978; McCarthy, 1979). Embora não tenham considerado classificar as respostas presentes nos seus estudos entre positivas ou negativas, ao revisar os textos, é possível inferir que as afirmações utilizadas foram de natureza positiva.

RESULTADOS DE ESTUDOS ANÁLOGOS E REVISÕES DE LITERATURA

McCarthy & Betz (1978), a partir dos resultados de sua pesquisa inicial, identificaram que terapeutas que utilizaram SI foram percebidos como mais capacitados e mais confiáveis, além de serem capazes de eliciar respostas, nos clientes, que apresentavam mais verbos no presente e mais autorreferências. Reynolds e Fischer (1983) encontraram correlações positivas entre o uso de SI e avaliações positivas de expertise e confiabilidade do terapeuta. Porém, outras pesquisas não encontraram estes mesmos resultados (Dowd & Boroto, 1982; McCarthy, 1982). Por outro lado, Nilsson, Strassberg e Bannon (1979) encontraram que terapeutas utilizando SD foram vistos de forma mais agradável pelos clientes. Reynolds e Fischer (1983) sugerem que esses resultados discrepantes, na verdade, possam ser complementares entre si, pois algumas pesquisas mediram atributos pessoais do terapeuta enquanto outras, atributos profissionais. Ou seja, é possível que a divergência entre os dados encontrados nessas pesquisas seja produto de suas diferenças metodológicas.

Nos estudos que compararam SI positivo com SI negativo, os positivos foram vistos de forma mais favorável, obtendo resultados mais consistentes. Já aqueles que compararam SD positivo e negativo apresentaram variações, portanto não ofereceram resultados confiáveis (Watkins, 1990).

Watkins (1990), em revisão sobre o tema, concluiu que terapeutas que autorrevelam de maneira moderada e pouco íntima foram vistos de forma mais favorável e eliciaram mais autorrevelações por parte do paciente do que aqueles que não autorrevelam, que autorrevelam em excesso, ou que autorrevelam informações muito íntimas. Os resultados mais frequentes nas pesquisas na área de ART, como referido pelo autor, são apresentados a seguir:

- PSI, de forma geral, foi visto de forma mais favorável do que as outras variáveis, resultando em melhores avaliações sobre o terapeuta, respostas com mais autorreferências do paciente, e maior probabilidade de se consultar com o terapeuta em questão;
- SD de alta intimidade foram vistos tão favoravelmente quanto SI;

- Terapeutas que utilizaram SI ou SD foram considerados mais atrativos do que aqueles que utilizaram outros tipos de intervenções (como interpretação e sumarização);
- Diversos desses estudos incluíram as variáveis sexo do terapeuta, sexo do paciente e correspondência de sexo entre terapeuta-paciente, porém não encontraram efeitos significativos nas percepções sobre o terapeuta (Hoffman & Spencer, 1977; Hoffman-Graff, 1977; McCarthy 1979; Nillson *et al.*, 1979).

Outros estudos, mencionados por Hill e Knox (2001), reportaram tanto percepções positivas sobre a ART quanto negativas, embora estas últimas tenham sido menos frequentes. As autoras, resumindo a literatura sobre estudos análogos, sugerem que os resultados mais relevantes encontrados foram:

- Não-clientes geralmente tem percepções positivas sobre a autorrevelação do terapeuta.
- Clientes preferem terapeutas que revelam informações sobre si de forma moderada.

Já Henretty e Levitt (2010), em revisão mais recente sobre SD, concluem que a única distinção entre tipos de intervenções que pareceu afetar os pacientes de forma consistente foi aquela entre terapeutas utilizando SI versus SD. Ainda em relação a esse estudo, foram listadas algumas variáveis que, aparentemente, não afetaram ou não foram afetadas por SD:

- grau de instrução/formação do terapeuta;
- idade do paciente;
- sexo do terapeuta, sexo do paciente ou correspondência de sexo terapeuta-paciente;
- expectativa de ART pelo cliente;
- percepções do paciente sobre confiabilidade, nível de consideração, empatia, congruência e incondicionalidade;
- utilização de palavras afetivas pelo paciente.

Hill e Knox (2009), em uma revisão de literatura, encontraram que, em quase todos os casos analisados, uma maior transparência de sentimentos durante o tratamento levou a uma maior expressão emocional, melhor funcionamento interpessoal, e melhor aliança terapêutica.

Em uma revisão sobre autorrevelação, Hill e Knox (2001) identificaram 18 estudos que abordavam o uso de SD em terapia individual, sendo que 14 deles reportaram percepções

positivas sobre SD do terapeuta, 3 citaram percepções negativas e 1 reportou resultados mistos. Com essas informações, somando-se aos dados mencionados na revisão de Watkins (1990), citados anteriormente, pode-se concluir que não-clientes tipicamente percebem AR de forma positiva.

Nessa mesma revisão, Hill e Knox (2002) realizaram um levantamento de dados a partir de diferentes pesquisas que investigaram a autorrevelação do ponto de vista do terapeuta. Os seguintes resultados e conclusões foram obtidos:

- Qual a frequência do uso das ART? Concluiu-se que de 1% a 13% das intervenções terapêuticas individuais são autorrevelações, considerada pelas autoras como uma frequência baixa.
- Qual foi o foco das ART? Terapeutas afirmaram revelar com frequência sobre sua formação profissional e raramente sobre práticas sexuais e crenças. Portanto, autorrevelações não costumam ser sobre tópicos íntimos e pessoais.
- Que tipo de terapeutas praticam AR? Terapeutas humanistas afirmaram autorrevelar mais do que psicanalistas. Não foram encontradas diferenças nas ART de terapeutas homens e mulheres, nem de terapeutas de diferentes origens étnicas. Portanto, a orientação teórica parece ser um melhor preditor da prática de ART.
- Por que terapeutas autorrevelam? Terapeutas indicaram autorrevelar para aumentar o grau de semelhança entre eles e o cliente; modelar comportamentos apropriados do paciente; fortalecer a relação terapêutica; validar ou normalizar experiências do paciente; oferecer formas alternativas de pensar ou agir; e para atender a pedidos ou perguntas que solicitavam autorrevelação. Já pacientes, questionados sobre por quais motivos acreditavam que o terapeuta se autorrevelava, citaram: para tranquilizá-los ou confortá-los, para normalizar suas experiências e ajudá-los a realizar mudanças construtivas. Portanto, pode-se concluir que os objetivos dos terapeutas ao se autorrevelarem são, mais comumente, imediatos do que de longo prazo.
- Quando terapeutas não se autorrevelam? Afirmaram evitar ART quando não há certeza se o uso aconteceria para satisfazer suas próprias necessidades; quando a revelação poderia desviar o foco do cliente para o terapeuta ou poderia interromper o curso de pensamento do paciente; quando poderia sobrecarregar ou confundir o paciente; quando poderia ser intrusivo para o paciente ou deixar menos claras as fronteiras entre terapeuta e cliente; e quando poderia supervalorizar ou contaminar o processo de transferência. Portanto, os terapeutas parecem, em geral, agir com cautela diante da utilização da ART.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do que foi verificado nas pesquisas citadas anteriormente, algumas possíveis explicações e interpretações dos resultados foram sugeridas por seus autores. Entre elas:

- A habilidade de reagir diretamente ao cliente, assim como o risco pessoal envolvido em expressar os sentimentos ou reações imediatas podem ser vistas como uma qualidade de expertise (McCarthy & Betz, 1978), bem como aumentar a confiabilidade no terapeuta, por exigir que este confie ao paciente os seus sentimentos (McCarthy, 1979).
- As respostas dos cliente a SI tendem a utilizar mais e tempo verbal presente e a serem verbalizadas com mais frequência em primeira pessoa, ou seja, contendo mais autorreferências, em oposição a perguntas ou referências ao terapeuta. Sendo assim, pode-se deduzir que, quando o terapeuta revela seus sentimentos em relação ao cliente, a tendência é que o paciente mantenha-se como foco da conversa e da relação terapêutica, aumentando seu processo de autoexploração (McCarthy & Betz, 1978).
- Respostas de clientes a afirmações de SD eliciam mais questões dirigidas ao terapeuta, possivelmente por deslocarem o foco da sessão para este e seus problemas e experiências passados, desviando, dessa forma, o cliente dos processos de autorrevelação e autoexploração. Portanto, terapeutas, ao utilizarem SD, devem ter consciência disso, podendo até utilizar essa intervenção com esse objetivo específico (McCarthy & Betz, 1978; McCarthy, 1979).
- Terapeutas utilizando SI obtiveram índices maiores de atratividade, possivelmente porque a disponibilidade do terapeuta em compartilhar sentimentos pessoais pode ser vista cliente pelo como evidência de sua genuinidade (McCarthy, 1979). Além disso, admitir seus pontos fracos pode levar o terapeuta a ser percebido com maior credibilidade do que se mencionasse seus pontos fortes.

CRÍTICAS AOS ESTUDOS ANÁLOGOS

A maioria das pesquisas mencionadas na seção anterior tiveram natureza análoga, isto é, não reproduziram cenários reais de psicoterapia, nem pacientes ou terapeutas reais. Além disso, apresentaram inúmeras limitações metodológicas, como uma amostra de apenas estudantes universitários de psicologia, em sua grande maioria mulheres, e a simulação de

apenas partes curtas de sessões de terapia, nas quais as ART era incluída de maneira artificial no texto (Watkins, 1990). Apenas uma pesquisa em que os sujeitos atores das simulações falaram de fato de problemas reais que enfrentavam foi encontrada no presente estudo (Dowd & Boroto, 1982).

A natureza análoga dos estudos não é realística, limitando a aplicabilidade dos resultados a clientes e terapeutas reais, nos quais o contexto e a relação terapêutica entre ambos são cruciais (Hill & Knox, 2002). Além disso, as ART utilizadas nesses estudos não estavam contextualizadas, ou seja, não provinham de uma interação real entre terapeuta e cliente, e a quantidade de vezes em que ocorreram também pode não corresponder à proporção em um contexto real de psicoterapia.

Os resultados dessas pesquisas foram pouco conclusivos, pois apresentaram resultados variados e contraditórios entre si. Ademais, grande parte dos estudos mencionaram apenas as definições dos conceitos, não fornecendo exemplos, os quais poderiam ter auxiliado na replicação das pesquisas e evitado algumas das discrepâncias nos resultados.

Apesar das limitações, as pesquisas sobre ART abriram as portas para que o assunto se difundisse na comunidade científica. A partir disso, mais pesquisadores tem se interessando pelo tema. O fortalecimento e expansão da área possibilitarão maior exploração de cada conceito, bem como o desenvolvimento de novos conceitos e mecanismos de ação desse fenômeno.

IMMEDIACY

A definição de SD como “afirmações que revelam algo pessoal sobre o terapeuta” tem sido amplamente utilizada na literatura, configurando-se como um consenso. Entretanto, Hill e Knox (2002), citando a diferenciação sugerida por McCarthy e Betz (1978) entre SD e SI, ressaltam a importância de distinguir entre SD, que corresponderiam a informações pessoais sobre experiências passadas e o que eles denominam **Immediacy**. Este termo refere-se a uma afirmação semelhante a SI, a qual optou-se por traduzir como Imediaticidade, e abreviar como Im. A imediaticidade diz respeito à revelação de sentimentos imediatos sobre o paciente ou sobre a relação terapêutica. Hill, Knox e Pinto-Coelho (2018) também propõem que sejam excluídas dessa definição revelações não-verbais (como a decoração do consultório, vestimenta do terapeuta, entre outros). Ao optarem pelo termo **Immediacy**, Hill e Knox (2002) contrapõem os seguintes conceitos propostos por Hill e O’Brien (1999):

- SD: afirmações que revelam algo pessoal sobre as experiências ou sentimentos não-imediatos do terapeuta. Por exemplo, “Quando não estou atendendo, eu gosto de pescar”.
- Im: revelação de sentimentos imediatos sobre si em relação ao cliente, sobre o cliente, ou sobre a relação terapêutica. Por exemplo, “Me sinto ansiosa agora com você.”

Hill et al. (2008) definem como Im as revelações que envolvem tanto o terapeuta quanto o cliente, no momento imediato, e que sejam pelo menos moderadamente envolventes, excluindo dessa definição o feedback relacionado apenas ao cliente (semelhante a Kasper *et al.* (2008), que excluíram cordialidades sociais como “prazer em conhecê-lo”).

Mayotte-Blum e Slavin-Mulford (2012) citam alguns exemplos de comportamentos de terapeutas que poderiam ser classificados como Im:

- Traçar paralelos entre relacionamentos externos e a relação terapêutica;
- Expressão de reações emocionais do paciente ou do terapeuta durante a sessão;
- Comentários do terapeuta sobre sua experiência em relação ao cliente;
- Apoiar, afirmar e validar os sentimentos do paciente na aliança terapêutica;
- Expressar gratidão.

Subtipos de Immediacy

Hill e O’Brien (1999) propõem a divisão de Im em 4 subtipos, especificando os comportamentos do terapeuta que se enquadrariam em cada um e fornecendo exemplos:

1. perguntas abertas e indagações sobre a relação: o terapeuta convida o cliente a compartilhar seus sentimentos sobre a relação terapêutica. Exemplos:

- Me pergunto quais reações você teve à sessão de hoje?
- Como você sentiu agora quando eu o elogiei?
- O que você espera de mim agora?

2. expressão de suas reações ao cliente, geralmente seguindo com uma pergunta sobre como este se sente. Exemplos:

- Me senti um pouco desconectada de você hoje. Me pergunto como está se sentindo.
- Me senti mais próxima de você hoje quando compartilhou seus sentimentos de forma tão profunda. Me senti tocada pelo que você disse. Como foi para você?
- Me sinto desconfortável quando você me segue fora das sessões. Poderíamos falar

sobre isso?

3. Tornar explícito o implícito: quando o terapeuta coloca em palavras algo que não foi dito na interação terapeuta-paciente ou que foi dito de forma indireta. Exemplos:

- Você está atrasada novamente. Me pergunto se está acontecendo algo em relação aos seus sentimentos sobre estar aqui?
- Você está olhando com frequência para o relógio. Me pergunto se está ansioso para ir embora?
- Você pareceu sentir raiva quando eu disse isso. Me pergunto o que está acontecendo aí dentro.

4. Fazer paralelos com relações exteriores: o terapeuta pode perguntar ao cliente se a forma como se sente com outras pessoas fora da terapia assemelha-se com sentimentos que ele tem em relação ao terapeuta. Exemplos:

- Você disse que ninguém te entende. Me pergunto se está querendo dizer que eu não entendo você.
- Você tem comentado sobre se afastar dos seus amigos ultimamente. Isso pode estar acontecendo aqui comigo também?
- Você disse que fica irritado quando alguém te critica, e agora mesmo você recuou quando mencionei sua procrastinação. Me pergunto se você se preocupa que vou criticar você.

Metacomunicação terapêutica

Em seu livro de 1999, Hill e O'Brien afirmam que Im corresponde a quando o terapeuta pergunta ao paciente sobre seus sentimentos a respeito da relação terapêutica, ou quando revela como está se sentindo em relação ao cliente, sobre si em relação ao cliente, ou sobre a relação entre eles.

Conforme a autora, Kiesler (1988, 1996) utilizou o termo “metacomunicação terapêutica (MT)” para se referir a esse mesmo fenômeno, afirmando que este ocorre quando terapeutas revelam aos clientes suas reações ou percepções em relação às próprias ações. O autor reitera que metacomunicação refere-se, especificamente, à experiência imediata do terapeuta com o cliente, distinguindo-a, por exemplo, de revelações de fatos ou de experiências pessoais.

Ainda conforme Hill e Knox (2002), Kiesler afirma que a metacomunicação é uma

das intervenções terapêuticas mais poderosas, pois o terapeuta responde ao paciente de maneira diferente do que aquela à que ele está acostumado em outras situações sociais. Por exemplo, se o paciente age de maneira inapropriada, o terapeuta informa isso a ele de forma direta, porém gentil, expressando sobre o impacto que esse comportamento teve sobre si - o que provavelmente não aconteceria em situações sociais usuais.

Diversos benefícios foram propostos para o uso da MT, como a expressão e a aceitação das emoções, melhora da relação terapêutica, discussão e solução de problemas interpessoais e a generalização desses para relacionamentos fora da terapia. (Hill & Knox, 2009).

ESTUDOS DE CASO

Para contrapor os estudos análogos, quatro estudos de caso foram selecionados para serem analisados no presente trabalho. Todos os quatro utilizaram o método misto quantitativo e qualitativo:

1. Kasper, Hill & Kivlighan (2008)

Em Kasper et al. (2008), Im foi definido como “revelações, durante a sessão de terapia, de como o terapeuta está se sentindo em relação ao cliente, a si mesmo em relação ao cliente ou sobre a relação terapêutica (Hill, 2004), envolvendo discutir e processar o que ocorre no aqui-e-agora da relação terapêutica.” (p.281). Os autores citam “metacomunicação” e “falar durante o aqui e agora sobre o aqui-e-agora” como termos que outros teóricos interpessoais utilizaram para referir-se a essa mesma intervenção.

Este primeiro estudo de caso acompanhou sistematicamente um caso de psicoterapia breve de 12 sessões, desde a primeira sessão até 4 meses após o encerramento. O método utilizado para classificar quais afirmações se enquadravam no conceito de Im foi o consenso entre juízes. Os resultados do estudo foram variados, pois a cliente progrediu em algumas medidas de autocompreensão. No entanto, em medidas pós-tratamento, os níveis de sintomatologia foram mais altos e os de funcionamento interpessoal mais baixos do que antes do tratamento. Os autores concluíram que as intervenções de Im foram majoritariamente positivas para a cliente. Entretanto, apresentaram alguns efeitos negativos: a cliente algumas vezes ficou confusa e sentiu-se pressionada a responder (por exemplo, quando o terapeuta disse que se preocupava com ela, a paciente sentiu-se desconfortável e confusa pelas

possíveis implicações dessa preocupação para além da relação terapêutica, embora não fosse a intenção).

2. Hill, Sim, Spangler, Stahl & Sullivan (2008)

Este segundo estudo utilizou os mesmos conceitos e definições do anterior. Apresenta um caso de psicoterapia breve de 17 sessões e um acompanhamento após o tratamento. O caso foi considerado pelos autores como de sucesso, e por esse motivo, foi escolhido para o estudo de caso. Os resultados do tratamento foram menos ambíguos do que no estudo anterior, visto que a paciente alcançou mudanças confiáveis na sintomatologia e melhorou seu funcionamento interpessoal em medidas pós-tratamento. Embora as utilizações de Im tenham sido menos frequentes, os autores concluíram que seus efeitos também foram majoritariamente positivos.

3. Mayotte-Blum, Slavin-Mulford, Lehmann, Pesale, Becker-Matero & Hilsenroth (2012)

Neste estudo, a definição utilizada de Im é ligeiramente diferente em comparação aos anteriores. Citando o conceito de Hill (2004), os pesquisadores mencionam um avanço mais recente na literatura sobre Im, em que Kuutmann e Hilsenroth (2011) ampliaram o conceito para capturar a natureza mais interativa e diática da relação terapêutica. A partir disso, incluiu-se na definição quaisquer revelações de sentimentos iniciadas *pelo cliente* sobre o terapeuta ou sobre sua relação. Para tal, os autores sugerem o termo **therapeutic immediacy** (que poderia ser traduzido como imediaticidade terapêutica), referindo-se a qualquer discussão na sessão de terapia sobre a relação entre terapeuta e cliente que ocorre no aqui-e-agora.

Em contraste com as pesquisas anteriores, Mayotte-Blum *et al.* (2012) investigaram a utilização de **Immediacy** em uma psicoterapia de longo prazo (4 anos). Além disso, a investigação somente se iniciou após a conclusão do tratamento, ou seja, nem terapeuta nem cliente sabiam dos objetivos do estudo, eliminando, portanto, alguns possíveis vieses. As análises foram feitas a partir de gravações em vídeo das sessões. Os resultados sugeriram que **Immediacy** melhorou a habilidade do cliente em experienciar sentimentos dolorosos, permitiu ao terapeuta demonstrar atenção e preocupação pelo cliente, e permitiu o cliente a comunicar sentimentos positivos como gratidão ao terapeuta.

4. Hill et al. (2013)

Um último estudo analisou 16 casos de psicoterapia psicodinâmica. Uma

característica positiva da pesquisa é que, diferentemente dos casos anteriores, terapeutas e clientes não foram escolhidos especificamente por terem sido exemplares no uso de Im na psicoterapia.

Foram comparadas as consequências encontradas neste estudo com aquelas encontradas nos três estudos anteriores (Hill *et al.*, 2008; Kasper *et al.*, 2008; Mayotte-Blum *et al.*, 2012). Em pelo menos três deles, Im auxiliou terapeutas e clientes a negociar a relação terapêutica, ajudou o cliente a expressar sentimentos em relação ao terapeuta e à terapia, e fez com que o paciente se sentisse validado e cuidado. Portanto, foram encontrados resultados consistentes quanto à efetividade da Im e os benefícios do seu uso.

Em suma, em todos os estudos de caso, Im foi consistentemente considerada uma intervenção que facilita a consciência emocional ou insight do paciente, auxiliando a resolver problemas conforme estes emergem na relação terapêutica. Além disso, funciona de maneira a prover um modelo de como os pacientes poderiam resolver problemas semelhantes em relacionamentos fora da terapia. Apesar de terem sido identificadas consequências negativas ocasionais, nenhuma destas foi consistente em todos os estudos.

Críticas aos estudos de caso

Após a breve apresentação destas pesquisas, que utilizam como método o estudo de caso, algumas considerações se fazem necessárias. Os resultados encontrados por estes estudos refletem o impacto da utilização das ART nestas situações específicas, que aconteceram em um momento particular, envolveram uma relação entre terapeuta-cliente singular e figuras (tanto o paciente quanto o terapeuta) específicas. Desta forma, é imprescindível que se compreenda que a generalização destes achados para outros contextos, outros processos terapêuticos, que abarcam outras pessoas, não deve ser realizada sem cautela. Estes resultados precisam ser compreendidos como exemplos que ilustram a potencialidade e os benefícios possibilitados pela utilização desta técnica. Interpretar os achados aqui apresentados como um retrato generalizável a respeito do emprego das ART seria um equívoco.

REVELAR OU NÃO REVELAR

Pesquisas indicam que 90% dos terapeutas utilizam a autorrevelação, não sendo claro quanto é SD e quanto é SI (Henretty & Levitt, 2010). Especialistas no assunto especulam que

terapeutas no início de sua carreira podem autorrevelar demais (Hill e Knox, 2002), e ART muito frequentes podem ter efeitos prejudiciais para a terapia. Porém, em muitos treinamentos e cursos de formação de psicoterapeutas, a ART é tratada como um tabu ou considerada um erro do profissional. Portanto, é fácil supor que muitos terapeutas receberam pouco ou nenhum treino nesse quesito. Programas de treinamento que ignoram a prática da autorrevelação podem estar inadvertidamente fazendo um desserviço a pacientes em geral. É importante que se reconheça que terapeutas fazem, sim, autorrevelações, e que essa técnica pode ter tanto benefícios como riscos, portanto, estudantes devem ser ensinados sobre a adequação ou não dessa intervenção em cada contexto.

Por outro lado, aprender a realizar ART de forma apropriada e efetiva exige habilidades interpessoais que não podem ser ensinadas/aprendidas com um manual de instruções – como tato, timing, paciência, sensibilidade, entre outros (Gelso & Palma, 2011). O que pode ser ensinado são preceitos, regras, critérios e processos cognitivos que guiam o processo de decisão do terapeuta. Podem ser importantes, por exemplo, treinamentos com role-play e a prática dessas habilidade com um supervisor.

A não-autorrevelação, assim como autorrevelar, tem riscos e benefícios que precisam ser ponderados. Terapeutas não deveriam escolher não-revelar sem ter considerado a questão cuidadosamente. Evitar qualquer ART na esperança de reduzir possíveis riscos pode ter um efeito contrário, negativo para o processo terapêutico.

Hanson (2005) adverte que o efeito mais prejudicial de não-autorrevelar recai sobre a aliança terapêutica, e pesquisas corroboram que a relação de cooperação entre terapeuta e cliente é crucial para bons resultados na terapia. Os impactos da não-revelação são exemplificados por Hanson (2005), quando o autor refere que:

“Na pesquisa qualitativa sobre o assunto, clientes indicaram que a não-revelação de seus terapeutas inibiu sua própria autorrevelação e foi dolorido e nocivo à sua confiança, o que os levou a controlarem sua relação com o terapeuta. Um cliente mencionou que a não-disposição de sua terapeuta em responder perguntas desencadeou sentimentos de desamor, evocando sentimentos traumáticos similares àqueles que ela havia experienciado na sua infância. No entanto, ela nunca mencionou esses sentimentos na terapia, pois sentiu que, devido a sua terapeuta ser reservada e distante, não havia abertura para fazê-lo.” (Hanson, 2005, extraído de Henretty & Levitt, 2010, p.71).

Por outro lado, o emprego da ART também não pode ser considerada uma solução fácil para os problemas e desafios clínicos. Embora quando questionados, clientes frequentemente indiquem gostar da ART e considerá-la benéfica, é importante que o terapeuta sintá-se confortável com a decisão de autorrevelar.

RELAÇÕES COM A PRÁTICA CLÍNICA

Sugere-se que terapeutas podem empregar, de forma intencional, SI para manter ou deslocar o foco do cliente para si mesmo, e SD para reduzir temporariamente este foco (Reynolds & Fischer, 1983). Já SI negativos podem facilitar a expressão de respostas no presente (Remer, Roffey & Buckholtz, 1983)

Os dois tipos de autorrevelação (positiva e negativa) podem ser benéficos. É possível manipulá-los, de acordo com a direção que o terapeuta pretende seguir durante a sessão. Em situações nas quais o cliente não tem consciência da gravidade de seus problemas, por exemplo, PSD pode ter um impacto poderoso. Por outro lado, em situações em que o cliente supervaloriza a severidade de seus problemas, NSD pode mudar suas percepções e estimular uma mudança de comportamento (Hoffman & Spencer, 1977).

Tendo em vista os benefícios do uso correto e técnico das ART, e o fato de que possivelmente todo o terapeuta, ao longo de sua carreira, precisará tomar decisões sobre a autorrevelação, o fornecimento de orientações ou diretrizes sobre sua aplicação se fazem necessários. Diante disto, são listadas algumas sugestões para o uso das ART no contexto clínico. Estas informações foram extraídas de Henretty e Levitt (2010) e sintetizadas por Gelso e Palma (2011). Orientações mais gerais fornecidas por Farber (2006) e Hill e Knox (2002) também foram utilizadas a seguir:

➤ Para quem revelar

O consenso na literatura é de que alguns pacientes são melhores candidatos para SD do que outros. Terapeutas devem considerar SD para pacientes:

- ➔ com quem possuem uma aliança ou relação terapêutica forte;
- ➔ que fazem parte de uma mesma comunidade/minoria que o terapeuta, como comunidade LGBT ou cidades pequenas.

SD é melhor evitado com:

- pacientes que apresentam dificuldade de compreender os limites e fronteiras da relação entre terapeuta-paciente;
- pacientes que tendem a focar mais na necessidade das outras pessoas do que nas suas próprias;
- pacientes diagnosticados com transtornos de personalidade;
- paciente com ego e auto-identidade frágeis.

Além disso, há pacientes que simplesmente sentem-se desconfortáveis com a autorrevelação de seu terapeuta, por diferentes motivos. Por exemplo, podem supor que fazer perguntas ao terapeuta é uma prática proibida ou um tabu, caso em que devem ser esclarecidos pelo terapeuta. É papel do profissional observar as reações do cliente diante do uso de autorrevelação do terapeuta. É a partir das respostas do paciente diante desta situação que o profissional poderá balizar e adequar o uso (ou não) das intervenções que envolvem ART. Além disso, a realização de psicoeducação sobre a técnica é uma possibilidade para facilitar a compreensão do cliente. Informá-lo, antes de realizar a autorrevelação, que esta é uma intervenção terapêutica utilizada e recomendada por diversos psicoterapeutas, com evidências de validade, e cujo objetivo não é ultrapassar a barreira profissional. Se, mesmo com a psicoeducação, o paciente ainda demonstrar sentir-se desconfortável, o uso das ART deve ser evitado.

➤ **O que revelar**

Informações demográficas, sentimentos ou pensamentos a respeito do cliente ou da relação terapêutica, falhas técnicas anteriores do terapeuta e dificuldades passadas que são relevantes e que tenham sido resolvidas com sucesso, além de semelhanças observadas com o paciente podem ser reveladas.

Recomenda-se cautela, no entanto, na revelação de dificuldades passadas relacionadas a transtornos ou adições, mesmo quando resolvidos com sucesso. Também deve-se considerar ser explícito em relação a valores e convicções pessoais, especialmente quando estes estão em discordância com àqueles do paciente.

➤ **Quando revelar**

Há discordância entre os autores quanto ao estágio da terapia em que deve ocorrer a autorrevelação. No início da terapia, é mais recomendável revelar sobre o tratamento, tranquilizar as preocupações do paciente e construir uma aliança. Alguns terapeutas

frequentemente utilizam ART no início da psicoterapia, enquanto outros alertam para que ART seja limitado a níveis mais baixos de intimidade nesse estágio do tratamento.

➤ **Por que revelar**

Terapeutas devem ter uma base clara para a utilização de ART. Alguns exemplos são: obrigação ética, promover a autoexploração do paciente, melhorar a relação terapêutica e constituir um modelo para o paciente.

É essencial que os terapeutas não autorrevelam para manipular, atacar o paciente, gratificá-lo quando não é terapeuticamente adequado ou satisfazer as próprias necessidades. Entretanto, a melhor orientação sobre o porquê e quando utilizar a ART ainda é o próprio discernimento profissional do terapeuta para determinar quais técnicas são mais apropriadas para as demandas dos seus pacientes.

➤ **Como revelar**

Terapeutas deveriam idealmente autorrevelar com pouca frequência e com ponderação, avaliando o seu nível de conforto e os seus sentimentos sobre a revelação, e considerando os efeitos que ela poderia apresentar no paciente.

Nos casos em que os pacientes solicitam, por meio de questionamentos, revelações do terapeuta, se faz importante compreender o que o paciente está comunicando através desta solicitação. . Nesses casos, antes de revelar, o terapeuta deve explorar com o paciente quais os motivos e quais os possíveis significados de sua resposta. As palavras devem ser bem calculadas, atentando-se para que se revele apenas o que é estritamente necessário para o processo terapêutico. O terapeuta deve ser responsivo em todos os momentos e retornar o foco para o paciente logo após SD.

DISCUSSÃO

O problema da definição

Alguns pesquisadores definiram qualquer afirmação autorrevelativa de um terapeuta como SD. Outros classificaram diversos tipos de SD, como de baixa ou alta intimidade, de informações positivas ou negativas, de sentimentos intraterapia ou experiências extraterapia. A existência de múltiplas definições dificultam uma análise significativa de resultados entre diferentes estudos (Henretty & Levitt, 2010).

Muitas definições foram utilizadas na literatura científica para referir-se à autorrevelação do terapeuta. A maioria das pesquisas não foi clara quanto a que tipo de ART estava sendo estudado. Farber (2006) aponta esta ausência de clareza como uma grande falha. Isto porque esse fator pode influenciar a forma como a ART se associa com outras variáveis, ao processo e ao resultado do tratamento.

Preferencialmente, pesquisadores devem utilizar definições similares às já utilizadas, para permitir a comparação dos resultados. Além disso, estudiosos sugerem enfaticamente que haja uma diferenciação entre SD e Im, bem como uma distinção em subtipos de cada uma, pois as pesquisas indicam que diferentes tipos dessa intervenção tendem a produzir diferentes efeitos no processo terapêutico.

Essas distinções são importantes, pois acarretam implicações para pesquisadores, terapeutas, supervisores e educadores interessados em estudar e aplicar os efeitos da ART nos processos de psicoterapia, supervisão e formação profissional.

Críticas aos estudos análogos

Estudos análogos são problemáticos e tem aplicabilidade limitada a situações terapêuticas reais (Farber, 2006). Caracteristicamente, são estudos artificiais, de uma única sessão, com estudantes não-clientes que se voluntariam para a obtenção de créditos no seu curso. O procedimento de pesquisa envolve apenas a leitura de uma transcrição ou a observação de uma simulação de interação terapêutica para então avaliar o terapeuta, colocando-se no lugar do paciente. Essa modalidade não captura a experiência interna real do paciente ou a dinâmica da sessão de um cenário terapêutico genuíno. Além disso, não traz nenhuma informação sobre as consequências dessa intervenção nas percepções do cliente em uma terapia a longo prazo (Henretty & Levitt, 2010; Knox *et al.*, 1997) ().

Variáveis dos clientes

Apesar de poucos dados sobre este tópico, os autores sugerem que diferentes tipos de clientes aparentemente reagem de forma diferente a ART. Alguns se mostraram mais ávidos em seu desejo por ART, aprovando autorrevelações mais frequentes e com mais conteúdo. Já outros não demonstraram o mesmo interesse, afirmando estarem preocupados, algumas vezes, de que as revelações pudessem tornar nebulosas as fronteiras da relação terapêutica, ou mesmo declarando considerar as ART inapropriadas, por acreditarem serem pouco profissionais e por julgarem que estas tiram o foco do cliente (Knox *et al.*, 1997)

Cultura

Todos os estudos citados no presente trabalho foram publicados em inglês, e a maioria deles foi realizado nos Estados Unidos da América, o que pode enviesar significativamente a relevância dos achados para o contexto brasileiro. O resultado das intervenções pode variar consideravelmente de acordo com a cultura. Hill (2014) assinalou que Im pode soar rude e intrusivo para pacientes de culturas não-ocidentais, ao passo que SD pode ser particularmente importante para clientes de outras culturas, que sentem a necessidade de assegurar-se de que podem confiar no seu terapeuta.

Aplicação a outros contextos

O foco do trabalho é a autorrevelação por parte do terapeuta. Porém, é importante mencionar que o assunto transcende o contexto psicoterápico, sendo a autorrevelação de grande relevância também nas supervisões acadêmicas, bem como em qualquer tipo de relação interpessoal, íntima ou não (Gelso & Palma, 2011). A utilização dessa técnica em supervisões de casos ainda é pouco explorada na literatura nacional e internacional, e pesquisas sobre o tópico no Brasil seriam de grande valor para o campo acadêmico, bem como para aprimorar a formação de terapeutas.

Benefícios da ART

Não apenas como uma forma de aumentar a autorrevelação do cliente, a ART pode ser vista como uma intervenção clínica de grande eficácia, podendo afetar as mudanças percebidas e reais no comportamento do cliente (Hoffman & Spencer, 1977). Independentemente da orientação teórica, a maioria dos psicoterapeutas e pesquisadores assinalam a importância da construção de uma relação terapêutica de qualidade (Mayotte-Blum & Slavin-Mulford, 2011).

Sugestões para pesquisas futuras

Quanto mais conhecimento produzimos em determinada área, maior deve ser a especificidade e precisão dos construtos utilizados para que as investigações realizadas prosperem. São necessários estudos sobre a abordagem da ART tanto a partir do ponto de vista de quem a recebe, quanto o de quem a enuncia, assim como uma definição mais detalhada e específica de cada um dos subtipos de ART.

Algumas das pesquisas citadas neste trabalho sugerem que seja evitado realizar ART com pacientes com transtornos de personalidade. No entanto, essa recomendação pode ser

fruto da escassez de estudos relacionando a ART a quadros clínicos específicos, e deve ser melhor compreendida por meio da união de pesquisa e prática clínica.

Não foi encontrado nenhum trabalho que tenha investigado as estatísticas de utilização dessa intervenção no Brasil. Portanto, não há conhecimento do quanto terapeutas brasileiros se autorrevelam, dos seus motivos para fazê-lo (ou não fazê-lo) ou das suas opiniões sobre essa intervenção. Este seria um importante avanço a se realizar no campo da pesquisa de intervenções clínicas.

As pesquisas mencionadas no presente trabalho tiveram, em sua maioria, uma natureza atórica. Os autores concordaram que essa era a melhor maneira de abordar o assunto, pois compreendem que a ART é uma intervenção ligada à prática de cada terapeuta individualmente, e não a sua orientação teórica. Essa escolha produziu uma grande quantidade de resultados, com aplicações abrangentes a psicoterapias de quaisquer abordagens. Ainda assim, o estudo da ART a partir de perspectivas teóricas específicas também é um campo com muitas possibilidades de pesquisas e aperfeiçoamentos.

Por exemplo, apesar de várias posições teóricas defenderem a autorrevelação de terapeutas LGBT, apenas um estudo empírico investigou diretamente esse tópico (Atkinson Brady & Casas, 1981). Portanto, são necessárias mais pesquisas que apresentem ênfases em tópicos como a autorrevelação terapêutica de dificuldades semelhantes às do cliente, de experiências extrapsicoterápicas que podem afetar a terapia, bem como de valores pessoais ou orientações sexuais.

Terapias feministas e multiculturais têm preconizado a ART como uma forma de empoderar clientes pertencentes a grupos de minorias (Hill & Knox, 2002). No entanto, há uma escassez de pesquisas disponíveis sobre esse tópico, as quais precisariam ser mais fomentadas para permitir seu desenvolvimento no cenário brasileiro. Além disso, é importante que pesquisas futuras levem em conta fatores como intimidade, duração da terapia, momento, qualidade, prontidão do cliente e conteúdo das autorrevelações. (Henretty & Levitt, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o estudo das ART se faz necessário não só em prol da expansão dos conhecimentos a respeito deste fenômeno. O entendimento das características, potencialidades, benefícios e riscos envolvidos na aplicação destas técnicas é essencial para que os profissionais tenham a possibilidade de receber orientação e treinamento adequado no tocante ao seu uso. Compreender e ter consciência do que e por que se autorrevelar para o paciente é fundamental para que a aplicação destas técnicas promova a efetividade da psicoterapia. Ao encontro disso, Henretty & Levitt (2009) assinalam que

“[...] sabe-se que terapeutas autorrevelam-se. Apesar da autorrevelação do terapeuta ser uma técnica pouco usual, compreendendo uma média estimada de 3,5% das intervenções terapêuticas (...), mais de 90% dos terapeutas reportam já terem realizado autorrevelação em terapia (...). Entretanto, resultados empíricos e conceitualizações contraditórias, junto com orientações éticas ambíguas (...) e pouco ou nenhum treinamento sobre a natureza e o uso da autorrevelação do terapeuta (...), podem fazer com que terapeutas sintam-se vulneráveis e ansiosos sobre essa prática (...). Profissionais necessitam de uma compreensão mais coerente da autorrevelação terapêutica, para que possam pesar os prós e os contras de sua utilização, e para que, quando considerarem apropriado, utilizem esta técnica com confiança.” (p.64, traduzido pela autora).

Referências

- Andersen, B., & Anderson, W. (1985). Client perceptions of counselors using positive and negative self-involving statements. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 462-465.
- Atkinson, D. R., Brady, S., & Casas, J. M. (1981). Sexual preference similarity, attitude similarity, and perceived counselor credibility and attractiveness. *Journal of Counseling Psychology, 28*(6), 504-509.
- Cozby, P. C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin, 79*, 73-91.
- Danish, S. J., D'Augelli, A. R., & Brock, G. W. (1976). An evaluation of helping skills training: Effects on helpers' verbal responses. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 259-266.
- DeForest, C., & Stone, G. L. (1980). Effects of sex and intimacy level on self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology, 27* (1), 93-96.
- Dies, R. R. (1973). Group therapist self-disclosure: An evaluation by clients. *Journal of Counseling Psychology, 20*, 344-348.
- Dowd, E. T., & Boroto, D. R. (1982). Differential effects of counselor self-disclosure, self-involving statements and interpretation. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 8-13.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gelso, C. J., & Palma, B. (2011). Directions for research on self-disclosure and immediacy: Moderation, mediation, and the inverted U. *Psychotherapy, 48*, 342-348.
- Goodstein, L. D., & Russell, S. W. (1977). Self-disclosure: A comparative study of reports by self and others. *Journal of Counseling Psychology, 24*, 365-369.
- Hanson, J. (2005) Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice, 5*:2, 96-104.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review, 30*, 63-77.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating, exploration, insight, and action (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 413-417.
- Hill, C. E., & Kox, S. (2002). Therapist self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to*

- patients*. New York: Oxford University Press.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13-29.
- Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2018). Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 445-460.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action*. Washington, DC: APA Books.
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy, 45*, 3, 298–315.
- Hoffman-Graff, M. A. (1977). Interviewer use of positive and negative self-disclosure and interviewer-subject sex pairing. *Journal of Counseling Psychology, 24*, 184-190.
- Hoffman, M. A, & Spencer, C. P. (1977). Effect of interviewer self-disclosure and interviewer-subject sex pairing on perceived and actual subject behavior. *Journal of Counseling Psychology, 24*, 383-390.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Johnson, D. W., & Noonan, M. P. (1972). Effects of acceptance and reciprocation of self-disclosures on the development of trust. *Journal of Counseling Psychology, 19*(5), 411-416.
- Jourard, S. M. (1971). *The transparent self*. New York, NY: Van Nostrand.
- Jourard, S. M., & Jaffe, P. E. (1970). Influence of an interviewer's disclosure on the self-disclosing behavior of interviewees. *Journal of Counseling Psychology, 77*, 252-257.
- Jourard, S. M., & Lasakow, P. (1958). Some factors in self-disclosure. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 56*, 91–98.
- Kasper, L., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M., Jr. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 281-297.
- Knox, S., Hess, S., Petersen, D., & Hill, C. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*(3), 274–283.
- Kuutmann, K., & Hilsenroth, M. J. (2011). Exploring in-session focus on the patient-therapist relationship: Patient characteristics, process, and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(3), 187-202.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts: selected papers on group dynamics*. New York:

Harper.

- Li, X., Jauquet, C. A., & Kivlighan, D. M. J. (2016). When is therapist metacommunication followed by more client collaboration? The moderation effects of timing and contexts. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 693–703.
- Mayotte-Blum, J., Slavin-Mulford, J., Lehmann, M., Pesale, F., Becker-Matero, N., & Hilsenroth, M. (2012). Therapeutic immediacy across long-term psychodynamic psychotherapy: An evidence-based case study. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 27–40.
- McCarthy, P. R. (1979). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements across counselor-client gender pairings. *Journal of Counseling Psychology, 26*, 538–541.
- McCarthy, P. R. (1982). Differential effects of counselor self-referent responses and counselor status. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 125–131.
- McCarthy, P. R., & Betz, N. E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 251–256.
- Nilsson, D. E., Strassberg, D. S., & Bannon, J. (1979). Perceptions of counselor self-disclosure: An analogue study. *Journal of Counseling Psychology, 26*, 399-404.
- Remer, P., Roffey, B. H., & Buckholtz, A. (1983). Differential effects of positive versus negative self-involving counseling responses. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 121-125.
- Reynolds, C. L., & Fischer, C. H. (1983). Personal versus professional evaluations of self-disclosing and self-involving counselors. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 451-454.
- Shapiro, J. G., Krauss, H. H., & Truax, C. B. (1969). Therapeutic conditions and disclosure beyond the therapeutic encounter. *Journal of Counseling Psychology, 16*(4), 290-294.
- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática, 7*(1), p.127-136
- Watkins, C. E., Jr. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist, 18*, 477-500.
- .