

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ESTUDO DA CONTRATRANSFERÊNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO
ANALÍTICA**

ROBERTA ROSSI GRUDTNER

**ORIENTADOR
PROF. DR. CLÁUDIO LAKS EIZIRIK**

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 2009.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ESTUDO DA CONTRATRANSFERÊNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO
ANALÍTICA**

ROBERTA ROSSI GRUDTNER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**ORIENTADOR
PROF. DR. CLÁUDIO LAKS EIZIRIK**

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 2009.

Ao Marco, meu amor.

Ao Gustavo, fruto do nosso amor.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, orientador desta dissertação, pela formação profissional, pelo estímulo à pesquisa, pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À Dra. Simone Hauck, pela amizade, pela participação e pelas importantes contribuições que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Dr. Manuel José Pires dos Santos, pela disponibilidade, pelo importante auxílio, pela inestimável contribuição.

À Dra. Ana Flávia Barros da Silva Lima, pelo apoio e estímulo permanentes, pelo exemplo de ética e de dedicação à vida acadêmica.

Aos meus pais, Roberto e Aida, pela formação moral, pelo exemplo de integridade e bondade, pelo estímulo à busca do conhecimento e do bem-estar.

AGRADECIMENTOS

Às colegas psicólogas Luciana Terra, Letícia Krueel e Gabriela Sbardellotto, pela amizade e pelo auxílio na obtenção do banco de dados.

Aos colegas Dr. Giovanni Salum Jr., Dra. Aline Cervieri, Dra. Laura Moschetti, Dra. Anne Sordi, pela colaboração na coleta de dados.

Ao colega Dr. Joel Alex Longhi, pela disponibilidade e importante contribuição na formatação dos dados estatísticos.

A Sra. Vânia Naomi Hirakata, pela assessoria na análise estatística.

À Profa. Neusa da Silva Costa, pela revisão ortográfica desta dissertação.

Aos colegas médicos residentes e cursistas do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo convívio diário e colaboração aceitando participar do estudo.

Aos pacientes que participaram desta pesquisa e generosamente contribuíram dispostos a fornecer dados muito pessoais.

E a todos que de alguma forma colaboraram na realização deste trabalho.

“The carpenter has a hammer.

The surgeon has a scalpel.

The therapist has the self.”

(Hayes & Gelso, 2001)

RESUMO

Introdução: O conceito de contratransferência (CT) sofreu considerável evolução desde sua formulação inicial. Originalmente, a CT foi conceituada como um obstáculo ao tratamento devendo ser superado. Esta visão restrita se amplia, no decorrer dos últimos 100 anos, considerando as reações contratransferenciais uma criação conjunta entre analista e paciente, tornando-se, quando adequadamente utilizado, um valioso instrumento diagnóstico e terapêutico. Atualmente, a centralidade da CT na prática clínica é incontestável, correlacionando-se com a transferência, paralelamente, às vezes, induzindo-a e, para alguns, precedendo-a. De acordo com a literatura, reações contratransferenciais têm implicações no processo terapêutico e podem influenciar no desfecho do tratamento psicoterápico. Portanto, analisar empiricamente as associações entre sentimentos do terapeuta e fatores do paciente pode ampliar o conhecimento desta questão clínica e teórica extremamente relevante na psicanálise e na psicoterapia psicodinâmica contemporâneas.

Método: Este estudo avaliou a CT e sua associação com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica, delineamento transversal com amostra consecutiva, composta por 86 pares terapêuticos do Ambulatório de Psicoterapia de Orientação Analítica do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram coletadas informações sociodemográficas, avaliação multiaxial e estilo defensivo dos pacientes. A Escala de Avaliação da Contratransferência (EACT), questionário autoaplicável que lista 23 sentimentos distribuídos nas dimensões de aproximação, afastamento e indiferença, foi utilizada para aferir a CT no início, meio e final da sessão.

Resultados: Observou-se que gênero, renda, estado civil, Eixo IV e GAF da avaliação multiaxial correlacionaram-se com a CT. A associação entre padrões contratransferenciais e

estas características pode refletir a influência do paciente na experiência subjetiva do terapeuta. Não se evidenciou, nesta amostra, correlação de sentimentos contratransferenciais com idade, escolaridade e estilo defensivo do paciente. Além disso, a presença de diagnóstico nos eixos I, II e III da avaliação multiaxial não se associou com a CT. Estes resultados, de acordo com estudos empíricos, podem sugerir a contribuição questionável dos transtornos psiquiátricos clínicos e dos transtornos de personalidade com sentimentos contratransferenciais específicos. Os resultados deste estudo mostraram um predomínio de sentimentos de aproximação, com aumento da intensidade no decorrer da sessão. Pode se inferir que houve diminuição da ansiedade inicial dos terapeutas, possibilitando maior contato emocional e ampliação da sua capacidade empática. Ou seja, evidenciou-se empiricamente que em cada sessão o terapeuta vive um processo de aproximação gradativa com o paciente. **Conclusão:** Há sentimentos contratransferenciais comuns associados a determinadas características dos pacientes em psicoterapia de orientação analítica. A CT do terapeuta constitui parte inevitável de cada encontro analítico. Através dos afetos contratransferenciais, o terapeuta percebe o que seu paciente sente, inferindo sua realidade psíquica. Portanto, o terapeuta utiliza a si próprio como instrumento de compreensão. Assim, a busca pelo terapeuta das fontes de seus sentimentos contratransferenciais possibilita o manejo adequado e efetivo da CT, promovendo o processo terapêutico. Este estudo possui limitações que comprometem a generalização dos resultados, sendo imperioso destacar a necessidade de pesquisas futuras através de estudos empíricos controlados para ampliar o conhecimento nesta área de grande relevância na prática de psicanalistas e psicoterapeutas.

Descritores: contratransferência (Psicologia), psicoterapia, mecanismos de defesa, diagnóstico psiquiátrico, gênero.

ABSTRACT

Introduction: The concept of countertransference (CT) has undergone considerable change since its initial description. CT was originally defined as an obstacle to treatment that had to be overcome. This limited view has broadened in the last 100 years, countertransference reactions are created jointly by analyst and patient and may, when adequately used, be a valuable diagnostic and therapeutic tool. The central role played by CT in clinical practice is currently undeniable, and is now seen as corresponding to transference, following it side by side, sometimes inducing it and, at other times, preceding it. According to the literature, countertransference reactions have a role in therapy and may affect the outcome of psychotherapeutic treatments. Therefore, to empirically address what are the relationships between therapist feelings and patient parameters can contribute to amplify a set of crucial questions in contemporary clinical and theoretical psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy. **Method:** This cross-sectional study evaluated countertransference and its association with patient characteristics in psychoanalytic psychotherapy. It enrolled 86 consecutive therapeutic dyads seen at the Psychoanalytic Psychotherapy Outpatient Service in the Psychiatry Department of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil. Sociodemographic data, multi-axial assessment and patients' defensive styles were recorded. The Countertransference Evaluation Scale (CTES), a self-report feeling checklist that contains 23 words for feelings classified into three dimensions, closeness, distance and indifference, was used to measure CT at the beginning, middle and end of the session. **Results:** Sex, income, marital status, axis IV disorders and GAF scores were correlated with CT. The association between countertransference reactions and

patient characteristics may reflect the influence of the patient on the therapist's subjective experience. In this study, no association between feelings induced in the therapist and patient defense style, educational level and age was found. Moreover, axis I, II and III diagnoses were not associated with CT. These results, in agreement with other empirical studies, may suggest that the contribution of psychiatric diagnoses and personality disorders to specific countertransference reactions is still unclear. The results of this study showed that feelings of closeness were predominant, and that they increased during the session. This finding may suggest a decrease in the initial therapist anxiety, a change that may promote greater emotional contact and an increase in the capacity to empathize. Namely, it is demonstrated empirically that in each session the therapist lives a process of gradual approach with the patient. **Conclusion:** There are common countertransference feelings associated with some patient characteristics in psychoanalytic psychotherapy. CT is an inevitable part of each analytical encounter. CT feelings make the therapists understand what their patients feel and to infer their inner reality. Therapists, therefore, may use their own feelings as a tool to understand the patient. The search for the sources of therapist's countertransference feelings makes possible the appropriate and effective use of the CT, promoting the therapeutic process. This study has limitations that compromise the generalization of the results, being imperious to detach the necessity of future research through empirical controlled studies to widen the knowledge in this area of paramount relevance in the practice of psychoanalysts and the psychotherapists.

Keywords: countertransference (Psychology), psychotherapy, defense mechanisms, psychiatry diagnosis, gender.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
CT	Contratransferência
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DSQ	Defense Style Questionnaire
EACT	Escala de Avaliação da Contratransferência
GAF	Avaliação Global do Funcionamento
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
RS	Rio Grande do Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos pacientes.....	56
Tabela 2	Sentimentos contratransferenciais.....	57
Tabela 3A	Contratransferência e características dos pacientes	58
Tabela 3B	Contratransferência e características dos pacientes	59
Tabela 4	Regressão Linear Múltipla: Contratransferência e variáveis $p < 0,20$	60
Table 1	Patient characteristics	77
Table 2	Countertransference feelings	78
Table 3A	Countertransference and patient characteristics	79
Table 3B	Countertransference and patient characteristics	80
Table 4	Multiple Linear Regression: Countertransference and Factors $p < 0,20$...	81

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Revisão da Literatura.....	15
1.1.1 Contratransferência: evolução do conceito.....	15
1.1.2 Contratransferência: visão contemporânea.....	20
1.3 Contratransferência: influência de características do paciente.....	27
2 REFERÊNCIAS	31
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos Específicos.....	40
4 ASPECTOS ÉTICOS	41
5 ARTIGO	42
5.1 Versão em Português.....	42
5.2 Versão em Inglês.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
ANEXOS	86
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Terapeuta	87
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente	88
ANEXO 3 - Escala para Avaliação da Contratransferência	89
ANEXO 4 - Defense Style Questionnaire (DSQ-40)	90
ANEXO 5 - Protocolo de Pesquisa	94

1 INTRODUÇÃO

O relacionamento analítico tem papel central no processo terapêutico, constituindo um importante fator preditor de desfecho no tratamento (WALLERSTEIN, 1998). O encontro analítico se estabelece através da comunicação, tanto de forma consciente como por meio da experiência emocional, um nível mais primitivo de interação (ZASLAVSKI; SANTOS, 2006). O material do paciente não é externo ao analista, mobiliza uma experiência emocional própria do terapeuta, permitindo a compreensão do que está sendo recriado na díade paciente-terapeuta. (GREEN, 1975; EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 2005). Deste modo, a imagem do analista como uma tela em branco, buscando completa abstinência e neutralidade, tornou-se um mito, pois a subjetividade do analista influencia decisivamente no processo terapêutico. Conforme Cruz Roche (1991): “O observador (analista) é agora um participante” (p. 20).

Portanto, o estudo da contratransferência (CT) é fundamental na prática de psicanalistas e psicoterapeutas. Através dos afetos contratransferenciais, o terapeuta utiliza a si próprio como instrumento para inferir a realidade psíquica do paciente. Investigar quais são as características do paciente que provocam reações contratransferenciais comuns pode contribuir para a ampliação do entendimento e do uso desta importante ferramenta no processo terapêutico. O objetivo deste trabalho foi avaliar a CT e sua associação com fatores específicos do paciente em psicoterapia de orientação analítica.

1.1 Revisão da Literatura:

A revisão bibliográfica sobre este tema foi realizada nas seguintes bases de dados bibliográficos: MEDLINE, LILACS, JOURLIT. O período pesquisado foi entre 1920 e 2009. As palavras chaves utilizadas foram: *countertransference (psychology)*, *psychoanalytic therapy*, *psychodynamic psychotherapy*, *defense mechanisms*, *psychiatric diagnosis*, *gender*.

Além das bases de dados foram consultados livros, revistas não indexadas, trabalhos apresentados em eventos científicos disponíveis em nosso meio e indicações de colegas, que abordavam o tema.

1.1.1 Contratransferência: evolução do conceito

O conceito de CT sofreu considerável evolução desde sua formulação inicial (ZIMERMAN, 2004). Originalmente, a CT foi definida como uma barreira ao tratamento devendo ser superada (FREUD, 1970). Esta visão restrita se amplia, no decorrer dos últimos 100 anos, considerando as reações contratransferenciais uma criação conjunta entre analista e paciente, tornando-se, quando adequadamente utilizado, um valioso instrumento diagnóstico e terapêutico (HEIMANN, 1950; KERNBERG, 1965; RACKER, 1982; SANDLER, 1970; WINNICOTT, 1949; GABBARD, 2006).

Freud introduziu o termo CT em “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica, 1910”. Neste artigo, define-a em função do analisando, apresenta característica resistencial, devendo ser superada. Assim, a CT resulta da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do médico. O terapeuta vivencia o

paciente como alguém do seu passado, conceituando a CT como reações inconscientes e defensivas do analista à transferência do paciente, ou seja, a transferência do analista. Portanto, para Freud, a CT impedia o funcionamento eficiente da mente do analista no processo terapêutico, apresentando, na visão clássica, um significado negativo (SANDLER; DARE; HOLDER, 1977; EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 2005).

Freud enfatiza que: “[...] *cada psicanalista só chega até onde permitem seus próprios complexos e resistências interiores*” (1970, p.129). Além disso, acentua para o perigo de o analista cair na *“tentação de projetar para o exterior algumas peculiaridades de sua própria personalidade”* (1976, p.150). Deste modo, a perspectiva freudiana ressalta a purificação psicanalítica, onde a CT origina-se de conflitos neuróticos do terapeuta reativados pelo contato com o paciente, impedindo o estabelecimento do método analítico e da associação livre. Por conseguinte, considerava que as reações contratransferenciais não eram observações objetivas do analisando, sendo um obstáculo ao tratamento. Por isso, Freud recomendou a autoanálise e o tratamento psicanalítico, ao analista, propondo a superação de deficiências psicológicas produzidas pelos conflitos inconscientes, visando dominar a CT e promover a verdadeira psicanálise (THOMA; KACHELE, 1992; ZASLAVSKI; SANTOS, 2006).

Este conceito, classificado por Kernberg (1965) como clássico, foi gradativamente sendo ampliado, mesmo que de forma controversa, por autores como Ferenczi, Balint, Sullivan, Deutsch e, até mesmo, Freud (MANFREDI, 1998). Entretanto, durante quatro décadas, a CT manteve uma imagem negativa. Assim, a primeira afirmação explícita do valor positivo da CT foi feita por Heimann (1950),

considerando toda resposta emocional do analista em relação ao paciente um importante instrumento terapêutico. Afirma:

“[...] que o inconsciente do analista entende o inconsciente do paciente - esse relacionamento no nível profundo chega à superfície sob forma de sentimentos que o analista percebe em resposta a seu paciente, em sua “contratransferência”. Esta é a via de acesso mais dinâmica pela qual a voz do paciente atinge o analista. Na comparação entre os próprios sentimentos provocados nele mesmo, e as associações e o comportamento do paciente, o analista dispõe do melhor meio de verificar se compreendeu, ou não, seu paciente” (HEIMANN, 1950, p.82).

Portanto, Heimann definiu a CT como uma criação do paciente, sendo tarefa do analista *“Suportar os sentimentos que são despertados em si próprio, em oposição à descarga dos mesmos, a fim de subordiná-los à tarefa analítica na qual ele, o analista, funciona como reflexo em espelho para o paciente”* (HEIMANN, 1950, p.84).

Concomitantemente, Racker (1982) elabora de forma mais sistematizada uma teoria da CT, considerando-a como importante ferramenta para compreensão das relações de objeto do paciente e para formulação da interpretação. Descreve suas características, salientando a presença de manifestações conscientes e inconscientes. Este autor conceituou CT indireta como a transferência do analista em relação à “totalidade” de objetos, que indiretamente são transferidos ao paciente. E, ainda, a CT direta se refere às respostas do analista em relação ao paciente. A última se divide em identificação concordante e complementar. A identificação concordante baseia-se na introjeção e projeção, enquanto a identificação complementar gera no analista identificação com os objetos transferenciais do paciente (RACKER, 1982, 1957).

Assim, Kernberg (1965), ao lado de Heimann (1950), Racker (1982) e Money-Kyrle (1956), definiram o conceito totalístico, opondo-se ao freudiano, considerando a CT como a totalidade dos sentimentos e das fantasias do analista em relação ao seu paciente, “*o enfoque total*” (MANFREDI, 1998, p. 111). Salientando, ainda, que as reações emocionais do terapeuta ao paciente fazem parte inevitável do processo terapêutico e podem servir ao clínico como fonte de informação sobre o inconsciente do analisando.

Por ser considerada vaga ou demasiadamente ampla, a visão totalística foi criticada por diversos autores (KERNBERG, 1989; MANFREDI, 1998; SANDLER, 1970, 1976; THOMA; KACHELE, 1992), resultando no conceito específico que diferencia as respostas do analista ligadas a seus próprios conflitos daquelas despertadas pelo paciente. Desta forma, Sandler (1977, p. 62) caracterizou a CT “[...] *como um conjunto de respostas emocionais específicas despertadas no médico pelas qualidades específicas de seu paciente*”. Portanto, aspectos gerais da personalidade e da estrutura psicológica interna do analista são excluídos, buscando evitar obliterar o processo terapêutico. Logo, o analista, ao realizar o exame criterioso das suas respostas emocionais, pode obter *insight* dos processos que ocorrem no paciente.

Tansey e Burke (1989) sugeriram que o terapeuta deveria discriminar qual a fonte de seus sentimentos: sua transferência em relação ao paciente e sua CT. A primeira incluiria manifestações emocionais decorrentes da história pessoal do terapeuta, não provocadas pelo paciente. Em contrapartida, a CT se manifestaria identificando parte do self do paciente ou de suas fantasias como fonte da reação, idéia ou comportamento do analista (EIZIRIK, 1993).

Langs (1974, p. 298), por exemplo, definiu a contratransferência como “*Aquelas respostas ao paciente que, determinadas por algum evento na terapia ou na vida real do terapeuta, são primariamente baseadas em relações significativas do passado do terapeuta, basicamente gratificam as necessidades do terapeuta*”. Esta definição abrange o conceito de CT aguda e crônica. A primeira ocorre “*em situações específicas com pacientes específicos*” (REICH, 1951, p. 26). Neste caso, pode-se considerar uma determinada CT que ocorre esporadicamente. Em contrapartida, a CT crônica é comum para determinado terapeuta, manifestando-se, quase de forma indiscriminada, com vários pacientes; podendo ser considerado um traço contratransferencial (ROSENBERGER; HAYES, 2002).

Recentemente, Kiesler (2001) afirma que a CT sempre se refere à interação, envolvendo contribuições tanto do paciente quanto do terapeuta. Ressalta a subjetividade do analista sempre envolvida na maneira como o comportamento do analisando é vivenciado por esse. Ainda a CT se refere às experiências inconscientes, pré-conscientes e conscientes do terapeuta e sentimentos despertados em relação aos seus pacientes. Assim como inclui atitudes verbais e não-verbais do terapeuta observadas no *setting* terapêutico.

É importante salientar que a evolução teórica da CT está ancorada no desenvolvimento de conceitos como identificação projetiva (KLEIN, 1975; BION, 1965, 1985; ROSENFELD, 1978, 1989; MELTZER, 1987, 1990), campo analítico (BARANGER; BARANGER, 1969; BARANGER; BARANGER; MOM, 1983), *role responsiveness* (SANDLER, 1976, 1981), *enactment* (MCLAUGHLIN, 1991, JACOBS, 1986, 2001, 2002), teoria do relacionamento e construtivismo (MITCHELL, 1988; HIRSCH, 1994; TANSEY, 1994; HOFFMAN, 1991).

1.1. 2 Contratransferência: visão contemporânea

Nas últimas décadas, a CT tem sido de variadas formas conceituada, avaliada e analisada (HAYES; GELSO, 2001; ORR, 1988; WOLSTEIN, 1988), sendo um dos tópicos mais debatidos no campo da psicanálise e psicoterapia (EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 2005). Embora ainda existam controvérsias, observa-se uma concordância quanto ao significado clínico da CT. Sendo assim, apesar de reações contratransferenciais não examinadas, geralmente dificultarem o tratamento (SINGER; LUBORSKY, 1977); existem dimensões da CT que podem auxiliar o analista no processo terapêutico.

De acordo com Hayes (1995), para o terapeuta usar a CT a serviço do processo terapêutico, deve tentar discernir o modo que o paciente aciona seus conflitos não resolvidos, identificar suas reações subjacentes, analisar como estas reações afetam o curso e o desfecho do tratamento e, então, manejar sua CT efetivamente.

Deste modo, um dos principais desafios a respeito da CT parece ser a inclusão ou não de *todos* os sentimentos do analista, ou seja, o que é resposta ao paciente e o que é relacionado à neurose do terapeuta. Paciente e terapeuta são pessoas distintas, possuem histórias próprias, momentos de vida particulares e sentimentos transferenciais. Citando Green: *“Assim como, a visão da realidade externa do paciente é dependente da sua visão da realidade psíquica, então nosso esboço da sua realidade psíquica é controlado por nossa visão da nossa própria realidade psíquica”* (GREEN, 1975, p. 2).

Por conseguinte, o uso da CT como instrumento terapêutico tem sido amplamente debatido. Por um lado, a CT pode levar o terapeuta a agir defensivamente em consonância com seus próprios interesses, percebendo os pacientes de forma distorcida e exibindo uma pobre avaliação clínica. Por outro lado, o *insight* que pode ser derivado da CT pode aprofundar o entendimento da dinâmica da relação e fornecer valiosa informação no curso do tratamento. (HAYES et al, 1998).

Recentemente, múltiplas teorias convergem para o entendimento da CT como uma criação conjunta entre paciente e terapeuta. O paciente provoca certas respostas no terapeuta, enquanto conflitos não-resolvidos no inconsciente do analista determinam a forma final da CT. Acredita-se que o analisando induz o analista a encenar um determinado papel que reflete o mundo interno do paciente, abarcando também dimensões específicas da personalidade do terapeuta. (GABBARD, 2001). Desta maneira, a CT pode constituir uma fonte crucial de informação sobre o paciente (ABEND, 1989; GABBARD, 1995).

Para o uso clínico contemporâneo da CT deve-se atentar para o desenvolvimento de conceitos correlatos. A identificação projetiva¹ por exemplo, adquire um aspecto interpessoal, comunicativo. Na situação analítica, o paciente se comporta de tal maneira que o terapeuta sente-se movido a representar um papel na fantasia do paciente (BION, 1966, 1970; OGDEN, 1982). Posteriormente, Ogden (1996) ressalta que ocorre uma criação dialética, onde paciente e terapeuta se relacionam simultaneamente, de forma separada, mas também unidos num só,

¹ M. Klein (1975) descreveu como uma fantasia onipotente, na qual o sujeito põe no objeto partes suas com as quais fica identificado. Mecanismo utilizado para livrar a mente de angústias próprias (ou partes), evacuando-as para fora e, às vezes, dentro de outro que se torna receptor deste processo. De acordo com Bion, o analista é um “*continente*” vazio, em cujo interior o paciente deposita partes de si mesmo (BION, 1966) Adquire característica de comunicar emoções: “*Acredito que o paciente faça algo ao analista e que o analista faça algo ao paciente*” (BION, 1985).

formando o sujeito analítico ou terceiro-analítico intersubjetivo. Neste contexto, a díade determina dimensões de transferência-contratransferência únicas e fazendo parte da comunicação do paciente com analista, contribuindo para determinar o uso da contratransferência como elemento essencial para compreensão da transferência.

De acordo com autores kleinianos contemporâneos, a CT pode refletir a tentativa de o paciente evocar sentimentos no terapeuta que o paciente não consegue tolerar. Joseph (1989) observou que o paciente frequentemente induz o terapeuta a agir da maneira que o paciente projetou. Se o analista responde de modo atenuado, é possível perceber o que está sendo projetado e com isso acessar o mundo interno do paciente, ajudando-o a entender o conteúdo através da interpretação.

Porém o terapeuta corre o risco de confundir seus próprios sentimentos com os do paciente, pois o paciente não é responsável por todos os sentimentos do analista. Então, parte da tarefa do terapeuta é processar o que está aparecendo na díade de tal forma que seus sentimentos são diferenciados daqueles do paciente. A pressão interpessoal é aplicada por comportamentos específicos do paciente que evocam respostas específicas no terapeuta (JOSEPH, 1989; SPILLIUS, 1992).

É importante salientar que o processo de identificação projetiva requer um “gancho” no recipiente de projeção para que possa fixar. Por isso, alguns terapeutas “servirão” melhor do que outros às projeções do paciente. Portanto, o terapeuta deve buscar aliviar a pressão de encenar a relação de objeto e recuperar a capacidade reflexiva. Quanto mais o terapeuta, fazendo uso da sua CT, puder reconhecer a discrepância entre realidade da situação analítica e a pressão que o mundo interno do paciente faz para transformar o analista num objeto de transferência, mais o

analista poderá criar um espaço para examinar essa interação em colaboração com o paciente (FELDMAN, 1997).

Outro conceito relacionado à CT é *role responsiveness*, definido por Sandler (1976, 1981) como a interação de fantasias e de comportamento complementar ou padrão específico de relação do paciente e de resposta do analista. Spillius (1992) enfatizou que a visão de Sandler assemelha-se com a de Joseph sobre identificação projetiva, onde o paciente inconscientemente induz sentimentos no analista, pressionando-o a agir de acordo com o que projetou. Entretanto, Sandler (1993) cautelosamente distingue *role responsiveness* do processo primário de identificação. Ele descreve o último como sendo um espelho automático que reflete o processo de empatia analítica. Ressaltou que a identificação projetiva deve ser uma reação emocional despertada no analista como resultado da intenção inconsciente do paciente de evocar tal reação no terapeuta. Desta forma, evita-se considerar qualquer sentimento contratransferencial como sendo induzido somente pelo paciente.

Ainda, analistas clássicos sugerem o uso do *enactment* ou encenação contratransferencial de forma ampla, indicando dimensões da transferência-contratransferência que operam fora do nível consciente do terapeuta, ou seja, comunicações não-verbais como: mudanças na respiração, tensão muscular, postura corporal. Cabe ressaltar que a encenação contratransferencial definiu-se como “*interações regressivas (defensivas) entre o par são experimentadas como consequência do comportamento do outro*” (MCLAUGHLIN, 1991, p. 595). Muito desta perspectiva baseia-se em aspectos da CT no seu sentido restrito, onde experiências do passado do analista são revividas na interação com o paciente (JACOBS, 1986).

Todavia, Chused (1991) definiu *enactment* quando a tentativa de atualizar a fantasia da transferência resulta numa reação contratransferencial. Igualmente, Roughton (1993) observou semelhanças entre *enactment* e identificação projetiva, entretanto, afirmou que o primeiro demanda transformar a experiência em comportamento. Já atualização, em contrapartida, é vista envolvendo formas sutis de manipulação, por parte do analisando, que induz o analista, frequentemente de forma inconsciente, a assumir um papel específico; que silenciosamente gratifique o desejo de transferência ou, ao contrário, defenda contra este desejo. Neste caso, o *enactment* adquire efeito de atualização. Portanto, *enactment*, *role responsiveness* de Sandler e identificação projetiva na perspectiva de Ogden assumem características semelhantes.

Cabe enfatizar que, por serem primitivas, tais relações de objeto não são expressas em palavras e, portanto, são comunicadas de forma não verbal e comumente só podem ser percebidas através da CT ou atuadas pelo analista. Ao distinguir essas mensagens na CT, o analista pode identificar a natureza das fantasias do paciente, suas defesas e sua história (JOSEPH, 1989).

Embora estudiosos da psicologia do ego evidenciem semelhanças entre *enactment* e identificação projetiva na perspectiva de M. Klein, diferenças são observadas. De acordo com o significado, *enactment* requer ação, enquanto a identificação projetiva envolveria um sentimento contratransferencial que não é levado à ação. Entretanto, considera-se esta possibilidade mais teórica, pois a reação contratransferencial dificilmente é destituída de ação, se incluir, por exemplo, mudança no tom de voz ou alteração de postura corporal (GABBARD, 2001).

Por fim, a duplicidade da relação terapêutica destaca-se na teoria do relacionamento e do construtivismo. No processo terapêutico, duas subjetividades

estão presentes e se influenciam mutuamente. Por isso, o *enactment* deve ocorrer nas duas direções. Terapeutas precisam continuamente se monitorar, avaliando de que forma poderiam estar participando inconscientemente do cenário proposto pelo paciente. Ainda o comportamento do analista influencia a transferência do paciente ao analista. Deste modo, a transferência e a CT são criações conjuntas embasadas na interação paciente-terapeuta. Estes processos estão inevitavelmente interligados.

De acordo com Gabbard (2001), o aspecto mais radical do pensamento construtivista advoga que os domínios intrapsíquico e interpessoal não podem estar separados um do outro na díade analítica (HOFFMAN, 1991). Não há experiência analítica sem o analista entrar no mundo relacional do paciente (MITCHELL, 1988).

Este modelo implica a participação e a vulnerabilidade do analista. Portanto, teóricos do relacionamento e construtivistas como Mitchell (1988), Aron (1995), Hirsch (1994) e Tansey (1994) salientam a inevitabilidade e o uso clínico da CT. Citando Mitchell:

O paciente é visto como, pelo menos até certo ponto, embebido dentro da matriz relacional do analisando. Não há modo algum para evitar os papéis e as configurações nomeadas dentro do mundo relacional do analisando. A experiência do analista necessariamente é moldada pela estrutura relacional do analisando; ele atua papéis determinados mesmo que ele desesperadamente tente se colocar fora do sistema do paciente e não representar papel algum. (Mitchell, 1988, p. 292).

Jacobs (1999, 2001) enfatizou a experiência do analista através do *enactment* como forma de expandir a compreensão da subjetividade no processo terapêutico. Paulatinamente, a encenação contratransferencial foi sendo considerada inevitável, além de ser considerada um agente potencial de mudança, na medida em que é compreendida. O entendimento da CT, então, assim como qualquer outro aspecto do funcionamento mental é complexo. Este autor sintetiza: “A *contratransferência*,

como a própria transferência, é uma criação composta de elementos que se deslocam e se transformam em resposta ao processo de desenvolvimento e mudança na psicologia do analista.” (JACOBS, 1999, p. 575).

Ainda considera-se que o paciente tentará inevitavelmente transformar o terapeuta em objeto de transferência. Portanto, a tarefa do analista é tentar sair do *enactment* transferência-contratransferência ou do papel projetado imposto pelo paciente e compreender, interpretativamente, o que está sendo recriado no *setting* psicoterápico ou psicanalítico, visando produzir mudança psíquica. Ressalta-se que, apesar da possibilidade do envolvimento espontâneo e emocional do clínico ser considerado uma valiosa ferramenta de informação sobre o paciente, a postura ética profissional se mantém necessária (GABBARD; LESTER, 1995).

Conforme Ogden (1997) a natureza do diálogo psicanalítico é singular e a visão contemporânea da CT pressupõe entendê-la dentro de um processo de interação paciente-terapeuta, incluindo a participação da subjetividade do terapeuta e dos aspectos projetados do mundo interno do paciente. A ênfase atribuída a cada um dos contribuintes pode variar de acordo com a teoria, mas há consenso sobre o que o paciente projeta dentro do analista e o que este traz à situação terapêutica são igualmente relevantes para determinar a CT (WIENER, 2007; GABBARD, 2001). Portanto, a autoanálise e a análise do terapeuta são imprescindíveis, assim como a busca da influência do paciente nas reações do analista faz-se necessária no processo terapêutico.

1.3 Contratransferência: influência de características do paciente

Atualmente, a centralidade da CT na prática clínica é incontestável, tornando-se *“correlato da transferência, caminhando ao seu lado, induzindo-a, às vezes e, para alguns, precedendo-a”* (GREEN, 1983, p. 21). De acordo com a literatura, reações contratransferenciais têm implicações no processo terapêutico e podem influenciar no desfecho do tratamento psicoterápico (ROBBINS; JOLKOVSKI, 1987; KIESLER, 1992; MOHR, 1995; HOLMQVIST, 2000). Conforme Schafer *“[...] devemos instituir a análise da contratransferência ao lado da transferência e das defesas como um dos três elementos principais que define a terapia como psicanalítica.”* (SCHAFER, 1992, p. 230).

A definição contemporânea da CT enfatiza a interação paciente-terapeuta na criação das reações emocionais do terapeuta. Vários autores evidenciaram que o paciente influencia nos sentimentos do terapeuta (HEIMANN, 1950; MONEY-KYRLE, 1956; RACKER, 1982; WINNICOTT, 1949), na tentativa de comunicar o que ainda não foi possível informar através de palavras ou atos. Portanto, é necessário que o terapeuta identifique, de forma acurada, as fontes de seus sentimentos contratransferenciais, manejando efetivamente a CT, a fim de auxiliar o paciente no entendimento e resolução de seus conflitos.

Diferentes aspectos do paciente como, por exemplo, gênero (ARMELIUS; HOLMQVIST, 2003), qualidade das relações de objeto (GREENBERG; MITCHELL, 1983; KERNBERG, 1989, 1984; MCDOUGALL, 1985), características de comportamento (COLSON et al., 1986; CORNFIELD; FIELDING, 1980; HARTOCOLLIS, 1972) e diagnóstico clínico despertam respostas emocionais

comuns no terapeuta (HOLMQVIST; BENGT-AKE, 1996). Além disso, quanto maior a gravidade do transtorno psiquiátrico, mais provável que a reação contratransferencial informe sobre o mundo interno do paciente. (KERNBERG, 1975).

Observa-se que pacientes com diagnósticos psiquiátricos específicos influenciam a CT de forma sistemática e recorrente. Psicopatologias específicas têm sido associadas com reações contratransferenciais comuns, podendo auxiliar o terapeuta a confirmar sua impressão psicodinâmica a respeito do paciente (HOLMQVIST, 1998; SCHWARTZ; WENDLING, 2003). Tem sido descrito que pacientes com transtorno borderline, por exemplo, evocam sentimentos de paralisia e rejeição no terapeuta (KERNBERG, 1995; MCHENRY, 1994). Ainda terapeutas podem perceber sentimentos de exclusão e inutilidade ou idealização, quando estão tratando pacientes narcisistas (KOHUT, 1977, 1988). Selzer et al (1989) demonstraram que pacientes esquizofrênicos evocavam sentimentos de desesperança e fadiga nos terapeutas.

Padrões contratransferenciais têm sido observados com vários tipos de pacientes, usualmente contrastando com traços disfuncionais de personalidade, estruturas de caráter dependente e geralmente estilos interpessoais manipuladores. EIZIRIK et al (1991) verificaram que a CT tende a manter um padrão dominante detectável a partir do primeiro contato do terapeuta com paciente borderline. De acordo com a literatura, o tipo mais comum de pacientes que evocam emoções negativas nos terapeutas são os pacientes com transtorno depressivo e transtorno de personalidade borderline (MCWILLIAMS, 1994).

A CT percebida em relação a pacientes deprimidos varia desde afeição benigna até fantasias de salvação onipotente, de frustração e irritabilidade. Em

muitas situações, sentimentos de desmoralização, incompetência, desesperança e atitude de não estar sendo bom o suficiente constituem a CT. McIntyre e Schwartz (1998) evidenciaram que há diferença significativa nas reações contratransferenciais de acordo com o tipo de paciente. Pacientes com transtorno borderline evocaram mais intensamente reações de hostilidade e dominância. Pacientes com transtorno depressivo despertaram significativamente mais CT relacionada com submissão, amabilidade e necessidade. Por se perceberem mais necessários com pacientes depressivos, os terapeutas sentiram que o processo terapêutico tinha mais benefícios e maior potencial de desfecho favorável.

Todavia, observam-se estudos empíricos com resultados controversos. De acordo com o estudo realizado na clínica Menninger (COLSON et al, 1986a, 1986b) as reações da equipe despertadas pelos pacientes com diferentes tipos de patologias foram analisadas, mostrando que o diagnóstico não influenciou as reações emocionais dos profissionais. Entretanto, o tipo de comportamento caracterizado como violento/agressivo ou suicida/deprimido influenciou a CT. Outro estudo similar realizado por Holmqvist e Bengt-Ake (1996) demonstrou que 15% da variância dos sentimentos da equipe poderiam ser atribuídos a diferenças nos estilos evocativos do paciente. Praticamente nenhuma variância foi encontrada, devido à organização de personalidade do paciente e apenas uma leve variância devido ao estado global de saúde mental do paciente, avaliado através da escala *Health-Sickness Rating Scale*, que pontua de 1 a 100 de acordo com o nível global do funcionamento mental do paciente.

Um estudo clássico realizado por Yulis e Kiesler (1968) analisou a CT do terapeuta associada com três tipos de pacientes: paciente hostil, sedutor e dependente. Apesar de se imaginar que haveria reações contratransferenciais

diferentes em relação ao tipo de paciente, observou-se que não houve diferença entre as reações emocionais despertadas no terapeuta. Ainda outros estudos não encontraram associação entre pacientes hostis ou sedutores com maior reação contratransferencial que pacientes que não possuíam estas características (HAYES; GELSO, 1991; PEABODY; GELSO, 1982; ROBBINS; JOLKOVSKI, 1987).

Igualmente, a associação entre contratransferência e aspectos da sexualidade do paciente não foi observada. Pacientes homossexuais não despertaram tipos específicos de CT ou diferença na intensidade das reações emocionais, quando comparados com pacientes heterossexuais (GELSO et al, 1995; HAYES; GELSO, 1993).

Embora, na literatura, não se hesite em afirmar a contribuição do paciente induzindo certas reações emocionais no terapeuta e que estes sentimentos são ferramentas valiosas no tratamento psicoterápico, existe uma carência de pesquisas empíricas nesta área (ROSSBERG et al, 2008). Em número limitado, estudos empíricos têm demonstrado reações contratransferenciais comuns associadas com tipos específicos de pacientes (SCHWARTZ, 1999). Entretanto, os achados são bastante divergentes. Sendo assim, avaliar quais são as características do paciente que provocam reações contratransferenciais comuns nos terapeutas pode contribuir para a ampliação do entendimento e do uso deste importante instrumento no processo terapêutico.

2 REFERÊNCIAS

ABEND, S.M. Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 68, p. 374-395, 1989.

ARMELIUS, K.; HOLMQVIST, R. Staff members feelings toward psychiatric patients related to their own and the patient's self-image and gender. *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 44, p. 69-77, 2003.

ARON, L.A. *Meeting of minds: mutuality and psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995. p. 304.

BARANGER, M.; BARANGER, W. *Problemas del campo psicoanalítico (1961-62)*. Buenos Aires: Kargieman, 1969. p. 260.

_____ ; _____ ; MOM, C. Proceso y no proceso em el trabajo analítico. *Revista de Psicoanalisis*, v. 30, p. 527-549, 1983.

BION, W.R. Ataques al vínculo (1959). In: _____. *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé, 1985. p. 128-50.

_____. O aprender com a experiência (1962). In: _____. *Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1966. p. 7-122.

CHUSED, J.F. The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 39, p. 615-639, 1991.

COLSON, D.B. et al. An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital Community of Psychiatry*, v. 37, p. 923-928, 1986.

_____ et al. Profiles of difficult psychiatric hospital patients. *Hospital Community of Psychiatry*, v. 37, p. 720-724, 1986.

CORNFIELD, R.B.; FIELDING, S.D. Impact of the threatening patient on ward communications. *American Journal of Psychiatry*, v. 137, p. 616-619, 1980.

CRUZ, R. *Psicoanálisis: reflexiones epistemológicas*. Madrid: Espasa-Calpe, 1991, p. 20.

EIZIRIK, C.L. et al. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatic*, v. 56 (3), p. 174-81, 1991.

_____. Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade psicanalítica. *Revista de Psicanálise da SSPA*, v. 1, p. 19-42, 1993.

_____. *Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre [tese]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.

_____ ; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 796.

FELDMAN, M. Projective identification: the analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 78, p. 227-241, 1997.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. (1910). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v.11, p. 125-136.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. v.12, p. 136-154.

GABBARD, G.O. Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, p. 475-485, 1995.

_____. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, v. 57, p. 983-991, 2001.

_____. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 462.

_____ ; LESTER, E.P. *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2002. p. 223.

GELSO, C. et al. Countertransference reactions to lesbian clients: the role of homophobia, counselor gender and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology*, v. 42, p. 356-364, 1995.

GREEN, A. The Analyst, symbolization and absence in analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *International Journal of Psychoanalysis*, v. 56, p.1-22, 1975.

_____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p. 314.

GREENBERG, J.R.; MITCHELL, S.A. *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983. p. 456.

HARTOCOLLIS, P. Aggressive behavior and the fear of violence. *Adolescence*, v. 7, p. 479-490, 1972.

HAYES, J.A.; GELSO, C.J. Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 284-290, 1991.

_____ ; _____. Male counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 86-93, 1993.

_____. Countertransference in group psychotherapy: waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 45, p. 521-535, 1995.

_____ ; GELSO, C.J. Clinical implications of research on countertransference: science informing practice. *JCLP/ In session: Psychotherapy in Practice*, v. 57, p. 1041-1051, 2001.

_____ et al. Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, v. 45, 468-482, 1998.

HEIMMANN, P. On contratranference. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 31, p. 81-84, 1950.

HIRSCH, I. Countertransference love and theoretical model. *Psychoanalytic Dialogues*, v. 4, p. 171-192, 1994.

HOFFMAN, I.Z. Reply to Benjamin. *Psychoanalytic Dialogues*, v. 1, p. 74-105, 1991.

_____. The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *Journal Nervous and Mental Disease*, v. 186, p. 455-461, 1998.

_____. The associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *Journal Nervous and Mental Disease*, v. 188, p. 366-371, 2000.

_____ ; BENGTT-AKE, A. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal Nervous and Mental Disease*, v. 184, p. 660-666, 1996.

JACOBS, T.J. On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 34, p. 289-307, 1986.

_____. Countertransference past and present: a review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 80, p. 575, 1999.

_____. On misreading and misleading patients some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 82, p. 653-669, 2001.

JOSEPH, B. *Psychic equilibrium and psychic change: selected papers of Betty Joseph*. New York: Routledge, 1989. p. 241.

KERNBERG, O. Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 13, p. 38-56, 1965.

_____. Uma crítica da psicologia do ego a escola kleiniano (1980). In: *Mundo interior e realidade exterior*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 314.

_____. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 323.

KIESLER, D.J. Interpersonal circle inventories: pantheoretical applications to psychotherapy research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, v. 2, p. 77-99, 1992.

_____. Therapist countertransference: in search of common themes and empirical referents. *Psychotherapy Practice*, v. 57, p. 1053-1063, 2001.

KLEIN, M. *Melanie Klein: obras completas*. Buenos Aires: Paidós, 1975. p. 354.

KOHUT, H. *Análise do self*. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p. 368.

_____. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977. p. 345.

LANGS, R.J. *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Jason Aronson, 1974. v. 2, p. 298.

MANFREDI, S.T. Tendências atuais a respeito da contratransferência. In: _____. *As certezas perdidas da psicanálise clínica*. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p. 134-144.

MCDUGALL, J. *Theaters of the mind*. New York: Basic Books, 1985. p. 320.

MCHENRY, S. When the therapist needs therapy: characterological countertransference issues and failures in the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, v. 31, p. 557-570, 1994.

MCINTYRE, S.; SCHWARTZ, R. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, v. 54, p. 923-931, 1998.

MCLAUGHLIN, J. Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 39, p. 595-614, 1991.

MCWILLIAMS, N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press, 1994. p. 424.

MELTZER, D. *Vida onírica* (1984). Madrid: Tecnipublicaciones, 1987. p. 215.

MELTZER, D. La distinción conceptual entre identificación proyectiva (Klein) y continente-contenido (Bion). In: _____. *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires: Spatia, 1990. p. 51-74.

MITCHELL, S. *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. London: Harvard University, 1988. p. 326.

MOHR, D.C. Negative outcome in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 2, p. 1-27, 1995.

MONEY-KIRLE, R. Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 37, p. 360-366, 1956.

OGDEN, T.H. *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson, 1982. p. 236.

_____. *Os sujeitos da análise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 230.

_____. Reverie and interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 66(4), p. 567-595, 1997.

ORR, D.W. Transference and countertransference: a historical survey. In: B. Wolstein (Ed.) *Essential papers on countertransference*. New York: New York University Press, 1988. p. 91-110.

PEABODY, S.A.; GELSO, C.J. Countertransference and empathy: the complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, v. 29, p. 240-245, 1982.

RACKER, H. *Estudos sobre a técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 1982, p. 176.

_____. The meanings and use of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 26, p. 303-357, 1957.

REICH, A. On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 32, p. 25-31, 1951.

ROBBINS, S.B.; JOLKOVSKI, M.P. Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, v. 22, p. 358-363, 1987.

ROSENBERGER, E.W.; HAYES, J.A. Origins, consequences, and management of countertransference: a case study. *Journal of Counseling Psychology*, v. 49, p. 221-32, 2002.

ROSENFELD, H. Da psicopatologia do narcisismo: uma aproximação clínica. In: *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 293.

_____. Uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo (1971). In: E.M.R. Barros. *Melanie Klein: evoluções*. São Paulo: Escuta, 1989.

ROSSBERG, J.I. et al. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *Journal Nervous and Mental Disease*, v. 196, p. 702-820, 2008.

ROUGHTON, R.E. Useful aspects of acting out: repetition, enactment, and actualization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 41, p. 443-472, 1993.

SANDLER, J. Basic psychoanalytic concepts, IV: counter-transference. *British Journal of Psychiatry*, v. 117, p. 83-88, 1970.

_____. Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, v. 3, p. 43-48, 1976.

_____. Unconscious wishes and human relationships. *Contemporary Psychoanalysis*, v. 17, p. 180-196, 1981.

_____ ; DARE, C.; HOLDER, A. *O paciente e o analista: fundamentos do processo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 62.

_____. On communication from patient to analyst: Not everything is projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 74, p. 1097-1107, 1993.

SCHAFER, R. *Retelling a life: narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1992, p. 352.

_____. Vicissitudes of remembering in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 78, p. 1151-1163, 1997.

SCHWARTZ, R.C. Countertransference in psychotherapy: differential reactions toward specific client populations. *Annals of American Psychotherapy Association*, v. 2, p. 8-10, 1999.

_____ ; WENDLING, H.M. Countertransference reactions toward specific client populations: a review of empirical literature. *Psychological Reports*, v. 92, p. 651-654, 2003.

SELZER, M.A. et al. *Working with the person with schizophrenia: the treatment alliance*. New York: New York University Press, 1989. p. 399.

SINGER, B.A.; LUBORSKY, L. Countertransference: the status of clinical versus quantitative research. In: A. GURMAN, A. RAZIN (Eds.) *Effective psychotherapy: Handbook of research*. New York: Pergamon Press, 1977. p. 433-541.

SPILLIUS, E.B. Clinical experiences of projective identification. In: R. Anderson (Ed.) *Clinical lectures on Klein and Bion* (pp. 59–73). London: Tavistock London, 1992.

TANSEY, M.; BURKE, V.F. *Understanding countertransference: from projective identification to empathy*. Hillsdale: Analytic Press, 1995. p. 238.

_____. Sexual attraction and phobic dread in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues*, v. 4, p. 139-152, 1994.

THOMA, H.; KACHELE, H. *Teoria e prática da psicanálise* (1985). Fundamentos teóricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. v. 1, p. 96-113.

WALLERSTEIN, R.S. *A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.587.

WIENER, J. The analyst's countertransference when supervising: friend or foe? *Journal of Analytical Psychology*, v. 52, p.51-69, 2007.

WINNICOTT, D. Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 30, p. 69-75, 1949.

WOLSTEIN, B. The pluralism of perspectives on countertransference. In: _____. (Ed.) *Essential papers on countertransference*. New York: New York University Press, 1988. p. 339-353.

YULIS, S.; KIESLER, D.J. Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.32, p. 413-419, 1968.

ZASLAVSKI, J.; SANTOS, M.J.P. *Contratransferência: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 335.

ZIMERMAN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 471.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a associação entre características dos pacientes em psicoterapia de orientação analítica e contratransferência de terapeutas jovens no início do tratamento do Programa de Psicoterapia de Orientação Analítica do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de fevereiro de 2006 a dezembro de 2007.

3.2 Objetivos Específicos

Avaliar a contratransferência percebida pelo terapeuta e sua evolução ao longo de uma sessão de psicoterapia de orientação analítica no início do tratamento.

Avaliar fatores específicos dos pacientes como gênero, idade, renda, estado civil e diagnóstico psiquiátrico multiaxial segundo DSM -IV-TR.

Avaliar o estilo defensivo dos pacientes através da versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Não houve influência do estudo em questão no tratamento dos pacientes. Os dados foram inseridos no banco de dados sem a possibilidade de identificação posterior do paciente e do terapeuta após a conclusão do estudo. Todos que concordaram em participar do estudo assinaram, em separado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 e 2).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aprovado sob o número (GPPG) 05-157.

5 ARTIGO

5.1 Versão em Português

Contratransferência e características do paciente em psicoterapia de orientação analítica²

Roberta Rossi Grudtner

Médica Psiquiatra. Mestranda em Psiquiatria pela UFRGS, Porto Alegre, RS.

Simone Hauck

Médica Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Doutoranda em Psiquiatria pela UFRGS, Porto Alegre, RS. Psiquiatra contratada do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Cláudio Laks Eizirik

Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor adjunto, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS, Porto Alegre, RS. Analista didata, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, RS. Presidente International Psychoanalytic Association (IPA). Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal.

Considera-se, atualmente, a contratransferência inevitável e necessária no processo terapêutico, sendo originada pela díade paciente-terapeuta. O exame criterioso das reações contratransferenciais pode auxiliar na compreensão do paciente, inferindo seu mundo interno. Portanto, analisar empiricamente as associações entre sentimentos do terapeuta e fatores do paciente pode ampliar o conhecimento desta questão clínica e teórica extremamente relevante na psicanálise e na psicoterapia psicodinâmica contemporâneas. Este estudo avaliou a contratransferência e suas

² Artigo submetido no *The International Journal of Psychoanalysis*

correlações com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica. Delineamento transversal com amostra consecutiva, composta por 86 pares terapêuticos do Ambulatório de Psicoterapia de Orientação Analítica do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram coletadas informações sociodemográficas, avaliação multiaxial e estilo defensivo dos pacientes. A Escala de Avaliação da Contratransferência (EACT), questionário autoaplicável que lista 23 sentimentos distribuídos nas dimensões de aproximação, afastamento e indiferença, foi usada para aferir a CT no início, meio e final da sessão. Os terapeutas apresentaram um predomínio de sentimentos de aproximação que se intensificou no decorrer da sessão. Características dos pacientes como: gênero, renda, estado civil e GAF, correlacionaram-se com reações contratransferenciais específicas. Eixo I, II e III, assim como idade, estilo defensivo e escolaridade do paciente não influenciaram na contratransferência. Os terapeutas demonstraram empatia e maior capacidade de conectar-se afetivamente com seus pacientes. Há sentimentos contratransferenciais comuns associados a determinadas características dos pacientes em psicoterapia de orientação analítica. Este estudo possui limitações que comprometem a generalização dos resultados, sendo imperioso destacar a necessidade pesquisas futuras através de estudos empíricos controlados para ampliar o conhecimento nesta área de grande relevância na prática de psicanalistas e psicoterapeutas.

Descritores: contratransferência (Psicologia), psicoterapia, mecanismos de defesa, diagnóstico psiquiátrico, gênero.

INTRODUÇÃO

A conceituação da contratransferência é uma das mais complexas e controvertidas entre distintas correntes psicanalíticas (Zimmerman, 2004; Eizirik et al, 2005). A definição do termo abarca na literatura analítica um emaranhado e antigo questionamento que permanece instigante na atualidade. O conceito de contratransferência sofreu considerável evolução desde sua formulação inicial (Abend, 1989). Originalmente, a CT foi conceituada como um obstáculo ao tratamento devendo ser superado (Freud, 1910). Esta visão restrita se amplia, no decorrer dos últimos 100 anos, considerando as reações contratransferenciais uma criação conjunta entre analista e paciente; tornando-se, quando adequadamente utilizado, um valioso instrumento diagnóstico e terapêutico (Heimann, 1950; Kernberg, 1965; Racker, 1957; Sandler, 1970; Winnicott, 1949; Gabbard, 1995, 2001, 2006).

Embora, na literatura, não se hesite em afirmar a contribuição do paciente induzindo certas reações emocionais no terapeuta e que estes sentimentos são ferramentas valiosas no tratamento psicoterápico, existe uma carência de pesquisas empíricas nesta área (ROSSBERG et al, 2008). Em número limitado, estudos empíricos têm demonstrado reações contratransferenciais comuns associadas com tipos específicos de pacientes (SCHWARTZ, 1999). Entretanto, os achados são bastante divergentes. Sendo assim, avaliar quais são as características do paciente que provocam reações contratransferenciais comuns nos terapeutas pode contribuir para a ampliação do entendimento e do uso deste importante instrumento no processo terapêutico.

O objetivo deste trabalho foi investigar a existência de associação entre sentimentos contratransferenciais percebidos pelo terapeuta e características

sociodemográficas, estilo defensivo e avaliação diagnóstica multiaxial de pacientes em psicoterapia de orientação analítica no início do tratamento.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de um estudo de delineamento transversal com amostra consecutiva, composta por 86 pares terapêuticos. Foram incluídos todos os pacientes que receberam indicação de tratamento psicoterápico e ingressaram no Ambulatório de Psicoterapia de Orientação Analítica do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período que foi realizado o estudo. Os dados foram coletados no início do tratamento.

O grupo de terapeutas foi composto por médicos do segundo e terceiro ano da Residência em Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do HCPA e do Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS/HCPA.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos e indicação de psicoterapia de orientação analítica. Nesse estudo, utilizou-se 21 critérios de indicação de psicoterapia de orientação analítica que foram derivados de ampla revisão da literatura e discussão em grupos focais e painel de *experts*, estando descritos, juntamente com análise fatorial e modelo teórico correspondente, em estudo publicado previamente (Hauck et al, 2006). Os critérios de exclusão foram relacionados à contra-indicação de psicoterapia de orientação analítica, tais como: transtornos psicóticos, depressão grave com tentativa de suicídio, dependência química, quadros fóbicos causadores de incapacitação crônica, personalidade *bordeline* com *actings* fortemente agressivos ou autodestrutivos, síndrome cerebral

orgânica e deficiência mental, transtornos caracteriológicos graves, transtornos de alimentação graves (Eizirik et al, 2005; Kaplan et al, 2007).

Instrumentos

O protocolo de coleta dos dados do paciente incluía: informações socio-demográficas, diagnóstico psiquiátrico segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2002), variáveis psicodinâmicas relacionadas ao processo de indicação de psicoterapia de orientação analítica e planejamento terapêutico inicial. Os terapeutas receberam 30h de treinamento teórico-prático sobre aplicação deste protocolo.

É importante salientar que os terapeutas utilizaram o DSM-IV-TR (APA, 2002) para avaliação multiaxial, diagnosticando o paciente através da entrevista clínica, no lugar de instrumento padronizado. Isto foi possível porque os terapeutas deste estudo têm experiência com diagnóstico psiquiátrico em pacientes internados e ambulatoriais, estão habituados a utilizar o DSM para esse fim, e o tempo de contato com o paciente (em média quatro sessões), favoreceu a realização do diagnóstico mais acurado. Ainda a classificação multiaxial envolve cinco eixos, cada qual relativo a um diferente domínio de informações capaz de ajudar o clínico a planejar o tratamento e predizer o resultado. O Eixo I corresponde a transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica; Eixo II, Transtornos de personalidade e retardo mental; Eixo III, condições médicas gerais; Eixo IV, Problemas psicossociais e ambientais e Eixo V, avaliação global do funcionamento. A descrição desse último é feita usando a Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF) dividida em 10 faixas de funcionamento. O clínico avalia o funcionamento do paciente quanto à presença de sintomas, funcionamento social, ocupacional ou escolar, relações interpessoais, comportamento, capacidade de

autocuidado, risco de agressão ou suicídio, pensamento e capacidade de julgamento, entre outros. O escore resultante varia de 1 a 100. Por fim, todos os diagnósticos foram revisados pelo pesquisador, a partir da análise do prontuário hospitalar, ao término da pesquisa e discutidos com o médico assistente sempre que necessário.

Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

O DSQ-40, versão adaptada para o português Brasileiro, é uma escala validada, autoaplicável tipo Likert (1-9), onde 1 indica “discordo totalmente” e 9 indica “concordo totalmente”. São quarenta perguntas relacionadas às defesas descritas no DSM-III-R, que representam 20 mecanismos de defesa, agrupados nos fatores maduro, neurótico e imaturo. Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e escores dos fatores são obtidos através da média dos escores das defesas que pertencem a cada fator. Esta escala foi utilizada para avaliar o estilo defensivo dos pacientes, sendo respondida pelo paciente a partir da sua percepção de como reage a determinadas situações (derivados conscientes dos mecanismos de defesa) (Blaya et al, 2004).

Escala de Avaliação da Contratransferência (EACT)

A escala para avaliação da contratransferência (Eizirik, 1997) foi desenvolvida para identificar as respostas emocionais do terapeuta em relação ao paciente em três momentos da sessão: no início, meio e final da sessão. É autoaplicável, tipo Likert (0-3), onde 0 indica “nada” e 3 indica “muito”. São 23 sentimentos descritos, sendo agrupados em três dimensões que representam sentimentos de aproximação, afastamento ou indiferença (Eizirik, 1997). A escolha e a utilização deste instrumento baseiam-se no fato de ser uma escala de fácil preenchimento, não requerer

treinamento e, ainda, por já ter sido utilizado pelos terapeutas em outros estudos, estando familiarizados com a mesma. Isto possibilitou a aferição de sentimentos comuns percebidos pelo terapeuta durante a sessão de forma sistematizada.

Análise Estatística

Para medidas contínuas e dicotômicas foi realizado Teste T de Student, para variáveis com três ou mais categorias foi utilizado análise de variância (Anova).

Para a medida de intensidade de associação entre duas variáveis contínuas simétricas, foi usado o coeficiente de correlação de Pearson e Spearman, para variáveis assimétricas. Para comparação entre médias nos mesmos indivíduos utilizou-se ANOVA para medidas repetidas.

Os resultados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 14), com nível de significância de 0,05.

Realizou-se regressão linear múltipla para controlar possíveis fatores confundidores, tendo sido incluídas as variáveis cujos valores P foram menores que 0,20 nas análises bi-variadas.

Aspectos Éticos

Não houve influência do estudo em questão no tratamento dos pacientes. Os dados foram inseridos no banco de dados sem a possibilidade de identificação posterior do paciente e do terapeuta após a conclusão do estudo. Todos que concordaram em participar do estudo assinaram, em separado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aprovado sob o número (GPPG) 05-157.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas e avaliação diagnóstica multiaxial dos pacientes em estudo.

Analisando-se o DSQ-40, evidenciou-se que a média (\pm desvio padrão) do estilo de defesa maduro foi de 4,48 (1,39); do estilo de defesa neurótico foi 4,64 (1,37) e do estilo de defesa imaturo foi 4,22 (1,14). As médias dos três estilos de defesa não diferiram entre si ($p=0,09$). Portanto, não se observa, neste estudo, associação entre os estilos defensivos e sentimentos despertados no terapeuta.

Em relação aos escores da EACT, evidenciou-se o predomínio de sentimentos de aproximação sobre os de afastamento e indiferença. A intensidade média (\pm desvio padrão) de aproximação foi 49,20 (14,46), afastamento 19,18 (13,68) e indiferença 6,62 (5,13). Para obter um escore comparável nas três dimensões avaliadas, dividiu-se a intensidade média de cada um dos escores pelo seu número de itens. Evidenciou-se diferença entre a intensidade de sentimentos de aproximação e as intensidades de afastamento e indiferença ($p<0,001$). De acordo com cada fase da sessão (início, meio e final), a tabela 2 apresenta os escores parciais de intensidade dos sentimentos contratransferenciais. Observou-se diferença significativa entre os escores parciais de intensidade de aproximação comparados com os de afastamento e indiferença ($p<0,001$) em todos os momentos da sessão.

Além disso, os escores parciais de sentimentos de aproximação aumentam durante a sessão, sendo sua intensidade no início menor do que no meio ($p<0,001$) e no final da sessão ($p=0,001$). Não se observa diferença entre os escores de aproximação no meio e no final da sessão. Não se observa diferença entre os

escores parciais de afastamento e de indiferença ao longo da sessão, que permanecem estáveis durante a sessão.

Evidenciou-se correlação significativa entre sentimentos de afastamento no meio da sessão e presença de problemas psicossociais e ambientais ($p=0,02$). A tabela 3A mostra que os sentimentos de aproximação correlacionaram-se inversamente com a avaliação global de funcionamento (GAF) ($r=-0,23$; $p=0,03$), incluindo também os escores parciais de aproximação no meio ($r=-0,27$; $p=0,01$) e no final da sessão ($r=-0,27$; $p=0,01$). Quanto à avaliação diagnóstica multiaxial, não se observa correlações entre a intensidade de sentimentos contratransferenciais e diagnósticos dos eixos I, II e III (tabela 3B).

Avaliando-se os dados sociodemográficos, encontrou-se associação entre sentimentos de afastamento e paciente do sexo masculino ($p=0,034$). Além disso, evidenciou-se correlação direta entre sentimentos de indiferença e renda ($r=0,20$; $p=0,02$). Não se observa associações de sentimentos contratransferenciais específicos com idade e escolaridade do paciente.

Tabela 4 demonstra regressão linear múltipla para controlar possíveis confundidores, evidenciando-se: associação inversa de sentimentos de aproximação no meio da sessão com GAF ($p=0,04$); correlação inversa entre sentimentos de aproximação no final da sessão e GAF ($p=0,01$); correlação entre sentimentos de afastamento no início da sessão e estado civil ($p=0,02$); correlação de sentimentos de afastamento no meio da sessão com presença de eixo IV ($p=0,01$); de sentimentos de indiferença no início da sessão e sexo masculino ($p=0,04$) e associação entre sentimentos de indiferença e renda do paciente ($p=0,03$).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as respostas emocionais de terapeutas e as suas associações com características específicas dos pacientes em psicoterapia de orientação analítica. Observou-se que gênero, renda, estado civil, Eixo IV e GAF da avaliação multiaxial correlacionaram-se com sentimentos contratransferenciais específicos nos terapeutas.

Dados dos mecanismos de defesa sugerem que os pacientes avaliados são bastante heterogêneos quanto ao estilo defensivo e, nesta amostra, não se observa um estilo defensivo predominante. Isto pode dever-se ao fato de ser um ambulatório geral de psicoterapia de orientação analítica, não focado em tratar clusters determinados de pacientes, mas pacientes que por variados diagnósticos tenham indicação e se beneficiem deste tipo de tratamento. Não se observou associação entre o nível defensivo do paciente e contratransferência despertada no terapeuta, o que poderia ser explicado pela heterogeneidade da amostra.

Neste estudo, não se observou correlação entre sentimentos despertados no terapeuta e presença de diagnóstico nos eixos I, II e III da avaliação multiaxial. Na literatura, estudos clínicos sugerem fortemente a relação entre diagnóstico e contratransferência, especialmente no tratamento de pacientes com patologias graves (Winnicott, 1949; Kernberg, 1965, 1995; McHenry, 1994). Entretanto, estudos empíricos com pacientes portadores de diferentes diagnósticos mostram resultados divergentes. Brody e Farber (1996) observaram através do uso de vinhetas clínicas que pacientes com transtorno borderline de personalidade, com depressão e com esquizofrenia geram respostas emocionais específicas no terapeuta. Franko e Rolfe (1996) evidenciaram que pacientes com anorexia despertavam mais intensamente sentimentos negativos no terapeuta que pacientes com bulimia. Betan et al (2005) e

Rossberg et al (2008) demonstraram que padrões contratransferenciais se correlacionam sistematicamente com transtornos de personalidade. Em oposição a estes achados, estudos sistemáticos evidenciaram que o diagnóstico por si só não influenciou as reações contratransferenciais despertadas no terapeuta (Allen et al, 1985; Colson et al, 1986a, 1986b). Whitney (1995) estudou a resposta emocional do terapeuta em relação a pacientes com transtorno de personalidade borderline e pacientes com depressão, não encontrando correlação significativa. Holmqvist e Armelius (1996) observaram que o diagnóstico de transtorno mental, assim como o de transtorno de personalidade não contribuiu para a variância dos sentimentos contratransferenciais despertados no terapeuta. Em estudo prévio, Holmqvist (1998) não encontrou associação significativa entre sentimentos despertados nos profissionais e diagnósticos específicos. Portanto, é evidente que este tema permanece controverso.

Em relação à contratransferência dos terapeutas, os resultados deste estudo mostraram um predomínio de sentimentos de aproximação, evidenciando-se aumento da intensidade desses sentimentos no decorrer da sessão. Isto pode ser explicado pela possível diminuição da ansiedade inicial dos terapeutas e sua maior capacidade de estabelecer um contato emocional e se identificar empaticamente com o paciente no decorrer da sessão (Eizirik, 1997). Evidencia-se, assim, que em cada sessão se vive um processo de aproximação gradativa com o paciente, inferindo-se empiricamente o que os terapeutas vivenciam no encontro analítico.

Os escores de intensidade de sentimentos de aproximação mostraram-se mais altos em relação a pacientes com escores de GAF menores, sugerindo que um nível global de funcionamento mais prejudicado gera nos terapeutas mais intensamente este tipo de reação contratransferencial. Este achado encontra-se em

conformidade com outros estudos. Holmqvist e Armelius (1998) demonstraram que o estado mental global do paciente está associado aos sentimentos do terapeuta, sendo mais importante na determinação da reação contratransferencial do que o diagnóstico do paciente. Igualmente, no estudo realizado na clínica Menninger, encontrou-se que o nível de gravidade da patologia do paciente estava associado com a contratransferência despertada no terapeuta (Colson et al, 1986a, 1986b).

Pacientes casados geraram mais sentimentos de afastamento no início da sessão, podendo ser uma informação útil sobre problemas que o paciente está enfrentando, possibilitando entendimento e auxiliando a inferir sobre o mundo interno do paciente.

A presença de problemas psicossociais e ambientais (eixo IV) causaram maiores escores de afastamento no meio da sessão. Isto sugere que além destes serem potenciais fatores que afetam o diagnóstico do paciente, o tratamento e o prognóstico segundo o DSM-IV-TR também causam ao longo da sessão uma reação emocional negativa nos terapeutas. Uma das hipóteses é que tal fenômeno pudesse corresponder a um movimento defensivo do terapeuta em relação a questões da vida do paciente que ele não tem como mudar.

Observou-se que a intensidade de sentimentos de indiferença no início da sessão está associada ao gênero do paciente e à sua renda. Sentimentos como distanciamento, imobilidade e desinteresse são despertados no terapeuta, correlacionados com estas duas variáveis. De acordo com os resultados deste estudo, observa-se associação entre sentimentos de indiferença e paciente homem no início da sessão. Esses resultados são similares aos de Eizirik (1997), que investigou contratransferência em relação à amostra de idosos da região urbana de Porto Alegre, evidenciando que as mulheres despertavam maior intensidade de

sentimentos de aproximação do que os homens. Além disso, houve correlação entre sentimentos de indiferença e pacientes homens ao longo da entrevista. Entretanto, Armelius e Holmqvist (2003) avaliaram a associação entre os sentimentos despertados no profissional e gênero do paciente, demonstrando que as pacientes femininas despertaram mais sentimentos negativos do que pacientes homens. Isto poderia refletir uma diferença entre as amostras. Quanto à associação com a renda, o estudo foi realizado num hospital escola, onde honorários não são cobrados, sendo oferecido a pacientes que não têm condições financeiras de manter um tratamento psicoterápico. Desta forma, é possível que os terapeutas sintam-se mais mobilizados a ajudar os pacientes, que, de fato, possuem baixa renda; estando mais identificados com a proposta da instituição. A maior intensidade de indiferença observada em relação a pacientes com renda superior pode ser reflexo da ausência de identificação, por parte do terapeuta, deste tipo de paciente com a necessidade de utilizar este serviço gratuito.

É necessário assinalar que a avaliação da contratransferência ocorreu no início do processo terapêutico. Além disso, terapeutas em formação podem ter mais dificuldades para tolerar a contratransferência. Brody e Farber (1996) compararam a reação emocional entre terapeutas experientes, estudantes de psicologia e internos, observando que os terapeutas inexperientes tendem a atuar a contratransferência. Ainda, quanto mais experientes, os terapeutas sentem-se mais confortáveis com reações emocionais despertadas pelos pacientes, mesmo que negativas.

Cabe salientar que este estudo apresenta algumas limitações. O desenho naturalístico deste estudo implica poucos critérios de exclusão e determina a heterogeneidade da amostra. Além disso, seus resultados são baseados no delineamento transversal. Portanto, questões sobre causalidade não podem ser

respondidas. Devido à seleção da amostra, não foi possível controlar variáveis que poderiam influenciar os resultados. Por estas razões, a generalização fica comprometida. Portanto, são necessários estudos controlados, buscando aprofundar o conhecimento a respeito da associação de variáveis do paciente e respostas emocionais despertadas no terapeuta e como estas podem influenciar no diagnóstico e tratamento psicoterápico.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que os terapeutas, nesta amostra, têm um predomínio de sentimentos de aproximação, sugerindo que são capazes de conectar-se afetivamente e identificar-se com seus pacientes. Além disso, a aproximação despertada nos terapeutas aumenta no decorrer da sessão, refletindo um processo paulatino de contato emocional com seus pacientes.

Em relação a características dos pacientes, observou-se que gênero, renda, estado civil, Eixo IV e GAF possuem efeito independente na determinação de reações contratransferenciais específicas. O diagnóstico de eixo I, II e III, assim como a idade, estilo defensivo do paciente e escolaridade não influenciaram na contratransferência.

A busca pelo terapeuta das fontes de seus sentimentos contratransferenciais possibilita o manejo adequado e efetivo da CT, promovendo o processo terapêutico. Este estudo possui limitações que comprometem a generalização dos resultados, sendo imperioso destacar a necessidade de estudos empíricos controlados para ampliar o conhecimento nesta área de grande relevância na prática de psicanalistas e psicoterapeutas.

Tabela 1. Características dos pacientes

Característica	Média ± DP ou No. (%)
Idade, anos	38,53 ± 11,24
Escolaridade, anos	11,96 ± 3,18
Renda, salário mínimo nacional	3,25 ± 3,05
Sexo do paciente	
Feminino	70 (81,4)
Masculino	16 (18,6)
Estado civil	
Casado ou com companheiro	34 (39,5)
Solteiro ou sem companheiro	52 (60,5)
Filhos	
Sim	57 (66,3)
Não	29 (33,7)
Mecanismos de defesa	
Maduro	4,48 (1,39)
Neurótico	4,64 (1,376)
Imaturo	4,22 (1,14)
Eixo I	
Sim	64 (74,6)
Não	21 (24,4)
Eixo II	
Sim	19 (22,1)
Não	66 (76,7)
Eixo III	
Sim	42 (48,8)
Não	43 (50,0)
Eixo IV	
Sim	74 (86)
Não	11 (12,8)
GAF	62,09 ± 16,28

GAF, Avaliação do Funcionamento Global; DP, desvio padrão.

Tabela 2. Sentimentos contratransferenciais

Sentimentos contratransferenciais	Média* ± DP	P**
No geral		< ,001
Aproximação	1,64 ± ,47	
Afastamento	,63 ± ,45	
Indiferença	,73 ± ,57	
No início da sessão		< ,001
Aproximação	1,53 ± ,51	
Afastamento	,64 ± ,56	
Indiferença	,75 ± ,66	
Durante a sessão		< ,001
Aproximação	1,70 ± ,50	
Afastamento	,6 ± ,47	
Indiferença	,75 ± ,61	
No final da sessão		< ,001
Aproximação	1,68 ± ,50	
Afastamento	,61 ± ,46	
Indiferença	,68 ± ,63	

DP, desvio padrão.

* Valor derivado da intensidade média de cada dimensão dividido pelo número de itens que a compõe – vide texto.

** O valor de p é derivado da análise da Aproximação, Afastamento e Indiferença dentro da sua categoria.

Tabela 3A. Contratransferência e características dos pacientes

Contratransferência	Características dos pacientes							
	Renda		Idade		Escolaridade		GAF	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
No geral								
Aproximação	-,04	,70	-,07	,46	-,03	,77	-,23	,03*
Afastamento	,15	,14	,11	,28	,01	,90	-,16	,15
Indiferença	,20	,02*	,08	,46	,05	,64	-,11	,32
No início da sessão								
Aproximação	-,03	,73	-,15	,14	-,04	,72	-,09	,40
Afastamento	,17	,10	,10	,31	-,06	,54	-,15	,16
Indiferença	,30	,004*	,16	,14	,003	,97	-,14	,19
Durante a sessão								
Aproximação	-,05	,64	-,05	,64	,00	,99	-,27	,01*
Afastamento	,14	,17	,14	,19	,04	,69	-,14	,20
Indiferença	,23	,03*	,01	,86	,07	,49	-,09	,43
No final da sessão								
Aproximação	-,04	,67	-,14	,90	-,04	,66	-,27	,01*
Afastamento	,12	,27	,06	,56	,07	,50	-,13	,24
Indiferença	,15	,15	,02	,78	,06	,56	-,05	,61

GAF, Avaliação do Funcionamento Global

* Estatisticamente significativo.

r = Coeficiente de Correlação de Pearson

r_s = Coeficiente de Correlação de Spearman

Tabela 3B. Contratransferência e características dos pacientes

Contratransferência	Características dos pacientes					
	Casado	Filhos	Eixo I	Eixo II	Eixo III	Eixo IV
	p	p	p	p	p	p
No geral						
Aproximação	,79	,31	,19	,83	,95	,09
Afastamento	,06	,29	,77	,62	,99	,06
Indiferença	,45	,01*	,17	,11	,79	,17
No início da sessão						
Aproximação	,32	,31	,41	,47	,84	,06
Afastamento	,01*	,12	,78	,58	,94	,30
Indiferença	,11	,01*	,19	,52	,58	,76
Durante a sessão						
Aproximação	,85	,35	,06	,81	,81	,17
Afastamento	,19	,67	,68	,62	,98	,02*
Indiferença	,85	,04*	,11	,06	,98	,05
No final da sessão						
Aproximação	,94	,37	,32	,72	,53	,12
Afastamento	,28	,32	,91	,77	,92	,05
Indiferença	,59	,07	,43	,06	,90	,12

* Estatisticamente significativo.

Teste utilizado – Teste t de Student

Tabela 4. Regressão Linear Múltipla:
Contratransferência e variáveis $p < 0,2$

Contratransferência	Variáveis $p < 0,2$	$p < 0,05$
No geral		
Aproximação	Imaturo, I, IV, GAF	
Indiferença	Sexo, Idade, Renda, Casado (a), IV, GAF	
No início da sessão		
Aproximação	Idade, IV	
Afastamento	Sexo, Renda, Casado (a), ter filho(s), GAF,	Casado (a)
Indiferença	Sexo, Idade, Renda, Casado(a), ter filho(s), Maduro, I, GAF,	Sexo, Renda
Durante a sessão		
Aproximação	Neurótico, I, GAF	GAF
Afastamento	Sexo, Idade, Renda, Casado (a), IV	IV
Indiferença	Renda, Ter filho(s), I, II, IV, Maduro	
No final da sessão		
Aproximação	IV, GAF	GAF
Afastamento	Sexo, IV	
Indiferença	Renda, ter filho(s), II, IV, Maduro	

REFERENCIAS

1. Abend SM (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanal Q* 58:374-95.
2. Allen JG, Colson DB, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, et al. (1985). Problems to anticipate in treating difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Psychiatry* 49:350-8.
3. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
4. Armelius BA, Holmqvist R (2003). Staff members feelings toward psychiatric patients related to their own and the patient's self-image and gender. *Scand J Psychol* 44:69-77.
5. Betan E, Heim AK, Zittel Conlin C, Westen D (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 162:890-8.
6. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. (2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr* 26:255-8.
7. Bowis B (2004). Psychological defense mechanisms: a new perspective. *Am J Psychoanal* 64:1-26.
8. Brody EM, Farber BA (1996). The effects of therapist experience and the patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 33:372-80.
9. Colson DB, Allen JG, Coyne L, Deering D, Jehl N, Kearns W, et al. (1986a). Profiles of difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry* 37:720-4.
10. Colson DB, Allen JG, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, et al. (1986b). An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry* 37:923-8.
11. Eizirik CL (1997). Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre (Brazil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 138 p.
12. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky S (2005). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed.
13. Franko DL, Rolfe S (1996). Countertransference in treatment of patients with eating disorders. *Psychiatry* 59:108-16.
14. Freud S (1910). As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. SE 11, p. 125-36.
15. Gabbard GO (1995). Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76(Pt 3):475-85.
16. Gabbard GO (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol* 57:983-91.
17. Gabbard GO (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
18. Hauck S, Cervieri A, Sordi A, Sbardellotto G, Salum Jr G, Moschetti L, et al. (2006). Development of the instrument for evaluation of suitability for psychoanalytic psychotherapy: structural equation modeling. *Rev Bras Psicoter* 8:155-70.
19. Heimmann P (1950). On countertransference. *Int J Psychoanal* 31:81-4.
20. Holmqvist R (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians feelings. *J Nerv Ment Dis* 186:455-61.

21. Holmqvist R, Armelius BA (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 184:660-6.
22. Kaplan H, Sadock B, Grebb J (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed.
23. Kernberg O (1965). Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 13:38-56.
24. Kernberg O (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
25. McHenry S (1994). When the therapist needs therapy: characterological countertransference issues and failures in the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy* 31:557-70.
26. Racker H (1957). The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q* 26:303-57.
27. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 196:702-8.
28. Sandler J, Holder A, Dare C (1970). Basic psychoanalytic concepts, IV: counter-transference. *Br J Psychiatry* 117:83-8.
29. Schwartz RC, Wendling HM (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: a review of empirical literature. *Psychol Rep* 92:651-4.
30. Thomä H, Kächele H (1992). *Teoria e Prática da Psicanálise*. Vol.1: Fundamentos teóricos. Porto Alegre: Artes Médicas.
31. Whitney H (1995). A comparative study of emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients. [dissertation]. New York (NY): New York University; 1998. *Dissertation Abstracts International*, 58, 3726.
32. Winnicott D (1949). Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 30:69-75.
33. Zaslavsky J, Santos MJP (2006). *Contratransferência: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
34. Zimmerman DE (2004). *Manual de técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

5.2 Versão em Inglês

Therapist countertransference and patient characteristics in psychoanalytic psychotherapy*

Roberta Rossi Grudtner³

Psychiatrist, Graduate student, Master's Degree Program in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

Simone Hauck

Psychiatrist, Master's Degree in Psychiatry, UFRGS. Graduate student, Doctorate Program in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil. Psychiatrist at the Psychiatry Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Cláudio Laks Eizirik

Psychiatrist, PhD in Medicine, UFRGS, Porto Alegre, Brazil. Adjunct Professor, Department of Psychiatry and Forensic Medicine, UFRGS, Porto Alegre, Brazil. Training and Supervising Analyst, Porto Alegre Psychoanalyst Society, Porto Alegre, Brazil. President of the International Psychoanalytic Association (IPA).

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psychiatry and Forensic Medicine Service, Porto Alegre, Brazil.

* This manuscript has been successfully submitted online for publication in The International Journal of Psychoanalysis.

³ Address correspondence to: Roberta Rossi Grudtner, Rua Anita Garibaldi, 1226 / 903. CEP 90450-000, Porto Alegre, Brazil. Phone: 55 51 30241393. E-mail: rgrudtner@terra.com.br

Countertransference, currently seen as inevitable and necessary in the psychotherapeutic setting, has its origin in the patient-therapist dyad. The careful examination of countertransference may aid in understanding patients by providing information about their inner world. Therefore, to empirically address what are the relationships between therapist feelings and patient parameters can contribute to amplify a set of crucial questions in contemporary clinical and theoretical psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy. This study evaluated countertransference and its association with patient characteristics in psychoanalytic psychotherapy. This cross-sectional study enrolled 86 consecutive therapeutic dyads seen at the Psychoanalytic Psychotherapy Outpatient Service of the Psychiatry Department of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil. Sociodemographic data, multi-axial assessment and patient defense styles were recorded. Countertransference feelings were assessed using the Countertransference Evaluation Scale developed by Eizirik (1997), a self-report checklist that contains 23 words for feelings combined into three dimensions, closeness, distance and indifference, and used at the beginning, middle and end of the session. Most therapists reported feelings of closeness, which intensified during the session. Patient characteristics, such as sex, income, marital status and GAF scores, were correlated with specific countertransference reactions. Axis I, II and III disorders, as well as patient defense style, did not affect countertransference. Therapists showed great empathy and capacity to connect affectively with their patients. Common countertransference reactions are associated with certain patient characteristics in psychoanalytic psychotherapy. The search for the sources of therapist's countertransference feelings makes possible the appropriate and effective use of the CT, promoting the therapeutic process. This study has limitations that compromise the generalization of the results, being imperious to detach the necessity of empirical controlled studies to widen the knowledge in this area of paramount relevance in the practice of psychoanalysts and the psychotherapists.

Keywords: countertransference (Psychology), psychotherapy, defense mechanisms, psychiatry diagnosis, gender.

INTRODUCTION

The concept of countertransference (CT), one of the most complex and controversial in psychoanalysis regardless of theoretical orientation (Zimmerman, 2004; Eizirik et al, 2005), has undergone considerable change since it was first described (Abend, 1989). CT was originally defined as a barrier to treatment, which had to be overcome (Freud, 1910). This limited view has been expanded in the last

100 years. It is currently believed that countertransference reactions are created jointly by analyst and patients and may, when adequately used, be a valuable diagnostic and therapeutic tool (Heimann, 1950; Kernberg, 1965; Racker, 1957; Sandler, 1970; Winnicott, 1949; Gabbard, 1995, 2001, 2006).

The clinical situation and the analytical encounter are currently seen and studied as a relationship between two people that occurs regardless of their wishes and that produces a mutual emotional impact. Countertransference enactments may provide useful information about what is being recreated by the therapist-patient dyad (Gabbard, 1995, 2001, 2006; Bowis, 2004; Eizirik et al, 2005).

Countertransference is an essential tool to understand the patient, and its importance in psychotherapy is undeniable (Thoma and Kachele, 1992; Zaslavsky and Santos, 2006). Specific psychopathologies have been found to be associated with common countertransference enactments, and may aid the therapist in confirming the psychodynamic impression about the patient. (Holmqvist, 1998; Schwartz and Wendling, 2003). Different patient characteristics, such as sex, object relation quality, behavioral traits and clinical diagnosis may trigger common emotional responses in the therapist (Holmqvist and Bengt-Ake, 1996; Armelius and Holmqvist, 2003).

Several studies in the literature report that patients evoke certain emotional reactions in the therapist, and that these feelings are valuable tools in the psychotherapeutic treatment. However, empirical studies in this area are scarce (Rossberg et al, 2008). Therefore, the evaluation of which patient characteristics induce common countertransference reactions in therapists may contribute to greater understanding and more adequate use of this important tool of the therapeutic process. The purpose of this study was to investigate the association between the

type of countertransference induced in the therapist and specific patient factors, such as sociodemographic characteristics, defense style, and multiaxial evaluation, in psychoanalytic psychotherapy.

METHOD

Sample

This cross-sectional study enrolled 86 consecutive therapeutic dyads. All patients referred to psychotherapeutic treatment and seen in the Psychoanalytic Psychotherapy Outpatient Department of the Psychiatry Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) during the study interval were included in the sample. The group of therapists was composed of second and third year residents in Psychiatry at the Psychiatry Service of HCPA and of students of the Specialization Course in Psychiatry offered by the Department of Psychiatry and Forensic Medicine of HCPA and the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Data were collected at the beginning of the treatment.

Inclusion criteria were age greater than 18 years and referral to psychoanalytic psychotherapy. This study used 21 criteria of referral for psychoanalytic psychotherapy developed from a broad review of the literature and from discussions by focus groups and expert panels. These criteria were described, together with corresponding factorial analysis and theoretical background, in a study published elsewhere (Hauck et al, 2006). Exclusion criteria were contraindications for psychoanalytic psychotherapy: psychotic disorders; severe depression with serious suicide attempts; chronic alcoholism or drug addiction; phobic disorders that cause chronic disability; borderline personality disorders with severely aggressive or self-destructive enactments; organic brain syndromes or mental disability; severe personality disorders; severe eating disorders (Eizirik et al, 2005; Kaplan et al, 2007).

Instruments

The following data were collected: sociodemographic data; psychiatric diagnosis according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2002); psychodynamic variables associated with the process of referral to psychoanalytic psychotherapy; and initial therapeutic planning. The therapists received 30 hours of theoretical and practical training for data collection, and were supervised by psychotherapists with 15 to 40 years' experience in psychoanalytic psychotherapy.

It is important to note that the therapists used DSM-IV-TR for the multiaxial evaluation, and that patients were diagnosed using clinical interviews instead of standardized instruments. This was possible because the therapists in this study had experience in making psychiatric diagnoses of inpatients and outpatients, and were familiar with the use of DSM-IV-TR for this purpose. Moreover, the duration of contact (about four sessions) favored the definition of a more accurate diagnosis. Multiaxial classification consists of five axes, one for each domain of information that may aid the clinician to plan the treatment and to predict outcomes. Axis I corresponds to clinical syndromes and other clinical disorders; axis II, personality disorders and mental retardation; axis III, general physical conditions; axis IV, psychosocial and environmental problems; and axis V, global assessment of functioning. Axis V is evaluated using the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) that classifies functioning into ten levels. The clinician evaluates patient functioning based on, for example, symptoms, social, occupational or school functioning, interpersonal relationships, behavior, self-care, danger of aggression or suicide, judgment and thinking. The resulting score may range from 1 to 100. All diagnoses were reviewed

by one of the authors according to a review of hospital charts at the end of the study, and discussed with the attending physician whenever necessary.

Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

The Brazilian Portuguese version of the DSQ-40 is a validated, self-report 10-point Likert-type questionnaire (1-9), in which 1 indicates “strongly disagree” and 9, “strongly agree”. There are forty questions about defenses described in DSM-III-R, which represent 20 defense styles grouped as mature, neurotic and immature. The scores of individual defenses are calculated as the means of two items of each defense mechanism and the factor scores are obtained from mean score of the defenses that belong to each factor. This scale was used to evaluate patient defense styles, and was responded by patients according to their perception of how they react to certain situations (conscious derivatives of defense mechanisms) (Blaya et al., 2004).

Countertransference Evaluation Scale (CTES)

The countertransference evaluation scale, developed by Eizirik (1997), was designed to identify emotional responses of the therapist to the patient at three time points: at the beginning, in the middle and at the end of the session. It is a self-report Likert-type scale (0-3), in which 0 indicates “not at all”, and 3, “very much”. Twenty-three feelings are described and grouped in three dimensions: closeness, distance or indifference (Eizirik, 1997). This instrument was chosen because it is an easy questionnaire to respond, does not require training, and had been used by the therapists before. Therefore, the assessment of common feelings perceived by the therapist during the sessions was systematized.

Statistical analysis

The student *t* test was used for dichotomous variables, and the analysis of variance (ANOVA), for variables with three or more outcomes.

The Pearson and the Spearman correlation coefficients measured the intensity of association between two normally distributed continuous variables.

Repeated measures ANOVA was used for the comparisons between means for the same person.

Results were analyzed statistically using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 14.0), and the level of significance was set at 0.05.

Multiple linear regression was performed to adjust for possible confounding factors; all variables with *p* values lower than 0.20 in bivariate analysis were included in multivariate analysis.

ETHICAL ISSUES

This study did not affect patient treatment. Data were collected in a database with no possibility of later identification of patient or therapist after the completion of the study. All those that accepted to participate in the study signed an informed consent term separately. Patient, therapist or both were allowed to refuse to participate or withdraw from the study at any time without any harm to treatment or specialization training at HCPA.

This study was approved by the Research Committee and the Ethics in Research Committee of HCPA under number GPPG 05-157.

RESULTS

Table 1 shows the sociodemographic characteristics and multi-axial evaluation of the study patients.

The analysis of DSQ-40 scores revealed that mean (\pm standard deviation) of mature defense styles was 4.48 ± 1.39 ; of neurotic defense styles, 4.64 ± 1.37 ; and immature defense styles, 4.22 ± 1.14 . Mean scores for the three defense styles did not differ from each other ($p=0.09$). Therefore, this study did not show any predominance in the use of any defense style.

The analysis of the CTES scores revealed a predominance of closeness over distance and indifference. Mean intensity (\pm SD) for closeness was $49.20 (\pm 14.46)$, for distance, $19.18 (\pm 13.68)$, and for indifference, $6.62 (\pm 5.13)$. To obtain a score comparable in the three dimensions under analysis, mean intensity of each score was divided by the number of items. Results showed a difference between the intensity of closeness and the feelings of distance and indifference ($p < 0.001$). Table 2 shows the partial intensity scores of the countertransference feelings according to each time point in the session (beginning, middle, and end). There was a significant difference between the partial scores of closeness intensity in comparison with distance and indifference scores ($p < 0.001$) at all time points in the session.

Moreover, partial scores of closeness increased during the session, and its intensity was lower in the beginning than in the middle ($p < 0.001$) and at the end of the session ($p < 0.001$). There was no difference between the closeness scores in the middle and at the end of the session. No difference was found between partial scores of distancing or indifference during the session, and results did not vary during the session.

Table 3A shows that feelings of closeness were inversely correlated with GAF score ($r=-0.23$; $p=0.03$), which included the partial closeness scores in the middle ($r=-0.27$; $p=0.01$) and at the end of the session ($r=-0.27$; $p=0.01$). The multiaxial diagnostic evaluation did not reveal any correlations between intensity of countertransference feelings and axes I, II and III diagnoses (Table 3B). There was a direct association between feelings of distance in the middle of the session and the presence of psychosocial and environmental problems ($p=0.02$). The analysis of demographic data revealed a direct association between therapist feelings of distance and male sex ($p=0.034$). It also showed that there was a direct correlation between feelings of indifference and income ($r=0.20$; $p=0.02$). There were no associations of specific countertransference feelings with patient age or educational level.

Table 4 shows multiple linear regression to control for possible confounding factors showed: an inverse association of feelings of closeness in the middle of the session with GAF ($p=0.45$); an inverse correlation between feelings of closeness at the end of the session and GAF ($p=0.01$); a direct correlation between feelings of distance in the beginning of the session and marital status ($p=0.02$); a direct correlation of distance feelings in the middle of the session with axis IV disorder ($p=0.01$); feelings of indifference in the beginning of the session and male sex ($p=0.04$) and feelings of indifference and higher income ($p=0.03$).

DISCUSSION

This study evaluated the emotional responses of therapists and their associations with specific characteristics of patients of psychoanalytic psychotherapy. Sex, income, marital status, axis IV disorder and GAF score in the multiaxial

evaluation were correlated with specific countertransference feelings reported by therapists.

Data about defense mechanisms suggested that the defense style of patients were heterogeneous, and no defense style was predominant in this sample. This may be assigned to the fact that the study was conducted in a general psychoanalytic psychotherapy outpatient service, not specialized in the treatment of specific patient clusters, but that sees patients with a variety of pathologies, who have an indication for psychoanalytic psychotherapy and who might benefit from this type of treatment. There was no association between patient defense level and the countertransference reaction evoked in the therapist, which may be explained by sample heterogeneity.

No correlation was found between feelings induced in the therapists and axes I, II or III diagnoses in the multiaxial evaluation. Clinical studies in the literature suggest a strong association between diagnosis and countertransference, particularly in the treatment of patients with severe pathologies (Winnicott, 1949; Kernberg, 1975, 1995; McHenry, 1994). However, empirical studies with patients with different pathologies showed contradictory results. Brody and Farber (1996) used clinical vignettes and found that patients with borderline personality disorders, depression and schizophrenia induced generally specific emotional responses in the therapist. Franko and Rolfe (1996) found evidence that patients with anorexia induced more intense negative feelings in the therapist than patients with bulimia. Betan et al. (2005) and Rossberg et al. (2008) found that countertransference patterns are systematically correlated with personality disorders. Conversely, systematic studies found that the diagnosis alone did not affect countertransference reactions (Allen et al, 1986; Colson et al, 1986). Whitney (1995) studied the emotional response of therapists to patients with borderline personality disorder and patients with

depression and did not find any significant correlations. Holmqvist and Armelius (1996) noted that a diagnosis of mental disability, as well as of personality disorder, did not contribute to variations in the therapist's countertransference feelings. In 1998, Holmqvist did not find any significant association between the feelings evoked in therapists and specific diagnoses. Therefore, this issue is still unsettled and open to discussion.

In this study, the analysis of countertransference revealed a predominance of feelings of closeness and an intensification of these feelings during the session. This may be explained by a reduction in the initial therapist anxiety and a greater capacity to establish an emotional connection and to empathize with the patient during the session (Eizirik, 1997).

The scores that measured the intensity of closeness were higher for patients with lower GAF scores, which suggested that a more severely impaired level of global functioning might generate this type of countertransference reaction more intensely in therapists. This finding is in agreement with other study reports. Holmqvist and Armelius (1998) demonstrated that the global mental condition of the patient is associated with the therapist's feelings and is more important in determining countertransference reactions than the patient's diagnosis. The study conducted at the Menninger Clinic also found that the level of disease severity was associated with the countertransference induced in the therapist (Colson et al., 1986).

Married patients evoked significantly more feelings of distance in the beginning of the session, which suggests that this could provide useful information about problems that the patient is struggling with and may aid therapists in understanding and inferring a patient's inner reality.

Psychosocial and environmental problems (axis IV) led to higher distance scores in the middle of the session, which suggests that these factors, in addition to their potential effect on the patient's diagnosis, treatment and prognosis according to DSM-IV-TR, may also evoke a negative emotional reaction in the therapist along the session. One of the possible explanations for that phenomenon is that it may be a defense move by the therapist in face of the patient's life issues, which the therapist is unable to change.

The intensity of the indifference at the beginning of the session was associated with patient sex and income. Feelings such as detachment, immobility and lack of interest are induced in the therapists and are associated with these two variables. The results of this study showed an association between indifference at the beginning of the session and male sex. These findings are similar to those reported by Eizirik (1997), who evaluated countertransference in a sample of elderly patients in the metropolitan area of Porto Alegre and found that women induced more intense feelings of closeness than men. In addition, feelings of indifference were correlated with male sex during the interview. However, Armelius and Holmqvist (2003) evaluated the association between feelings induced in the therapists and patient sex and found that female patients evoked a larger number of negative feelings than male patients. This may reflect a difference between study samples.

The analysis of the association with income should take into consideration that this study was conducted in a university hospital, where fees are not charged and services are offered to patients that cannot afford a psychotherapeutic treatment. Therefore, therapists may feel more motivated to help patients that are actually low income as they are more closely identified with the institution's purposes. Indifference

may, therefore, be a reflection of the lack of therapist identification with the high-income patients that need to use this no-fee service.

The evaluation of countertransference was conducted at the start of the therapeutic process. In addition, therapists in training may face greater difficulties to tolerate countertransference. Brody and Farber (1996) compared the emotional reaction of experienced therapists, psychology students and interns, and found that inexperienced therapists tend to enact countertransference. Moreover, the more experienced the therapists, the more comfortable they feel with the emotional reactions induced by patients, even when they are negative.

This study has some limitations. Its naturalistic study design resulted in few exclusion criteria and in a heterogeneous sample. Moreover, results are based on a cross-sectional analysis. Therefore, questions about causality cannot be addressed. Some variables that may have affected the results could not be controlled because of the type of sample selection. Therefore, generalizations are not warranted. Controlled studies should be conducted to further investigate the association of patient variables and emotional responses induced in the therapists and how these responses may affect diagnosis and psychotherapeutic treatment.

CONCLUSION

According to the results of this study, feelings of closeness were more predominantly induced in therapists, which suggests that therapists are capable of establishing affective connections and identifications with their patients. Moreover, therapists' feelings of closeness increased during the session, which may reflect a gradual process of emotional connection with their patients.

The analysis of patient characteristics revealed that sex, income, axis IV diagnoses and GAF scores had an independent effect on the induction of specific

countertransference reactions. Axis I, II and III disorders, as well as patient age, educational level and defense style scores, did not affect countertransference.

A therapist's search for the sources of his or her emotional reactions should promote the effective management of countertransference and may substantially benefit rather than hinder the therapeutic process. The scarcity of empirical studies in this area and the paramount relevance of these issues warrant further studies.

Table 1. Patient characteristics

Characteristic	Mean \pm SD or no. (%)
Age, years	38.53 \pm 11.24
Education, years	11.96 \pm 3.18
Income, national minimal wage	3.25 \pm 3.05
Marital status	
Married or cohabiting	34 (39.5)
Single and not cohabiting	52 (60.5)
Children	
Yes	57 (66.3)
No	29 (33.7)
Defense Mechanisms	
Mature	4,48 (1,39)
Neurotic	4,64 (1,376)
Immature	4,22 (1,14)
Axis I	
Yes	64 (74.6)
No	21 (24.4)
Axis II	
Yes	19 (22.1)
No	66 (76.7)
Axis III	
Yes	42 (48.8)
No	43 (50.0)
Axis IV	
Yes	74 (86)
No	11 (12.8)
GAF	62.09 \pm 16.28

GAF: global assessment of functioning; SD: standard deviation

Table 2. Countertransference feelings

<i>Countertransference feelings</i>	<i>Mean* ± SD</i>	<i>P**</i>
Overall		< .001
Closeness	1.64 ± .47	
Distancing	.63 ± .45	
Indifference	.73 ± .57	
Beginning of session		< .001
Closeness	1.53 ± .51	
Distancing	.64 ± .56	
Indifference	.75 ± .66	
During session		< .001
Closeness	1.70 ± .50	
Distancing	.6 ± .47	
Indifference	.75 ± .61	
End of session		< .001
Closeness	1.68 ± .50	
Distancing	.61 ± .46	
Indifference	.68 ± .63	

SD: standard deviation

* Value calculated as mean intensity of each dimension divided by number of items in corresponding dimension – see text.

** Value of p is calculated according to analysis of closeness, distancing and indifference within each category.

Table 3A. Countertransference and patient characteristics

<i>Countertransference</i>	<i>Patient characteristics</i>							
	<i>Income</i>		<i>Age</i>		<i>Education</i>		<i>GAF</i>	
	<i>r_s</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Overall								
Closeness	-.04	.70	-.07	.46	-.03	.77	-.23	.03*
Distancing	.15	.14	.11	.28	.01	.90	-.16	.15
Indifference	.20	.02*	.08	.46	.05	.64	-.11	.32
Beginning of session								
Closeness	-.03	.73	-.15	.14	-.04	.72	-.09	.40
Distancing	.17	.10	.10	.31	-.06	.54	-.15	.16
Indifference	.30	.004*	.16	.14	.003	.97	-.14	.19
During session								
Closeness	-.05	.64	-.05	.64	.00	.99	-.27	.01*
Distancing	.14	.17	.14	.19	.04	.69	-.14	.20
Indifference	.23	.03*	.01	.86	.07	.49	-.09	.43
End of session								
Closeness	-.04	.67	-.14	.90	-.04	.66	-.27	.01*
Distancing	.12	.27	.06	.56	.07	.50	-.13	.24
Indifference	.15	.15	.02	.78	.06	.56	-.05	.61

GAF: global assessment of functioning

* Statistically significant.

r = Pearson correlation coefficient

r_s = Spearman correlation coefficient

Table 3B. Countertransference and patient characteristics

<i>Countertransference</i>	<i>Patient characteristics</i>					
	<i>Married</i>	<i>Children</i>	<i>Axis I</i>	<i>Axis II</i>	<i>Axis III</i>	<i>Axis IV</i>
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Overall						
Closeness	.79	.31	.19	.83	.95	.09
Distancing	.06	.29	.77	.62	.99	.06
Indifference	.45	.01*	.17	.11	.79	.17
Beginning of session						
Closeness	.32	.31	.41	.47	.84	.06
Distancing	.01*	.12	.78	.58	.94	.30
Indifference	.11	.01*	.19	.52	.58	.76
During session						
Closeness	.85	.35	.06	.81	.81	.17
Distancing	.19	.67	.68	.62	.98	.02*
Indifference	.85	.04*	.11	.06	.98	.05
End of session						
Closeness	.94	.37	.32	.72	.53	.12
Distancing	.28	.32	.91	.77	.92	.05
Indifference	.59	.07	.43	.06	.90	.12

* Statistically significant.
Student *t* test

Table 4. Multiple Linear Regression
Countertransference and factors $p < 0,2$

Countertransference	Factors $p < 0,2$	$p < 0,05$
Overall		
Closeness	Immature, I, IV, GAF	
Distancing		
Indifference	Sex, Age, Income, Married, IV, GAF	
Beginning of session		
Closeness	Age, IV	
Distancing	Sex, Income, Married, Children, GAF,	Married
Indifference	Sex, Age, Income, Married, Children, Mature, I, GAF,	Sex, Income
During session		
Closeness	Neurotic, I, GAF	GAF
Distancing	Sex, Age, Income, Married, IV	IV
Indifference	Income, Children , I, II, IV, Mature	
End of session		
Closeness	IV, GAF	GAF
Distancing	Sex, IV	
Indifference	Income, Children II, IV, Mature	

REFERENCES

1. Abend SM (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanal Q* 58:374-95.
2. Allen JG, Colson DB, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, et al. (1986). Problems to anticipate in treating difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Psychiatry* 49:350-8.
3. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
4. Armelius BA, Holmqvist R (2003). Staff members feelings toward psychiatric patients related to their own and the patient's self-image and gender. *Scand J Psychol* 44:69-77.
5. Betan E, Heim AK, Zittel Conlin C, Westen D (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 162:890-8.
6. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. (2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr* 26:255-8.
7. Bowis B (2004). Psychological defense mechanisms: a new perspective. *Am J Psychoanal* 64:1-26.
8. Brody EM, Farber BA (1996). The effects of therapist experience and the patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 33:372-80.
9. Colson DB, Allen JG, Coyne L, Deering D, Jehl N, Kearns W, et al. (1986). Profiles of difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry* 37:720-4.
10. Colson DB, Allen JG, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, et al. (1986). An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry* 37:923-8.
11. Eizirik CL (1997). Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre (Brazil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 138 p.
12. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky S (2005). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed.
13. Franko DL, Rolfe S (1996). Countertransference in treatment of patients with eating disorders. *Psychiatry* 59:108-16.
14. Freud S (1910). As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. *SE* 11, p. 125-36.
15. Gabbard GO (1995). Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76(Pt 3):475-85.
16. Gabbard GO (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol* 57:983-91.
17. Gabbard GO (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
18. Hauck S, Cervieri A, Sordi A, Sbardellotto G, Salum Jr G, Moschetti L, et al. (2006). Development of the instrument for evaluation of suitability for psychoanalytic psychotherapy: structural equation modeling. *Rev Bras Psicoter* 8:155-70.
19. Heimmann P (1950). On countertransference. *Int J Psychoanal* 31:81-4.

20. Holmqvist R (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians feelings. *J Nerv Ment Dis* 186:455-61.
21. Holmqvist R, Armelius BA (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 184:660-6.
22. Kaplan H, Sadock B, Grebb J (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed.
23. Kernberg O (1965). Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 13:38-56.
24. Kernberg O (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
25. McHenry S (1994). When the therapist needs therapy: characterological countertransference issues and failures in the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy* 31:557-70.
26. Racker H (1957). The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q* 26:303-57.
27. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 196:702-8.
28. Sandler J, Holder A, Dare C (1970). Basic psychoanalytic concepts, IV: counter-transference. *Br J Psychiatry* 117:83-8.
29. Schwartz RC, Wendling HM (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: a review of empirical literature. *Psychol Rep* 92:651-4.
30. Thomä H, Kächele H (1992). *Teoria e Prática da Psicanálise*. Vol.1: Fundamentos teóricos. Porto Alegre: Artes Médicas.
31. Whitney H (1995). A comparative study of emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients. [dissertation]. New York (NY): New York University; 1998. *Dissertation Abstracts International*, 58, 3726.
32. Winnicott D (1949). Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 30:69-75.
33. Zaslavsky J, Santos MJP (2006). *Contratransferência: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
34. Zimerman DE (2004). *Manual de técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a CT dos terapeutas e as suas associações com características dos pacientes em psicoterapia de orientação analítica. Observou-se que gênero, renda, estado civil, Eixo IV e GAF da avaliação multiaxial correlacionaram-se com sentimentos contratransferenciais específicos nos terapeutas. A associação entre padrões contratransferenciais e estas características dos pacientes pode refletir a influência do paciente na experiência subjetiva do terapeuta.

Não se evidenciou, nesta amostra, associação da CT com idade, estilo defensivo e escolaridade do paciente. Além disso, a presença de diagnóstico nos eixos I, II e III da avaliação multiaxial não se associou com a reação contratransferencial. Estes resultados, de acordo com outros estudos empíricos, podem sugerir a contribuição questionável dos transtornos psiquiátricos clínicos e dos transtornos de personalidade com sentimentos contratransferenciais específicos.

Em relação à avaliação da CT, os resultados deste estudo mostraram um predomínio de sentimentos de aproximação, com aumento da intensidade desses sentimentos no decorrer da sessão. Pode-se inferir, a partir desta observação, que houve diminuição da ansiedade inicial dos terapeutas, possibilitando maior contato emocional e ampliação da capacidade empática do terapeuta no decorrer da sessão.

As reações emocionais do terapeuta constituem parte inevitável de cada encontro analítico. Através dos afetos contratransferenciais, o terapeuta percebe o que seu paciente sente, inferindo sua realidade psíquica. Portanto, o terapeuta utiliza a si próprio como instrumento de compreensão.

De acordo com Jacobs (1993), a experiência subjetiva do analista no *setting* psicoterápico proporciona informações valiosas e complexas, e principalmente amplia a comunicação do paciente, promovendo o processo analítico:

É verdade, claro, que todas nossas reações não são igualmente úteis. Algumas são muito pessoais e idiossincráticas; e todos nós temos dias quando, atrapalhados, cansados ou preocupados, nos percebemos reagindo de forma que primariamente tem haver com nossos próprios interesses. Mas também é verdade, quando nossos ouvidos estão sintonizados e estamos ouvindo bem, lapsos de memória e imaginação surgem fornecendo significado e geralmente iluminando respostas à comunicação de nossos pacientes. Tais experiências têm nos ensinado que nossa habilidade de entender outra pessoa depende de nossa capacidade, não apenas de ouvir aquele indivíduo, mas a nós mesmos também. E nós aprendemos outra coisa: que entre as ferramentas de trabalho do analista, nada é mais valioso que o uso efetivo de si mesmo. (JACOBS, 1993, p.14).

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Terapeuta

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um trabalho de pesquisa na área da psicoterapia que tem como finalidade avaliar a associação entre características do paciente e a contratransferência despertada no terapeuta.

Para avaliar as características do paciente, estamos utilizando a ficha de avaliação para psicoterapia de orientação analítica, a escala Defense Style Questionnaire DSQ-40, versão adaptada para o português brasileiro, autoaplicável. Para avaliar a contratransferência estamos usando a Escala de Avaliação da Contratransferência a ser preenchida pelo terapeuta.

Convidamos-lhe a participar deste trabalho. Sua participação envolve a concordância em preencher a ficha de avaliação e a referida escala. Esta visa identificar as respostas emocionais do terapeuta em relação ao paciente, sendo mensuradas em escores de maior e menor intensidade de aproximação, indiferença ou afastamento.

A investigação terá caráter sigiloso, de forma que em momento algum será revelado a público os nomes dos participantes ou quaisquer dados que possam revelar a identidade ou dados do preenchimento individual do questionário. O benefício deste trabalho está ligado ao desenvolvimento das pesquisas na área de psicoterapia.

Em caso de qualquer dúvida a respeito do referido estudo, estaremos prontos para esclarecê-las. O contato pode ser feito através da pesquisadora Roberta Rossi Grüdtner, pelo fone 99997478 ou pelo e-mail: rgrudtner@terra.com.br.

Eu,....., concordo em participar do referido estudo através do preenchimento do questionário acima especificado. Estou ciente de que a minha participação é voluntária e de que posso cancelá-la a qualquer momento, se assim desejar. Também fui informado do caráter confidencial dos dados e que a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,..... de de

Assinatura do terapeuta:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Pesquisador responsável: Cláudio Laks Eizirik.

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar seu jeito de ser e como você se sente em relação a algumas situações da sua vida. Vamos pedir que você responda a um questionário sobre esses temas nesse momento. Também será solicitado que seu terapeuta forneça alguns dados sobre o jeito que você é e como você se sente para que possamos avaliar algumas características do tratamento que você realiza nesse hospital. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as escalas que vou preencher de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador (a) _____ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente _____

Assinatura do pesquisador _____

Contato com a pesquisadora: Roberta R. Grüdtner- 21018413

Pesquisador responsável: Cláudio L. Eizirik

ANEXO 3 - Escala para Avaliação da Contratransferência

Instruções: Avalie se, durante a realização da entrevista, percebeu em si algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Faça um círculo ao redor do número que melhor expressa o que sentiu.

NADA	0
POUCO	1
MODERADAMENTE	2
MUITO	3

**** ASSINALE OS SUBTOTAIS ****

	no início	durante	no final
Curiosidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Interesse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Simpatia	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Solidariedade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Afeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desejo de ajudar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Alegria	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tristeza	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Pena	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Atração	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desconforto	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desconfiança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tédio	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Rejeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desesperança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Reprovação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Acusação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Irritação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Medo	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Hostilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desinteresse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Distância	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Imobilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Este instrumento está sendo utilizado em um projeto de pesquisa de Cláudio Eizirik e colaboradores)

ANEXO 4 – Defense Style Questionnaire (DSQ-40)**DSQ-40**

Nome: _____

Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

ANEXO 5 – Protocolo de Pesquisa

Ficha de avaliação para Psicoterapia de Orientação Analítica

Nome: _____ DN: __/__/_____

Sexo: _____ Escolaridade _____ anos de estudo concluídos Data:
____/____/_____

Telefone: _____ Profissão: _____

Prontuário: _____

Estado Civil: _____ Renda aproximada: _____ salários mínimos

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Reside com: _____

Filhos (idades): _____

Motivo da procura: _____

Tempo de atendimento no HCPA: _____

Qual? _____

Critérios de indicação:

		Sim	Não	Observações
1	Busca espontânea			
2	Disponibilidade de tempo			
3	Atividade Profissional			
4	Inteligência			
5	Boa Adaptação Prévia			
6	Teste de Realidade			
7	Pessoa Significativa			Quem?
8	Qualidade das relações de objeto			
9	Expectativas Realistas			
10	Sofrimento Psíquico			
11	Curiosidade Psíquica			
12	Pensa Psicologicamente			
13	Tolerância à Frustração			
14	Difusão de Identidade			
15	Conflitos com Dependência			
16	Descontrole de Impulsos			
17	Assume Responsabilidades			

18	Fator Desencadeante			
19	Conflito Focal Identificável			
20	Motivação			
21	Aliança Terapêutica			

Foco:

Sentimentos despertados durante a avaliação (contratransferência: por ex, raiva, impotência, rechaço, desconfiança, angústia, medo, simpatia, tédio, atração, irritação etc...):

Sentimentos transferenciais predominantes (por ex, raiva, impotência, rechaço, desconfiança, angústia, medo, simpatia, tédio, atração, irritação etc...):

Defesas predominantes:

(Colocar as 7 mais observadas, numerando de 1 a 7 da mais freqüente para a menos utilizada)

	Projeção delirante		Desvalorização
	Negação psicótica		Repressão
	Distorção psicótica		Isolamento do afeto
	Retraimento apático		Intelectualização
	Queixa com rejeição de ajuda		Formação reativa
	Agressão passiva		Dissociação
	Atuação		Deslocamento
	Identificação projetiva		Anulação
	Fantasia autista		Supressão
	Racionalização		Sublimação
	Cisão da auto-imagem ou da imagem alheia		Humor
	Projeção		Auto-afirmação
	Negação		Antecipação
	Onipotência		Altruísmo
	Idealização		Afiliação

Hipótese Psicodinâmica Preliminar:

Diagnóstico:

EIXO I: _____

EIXO II: _____

EIXO III: _____

EIXO IV: _____

EIXO V: _____ (GAF)

Características da Psicoterapia:

1. Supervisão: () Sim () Não

2. Frequência: () 1x () 2 x semana

Setting: mesma sala para as duas sessões? () Sim () Não

Intervalo entre elas ____ dias

3. Psicoterapia prévia: () Não () Sim (Onde, quando, duração, interrupções [razão], tipo) _____

4. Tratamento psiquiátrico prévio: () Não () Sim (Qual) _____

5. Medicação: () Não () Sim (Quais) _____

6. Sexo do terapeuta: F () M () Idade: ____ anos

Terapeuta: _____

Supervisor: _____

(Dados Confidenciais: após a digitação dos dados, ao final do projeto, os dados de identificação do paciente, terapeuta e supervisor serão destruídos).

Glossário:

Boa adaptação: algum grau de satisfação na maioria das seguintes áreas: familiar, profissional e amorosa.

Pessoa significativa: estabeleceu algum vínculo significativo com alguém além da família nuclear.

Qualidade das relações de objeto: relações de objeto internalizadas, que podem ser repetidas na transferência, com algum grau de confiança, afeto e constância objetal e sem ataques repetidos ao vínculo e/ou reações desesperadas mediante “ameaça” de separações.

Sofrimento psíquico: sentimento de mal-estar, desconforto, infelicidade, angústia, insatisfação...

Curiosidade psíquica: Interesse em estabelecer conexões entre o interno e o externo e entre passado e futuro.

Pensar psicologicamente: ter capacidade de estabelecer essas conexões.

Difusão de identidade: não ter um conceito formado de self, o que freqüentemente está acompanhado de uma dificuldade de definir as outras pessoas.

OBS: O glossário dos mecanismos de defesa e instruções de preenchimento encontra-se no apêndice B do DSM-IV-TR (pág. 754-759). –

Catálogo-na-Publicação

G886e Grudtner, Roberta Rossi

Estudo da contratransferência e sua associação com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica / Roberta Rossi Grudtner. – 2009.

97 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik.

1. Contratransferência (Psicologia) 2. Psicoterapia 3. Mecanismos de defesa I. Eizirik, Cláudio Laks II. Título

NLM WM 62