

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA
(EACT) NO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO INICIAL DE VÍTIMAS DE TRAUMA
PSÍQUICO**

ÉRICO DE MOURA SILVEIRA JÚNIOR
ORIENTADORA: LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN
CO-ORIENTADOR: GUILHERME VANONI POLANCZYK

Porto Alegre, 2010

ÉRICO DE MOURA SILVEIRA JÚNIOR

**VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA
CONTRATRANSFERÊNCIA (EACT) NO ATENDIMENTO
PSIQUIÁTRICO INICIAL DE VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Orientadora

Prof. Dr. Guilherme Vanoni Polanczyk

Co-orientador

Porto Alegre, 2010

S587v Silveira Júnior, Érico de Moura

Validação da escala para avaliação da contratransferência (EACT) no atendimento psiquiátrico inicial de vítimas de trauma psíquico / Érico de Moura Silveira Júnior ; orient. Lúcia Helena Freitas Ceitlin ; co-orient. Guilherme Vanoni Polanczyk. – 2010.

83 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, 2010.

1. Contratransferência (Psicologia) 2. Psicoterapia 3. Estudos de validação 4. Transtornos de estresse pós-traumáticos 5. Psicometria I. Ceitlin, Lúcia Helena Freitas II. Polanczyk, Guilherme Vanoni III. Título.

NLM: WM 62

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

“Pensamentos sem conteúdo são vazios;
intuições sem conceitos são cegas”.

(Kant, I., 1724-1804)⁽¹⁾

“Un faro quieto nada sería
guía, mientras no deje de girar
no es la luz lo que importa en verdad
son los 12 segundos de oscuridad.”

(Drexler, J., 2006)⁽²⁾

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer a diversas pessoas e instituições, sem as quais certamente esta empreitada não teria sido valiosa, divertida, e nem teria ido adiante.

Inicialmente, agradeço à minha orientadora Lúcia Ceitlin por acreditar em mim e me abrir as portas para desenvolver o mestrado. Ao professor Cláudio Eizirik, que gentilmente cedeu sua escala. A Simone Hauck pela parceria que desenvolvemos ao longo destes anos, pela sua incansável dedicação e disposição em trabalharmos juntos. Ao grupo de cotação do ICB, Letícia Krueel e Anne Sordi, pelos humorados encontros semanais, e em especial à Patrícia Goldfeld que abriu sua casa para as reuniões. Ao PPG de Psiquiatria que vem se aperfeiçoando e oferecendo disciplinas qualificadas, com as quais desenvolvi novas habilidades e passei a gostar ainda mais de pesquisa. Agradeço a todos os professores e colegas que fazem e fizeram parte da minha trajetória, são modelos e, com os quais, pude trocar ricas experiências. A todos os pacientes que me oportunizaram conhecer suas vidas, ajudar e aprender, e aos que participaram da pesquisa, pela doação e confiança. Aos colegas residentes e cursistas da Psiquiatria do HCPA, que participaram como terapeutas da pesquisa e revelaram parte de sua intimidade. Ao grupo de estatística do GPPG-HCPA, que me ajudou a compreender a análise fatorial. À CAPES, pela bolsa de pesquisa que, além de valorizar meu trabalho, investiu em minha formação.

Além disso, agradeço a Maria Cristina Vasconcellos por me mostrar um espaço amplo para viver. Agradeço também a Miriam Brunstein por ser uma “madrinha” profissional e científica. Ao colega e amigo Marcelo Berlim pela ajuda e incentivo. Agradeço a amizade e aos bons momentos com meus amigos Guilherme Polanczyk, Mariana Eizirik, Alex Haas, Adriela Mariath, Rodrigo Chazan, Rafael Karan, Daniel Spritzer, Gabriela Favalli, Daniela Poester, Juliana Dariano e Marcelo Fruet, com os quais a vida fica mais leve e divertida. Especialmente, agradeço a generosidade da Mariana Eizirik, que compartilhou parte do seu banco de dados do mestrado. Ao amigo, colega e co-orientador Guilherme Polanczyk, que é um exemplo profissional e pessoal de dedicação, competência e compreensão. Aos amigos, compadres e afilhados, Alex Haas e Adriela Mariath, pela amizade sincera e por confiar em mim para apadrinhar o gracioso Theo.

Agradeço enormemente aos meus pais, Érico e Silvia, a minha irmã Silvana, a minha avó Antônia e ao meu avô Eli por todo o amor de nossa convivência. Sobretudo, agradeço aos meus pais por toda a dedicação e incansável esforço para meu desenvolvimento. Um caloroso salve à família da minha esposa que me acolheu carinhosamente, em particular ao Sérgio, Joanita, Rodrigo, Carolina, Betânia, Luciano, Gabriel e Dercy.

Por fim, especialmente agradeço a minha esposa, Mariana Furtado, pelo carinhoso convívio e amoroso companheirismo, crescimento e constante estímulo a seguir em frente. Te amo pela tua graça, inteligência e paciência.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 6 |
| RESUMO..... | 7 |
| ABSTRACT..... | 11 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2. BASE CONCEITUAL..... | 18 |
| 2.1. CONTRATRANSFERÊNCIA | 18 |
| 2.2. TRAUMA PSÍQUICO | 23 |
| 2.3. CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO DE VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO | 25 |
| 2.4. AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA | 29 |
| 2.5. VALIDAÇÃO DE ESCALAS EM PSIQUIATRIA | 30 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 34 |
| 4. OBJETIVOS..... | 36 |
| 4.1. OBJETIVO PRIMÁRIO | 36 |
| 4.2. OBJETIVO SECUNDÁRIO | 36 |
| 5. MÉTODOS..... | 37 |
| 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 38 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 39 |
| 8. ARTIGO 1..... | 49 |
| 9. ARTIGO 2..... | 64 |
| 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 77 |
| ANEXO 1 - ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA (EACT)..... | 79 |
| APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 80 |
| APÊNDICE 2 - PROTOCOLO DE PESQUISA..... | 81 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Assessment of Countertransference Scale

AFE: Análise Fatorial Exploratória

CT: Contratransferência

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision

EACT: Escala para Avaliação da Contratransferência

GPPG: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ICB: Inventário do Comportamento Contratransferencial

MSRS: Sistema de Avaliação dos Estados Mentais

NET-TRAUMA: Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TRI: Teoria de Resposta ao Item

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Introdução: O conceito de contratransferência evoluiu de “um obstáculo ao tratamento” à ferramenta útil à compreensão do paciente dentro de uma relação bi-pessoal. Atualmente, buscam-se evidências da sua especificidade, correlacionando padrões específicos de contratransferência com características do paciente e terapeuta, classes diagnósticas e desfechos do tratamento. Acredita-se que, devido à intensidade das reações emocionais despertadas nos terapeutas que atendem vítimas de trauma, o estudo da contratransferência nesta população auxilie no autoconhecimento dos terapeutas, amplie a compreensão sobre o fenômeno e contribua para um melhor atendimento dos pacientes. O desenvolvimento de pesquisas nesta área esbarra no reduzido número de escalas validadas para acessar a contratransferência. No Brasil, estão disponíveis a escala para Avaliação da Contratransferência e as versões traduzidas do Inventory of Countertransference Behavior e Mental States Rating System, mas nenhuma validada. A Escala para a Avaliação da Contratransferência (EACT) foi criada em nosso meio, com elevada validade de face, construída em torno de três dimensões conceituais de sentimentos. Entretanto, suas propriedades psicométricas ainda não foram avaliadas.

Objetivos: Investigar a validade de construto da EACT, respondida por terapeutas de vítimas de trauma psíquico (Artigo 1). Secundariamente, analisar a correlação entre a contratransferência inicial com vítimas de trauma psíquico e os dados demográficos e clínicos de terapeutas e pacientes e o tipo de trauma, e investigar a associação entre a contratransferência inicial e a adesão dos pacientes ao tratamento e o seu desfecho, operacionalizado como alta ou abandono (Artigo 2).

Método: Delineamento transversal (Artigo 1) e análises secundárias com dados longitudinais (Artigo 2). A amostra foi composta por 50 psiquiatras no segundo ano de formação durante estágio no Núcleo de Estudos e Tratamento de Trauma Psíquico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. Esses terapeutas atenderam 131 pacientes recrutados consecutivamente durante 4 anos, que incluiu a primeira ou segunda consulta de vítimas de abuso sexual, seqüestro, assalto, agressão física, tentativa de homicídio, tortura e trauma indireto, independentemente do tempo decorrido entre a consulta atual e o evento traumático. Foram excluídos atendimentos de pacientes que chegaram à primeira consulta com ideação suicida grave, sintomas psicóticos e/ou com indicação de internação psiquiátrica. Os pacientes foram selecionados após triagem, que avaliou as variáveis clínicas e o diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV-TR. Na primeira consulta, foram coletados os dados demográficos e clínicos e avaliada a contratransferência identificada pelo terapeuta através da EACT. Os pacientes foram acompanhados ao longo do tratamento psiquiátrico para determinar o número de consultas, faltas e o desfecho: alta ou abandono. A EACT é uma escala auto-aplicável, composta por 23 itens pontuados para 3 momentos da sessão (início, durante e final) em escala tipo Likert (0=ausência a 3=muito), e distribuídos em 3 domínios: aproximação (10 itens), afastamento (10 itens) e indiferença (3 itens). A validade de constructo da EACT no atendimento desta população foi avaliada através da análise fatorial exploratória (EFA) e consistência interna (α de Cronbach). O tamanho amostral foi calculado a partir de pelo menos 5 aplicações da EACT para cada item da escala (mínimo $N = 115$). E a análise fatorial confirmatória foi usada para determinar os parâmetros de adequação

(*goodness-of-fit*) da versão da EACT no atendimento de vítimas de trauma obtida na EFA em comparação com a versão original.

Resultados: A EFA mostrou 3 fatores com homogeneidade consistente, sendo distinta da versão original da EACT a correlação entre os itens e o terceiro fator: afastamento (9 itens com 24% da variância; $\alpha = 0,88$), aproximação (7 itens com 15% da variância; $\alpha=0,82$) e tristeza (6 itens com 9% da variância; $\alpha = 0,72$). O item alegria, com carga fatorial baixa, foi retirado da análise por ser considerado irrelevante neste contexto. A análise fatorial confirmatória evidenciou melhores critérios de *goodness-of-fit* em todos os parâmetros testados para a presente versão da EACT do que a original. Secundariamente, as características demográficas e clínicas dos terapeutas e dos pacientes dos grupos alta e abandono foram similares. Os terapeutas com idade ≤ 27 anos pontuaram maior afastamento que os mais velhos ($0,14 \pm 1$ vs. $-0,21 \pm 0,9$; $P=0,019$). Os pacientes casados induziram nos terapeutas mais sentimentos de afastamento ($0,20 \pm 1$ vs. $-0,19 \pm 0,9$; $P = 0,016$) e tristeza ($0,18 \pm 1$ vs. $-0,17 \pm 1$; $P = 0,049$) que os que vivem sozinhos. Nas variáveis clínicas, as vítimas de trauma indireto e de múltiplos traumas despertaram mais tristeza ($0,38 \pm 1$ e $0,76 \pm 0,4$, respectivamente), comparadas às vítimas de violência sexual ($0,03 \pm 0,9$) e urbana ($-0,3 \pm 1$) ($P = 0,039$). A mediana de consultas realizadas foi 5 [4; 8], faltas 1 [0; 1] e a taxa de abandono foi de 34,4%. Na análise multivariada, identificou-se que os pacientes com relato de história de trauma na infância abandonaram menos o tratamento (OR = 0,39; $P = 0,039$; CI 95% 0,16-0,95). Não foi detectada associação entre sentimentos contratransferenciais iniciais com os desfechos do tratamento.

Conclusões: A EACT apresentou propriedades psicométricas consistentes, demonstrando ser um instrumento confiável para acessar contratransferência inicial de terapeutas de vítimas de trauma psíquico. Os sentimentos contratransferenciais no atendimento inicial destes pacientes associaram-se a parâmetros demográficos e clínicos, mas não se associaram ao abandono do tratamento. Estudos futuros devem avaliar a modificação dos sentimentos contratransferenciais ao longo do tratamento e o seu impacto sobre os desfechos do tratamento.

Palavras-chave: contratransferência, vítimas de trauma, abuso sexual, validade de constructo, Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT), psicoterapia.

ABSTRACT

Introduction: The concept of countertransference (CT) evolved from an “obstacle to treatment” to “an useful tool to understand patients within a bi-personal relationship”. Currently, evidences of its specificity are searched for, correlating specific CT patterns to patients and therapists’ features, diagnostic classes, and treatment outcomes. Due to the intensity of emotional reactions aroused in therapists caring for trauma victims, it is believed that the study of CT in this population will help self-knowledge of therapists and contribute for a better patient care. The development of studies in this field is hindered by the reduced number of validated scales to assess CT. In Brazil, the Assessment of Countertransference Scale and the translated versions of the Inventory of Countertransference Behavior and Mental States Rating System are available, however, none of them has been validated. The Assessment of Countertransference Scale (ACS) has been created in our department with high face validity, built around three conceptual dimensions of feelings. However, its psychometric properties have not been assessed yet.

Objectives: To investigate the construct validity of the ACS answered by therapists of psychological trauma victims (Article 1). Then, to assess the correlation between initial CT with victims of psychological trauma and the clinical and demographic data of therapists and patients and the type of trauma, and to investigate the association between initial countertransference and patients’ adherence to treatment and its outcome, defined as discharge or drop-out (Article 2).

Methods: A Cross-sectional study (Article 1) and secondary analysis with longitudinal data (Article 2) were carried out. The sample was formed by 50 psychiatrists in the

second year of training in their internship in the Center for Study and Treatment of Traumatic Stress in Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. These therapists cared for 131 patients consecutively recruited for 4 years, including the first and second appointment with victims of sexual abuse, kidnapping, robbery, physical assault, homicide attempt, torture and indirect trauma, regardless of the time elapsed between the current appointment and the trauma event. We have excluded patients that arrived in the first appointment with severe suicidal ideation, psychotic symptoms and/or referral for psychiatric hospitalization. Patients have been selected after screening, which assessed the clinical variables and the diagnoses according to DSM-IV-TR criteria. In the first appointment, demographic and clinical data were collected and CT, identified by therapists through the ACS, was assessed. Patients were followed-up during psychiatric treatment to determine the number of appointments, absences, and the outcome: discharge or drop-out. ACS is a self-applied scale composed by 23 items scored for 3 moments of the session (start, midpoint and end) in a Likert-type scale (0=absence to 3=very), and distributed into 3 dimensions: closeness (10 items), distance (10 items) and indifference (3 items). The construct validity of ACS in the care for this population was assessed through the Exploratory Factor Analysis (EFA) and the internal consistency (α de Cronbach). The sample size was calculated for at least 5 applications of ACS for each item of the scale (minimum $N = 115$). The Confirmatory Factor Analysis (CFA) was used to determine the goodness of fit parameters of the ACS version in the care for trauma victims obtained in the EFA compared to the original version.

Results: EFA showed 3 factors with consistent homogeneity, but the correlation between the items and the third factor were different from the original version, in the following:

rejection (9 items with 24% of variance; $\alpha = 0.88$), closeness (7 items with 15% of variance; $\alpha = 0.82$) and sadness (6 items with 9% of variance; $\alpha = 0.72$). The item “happiness”, with low factorial load, was withdrawn from the analysis because it was considered to be irrelevant in this context. CFA showed better goodness of fit criteria in all tested parameters for the present version of ACS compared to the original version. Secondly, the demographic and clinical characteristics of therapists and patients of the discharge and drop-out groups were similar. Therapists with ages ≤ 27 years scored more rejection than older therapists (0.14 ± 1 vs. -0.21 ± 0.9 ; $P = 0.019$). Married patients induced in therapists more feelings of rejection (0.20 ± 1 vs. -0.19 ± 0.9 ; $P = 0.016$) and sadness (0.18 ± 1 vs. -0.17 ± 1 ; $P = 0.049$) than those patients living alone. In the clinical variables, the victims of indirect trauma and of several traumas aroused more feelings of sadness (0.38 ± 1 and 0.76 ± 0.4 , respectively) compared to sexual violence (0.03 ± 0.9) and urban violence victims (-0.3 ± 1) ($P = 0.039$). Median of appointments performed was 5 [4; 8], absences 1 [0; 1] and the drop-out rate was 34.4%. In the multivariate analysis, we have identified that patients with reported history of childhood trauma were less likelihood of dropping out treatment (OR=0.39; $P = 0.039$; CI 95% 0.16-0.95). Association between the initial CT feelings and the treatment outcomes has not been detected.

Conclusions: ACS presented sound psychometric properties, and it has been demonstrated to be a reliable instrument to access initial CT of therapists in victims of psychological trauma. Countertransference feelings in the initial care of patients were associated with clinical and demographic parameters, but it were not associated with treatment drop-out. Further studies should assess the changes in CT feelings over treatment and their impact on treatment outcomes.

Descriptors: countertransference, trauma victims, sexual abuse, construct validity, Assessment Countertransference Scale (ACS), psychotherapy.

1. INTRODUÇÃO

Situações traumáticas de diversas naturezas, como violência doméstica, urbana e sexual, guerras, terrorismo e desastres naturais, afetam um grande número de pessoas em todo o mundo e criam uma grande demanda para os serviços de saúde, inclusive para os serviços de saúde mental ⁽³⁾. Inúmeros estudos apontam fortes associações entre situações de violência e a ocorrência de diversos transtornos mentais, como transtornos do humor, psicóticos, alimentares, de abuso de substâncias e de ansiedade ^(3, 4, 5).

Nos Estados Unidos, os achados do *National Comorbidity Survey* ⁽⁶⁾ identificaram que mais de 50% dos entrevistados haviam sido expostos a pelo menos um evento traumático ao longo da vida, sendo que aproximadamente 8 e 12% desenvolveram ao longo da vida um dos principais transtornos psiquiátricos associado a eventos desta natureza, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Uma pesquisa comunitária de grande porte com adultos jovens, também nos Estados Unidos, encontrou prevalência de TEPT de 9,2% para a vida toda ⁽⁷⁾. Em ambos os estudos a prevalência foi em média duas vezes mais alta em mulheres. Estima-se que a maioria da população sofrerá ao menos um evento traumático ao longo da vida, e cerca de 25% desenvolverá TEPT, além de outros transtornos ⁽⁸⁾. No Brasil, está sendo realizado um estudo epidemiológico para estimar as taxas de prevalência da exposição da população a violência, com o intuito de estudar sua associação com o surgimento de transtornos mentais ⁽⁹⁾. Em um estudo da prevalência da exposição à violência sexual entre adolescentes de 52 escolas estaduais de Porto Alegre, verificou-se que 27 (2,3%) relataram ter sido vítimas de violência sexual ⁽¹⁰⁾. Dados preliminares de um levantamento dos principais tipos de violência urbana desencadeantes de TEPT, realizado na Universidade Federal de São Paulo, apontam

assalto à mão armada e agressão sendo responsável por 41,5% dos casos, seguido de homicídio de uma pessoa próxima (15,6%) e violência sexual (13,7%)⁽¹¹⁾. Devido às altas taxas de exposição a situações de violência em nosso país, estima-se que elas repercutam em um grande impacto sobre a saúde mental da população, em termos de sofrimento emocional e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos⁽¹²⁾.

O atendimento às vítimas de trauma psíquico é complexo, desencadeia intensos sentimentos contratransferenciais, freqüentemente ambivalentes e dolorosos, que podem perturbar a aliança terapêutica⁽¹³⁾. O atendimento inicial destes pacientes é fundamental⁽¹⁴⁾, podendo a atitude do profissional, sua conduta frente ao paciente e o destino que dá aos seus próprios sentimentos influenciar o encaminhamento do tratamento e seu prognóstico⁽¹⁵⁾. Portanto, é indispensável o adequado treinamento dos terapeutas para atender esta população⁽¹⁶⁾. Neste sentido, a contratransferência (CT) é uma ferramenta muito útil^(17, 18, 19).

Apesar de uma rica literatura teórica sobre contratransferência⁽¹⁹⁾, não há uma literatura empírica correspondente⁽²⁰⁾. Alguns trabalhos relacionam padrões particulares de contratransferência com tipos diagnósticos⁽²¹⁾, transtornos de personalidade^(22, 23), aliança terapêutica e padrão de apego⁽¹³⁾, e como preditores de desfechos no tratamento psiquiátrico⁽²⁴⁾. Além disso, dificuldades ou perturbações no seu manejo são relacionadas a insucessos terapêuticos⁽²⁵⁾. Contudo, o reduzido número de escalas validadas para acessar a contratransferência^(20, 26, 27), não havendo nenhuma disponível no Brasil, tem limitado o avanço das pesquisas para aprofundar o entendimento destas relações. Conseqüentemente, devido às suas importantes implicações para a prática clínica, estudar a contratransferência é de fundamental interesse na área da psiquiatria

psicodinâmica. Para isso, é fundamental disponibilizar no Brasil instrumentos testados psicometricamente para acessar a contratransferência, para que as medidas possam ser comparadas e repetidas.

2. BASE CONCEITUAL

2.1. Contratransferência

O monitoramento dos sentimentos e pensamentos do terapeuta durante o encontro com o paciente pode ser um poderoso instrumento de trabalho^(17, 18, 19). Apesar de haver consenso na literatura quanto à importância e utilidade do uso clínico da contratransferência, existe ainda discussão acerca do seu conceito e busca de evidência da especificidade de sua utilização.

Atualmente, existem três conceitos de contratransferência a serem considerados. O conceito clássico surgiu a partir da primeira vez em que Freud^[1] usou o termo contratransferência em um trabalho científico, apresentado em forma de comunicação para a abertura do II Congresso de Psicanálise em Nurembergue⁽²⁸⁾: “outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes, (...) notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas”. Freud, na seqüência⁽²⁹⁾, frisou a importância da auto-análise contínua destas situações, enquanto o médico estiver tratando seus pacientes, e advertiu: “quem falhe nesta tarefa deveria desistir imediatamente de qualquer idéia de tornar-se capaz de tratar pacientes em análise”. Além disso, preocupado com as transgressões sexuais que vinham ocorrendo entre alguns de seus discípulos, Freud em *Observações sobre o amor de transferência*⁽²⁹⁾ escreveu novamente que a contratransferência era um perigo a ser evitado e controlado. E, apesar de um apelo ético, fez ressalvas sobre a importância de não atuar as demandas

[1]. Freud foi o primeiro a usar o termo “contratransferência” na conhecida carta a Jung, de 7 de junho de 1909, em que se referia ao “affaire” entre este e Sabina Spielrein e os perigos inerentes de um excessivo envolvimento emocional em que ele mesmo já havia se envolvido^(29, 30).

amorosas dos pacientes, mantendo-se uma atitude estritamente receptiva. Então, a contratransferência na visão clássica é vista como algo alheio, perturbador e anormal no processo terapêutico, decorrente dos conflitos neuróticos do terapeuta.

Ainda nos dias de hoje alguns pesquisadores compreendem a contratransferência dentro da teoria clássica, mas era o único entendimento possível até o surgimento do conceito totalístico, com as publicações de Heimann⁽³¹⁾ e Racker⁽³²⁾ no início dos anos 50. Estas publicações traçaram um novo paradigma, a contratransferência passou a ser entendida como uma ferramenta para compreensão do paciente, sendo concebida como todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente, um acontecimento normal no processo terapêutico, originado pelo paciente e transmitido ao analista por identificação projetiva^(17, 31, 32, 33). Desde então, a contratransferência deixou de ocupar um papel secundário na técnica psicanalítica e passou a ganhar cada vez mais espaço e importância. No entanto, Martín-Cabré⁽³⁰⁾ argumenta que algumas destas idéias que “repentinamente” surgiram na década de 50 já estavam presentes nos trabalhos de Ferenczi da década de 20, mas que elas haviam sido “esquecidas” e relegadas ao silêncio devido a um dos mais chamativos processos de censura da história da psicanálise. Mesmo com os avanços do conceito totalístico, durante as décadas de 50 e 60, ainda dominava a noção clássica da contratransferência, permanecendo o alerta de perigo: a contratransferência quando não percebida e atuada pode ser deletéria para o tratamento^(34, 35). Baseado nestes conceitos, Cutler realizou o primeiro estudo usando metodologia quantitativa, até onde sabemos, sobre os efeitos da contratransferência na psicoterapia⁽³⁶⁾. Apesar de limitações metodológicas inerentes aos reduzidos conhecimentos da época sobre validação de escalas, ele concluiu que os terapeutas não

informavam de maneira confiável seus comportamentos nem os do paciente que lhes causavam conflito. Ressaltou ainda a importância da supervisão e do tratamento pessoal para ampliar a zona de trabalho livre de conflito.

Com a ampliação dos estudos em psicanálise durante as décadas de 70 e 80, principalmente sobre *enactment*^(37, 38) e campo analítico⁽³⁹⁾, evoluiu-se para um terceiro conceito, denominado específico. A contratransferência passou a ser compreendida como sendo determinada parcialmente pelos objetos internos pré-existentes no mundo do terapeuta e influenciada parcialmente pelos sentimentos específicos induzidos pelo paciente sobre o terapeuta⁽¹⁹⁾. Sentimentos pessoais do terapeuta, não relacionados à transferência e às identificações projetivas do paciente, são considerados como transferências do terapeuta⁽³³⁾.

Gelso & Hayes⁽⁴⁰⁾ descreveram cinco fatores que podem influenciar a capacidade do terapeuta em gerenciar sua contratransferência, são eles: capacidade de percepção e origem dos seus próprios sentimentos (*self-insight*), caráter saudavelmente integrado e com a capacidade de diferenciar os limites do seu ego e o do paciente (*self-integration*), habilidade interna de manejar a ansiedade, empatia, e a habilidade para compreender a relação terapêutica dentro do referencial teórico dinâmico. Estes autores propõem que quanto maior a habilidade própria do terapeuta em gerenciar estes fatores, menor será sua chance de atuar um comportamento contratransferencial não pensado. Cabe destacar que eles consideram dois tipos de contratransferência, os sentimentos contratransferenciais (que podem ser acessados e não atuados) e o comportamento contratransferencial (atuação inconsciente dos sentimentos ou desejos do terapeuta - pontos-cegos na visão clássica da contratransferência baseada nas idéias de Anne

Reich^(34, 35) e Heinrich Racker⁽⁴¹⁾ - não relacionados à transferência)⁽⁴²⁾. Salienta-se que, dentro do referencial específico da contratransferência, o comportamento contratransferencial não é considerado como contratransferência, pois se os sentimentos ou desejos do terapeuta não estão relacionados com o material do paciente, eles são do terapeuta, e é considerada uma transferência deste. Eles também consideram que a habilidade do terapeuta em gerenciar a contratransferência está associada a melhores desfechos no tratamento, já que atuar um comportamento contratransferencial mostrou-se deletério ao estabelecimento da aliança terapêutica, levando a piores desfechos, como interrupção⁽¹³⁾. É importante frisar que o modo de pensar destes autores parece atribuir aos terapeutas uma grande carga, cabendo a eles toda a responsabilidade pelas conseqüências do modo como lidam com sua contratransferência. Além do mais, estes autores não levam em conta a relação bi-pessoal de um tratamento e, a partir deste encontro, a formação do campo, no qual as fantasias são construídas pela dupla. Zaslavsky e Santos⁽⁴³⁾ afirmam: “a estrutura de uma dupla se constitui pelo interjogo de identificações projetivas e introjetivas, com seu corolário de contra-identificações”. A direção do tratamento, entretanto, deve ser administrada pelo terapeuta, que deve ser mais capaz de lidar/pensar sobre suas próprias transferências, as fantasias da dupla e o que acontece dentro da relação (assimetria), a fim de limitar o fenômeno da contra-identificação projetiva (análogo ao comportamento contratransferencial de Gelso & Hayes⁽⁴⁰⁾) para o processo não fracassar. Além disso, baseado nas idéias de Bion⁽⁴⁴⁾, Rosenfeld^(45, 46) e Meltzer⁽⁴⁷⁾, as contra-identificações projetivas, em certo grau, são necessárias para que o terapeuta vivencie o mundo interno do paciente, depois sintá-lo, para só então, pensando sobre a vivência, possa dar um significado à experiência. Ou seja, este fenômeno não seria deletério para o tratamento, mas faria parte deste.

Na busca de evidências quanto à utilização e especificidade da contratransferência, alguns trabalhos têm correlacionado padrões de resposta emocional e características do terapeuta com as classes diagnósticas dos pacientes^(21, 23, 48, 49, 50, 51) e os desfechos dos tratamentos^(24, 52). Nesta direção, Betan et. al.⁽²²⁾ apontaram correlações significativas entre sentimentos contratransferenciais específicos e sintomas de transtornos de personalidade. Em um estudo com pacientes internados portadores de transtorno de personalidade tratados em terapia de grupo, evidenciou-se sentimentos contratransferenciais positivos associados à melhora clínica e aos pacientes com transtornos de personalidade do cluster C, enquanto a contratransferência negativa esteve relacionada à piora ou reduzida melhora clínica dos pacientes com transtornos de personalidade dos clusters A e B, segundo a classificação diagnóstica do DSM-IV-TR⁽⁵⁰⁾. Em busca de evidências acerca da relevância da contratransferência na evolução do tratamento psiquiátrico, um estudo apontou associação entre desfecho positivo (medido pela Kernberg's Structural Interview) e baixos níveis de sentimentos negativos ao longo do tratamento de pacientes psicóticos, enquanto em pacientes borderlines, desfechos positivos estiveram associados com a percepção tanto de sentimentos negativos quanto positivos no início do tratamento⁽⁵²⁾.

As respostas contratransferenciais podem apontar para padrões coerentes e previsíveis da compreensão diagnóstica e do entendimento e tratamento dos pacientes^(22, 53, 54, 55), assim como seu estudo pode contribuir para o autoconhecimento dos terapeutas. Holmqvist and Armelius, ao contrário, não encontraram associação entre a contratransferência e o padrão de organização da personalidade e da saúde mental dos pacientes⁽⁴⁹⁾. Identificaram que boa parte da contratransferência depende do padrão

evocativo e da gravidade da doença do paciente, independente do diagnóstico. As pesquisas nesta área ainda são incipientes e necessitam de avanço⁽⁵⁶⁾. Deve-se, portanto, ter cautela na generalização dos achados.

2.2. Trauma Psíquico

O conceito de trauma surgiu a partir do conceito de estresse, que se baseia em um binômio interacional entre estresse e adaptação⁽⁵⁷⁾. O termo estresse veio da Física, e é o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço. O termo foi introduzido na Medicina para nomear o conjunto de respostas adaptativas que o organismo (corpo e mente) desenvolve ao ser submetido a quaisquer pressões internas (pulsões e instintos) e/ou externas (profissional e social)⁽⁵⁷⁾. Apoiado nestes conceitos e preocupado em contextualizar a psicanálise dentro do mundo científico de sua época (as teorias newtonianas de que para toda ação há uma reação contrária e de mesma intensidade), Freud percebeu que quando a capacidade do indivíduo de se adaptar ao estresse sucumbe, ocorre o trauma. A partir desta descoberta, Freud descreveu a importante teoria das neuroses. Em suas palavras: “as neuroses traumáticas não são, em sua essência, a mesma coisa que as neuroses espontâneas”⁽⁵⁸⁾; “nas neuroses traumáticas (...) deparamo-nos com um motivo egoísta, por parte do ego, à procura de proteção e vantagem – um motivo que não pode, talvez, por si só produzir mesmo a doença, mas que condescende com ela e mantém, uma vez que ela tenha surgido. Esse motivo procura preservar o ego dos perigos cuja ameaça foi a causa precipitante da doença, e não permitirá que ocorra a recuperação enquanto a repetição desses perigos ainda pareça possível, ou enquanto não receba a compensação pelo perigo que foi suportado”⁽⁵⁹⁾; “as neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático. Esses pacientes repetem com regularidade a situação traumática, em seus sonhos, onde correm ataques histeriformes que (...) correspondem a uma completa transportação do paciente para a

situação traumática”⁽⁵⁸⁾. Freud com isso, e logo adiante na mesma conferência, dá um sentido econômico aos processos mentais, afirmando que as neuroses se assemelham às causadas pelo trauma, ocorrendo em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência de tom afetivo suficientemente intenso: “experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera”⁽⁵⁸⁾. Baseado nestas idéias, Laplanche definiu trauma como: “um acontecimento da vida que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica”⁽⁶⁰⁾.

Percebe-se que indivíduos submetidos ao mesmo fenômeno estressante podem reagir com adaptação traumática ou não. A partir desta observação, surgiram dois conceitos: resiliência e *coping*. O conceito de resiliência, também oriundo da Física, inclui a capacidade do organismo de suportar e lidar de maneira satisfatória com o estresse, tendo sido a partir da observação de que alguns indivíduos conseguem se desenvolver em condições bastante desfavoráveis, enquanto outros não se adaptam e/ou adoecem⁽⁵⁷⁾. O conceito de *coping* inclui o conjunto de estratégias habituais do indivíduo para lidar com o estresse. Ou seja, quanto maiores foram às habilidades para lidar com o estresse (*coping*), maior será sua resiliência e menores os impactos negativos⁽⁶¹⁾. Baseada nestas idéias e nas de Freud, Garland⁽⁶²⁾ acrescentou que o trauma é vivido temporariamente como tendo ocorrido dentro de si, destruindo seus objetos internos protetores e confirmando os piores medos e fantasias internas (em particular a existência e iminência da morte ou aniquilação pessoal), ao invés de ser vivido apenas como algo muito ruim do mundo externo.

Apesar da variabilidade entre os tipos de trauma e as diferentes respostas emocionais, cognitivas, comportamentais e cerebrais nos indivíduos decorrentes da exposição a um evento traumático, a relevância dos efeitos do trauma para a saúde é indiscutível ⁽⁶³⁾. Atualmente, existem evidências mostrando que o trauma prejudica o desempenho da memória em pacientes com transtorno afetivo ^(64, 65), sendo abuso sexual e violência física na infância os mais deletérios ⁽⁶⁶⁾, e provoca alterações neurobiológicas ⁽⁶⁷⁾, como alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ⁽⁶⁸⁾, alteração dos níveis plasmáticos do BDNF ^(64, 65, 69, 70) e redução do volume e função do hipocampo ⁽⁷¹⁾, com o envolvimento de regiões pré-frontais e do sistema límbico na percepção e modulação do estresse psicológico ⁽⁷²⁾. Por todas estas descrições, é importante expandir os estudos sobre as consequências do trauma para pacientes e terapeutas do ponto de vista do mundo subjetivo (sentimentos, fantasias), interacional (impacto nas relações) e neurobiológico.

2.3. Contratransferência no atendimento de vítimas de trauma psíquico

A contratransferência no atendimento de pessoas que sofreram uma ou mais experiências traumáticas é diferentemente estimulada das observadas no atendimento psicoterápico de outras psicopatologias ⁽⁷³⁾. Klain and Paviae frisam que vítimas de trauma tendem a ter reações perigosas e terríveis, pois sua destrutividade quase pode ser sentida corporalmente ⁽⁷³⁾. Dalenberg postula que raiva é uma característica proeminente na psicopatologia dos sobreviventes de trauma, sendo esta hostilidade normalmente difícil para o manejo terapêutico, que deve equilibrar instrução e

interpretação com o intuito de ensinar aos pacientes formas adequadas de lidar com a raiva, e ainda assim manter a aliança terapêutica⁽¹⁴⁾.

Existe uma discussão sobre como o terapeuta deve manejar sua contratransferência. Alguns pesquisadores preconizam uma revelação judiciosa da contratransferência para evitar as situações de impasse. Outros preconizam revelações quando a contratransferência é altamente importante e esclarecedora, como por exemplo, para reforçar ao paciente sua capacidade perceptiva da realidade. Entretanto, a maioria dos pesquisadores julga que normalmente a contratransferência revelada sobrecarrega o paciente com informações que não lhe pertencem⁽¹⁷⁾. Concordam que a contratransferência deve servir como um guia para informar ao terapeuta sobre o que se passa no mundo interno do paciente, na sua vida de relação^(19, 43). Dalenberg⁽¹⁴⁾ pontua a relevância desta questão no atendimento de vítimas de trauma, alegando que muitos pacientes temem o que suas histórias despertam em seus terapeutas, já que a reação contratransferencial pode replicar as características de figuras precoces de apego e/ou dos perpetradores do trauma original, incluindo reações de desaprovação, truculência, nojo, evitação e refugio. Além disso, Goldsmith et al.⁽⁶⁶⁾ ressaltam a importância do ambiente na significação do trauma. Argumentam que o modo como o ambiente reage ao trauma influencia na adaptação do indivíduo traumatizado ao trauma, ou seja, se o ambiente não o denuncia como tal, ele costuma se perpetuar. Assim, pensamos que o terapeuta ao atender um sobrevivente de trauma desempenha papel de suma importância neste “ambiente”, a maneira como lidará com suas emoções e reagirá diante do paciente podem ser decisivos na resolução do sofrimento do paciente e no desfecho do tratamento.

Portanto, é indispensável o adequado treinamento dos profissionais em contato com estas complexas situações clínicas, freqüentemente desencadeadoras de sentimentos contratransferenciais mobilizadores ⁽¹⁵⁾, intensos e peculiares ⁽⁷⁴⁾, ambivalentes e dolorosos. Eizirik et al. ⁽¹⁵⁾ argumentam que isto ocorre não só porque os terapeutas estão frente a pessoas em grande sofrimento, mas também porque as situações traumáticas deixam evidentes a fragilidade e a impotência dos profissionais como pessoas comuns.

Conseqüentemente, se faz necessária uma atenção especial em relação ao impacto sobre os terapeutas causado pelo contato com estes pacientes. Em 1980, Symonds propôs que as reações emocionais não percebidas e atuadas pelo terapeuta, como ódio e vergonha, pode revitimizar o paciente, intensificando a culpa e a vergonha, o que ele chamou de “*second injury*” (segundo trauma) ⁽⁷⁵⁾. Também preocupadas com a repercussão negativa no desempenho destes terapeutas em seu trabalho, em 1990 McCann and Pearlman introduziram o conceito de “*vicarious traumatization*” (traumatização indireta) ⁽⁷⁶⁾. Sugeriram que seria uma perturbação da contratransferência que não foi trazida à consciência ou entendida, dando início a um processo de afastamento, paralisação e desmotivação do terapeuta ^(74, 77). Neste contexto, é necessário conhecer e usar os recursos técnicos para melhor abordar o sofrimento do paciente e lidar com o seu próprio, sendo a contratransferência uma peça chave nesta engrenagem. Além disso, como muitos autores em psiquiatria e psicanálise, eles sublinham a relevância do tratamento pessoal e da supervisão continuada. Acrescentamos ainda a contribuição de seminários teóricos sobre o tema e reuniões

periódicas de equipe, quando podem ser compartilhadas as dificuldades e os sucessos das experiências terapêuticas.

Em nosso meio, foram realizados três estudos abordando a contratransferência no atendimento de pacientes vítimas de trauma psíquico. No primeiro, uma pesquisa qualitativa e quantitativa com relato escrito da contratransferência no atendimento inicial a vítimas de violência ⁽⁷⁸⁾, detectou-se predomínio de sentimentos de aproximação e, em terapeutas homens, maior número de sentimentos de distanciamento no atendimento de vítimas de violência urbana do que no de violência sexual na infância. No segundo, um estudo das reações emocionais de terapeutas de orientação analítica à leitura de dois casos, um de estupro e outro de luto recente por perda de pessoa significativa ⁽⁷⁹⁾, observou-se que a vinheta de luto esteve mais associada à capacidade reflexiva, enquanto a de estupro despertou mais reações contratransferenciais negativas. Ainda neste estudo, terapeutas do sexo feminino foram mais reflexivas, enquanto os homens expressaram mais sentimentos negativos em ambos os cenários. E no terceiro, um estudo da contratransferência de 26 terapeutas no atendimento inicial de 40 mulheres vítimas de violência sexual ao longo de 2 anos consecutivos ⁽⁸⁰⁾, não se detectou um padrão diferencial de sentimentos contratransferenciais associados com características clínicas específicas. Entretanto, os autores encontraram um predomínio de sentimentos de aproximação, com um padrão de resposta contratransferencial semelhante para ambos os sexos dos terapeutas.

2.4. Avaliação da Contratransferência

Na maioria das pesquisas descritas anteriormente, o estudo da contratransferência foi realizado a partir da aplicação de diferentes escalas. Na Psiquiatria, o uso de instrumentos padronizados encontra-se bem estabelecido. Existe uma grande diversidade de instrumentos, com diferentes características, os quais variam conforme o que se propõe a medir: sintomas, diagnóstico, tipos de personalidade, emoções, e desenvolvimento cognitivo e comportamental.

Na psiquiatria dinâmica e na psicanálise, o uso de escalas com propriedades psicométricas válidas para avaliação de seus conceitos, como transferência e contratransferência, tem sido amplamente estimulado e desenvolvido pelos pesquisadores destas áreas^(81, 82, 83, 84). Existem poucas escalas validadas para o estudo da contratransferência^(20, 26, 27, 56, 85), havendo apenas duas disponíveis no Brasil: o Inventário do Comportamento Contratransferencial (ICB)⁽⁸⁶⁾ e o Sistema de Avaliação dos Estados Mentais (MSRS)⁽⁸⁷⁾. Entretanto, ambas não tem estudo prévio de validação em nosso meio e são escalas complexas, com parâmetros subjetivos que exigem treinamento específico com especialista no uso do instrumento para pontuação, o que dificulta sua utilização por clínicos.

O único instrumento desenvolvido no Brasil para avaliar a contratransferência é a Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT)⁽⁸⁸⁾. A EACT surgiu após um estudo que avaliou qualitativamente a contratransferência em psicoterapia breve e construiu uma lista com os 26 sentimentos encontrados, divididos em dois grupos: pena e tristeza⁽⁸⁹⁾. A partir desta lista, foi realizada uma revisão clínica e teórica da literatura sobre contratransferência, fez-se uma uniformização e conceituação de cada sentimento e

foram selecionados os que mais a caracterizavam, sob três dimensões: aproximação, afastamento e indiferença. Esta escala é auto-aplicável, composta por 23 itens, uma relação de sentimentos freqüentemente presentes no atendimento de pacientes, em que o terapeuta pontua sua presença ou não, em uma escala Likert de 0 (ausência) a 3 (muito). Esta versão (ANEXO 1) foi avaliada por experientes psicanalistas e psicoterapeutas de orientação analítica, que consideraram os itens capazes de verificar a parte consciente dos sentimentos contratransferenciais, levando-se em consideração três momentos da sessão: início, durante e final⁽⁸⁸⁾. Uma vantagem em relação às outras duas escalas disponíveis no Brasil é que a EACT é de fácil e rápida aplicação. Ela propõe-se a avaliar não apenas sentimentos de afastamento, mas também de aproximação e indiferença, podendo agregar mais dados à compreensão da contratransferência que o ICB, instrumento que avalia comportamento contratransferencial (atuações), ou seja, contratransferência como obstáculo ao desenvolvimento terapêutico, o que é considerado apenas uma parte dela⁽²⁰⁾. A EACT é uma escala pouco estudada e necessita de apreciação das suas propriedades psicométricas^(80, 90).

2.5. Validação de Escalas em Psiquiatria

A avaliação psicológica deve ter validade e precisão para ser legítima e confiável. Com o uso de escalas psicométricas, pode-se acrescentar cientificidade a esta atividade universal do ser humano: observar o comportamento e as reações emocionais do outro. Assim, é possível também descrever e classificar o comportamento, tanto do paciente quanto do terapeuta, e principalmente comparar e repetir medidas⁽⁹¹⁾. Diante da grande dificuldade em objetivá-las e demonstrar a validade de um teste psicológico, a

Psicometria desenvolveu inúmeras técnicas de análises ⁽⁹¹⁾ com o intuito de avaliar se o instrumento em teste é capaz de medir o que se propõe a medir ⁽⁹²⁾. Para isto, é necessário que uma escala seja bem construída, ou seja, tenha validade de construto, baseada em evidência de que as teorias criadas para tentar explicar fenômenos da realidade se correspondem ou têm um padrão observado.

Existem diversas técnicas para demonstrar validade de construto e as principais baseiam-se em duas teorias. A Teoria Clássica dos Testes, que compreende essencialmente a análise da representação comportamental do teste (consistência interna e análise fatorial) e a análise por hipótese (convergente e discriminante), e a Teoria de Resposta ao Item ^(91, 93).

Por muito tempo, a validade de um teste foi testada apenas pela consistência interna (alpha de Cronbach) ^(91, 92), método preocupado com a confiabilidade da homogeneidade dos itens da escala ⁽⁹⁴⁾. Os valores do alpha de Cronbach variam de 0 a 1, sendo considerado o limite inferior de aceitabilidade valores acima de 0,7 ⁽⁹⁵⁾. Entretanto, sabe-se atualmente que apenas esta medida não é suficiente. A consistência interna é medida pela correlação de cada item com o escore total do teste, partindo do princípio de que todos os itens que compõem a escala representam o mesmo fator (objeto de medida do teste), ou seja, de que há no escore total uma representatividade de cada item, uma homogeneidade ⁽⁹²⁾. A análise fatorial dos itens deve, por isso, ser realizada previamente, com o intuito de avaliar com maior confiabilidade quais itens representam o fator de medida e a intercorrelação entre eles ⁽⁹⁶⁾, pois o alpha de Cronbach informa apenas qual proporção da variância total da escala é atribuída ao fator em estudo.

Análise fatorial é o nome dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados cujo propósito principal é definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados ⁽⁹⁵⁾. O objetivo é resumir ou reduzir as informações de um teste em uma quantidade menor de informação, por exemplo, um escore ou um reduzido grupo dos itens mais representativos, a partir do cálculo da variância comum, cargas fatoriais, intercorrelação e determinação de fatores, sem perder o valor do conjunto todo do teste ^(97, 98). A análise fatorial tem basicamente dois métodos: exploratório e confirmatório. A análise fatorial exploratória (AFE) está preocupada em estudar a intercorrelação entre os itens de um teste recém criado ou aplicado em outro contexto, com o intuito de obter a primeira avaliação da interação entre eles: o quanto do constructo que está sendo medido é realmente captado pelo teste ⁽⁹⁹⁾. Além disso, a AFE permite identificar as dimensões separadas da estrutura do teste e determinar o grau em que cada variável é explicada por cada dimensão ^(95, 99, 100). Quando o pesquisador já tem preconcebida a estrutura do teste, normalmente por um estudo com AFE prévia, a análise fatorial confirmatória pode ser aplicada comparando duas ou mais versões, testando qual delas obtém melhores parâmetros de adequação, ou *goodness-of-fit* ^(94, 99). Testa-se, nestes casos, a confirmação das dimensões da escala em outras amostras, ampliando a validade de constructo do instrumento. A análise fatorial é o melhor método para verificar a hipótese da representação comportamental dos traços latentes (itens) num teste psicológico ⁽⁹⁸⁾, mesmo com a limitação de usar equações lineares para testar a intercorrelação de fenômenos normalmente não lineares ^(96, 99).

Outra técnica de medida da Teoria Clássica dos Testes é a análise por hipótese, que se fundamenta na capacidade do teste em discriminar ou predizer um critério

externo a ele mesmo. Costuma ser realizada por comparação com outro teste válido ou validação convergente-discriminante, que é a técnica de validade mais direta e óbvia, utilizada amplamente. Contudo, esbarra na dificuldade de correlação entre os testes, porque um teste não mede de forma exclusiva apenas um traço⁽⁹¹⁾.

Todas estas técnicas de validade apresentam limitações⁽¹⁰¹⁾. A consciência disso deve servir para o seu constante aprimoramento e refinamento⁽¹⁰²⁾. O estudo de validade de um instrumento deve iniciar preferencialmente por AFE, com o objetivo de captar a máxima informação possível de cada fator subjacente, para que em estudos subseqüentes a “limpeza” e o “acrécimo” de itens possam ser feitos. É o caminho que vai “acertando” a estrutura fatorial, não um único estudo que a “descobre”⁽⁹⁸⁾. Portanto, para demonstrar a validade de um teste é recomendável o uso de mais de uma técnica descrita acima, já que a convergência de resultados entre elas constitui maior evidência para a validade do instrumento⁽⁹¹⁾.

O número reduzido de instrumentos válidos para avaliara contratransferência tem limitado o desenvolvimento de pesquisas nesta área. Acreditamos, então, ser de vital importância a construção de novos instrumentos válidos, especialmente em vítimas de trauma psíquico, devido à intensidade das reações emocionais despertadas. Além de poder disponibilizar em nosso meio um instrumento com suas propriedades psicométricas avaliadas, cujas medidas podem ser comparadas e repetidas, contribuindo para o melhor atendimento destes pacientes e para o autoconhecimento dos terapeutas. Por fim, pensamos que um melhor entendimento da contratransferência no atendimento inicial desta população pode se tornar um preditor de desfechos do tratamento.

3. JUSTIFICATIVA

O número crescente de situações de violência vem criando uma grande demanda por atendimento psiquiátrico. O atendimento das vítimas de trauma freqüentemente desperta sentimentos contratransferenciais intensos, que se não compreendidos, podem abalar a relação terapêutica, facilitando situações de impasse e interrupção do tratamento. Assim, torna-se indispensável o adequado treinamento dos profissionais em contato com estas complexas situações clínicas. Porém, existem poucas escalas válidas para avaliar contratransferência desenvolvidas no exterior ^(20, 26, 27, 85). Duas já foram traduzidas e adaptadas transculturalmente para o português brasileiro, mas não testadas para suas propriedades psicométricas: o ICB ⁽⁸⁶⁾ e o MSRS ⁽⁸⁷⁾. Estas escalas são complexas, com parâmetros subjetivos, que exigem extenso treinamento para sua pontuação, o que dificulta sua utilização por clínicos. A EACT, construída por Eizirik ⁽⁸⁸⁾ em 1997, é o único instrumento desenvolvido no Brasil para avaliar a contratransferência. É uma escala de fácil compreensão e rápido preenchimento, que tem o objetivo de avaliar sentimentos contratransferenciais despertados nos terapeutas, divididos em sentimentos de aproximação, afastamento e indiferença.

No presente trabalho, demos início ao processo de validação de construto da EACT, contribuindo para o seu desenvolvimento. Com estes dados, pretendemos contribuir para o fortalecimento de pesquisas em contratransferência, especificamente relacionadas a situações de violência, e ajudar a qualificar nosso serviço. Os resultados obtidos podem aumentar a capacidade dos terapeutas em entender e evitar, quando possível, o surgimento de situações de impasse na relação com seus pacientes e/ou ajudá-los a manejar melhor seus sentimentos, o que pode reverter em um melhor

atendimento a esta população. De uma forma mais ampla, pretendemos contribuir com o desenvolvimento de pesquisas em psicoterapia e psicanálise.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Primário

Investigara validade de construto da EACT, respondida por terapeutas atendendo vítimas de trauma psíquico, através da análise da representação comportamental dos itens da escala por três métodos:

- 4.1.1. Análise Fatorial Exploratória: determinar se os itens da EACT realmente se agrupam nos 3 fatores presumidos: aproximação, afastamento e indiferença;
- 4.1.2. Análise da Consistência Interna (alpha de Cronbach): determinar a homogeneidade (variância) dos 3 fatores da escala.
- 4.1.3. Análise Fatorial Confirmatória: determinar se a versão da EACT para terapeutas de vítimas de trauma obtida no presente estudo apresenta melhores parâmetros de adequação (*goodness-of-fit*).

4.2. Objetivos Secundários

- 4.2.1. Analisar a correlação entre a contratransferência inicial com vítimas de trauma psíquico e características demográficos de terapeutas e pacientes e o tipo de trauma;
- 4.2.2. Investigar a correlação da contratransferência inicial com vítimas de trauma psíquico e os seguintes parâmetros ao final do tratamento: número total de consultas, faltas e o desfecho (alta ou abandono).

5. MÉTODO

5.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e análises secundárias com dados longitudinais.

5.2. Amostra

Os pacientes foram atendidos no Núcleo de Estudos e Tratamento de Trauma Psíquico (NET-TRAUMA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), centro de referência para tratamento de sobreviventes de trauma psíquico, no período de maio de 2005 a setembro de 2009, e consecutivamente incluídos neste estudo. Os terapeutas são médicos do segundo 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 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que realizam treinamento de 6 meses no NET-TRAUMA. A triagem dos pacientes é realizada por médico residente do terceiro ano vinculado ao NET-TRAUMA, treinado e supervisionado durante todo ano para realizar esta tarefa.

5.2.1. Critérios de inclusão: primeira ou segunda consulta de pacientes vítimas de abuso sexual, seqüestro, assalto, agressão física, tentativa de homicídio, tortura e trauma indireto (vivenciar tentativa ou homicídio de parente próximo), independentemente do tempo decorrido entre a consulta atual e o evento traumático.

5.2.2. Critérios de exclusão: pacientes que chegaram à primeira consulta com ideação suicida grave, sintomas psicóticos e/ou com indicação de internação psiquiátrica.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do HCPA (nº 08-554). Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho, duração do envolvimento no estudo, confidencialidade, voluntariedade e desconfortos possíveis, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1). Os dados sócio-demográficos dos pacientes foram obtidos do banco de dados de outros projetos de pesquisa, também aprovados pelo comitê de ética do mesmo hospital (nº 03-364, 06-649 e 07-375).

Somente foram utilizados os dados dos participantes que aceitaram participar do projeto de pesquisa. Todos os investigadores assinaram o Termo de Compromisso para o uso de dados do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kant I. *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Ícone, 2007; 1724-1804.
2. Drexler J. 12 segundos de oscuridad. Letra: Jorge Drexler; Música: Vitor Ramil. Ediciones SEA/Warner Chappell Music Spain ed. CD: DRO Atlantic S.A. / Warner Music Group Company; 2006.
3. Mari JJ, Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;30(3):183-4.
4. Schoedl AF, Costa MC, Mari JJ, Mello MF, Tyrka AR, Carpenter LL, Price LH. The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *J Child Sex Abus*. 2010 Mar;19(2):156-70.
5. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. [Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Oct;31 Suppl 2:S49-57.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
7. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:216-22.
8. Yehuda R, Davidson J. *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder*. London: Science Press Ltd.; 2000.
9. Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, Coutinho ES, Harpham T, Jorge MR, Lara DR, Moriyama TS, Quarantini LC, Gadelha A, Vilete LM, Yeh MS, Prince M, Figueira I, Bressan RA, Mello MF, Dewey ME, Ferri CP, Mari Jde J. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 2009;9:34.

10. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):8-14.
11. Scheinberg G, Mello MFd. Programa de Atendimento e Pesquisa em violência (PROVE)-Estatística <http://www.unifesp.br/dpsiq/prove/index.php>. São Paulo 2010 [06/07/2010].
12. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AAF, R. K, editors. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 119-41.
13. Ligiéro DP, Gelso CJ. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002;39(1):3-11.
14. Dalenberg CJ. Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41(4):438-47.
15. Eizirik M, Schestatsky SS, Knijnik L, Terra L, Ceitlin LHF. Contratransferência e trauma psíquico. *Rev Psiquiatr RS*. 2006;28(3):314-20.
16. Deighton RM, Gurrin N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *J Trauma Stress*. 2007 Feb;20(1):63-75.
17. Eizirik CL, Lewcovicz S. Contratransferência. In: Artmed, editor. *Psicoterapia de Orientação Analítica Fundamentos Teóricos e Clínicos*. Porto Alegre, RS. 2005. p. 300-9.
18. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal*. 1995 Jun;76 (Pt 3):475-85.
19. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol*. 2001;57(8):983-91.

20. Dubé JE, Normandin L. Mental activity and referential activity of beginning therapists: a construct validity study of the countertransference rating system (CRS). *Am J Psychotherapy*. 2007;61(4):351-74.
21. Holmqvist R. Staff feelings and patient diagnosis. *Can J Psychiatry*. 2000 May;45(4):349-56.
22. Betan E, Heim AK, Zittel CC, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):890-8.
23. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Sep;196(9):702-8.
24. Holmqvist R, Armelius K. Associations between psychiatric patients' self-image, staff feelings towards them, and treatment outcome. *Psychiatry Res*. 2004 Aug 30;128(1):89-102.
25. Dalenberg C. It's not your fault: Countertransference struggles with blame and shame. In: Dalenberg C, editor. *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association; 2000. p. 115-44.
26. Friedman SM, Gelso CJ. The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *J Clin Psychol*. 2000;56:1221-35.
27. Rossberg JI, Hoffart A, Friis S. Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nord J Psychiatry*. 2003;57(1):45-53.
28. Freud S. Congresso de Nuremberg. In: Strachey J, editor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 1970 ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996; 1910. p. 130-1, 215-6, 9-20.

29. Freud S. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: Strachey J, editor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 1996 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996; 1915[1914]. p. 174-90.
30. Martín-Cabré LJ. La contribución de Ferenczi al concepto de contratransferencia. Congreso Internacional "Ferenczi y el Psicoanálisis contemporáneo"; Madrid1998.
31. Heimann P. On Countertransference. *Int J Psycho-analysis*. 1950;31:81-4.
32. Racker H. A contribution to the problem of counter-transference. *Int J Psychoanal*. 1953;34(4):313-24.
33. Sandler J, Holder A, Dare C. Basic Psychoanalytic Concepts: counter-transference. *Br J Psychiatry* 1970;117:83-8.
34. Reich A. Further remarks on countertransference. *Int J Psychoanal*. 1960 Jul-Oct;41:389-95.
35. Reich A. On Countertransference. *Int J Psychoanal*. 1951;32:25-31.
36. Cutler RL. Countertransference effects in psychotherapy. *J Consult Psychol*. 1958 Oct;22(5):349-56.
37. Sandler J. Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*. 1976;3:43-7.
38. Steiner J. Containment, enactment and communication. *Int J Psychoanal*. 2000 Apr;81 (Pt 2):245-55.
39. Baranger M, Baranger W, Mom J. Process and non-process in analytic work. *Int J Psychoanal*. 1983;64 Pt 1:1-15.
40. Gelso CJ, Hayes JA. Countertransference Management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2001;38(4):418-22.
41. Racker H. The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q*. 1957;26:303-57.
42. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1995;32(3):405-15.

43. Zaslavsky J, Santos MJPd. Tendências atuais da contratransferência. In: Zaslavsky J, Santos MJPd, editors. *Contratransferência: Teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 30-55.
44. Bion WR. O aprender com a experiência. In: Bion WR, editor. *Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1962. p. 7-122.
45. Rosenfeld H. On the Psychopathology of Narcissism; a Clinical Approach. *Int J Psychoanal*. 1964 Apr-Jul;45:332-7.
46. Rosenfeld H. [Psychoanalytic theory of the life and death drives from the clinical viewpoint: study of the aggressive aspects of narcissism]. *Psyche (Stuttg)*. 1971 Jun-Jul;25(6):476-93.
47. Meltzer D. The analytical world: institutions and limitations. *J Anal Psychol*. 1986 Jul;31(3):263-5.
48. Holmqvist R. The influence of patient diagnosis and self-image on clinician's feelings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(8):455-61.
49. Holmqvist R, Armelius B. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:660-6.
50. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2007 May-Jun;48(3):225-30.
51. Brody F, Farber B. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*. 1996;33:372-80.
52. Holmqvist R. Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Jun;188(6):366-71.
53. Colson DB, Allen JG, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, Spohn H. An anatomy of countertransference: staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1986;37(9):923-8.

54. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapist's differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998;54(7):923-31.
55. Schwartz RC, Smith SD, Chopko B. Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: an empirical test of theory. *Am J Psychotherapy*. 2007;61(4):375-93.
56. Schwartz RC, Wendling HM. Countertransference reactions toward specific client populations: a review of empirical literature. *Psychological Reports*. 2003;92:651-4.
57. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 141-53.
58. Freud S. Teoria geral das neuroses: Conferência XVIII Fixação em traumas - o inconsciente. In: Strachey J, editor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996; 1917a [1916-1917]. p. 281-92.
59. Freud S. Teoria geral das neuroses: Conferência XXIV: o estado neurótico comum. In: Strachey J, editor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996; 1917b [1916-1917]. p. 379-92.
60. Laplanche J, Pontalis JB. Trauma ou Traumatismo psíquico. In: Editores M, editor. *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa 1976. p. 678-84.
61. Allen JG. Trauma. In: Allen JG, editor. *Coping with trauma: hope through understanding*. Second ed. London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005. p. 3-24.
62. Garland C. Thinking about trauma. In: Temple N, Waddell M, editors. *Understanding trauma: a psychoanalytical approach*. London: Karnac Books; 1998. p. 47-62.
63. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009 Jun;10(6):434-45.

64. Kauer-Sant'Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, Cereser K, da Costa S, Santin A, Yatham LN, Kapczinski F. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord*. 2007 Jun;9 Suppl 1:128-35.
65. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Lopes RP, Teixeira AL, Bauer ME. Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression--a preliminary report. *Biol Psychiatry*. 2008 Aug 15;64(4):281-5.
66. Goldsmith RE, Barlow MR, Freyd JJ. Knowing and not knowing about trauma: implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41(4):448-63.
67. Bremner JD. Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003 Apr;12(2):271-92.
68. Gunnar MR, Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*. 2002 Jan-Feb;27(1-2):199-220.
69. Hauck S, Gomes F, Silveira Junior Ede M, Almeida E, Possa M, Ceitlin LH. Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Mar;31(1):48-51.
70. Hauck S, Kapczinski F, Roesler R, de Moura Silveira E, Jr., Magalhaes PV, Kruel LR, Schestatsky SS, Ceitlin LH. Serum brain-derived neurotrophic factor in patients with trauma psychopathology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 Apr 16;34(3):459-62.
71. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, Khan S, Vaccarino LV, Soufer R, Garg PK, Ng CK, Staib LH, Duncan JS, Charney DS. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):924-32.
72. Dedovic K, D'Aguiar C, Pruessner JC. What stress does to your brain: a review of neuroimaging studies. *Can J Psychiatry*. 2009 Jan;54(1):6-15.

73. Klain E, Paviae L. Countertransference and empathic problems in therapists/helpers working with psychotraumatized persons. *Croatian Medical Journal*. 1999;40(4):466-72.
74. Pearlman LA, Saakvitne KW. Countertransference and Vicarious Traumatization in psychotherapy with incest survivors. In: WWNorton, editor. *Trauma and the Therapist*. New York, NY.1995.
75. Symonds M. The "second injury" to victims of violent acts. *Am J Psychoanal*. 1980 Mar;70(1):34-41.
76. McCann L, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990;3(1):131-49.
77. Pearlman LA, Ian PSM. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology*. 1995;26(6):558-65.
78. Eizirik M, Polanczyk GV, Schestatsky SS, Jaeger MA, Ceitlin LHF. Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de violência sexual e urbana: uma pesquisa qualitativa/quantitativa. *Rev Psiquiatria RS*. 2007;29(2):197-204.
79. Goldfeld PRM, Terra L, Abuchaim C, Sordi AO, Wiethaeuper D, Bouchard MA, Mardini V, Baumgardt R, Lauerman M, Ceitlin LHF. Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychother Res*. 2008 18(5):523-34.
80. Eizirik M, Schestatsky SS, Kruehl LRP, Ceitlin LHF. Countertransference in the initial visit of women victims of sexual violence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 [in press].
81. Gabbard GO. Does psychoanalysis have a future? *Can J Psychiatry*. 2005;50(12):741-2.
82. Hoglend P, Amlo S, Marble A, Bogwald K-P, Sorbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1739-46.

83. Lazar A, Sandell R, Grant J. Subjective health and ill health-related behavior. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. 2007;80:297-309.
84. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patient in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Int J Psychoanal*. 2000;81:921-42.
85. Bucci W, Kabasakalian-McKay R. Scoring referential activity: instructions for use with transcriptions of spoken narrative texts. *RA Resourch Group*. Ulm, Germany: Ulmer Text Bank; 1992.
86. Goldfeld P, Wiethaeuper D, Terra L, Baumgardt R, Lauermann M, Mardini V, Abuchaim C, Sordi AO, Soares L, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural do Inventory of Countertransference Behavior (ICB) para o português brasileiro. *Rev Psiquiatria RS*. 2007;29(1):56-62.
87. Goldfeld PM, Wiethaeuper D, Bouchard M-A, Terra L, Baumgardt R, Lauerman M, Mardini V, Abuchaim C, Sordi AO, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural do Mental States Rating System para o português brasileiro. *Rev Psiquiatria RS*. 2008;30(1):59-64.
88. Eizirik CL. Rede Social, Estado Mental e Contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Porto Alegre, RS: UFRGS; 1997.
89. Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):174-81.
90. Grudtner RR. Estudo da contratransferência e sua associação com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2009.
91. Pasquali L. *Técnicas de Exame Psicológico – TEP: manual*. 1st ed. Psicólogo Cd, editor. São Paulo, SP2001.

92. Steiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3rd ed. Press OU, editor. Oxford, NY2003.
93. Pallant JF, Tennant A. An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clin Psychol*. 2007;46:1-18.
94. DeVellis RF. *Scale development: theory and applications*. 2nd ed. Sage Publications I, editor. Thousand Oaks, CA2003.
95. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Fatorial. In: Bookman, editor. *Análise Multivariada de Dados*. 5th ed. Porto Alegre2005. p. 89-127.
96. Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação*. 2nd ed. Vozes E, editor. Petrópolis, RJ2003.
97. MacCallum RCaRC, editor. Factor Analysis at 100 Historical developments and Future directions2007.
98. Tucker LR, MacCallum RC. Exploratory Factor Analysis. Designing and conducting factor analytic studies1997. p. 131-43.
99. Fabrigar LR, MacCallum RC, Wegener DT, Strahan EJ. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*. 1999;4(3):272-99.
100. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assesment, Research & Evaluation*. 2005;10(7):1-9.
101. Westen D, Rosenthal R. Quantifying construct validity: two simple measures. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Mar;84(3):608-18.
102. Westen D, Rosenthal R. Improving construct validity: Cronbach, Meehl, and Neurath's Ship. *Psychological Assessment*. 2005;17(4):409-12.

8. ARTIGO 1

Título: Countertransference during the psychiatric assessment of victims of trauma:
validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS)

Autores: Érico de Moura Silveira Júnior

Guilherme Vanoni Polanczyk

Mariana Eizirik

Simone Hauck

Cláudio Laks Eizirik

Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Countertransference during the psychiatric assessment of victims of trauma:
validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS)

Running head: Validity of the ACS in trauma therapists.

Authors: Érico de Moura Silveira Júnior¹; Guilherme Vanoni Polanczyk², Ph.D.; Mariana Eizirik¹, M.D.; Simone Hauck¹, Ph.D.; Cláudio Laks Eizirik³, Ph.D.; Lúcia Helena Freitas Ceitlin¹, Ph.D.

Authors' affiliations: (1) Center for Study and Treatment of Traumatic Stress, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; (2) Department of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, Brazil; (3) Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.

Mailing Address:

Érico de Moura Silveira Júnior
Serviço de psiquiatria - HCPA
Rua Ramiro Barcelos, 2350. Porto Alegre, RS, Brazil
CEP: 90035-903
Phone: (+ 55 51) 3359.8294
E-mail: erico.moura@gmail.com

Abstract

Addressing the lack of reliable tools for countertransference assessment, the authors aimed to validate the Assessment of Countertransference Scale (ACS). Countertransference was assessed with the ACS after the first appointment with 131 victims of trauma, conducted by 50 residents in psychiatry, consecutively selected during 4 years. Factor analysis showed different number of items in each factor, with consistent homogeneity: rejection (24% of variance, $\alpha=0.88$); closeness (15% of variance, $\alpha=0.82$); and sadness (9% of variance, $\alpha=0.72$). Following the first analysis, the ACS modified version was proposed, and confirmatory factor analysis showed its superiority according to goodness-of-fit criteria in comparison to the original. Analysis showed that ACS is a valid instrument to investigate countertransference during the assessment of victims of trauma.

Introduction

Approximately half of the population goes through a trauma event during their life time ⁽¹⁾, increasing the demand for psychiatric treatment ⁽²⁾. Caring for trauma victims is complex, triggering intensive countertransference feelings which are frequently ambivalent and painful and may disturb the therapeutic alliance ⁽³⁾. Thus, the adequate training of therapists to care for this population is essential ⁽⁴⁾.

Countertransference (CT) is an important tool for therapists to monitor their internal world ⁽⁵⁾, to improve interpretations and to establish the therapeutic alliance ⁽⁶⁾, especially when feelings raised by the real or imagined situation experienced by patients are intense. However, the reduced number of valid instruments to assess CT restricts the development of research that explains this process ⁽⁷⁾. The Assessment of Countertransference Scale (ACS) assesses CT through the frequency with which 23 feelings are identified by therapists ⁽⁸⁾. Despite the face validity of ACS and its great applicability in clinical and research contexts, its construct validity has not been assessed up to the present. Therefore, the aim of the present study was to assess the construct validity of ACS in the context of care for psychological trauma victims.

Method

Participants and Procedures

Fifty Psychiatry residents rotating at the Center for Study and Treatment of Traumatic Stress, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, cared for 131 patients (48.5% victims of rape, 35.1% urban violence, 5.3% multiple trauma, and 13.7% other types of trauma) consecutively included in the study by convenience for 4 years, each

resident cared for 2.6 patients on average. The mean age of the residents was 27 years (SD=3), and 67.9% were women. Patients' mean age was 36 years (SD=13), 83.2% were women, 48.9% lived with a partner, and 55.7% had finished elementary school. We have excluded patients with severe suicidal ideation, psychotic symptoms, and/or referral for psychiatric hospitalization. All participants gave their written informed consent before entering the study, which was approved by the local ethics committee.

Measures

ACS was developed after a qualitative study of CT in brief psychotherapy, that listed the 26 feelings found, divided into two groups: pity and grief⁽⁹⁾. From this list, clinical and theoretical revision on CT was performed and each feeling was uniformed and conceptualized, and those that characterized it better were selected under 3 dimensions: closeness, distance and indifference. This version (Appendix 1) was assessed by experienced analysts and psychotherapists with an psychoanalytical background and that considered that the items could assess conscious countertransference feelings⁽⁸⁾. It is a self-applied scale composed by 23 items scored in a Likert-type scale (0=absence to 3=very), for three moments of the session (start, midpoint and end), to capture how feelings varied during care. ACS has been used in studies in our milieu^(10, 11).

Data Analysis

The scoring of items was analyzed by a frequency table and histogram. The items were compared across the 3 moments by ranks of Friedman test. Exploratory factor analysis (EFA) was conducted by method of extracting factors Principal Axis Factoring, extraction factors for Varimax rotation were determined by eigenvalues > 1, scree test and parallel analysis, for each moment and subsequent factorial design qualitative

comparison between them ⁽¹²⁾. Using the mean score between the 3 moments of each item, a final EFA (with same criteria) was conducted to create a unique factorial model. We consider the largest factor loading (minimum > 0.3) and their positions in the initials EFA to determine to which factor the item belongs. An examination of the feasibility of performing the EFA was carried out using Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test. Internal consistency for each identified factor in the final EFA was detected by Cronbach's α coefficient, and the relation between them were determined by Pearson and Spearman's rho correlation coefficient. Confirmatory factor analysis (CFA) was used to compare original version of ACS and the proposed version obtained in this study, using the following goodness-of-fit criteria: goodness-of-fit index (GFI), adjusted goodness-of-fit index (AGFI), Tucker-Lewis index (TLI), and comparative fit index (CFI). All tests were two-tailed and the level of significance adopted was $\alpha = 0.05$. Statistical analysis was performed using SPSS statistical software 16.0 and AMOS 6.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Results

The item "wish to help" achieved greater mean (2.51 ± 0.57), and "hostility" lower (0.19 ± 0.42). Eight out of 23 items showed significant differences between their scores in the three moments of the ACS (Appendix 2). In the first EFA (Appendix 3), we found 3, 2 and 3 factors respectively for start, midpoint, and end. The item "distance" showed similar bipolar factor loadings in the two first factors for start and end. The items "attraction" and "fear" showed factor loadings < 0.3, (except fear, midpoint load = 0.312), nevertheless we decided to keep them in the model for further tests. The item

“happiness”, also with low factor loading, was withdrawn from the analysis, since it appeared to be an irrelevant countertransferential feeling in this context.

Aggregating the scores across the three moments of the visit, the final factorial solution showed 3 interpretable factors (Table 1). First, rejection, (24% of variance) was composed by 9 items: irritation, rejection, hostility, disinterest, mistrust, accusation, reproaching, boredom and distance. Second, closeness, (15% of variance) was composed by 7 items: interest, affection, curiosity, solidarity, wish to help, sympathy and attraction. Third, sadness, (9% of variance) was the most different from the original version because it captured items from all factors: sadness, pity, despair, immobility, discomfort and fear. The KMO measure of sampling adequacy yielded a high value of 0.868 and supports the possibility of finding underlying factors. Internal consistencies for factors were: rejection .88, closeness .82, and sadness .72.

The convergent-discriminant validity between factors showed correlation between rejection and closeness $r = -0.61$ ($P < 0.001$), and between sadness and rejection $r = 0.36$ ($P < 0.001$). However, closeness and sadness did not present significant correlation ($r = -0.05$, $P = 0.59$).

The CFA has detected better goodness-of-fit indexes for all observed criteria in the comparison between the original version of ACS (GFI = 0.797, AGFI = 0.744, TLI = 0.867, and CFI = 0.885) and the proposed version (GFI = 0.824, AGFI = 0.776, TLI = 0.904, and CFI = 0.918).

Discussion

The ACS has been developed to assess CT in dynamic psychotherapy. In spite of the validity process of the ACS is in the beginning, it appears to be a reliable psychometric tool to assess CT in the initial contact with trauma victims, with the convenience of being an easy comprehensible instrument.

Betan et al. have suggested a CT specific for trauma ⁽¹³⁾, but, up to the present, no studies have been able to demonstrate this hypothesis. In our analyses, the factor rejection was the most consistent and the CT feelings varied during the appointment: they were more grouped and less correlated in the beginning, and during the session there was a polarization between rejection and closeness, and they ended up being more correlated with each other. This complex situation, probably of non-linear correlations, seems to indicate that over the session there was a CT formulation. However, we found the factor sadness, a difference in the ACS compared to the original version and to other instruments. We postulated the creation of this factor because it was constant in EFA in the 3 moments of the ACS and it was described in the study previous to its creation ⁽⁹⁾. Even so, a further study of the existence of this factor is necessary because items were not constantly arranged during the 3 moments of the scale: 4 items with significantly different scores and 2 of these items with load > 0.3 in the factor rejection.

Some methodological aspects of this study need to be addressed. First, the sample size is moderate and composed mainly by women. Second, the patients had various types of trauma: sexual abuse was present in half of the sample. Third, all therapists were psychiatrists beginning their training, enhancing internal validity, but restricting the extrapolation of results for experienced therapists and for other areas.

Nevertheless, the present study provides preliminary evidence that ACS is a psychometrically valid measure to assess conscious CT in a traumatized adult population. The next step is to replicate this study in other and larger samples of both patients and therapists.

Countertransference responses may show coherent and predictable patterns of the diagnostic understanding, especially on the treatment of trauma victims, because the CT with these patients is intense and painful⁽¹³⁾. Thus, the present study may contribute to therapists' self-knowledge, and a consequent improvement in care and development of the integration of psychoanalytical concepts in the psychiatric practice.

Acknowledgments: We thank Patricia Goldfeld, Leticia Krueel and Anne Sordi for the commitment and support. The study received grants from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Fundo de Incentivo à Pesquisa e Ensino do HCPA (FIPE).

Table 1. Factor loadings using mean score* and rotated factors of the Assessment of Countertransference Scale (ACS)

| Items | Factor loadings | | |
|--------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Factor 1 (rejection) | Factor 2 (closeness) | Factor 3 (sadness) |
| Curiosity | -.070 | .659 | -.104 |
| Interest | -.199 | .700 | -.073 |
| Sympathy | -.362 | .587 | .087 |
| Solidarity | -.336 | .655 | .252 |
| Affection† | -.478 | .684 | .224 |
| Wish to help | -.519 | .650 | .114 |
| Sadness† | -.091 | .106 | .673 |
| Pity† | -.265 | -.034 | .718 |
| Attraction | -.137 | .096 | .085 |
| Discomfort | .480 | .039 | .472 |
| Mistrust† | .639 | -.063 | -.052 |
| Boredom | .560 | -.221 | .152 |
| Rejection | .736 | -.252 | .103 |
| Despair† | .478 | -.106 | .551 |
| Reproaching | .602 | -.316 | -.087 |
| Accusation† | .633 | -.332 | -.066 |
| Irritation | .759 | -.346 | .075 |
| Fear | .049 | .194 | .238 |
| Hostility† | .665 | -.068 | -.019 |
| Disinterest | .664 | -.290 | .013 |
| Distancing | .447 | -.221 | -.019 |
| Immobility† | .526 | -.132 | .482 |

* Mean score = the average between scores of each item in the 3 moments of the ACS.

† Eight items that showed difference between the three moments of the ACS.

References

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
2. Mari JJ, Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;30(3):183-4.
3. Ligiéro DP, Gelso CJ. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002;39(1):3-11.
4. Deighton RM, Gurrin N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *J Trauma Stress*. 2007 Feb;20(1):63-75.
5. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol*. 2001;57(8):983-91.
6. Holmqvist R, Armelius K. Associations between psychiatric patients' self-image, staff feelings towards them, and treatment outcome. *Psychiatry Res*. 2004 Aug 30;128(1):89-102.
7. Schwartz RC, Wendling HM. Countertransference reactions toward specific client populations: a review of empirical literature. *Psychological Reports*. 2003;92:651-4.
8. Eizirik CL. Rede Social, Estado Mental e Contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Porto Alegre, RS: UFRGS; 1997.
9. Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):174-81.
10. Grudtner RR. Estudo da contratransferência e sua associação com características do paciente em psicoterapia de orientação analítica. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2009.

11. Eizirik M, Schestatsky SS, Kruehl LRP, Ceitlin LHF. Countertransference in the initial visit of women victims of sexual violence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010 [in press].
12. Hayton JC, Allen DG, Scarpannello V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organizational research methods.* 2004;7(2):191-205.
13. Betan E, Heim AK, Zittel CC, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):890-8.

Appendix 1

Assessment of Countertransference Scale (ACS)

Instructions: Evaluate whether, during the interview, you realized in yourself some of the feelings described below in relation to the respondent. Make a circle around the number that best expresses what you felt.

- 0 = Nothing
 1 = Little
 2 = Moderately
 3 = Very

Original version

| | Start | Midpoint | End |
|---------------------------|---------|----------|---------|
| Curiosity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Interest | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Sympathy | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Solidarity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Affection | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Wish to help | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Happiness | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Sadness | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Pity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Attraction | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Closeness Score | | | |
| Discomfort | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Mistrust | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Boredom | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Rejection | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Despair | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Reproaching | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Accusation | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Irritation | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Fear | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Hostility | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Distance Score | | | |
| Disinterest | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Distance | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Immobility | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Indifference Score | | | |

Version for therapists of trauma victims

| | Start | Midpoint | End |
|------------------------|---------|----------|---------|
| Irritation | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Rejection | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Hostility | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Disinterest | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Mistrust | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Accusation | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Reproaching | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Boredom | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Distance | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Rejection Score | | | |
| Interest | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Affection | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Curiosity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Solidarity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Wish to help | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Sympathy | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Attraction | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Closeness Score | | | |
| Sadness | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Pity | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Despair | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Immobility | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Discomfort | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Fear | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| Sadness Score | | | |

Appendix 2

**Comparisons of the each item score between the three moments of the Assessment
Countertransference Scale (ACS)**

| | Beginning | | | During | | | End | | | Mean score | | |
|---------------------|-----------|------|-----|--------|------|-----|--------|------|-----|------------|------|-----|
| | M | SD | Mdn | M | SD | Mdn | M | SD | Mdn | M | SD | Mdn |
| Curiosity | 2.14 | 0.82 | 2.0 | 2.24 | 0.70 | 2.0 | 2.20 | 0.85 | 2.0 | 2.19 | 0.66 | 2.3 |
| Interest | 2.35 | 0.67 | 2.0 | 2.44 | 0.63 | 3.0 | 2.46 | 0.72 | 3.0 | 2.42 | 0.55 | 2.3 |
| Sympathy | 2.07 | 0.80 | 2.0 | 2.18 | 0.77 | 2.0 | 2.18 | 0.79 | 2.0 | 2.14 | 0.71 | 2.0 |
| Solidarity | 2.31 | 0.75 | 2.0 | 2.38 | 0.72 | 3.0 | 2.42 | 0.75 | 3.0 | 2.37 | 0.66 | 2.3 |
| Affection | 1.80 | 0.80 | 2.0 | 2.00† | 0.80 | 2.0 | 2.05* | 0.86 | 2.0 | 2.12 | 0.61 | 2.3 |
| Wish to help | 2.46 | 0.65 | 3.0 | 2.50 | 0.67 | 3.0 | 2.57 | 0.69 | 3.0 | 2.51 | 0.57 | 2.7 |
| Happiness | 0.53 | 0.73 | 0.0 | 0.50 | 0.74 | 0.0 | 0.57 | 0.79 | 0.0 | 0.54 | 0.75 | 0.0 |
| Sadness | 1.39 | 0.89 | 1.0 | 1.68† | 0.91 | 2.0 | 1.52‡ | 0.93 | 2.0 | 1.53 | 0.81 | 1.7 |
| Pity | 1.86 | 1.0 | 2.0 | 2.10* | 0.89 | 2.0 | 2.11** | 0.94 | 2.0 | 2.03 | 0.80 | 2.0 |
| Attraction | 0.50 | 0.79 | 0.0 | 0.60 | 0.85 | 0.0 | 0.57 | 0.86 | 0.0 | 0.56 | 0.78 | 0.0 |
| Discomfort | 1.15 | 0.97 | 1.0 | 1.39* | 1.04 | 1.0 | 1.25‡ | 1.01 | 1.0 | 1.26 | 0.89 | 1.3 |
| Mistrust | 0.48 | 0.76 | 0.0 | 0.60 | 0.83 | 0.0 | 0.53 | 0.82 | 0.0 | 0.53 | 0.72 | 0.0 |
| Boredom | 0.49 | 0.68 | 0.0 | 0.50 | 0.74 | 0.0 | 0.53 | 0.81 | 0.0 | 0.51 | 0.67 | 0.0 |
| Rejection | 0.51 | 0.73 | 0.0 | 0.53 | 0.82 | 0.0 | 0.52 | 0.79 | 0.0 | 0.52 | 0.71 | 0.0 |
| Despair | 0.98 | 0.87 | 1.0 | 1.14* | 0.97 | 1.0 | 1.07 | 0.97 | 1.0 | 1.06 | 0.84 | 1.0 |
| Reproaching | 0.33 | 0.65 | 0.0 | 0.44 | 0.73 | 0.0 | 0.43 | 0.76 | 0.0 | 0.40 | 0.64 | 0.0 |
| Accusation | 0.23 | 0.56 | 0.0 | 0.31* | 0.66 | 0.0 | 0.32 | 0.65 | 0.0 | 0.29 | 0.58 | 0.0 |
| Irritation | 0.48 | 0.76 | 0.0 | 0.58 | 0.84 | 0.0 | 0.60 | 0.87 | 0.0 | 0.55 | 0.73 | 0.3 |
| Fear | 0.21 | 0.56 | 0.0 | 0.31 | 0.63 | 0.0 | 0.29 | 0.63 | 0.0 | 0.27 | 0.54 | 0.0 |
| Hostility | 0.15 | 0.43 | 0.0 | 0.21 | 0.49 | 0.0 | 0.23 | 0.54 | 0.0 | 0.19 | 0.42 | 0.0 |
| Disinterest | 0.37 | 0.64 | 0.0 | 0.30 | 0.56 | 0.0 | 0.32 | 0.62 | 0.0 | 0.33 | 0.53 | 0.0 |
| Distancing | 0.82 | 0.93 | 1.0 | 0.73 | 0.78 | 1.0 | 0.70 | 0.84 | 1.0 | 0.75 | 0.73 | 0.7 |
| Immobility | 0.96 | 0.95 | 1.0 | 1.15* | 1.00 | 1.0 | 1.10 | 1.00 | 1.0 | 1.07 | 0.87 | 1.0 |

M = mean; SD = standard deviation; Mdn = median

* P < 0.05 between Beginning and During

** P < 0.05 between Beginning and End

† P < 0.001 between Beginning and During

‡ P < 0.05 between During and End

Appendix 3

Factor loadings in the each moment of the Assessment of Countertransference Scale (ACS)

| Items | Beginning | | | During | | End | | |
|--------------|-----------------|--------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-------------|
| | Factor loadings | | | Factor loadings | | Factor loadings | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| Curiosity | .062 | .629 | -.015 | -.396 | .065 | -.067 | .641 | -.019 |
| Interest | .078 | .796 | -.068 | -.490 | .050 | -.349 | .678 | .050 |
| Sympathy | -.331 | .534 | .081 | -.687 | .152 | -.280 | .698 | .063 |
| Solidarity | -.164 | .578 | .213 | -.697 | .323 | -.330 | .695 | .204 |
| Affection | -.346 | .587 | .238 | -.721 | .224 | -.406 | .682 | .148 |
| Wish to help | -.419 | .610 | .053 | -.722 | .126 | -.453 | .675 | .130 |
| Sadness | -.095 | .200 | .700 | -.203 | .586 | -.097 | .156 | .549 |
| Pity | -.186 | .099 | .722 | -.294 | .458 | -.390 | .034 | .603 |
| Attraction | -.091 | .189 | .109 | -.228 | .090 | -.153 | .149 | .014 |
| Discomfort | .420 | -.035 | .626 | .293 | .551 | .502 | -.041 | .428 |
| Mistrust | .663 | -.011 | -.030 | .547 | .080 | .595 | -.148 | .027 |
| Boredom | .454 | -.224 | .128 | .550 | .253 | .534 | -.297 | .093 |
| Rejection | .648 | -.188 | .193 | .708 | .246 | .754 | -.408 | .038 |
| Despair | .464 | -.043 | .572 | .337 | .590 | .388 | -.332 | .477 |
| Reproaching | .515 | -.080 | .057 | .621 | -.013 | .612 | -.371 | -.119 |
| Accusation | .625 | -.071 | -.036 | .657 | .057 | .544 | -.391 | -.049 |
| Irritation | .768 | -.107 | .066 | .768 | .199 | .612 | -.553 | .132 |
| Fear | .038 | .101 | .189 | -.102 | .312 | .080 | .132 | .273 |
| Hostility | .537 | -.068 | -.015 | .551 | .175 | .648 | -.220 | -.009 |
| Disinterest | .545 | -.390 | .008 | .709 | .127 | .579 | -.462 | .039 |
| Distancing | .399 | -.363 | -.099 | .524 | .155 | .357 | -.380 | .022 |
| Immobility | .499 | -.162 | .487 | .356 | .619 | .415 | -.371 | .503 |

9. ARTIGO 2

Título: Can countertransference in the initial care of trauma victims predict drop-out of psychiatric treatment?

Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de trauma pode predizer o abandono do tratamento psiquiátrico?

Autores: Érico de Moura Silveira Júnior

Guilherme Vanoni Polanczyk

Simone Hauck

Cláudio Laks Eizirik

Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Submetido para publicação na *Revista Brasileira de Psiquiatria* no dia 08 de outubro de 2010 sob ID: RBP-2010-BC-0301.

Can countertransference in the initial care of trauma victims predict drop-out of psychiatric treatment?

Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de trauma pode prever o abandono do tratamento psiquiátrico?

Running Title: Countertransference in victims of trauma.

Authors: Érico de Moura Silveira Júnior^{1,3}; Guilherme Vanoni Polanczyk², Ph.D.; Simone Hauck¹, Ph.D.; Cláudio Laks Eizirik³, Ph.D.; Lúcia Helena Freitas Ceitlin^{1,3}, Ph.D.

Authors' affiliations: (1) Center for Study and Treatment of Traumatic Stress, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil; (2) Department of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, Brazil; (3) Psychiatry Post-graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.

Institution: Center for Study and Treatment of Traumatic Stress, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psychiatry Post-graduation Program Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondence: Érico de Moura Silveira Júnior

Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 / 4º andar. Porto Alegre, RS, Brasil

CEP: 90035-003

Phone: (+ 55 51) 21018294

E-mail: erico.moura@gmail.com

Abstract

Objectives: To investigate the association between countertransference feelings (CT) in the first psychiatric care for trauma victims and the treatment outcome. **Methods:** Assessment, with the Assessment of Countertransference Scale, of the CT of 50 therapists after the first care for 131 trauma victims (83% were women with ages ranging from 15 to 64 years) consecutively selected for 4 years. Patients' clinical and demographic characteristics were evaluated, assessing their correlation with therapists' CT. Patients were followed-up during treatment to check the association between initial CT and the treatment outcome, defined as discharge or drop-out. **Results:** Median of appointments was 5 [4; 8], absences 1 [0; 1] and the drop-out rate was 34.4%. Clinical and demographic characteristics in the patients' groups discharge and drop-out were similar. The multivariate analysis identified that patients with reported history of childhood trauma have abandoned less the treatment (OR = 0.39, P = 0.039, CI 95% 0.16-0.95). There was no association between initial CT and the treatment outcome. **Conclusions:** CT in the initial care for trauma victims were not associated with treatment outcome in this sample. Further studies should assess the changes in CT during treatment and their impact on treatment outcome.

Descriptors: countertransference, treatment outcome, psychological stresses, violence, Brazil.

Resumo

Objetivos: Investigar a associação entre contratransferência no atendimento psiquiátrico inicial de vítimas de trauma e desfechos do tratamento. **Métodos:** A contratransferência de 50 terapeutas foi avaliada através da Assessment of Countertransference Scale após o primeiro atendimento de 131 vítimas de trauma (83% mulheres, idade entre 15 e 64 anos) selecionadas consecutivamente durante 4 anos. Foram avaliadas características demográficas e clínicas dos pacientes, e investigaram-se seus correlatos com os sentimentos contratransferenciais dos terapeutas. Os pacientes foram acompanhados ao longo do tratamento para verificar a associação entre a contratransferência e o desfecho do tratamento, operacionalizado como alta ou abandono. **Resultados:** A mediana de consultas realizadas foi 5 [4; 8], faltas 1 [0; 1] e taxa de abandono 34,4%. As características demográficas e clínicas dos pacientes dos grupos alta e abandono foram similares. Na análise multivariada, identificou-se que pacientes com relato de história de trauma na infância abandonaram menos o tratamento (OR = 0,39; P = 0,039; CI 95% 0,16-0,95). Não foi detectada associação entre sentimentos contratransferenciais iniciais com os desfechos do tratamento. **Conclusões:** A contratransferência no atendimento inicial de vítimas de trauma não esteve associada ao desfecho do tratamento. Estudos futuros devem avaliar a modificação da contratransferência ao longo do tratamento e seu impacto sobre os desfechos.

Palavras-chaves: Contratransferência, desfechos do tratamento, estresse psicológico, violência, Brasil.

Introduction

Countertransference (CT) is an useful tool for diagnostic understanding and for the course of psychiatric treatment. Difficulties or problems in its management are connected with therapy failure⁽¹⁾. Although the literature on CT theory is rich⁽²⁾, there is no corresponding empirical literature⁽³⁾. Some studies correlate particular aspects of CT with types of diagnoses⁽⁴⁾, personality disorders^(5,6), therapeutic alliance and attachment patterns⁽⁷⁾, and as predictors in psychiatric treatment outcomes⁽⁸⁾. In trauma victims, the evidences on the role of CT are even more scarce^(9,10).

The growing number of violent situations such as sexual abuse, kidnapping, robberies, especially in big cities, has created a great demand for psychiatric care⁽¹¹⁾. Therapists have to deal with sadness, anxiety and patients' rage, which are often transferred to them, who are not able to provide fast relief for the trauma pain⁽⁹⁾. Therefore, care for these patients frequently arouses intense countertransference feelings that can affect the therapeutic relationship if they are not properly understood, favoring impasse situations and treatment discontinuation⁽¹²⁾. Thus, it is essential to train professionals that will face these complex clinical situations properly. The aim of the present study was to investigate if CT in the initial treatment of trauma victims predicts outcomes of the psychiatric treatment.

Methods

Fifty training psychiatrists at the Center for Study and Treatment of Traumatic Stress, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, cared for 131 patients, including 60

sexual violence victims (incest, rape and attempted rape), 46 urban violence victims (robberies, kidnapping, attempted homicide, beating, torture and running over), 18 vicarious trauma victims (traumatic loss of a close relative) and 7 multiple trauma victims. Patients were consecutively recruited for 4 years. We have excluded patients with severe suicidal ideation, psychotic symptoms and/or referral for psychiatric hospitalization. Most patients were women (83.2%), with mean age of 36 ± 13 years, 48.9% lived with a partner, 55.7% had finished elementary school and 60.5% worked. Time elapsing between the current appointment and the trauma event had a median of 11 [1; 146] months. Therapists' mean age was 27 ± 3 years, 67.9% were women and 50.4% had previous experience with at least one care for a trauma victim. All participants gave their written informed consent before entering the study, which was approved by the local ethics committee.

Patients have been selected after screening, which assessed the clinical variables and the diagnoses according to DSM-IV-TR criteria. In the first appointment, the standard protocol and the Assessment of Countertransference Scale (ACS) were applied. Patients were followed-up during psychiatric treatment (brief psychodynamic psychotherapy, weekly sessions for an average of 2 months, regardless of the use of psychotropic medications) to determine the number of appointments, absences and the outcome: discharge (attending 6 sessions considered as the minimal approach) or drop-out.

ACS is a self-applied scale composed by 23 items (feelings) scored in 3 moments of the session (start, midpoint and end) in a Likert-type scale (0=absence to 3=very), producing a mean score between them and distributed into 3 factors: closeness (10 items), distance (10 items) and indifference (3 items)⁽¹³⁾. In trauma victims, it presented

consistent psychometric properties: rejection (9 items; $\alpha = 0.88$) and closeness (7 items; $\alpha = 0.82$), and a third factor which was different from the original, sadness (6 items; $\alpha = 0.72$)⁽¹⁴⁾. The scores of each of the subscales were standardized in Z scores.

Wilcoxon's signed rank test (Z), ANOVA and Chi-squared test were used to compare styles of CT according to the characteristics of the sample and these characteristics according to the outcome. The overall scores of the three ACS factors, weighted for the number of items within each factor were compared by ranks of Friedman test. All variables associated with the outcome with a P-value less than 0.2 were included in a multivariable logistic regression model in order to control for confounders using forward stepwise method (Likelihood) for selection of variables to maximize prediction. Statistical analysis was also performed separately for the following covariates since its effect as confounding factors were controlled: factors rejection and closeness because they showed moderated correlation ($r = -.61$; $P < 0.001$), and for different types of trauma. Spearman's rho was used to investigate the correlation between the number of appointments with each one of the ACS factors. All tests were two-tailed and performed with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 16.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). The level of significance adopted was $\alpha = 0.05$ and CI 95%.

Results

There were significant differences between the overall scores of the ACS factors, with a predominance of closeness (Rank 2.82, Mean 2.05, SD 0.45) in relation to sadness (Rank 2.03, Mean 1.20, SD 0.52) and rejection (Rank 1.15, Mean 0.45, SD 0.45) (chi-

square = 186.3, $p < 0.001$). Therapists with ages ≤ 27 years scored greater rejection than the older therapists (0.14 ± 1 vs. -0.21 ± 0.9 , $Z = -2.35$, $P = 0.019$). Married patients induced in therapists more feelings of rejection (0.20 ± 1 vs. -0.19 ± 0.9 , $Z = -2.41$, $P = 0.016$) and sadness (0.18 ± 1 vs. -0.17 ± 1 , $t = -1.99$, $P = 0.049$) than single ones. In clinical variables, victims of vicarious trauma and multiple traumas aroused more sadness (0.38 ± 1 and 0.76 ± 0.4 , respectively) compared to sexual violence (0.03 ± 0.9) and urban trauma victims (-0.3 ± 1) ($F = 3.83$, $P = 0.039$).

The median number of appointments was 5 [4-8] and absences 1 [0-1]. The overall rate of drop-out was 34.4%. Drop-out rate for each of the violence situation was as follow: sexual violence: 31.7%, urban trauma: 43.5%, vicarious trauma: 27.8%, multiple trauma: 14.3%. There were no correlations between ACS factors and the number of appointments and absences. In multivariate analysis, patients that reported history of childhood trauma have less likelihood of dropping out (OR = 0.39, $P = 0.039$, CI 95% 0.16 to 0.95). There were no association between countertransference feelings and treatment outcomes (Table 1).

Discussion

The relationship between abandonment and impasse situations in the treatment of trauma victims has been widely described in the clinical literature, however, the mechanism of this relationship is not clear. Negative CT patterns of the therapists and a poorly built therapeutic alliance are frequently mentioned as associated with treatment discontinuation⁽⁷⁾. Trauma victims are sensitive to feelings and actions of therapists and

they often drop out from psychiatric treatment ⁽¹²⁾. In the present study, we have documented a predominance of countertransference feelings of closeness, compared to rejection and sadness, however, there was the absence of a specific pattern of countertransference feelings associated with the outcome.

The present study is pioneer in investigating the relationship between CT with the outcomes of psychiatric treatment in trauma victims. There are initial evidences that found association between therapeutic capacity to notice positive and negative countertransference feelings in the beginning of treatment of borderline patients and greater outcomes ⁽¹⁵⁾. Another study indicated association between positive treatment outcomes of psychotic patients and less countertransference feelings of distance ⁽⁸⁾.

Some methodological aspects of this study need to be addressed. First, CT was assessed in the beginning of treatment. Therefore, later CT changes have not been captured by our study ⁽⁷⁾. Secondly, the outcome measures were the number of appointments and absences, discharge or discontinuation, and there were no clinical measures of improvement. In this sense, countertransference feelings may be related to qualitative treatment outcomes. Third, therapists are training psychiatrists which increases internal validity of the data but restricts the generalization of the results. However, a previous study found no difference in CT behavior in two reports of trauma cases between therapists with more or less than 3 years of clinical experience ⁽¹⁰⁾. Fourth, the group of therapists and patients were formed basically by women which also limits generalizing the results. Though, in a recent study in our milieu, the difference in CT pattern according to therapist gender was not detected ⁽⁹⁾.

Current evidences try to increase knowledge regarding the therapists' contribution to the performance of psychiatric treatment^(6, 16). Part of the CT can present coherent and predictable patterns, especially in trauma, due to the similarity and specificity between the experiences⁽⁵⁾, but up to now studies have not confirmed this hypothesis^(9, 10). Further studies should investigate CT over the treatment in other and in larger samples and with more experienced therapists.

Acknowledgments: The study received grants from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Fundo de Incentivo à Pesquisa e Ensino do HCPA (FIPE).

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the study sample between the two outcome groups.

| | Drop-out (n = 45) | Discharge (n = 86) | P |
|--|----------------------|-----------------------|-------------------|
| Therapists | | | |
| Female sex, N (%) | 33 (73) | 56 (65) | .43 ^{††} |
| Previous experience with trauma, N (%) | 20 (44) | 46 (54) | .36 ^{††} |
| Years of age, mean (SD), years | 27 (2) | 27 (4) | .30 [‡] |
| ACS, median (IQR), z score | | | |
| Closeness | .32 (-.42; .85) | -.05 (-.52; .66) | .57 [‡] |
| Rejection | -.50 (-.78; .18) | -.26 (-.74; .49) | .28 [‡] |
| Sadness | -.18 (-1.15; .68) | .14 (-.61; .63) | .25 [‡] |
| Patients | | | |
| Female sex, N (%) | 38 (84) | 71 (83) | .99 ^{††} |
| Years of age, mean (SD), years | 34 (13) | 38 (13) | .12 [‡] |
| Years of study, mean (SD), years | 9 (3) | 9 (4) | .48 [‡] |
| Marriage/live with partner, N (%) | 20 (44) | 44 (51) | .58 ^{††} |
| Reported history of previous psychiatry disorder, N (%)* | 11 (30) | 32 (41) | .31 ^{††} |
| Reported history of childhood trauma, N (%) | 9 (20) | 30 (35) | .11 ^{††} |
| Clinical diagnosis, N (%) | | | .62 [‡] |
| Post Traumatic Stress Disorder | 33 (73) | 49 (57) | |
| Acute Stress Disorder | 4 (9) | 19 (22) | |
| Mood Disorder | 5 (11) | 15 (17) | |
| Anxiolytic Dependence Disorder | 1 (2) | 0 | |
| Somatization Disorder | 0 | 1 (1) | |
| None | 2 (4) | 2 (2) | |
| Presence of Axis II, N (%) | | | .45 [‡] |
| Cluster A Personality Disorders | 1 (2) | 0 | |
| Cluster B Personality Disorders | 4 (9) | 13 (15) | |
| Mental Retardation | 0 | 2 (2) | |
| None | 40 (89) | 71 (83) | |
| Presence of Comorbidities in Axis I and/or II, N (%) | 10 (22) | 30 (35) | .16 ^{††} |
| Type of trauma, N (%) | | | .32 [‡] |
| Sexual | 19 (42) | 41 (48) | |
| Urban | 20 (45) | 26 (30) | |
| Vicarious | 5 (11) | 13 (15) | |
| Multiple | 1 (2) | 6 (7) | |
| Months since episode of trauma, median (IQR), months | 9 (2; 44) | 17 (1; 211) | .35 [‡] |
| Single episode of trauma, N (%) | 29 (64) | 45 (52) | .19 ^{††} |

ACS= Assessment of Countertransference Scale

SD= standard deviation, IQR=interquartile range

*N= 116

†† Chi-squared test, ‡ ANOVA, † Wilcoxon's signed rank test (Z)

References

1. Dalenberg C. It's not your fault: Countertransference struggles with blame and shame. In: Dalenberg C, editor. *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association; 2000. p. 115-44.
2. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol*. 2001;57(8):983-91.
3. Dubé JE, Normandin L. Mental activity and referential activity of beginning therapists: a construct validity study of the countertransference rating system (CRS). *Am J Psychotherapy*. 2007;61(4):351-74.
4. Holmqvist R. Staff feelings and patient diagnosis. *Can J Psychiatry*. 2000 May;45(4):349-56.
5. Betan E, Heim AK, Zittel CC, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):890-8.
6. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Sep;196(9):702-8.
7. Ligiéro DP, Gelso CJ. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002;39(1):3-11.
8. Holmqvist R, Armelius K. Associations between psychiatric patients' self-image, staff feelings towards them, and treatment outcome. *Psychiatry Res*. 2004 Aug 30;128(1):89-102.
9. Eizirik M, Schestatsky SS, Kruehl LRP, Ceitlin LHF. Countertransference in the initial visit of women victims of sexual violence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 [in press].

10. Goldfeld PRM, Terra L, Abuchaim C, Sordi AO, Wiethaeuper D, Bouchard MA, Mardini V, Baumgardt R, Lauerma M, Ceitlin LHF. Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychother Res*. 2008;18(5):523-34.
11. Mari JJ, Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatria*. [Editorial]. 2008;30(3):183-4.
12. Dalenberg CJ. Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41(4):438-47.
13. Eizirik CL. Rede Social, Estado Mental e Contratransferência: estudo de uma Amostra de Velhos da Região Urbana de Porto Alegre [PhD's Thesis]. Porto Alegre, RS: UFRGS; 1997.
14. Silveira ÉdMJ, Polanczyck G, Eizirik M, Hauck S, Ceitlin LHF, Eizirik CL. Countertransference during the psychiatric assessment of victims of trauma: validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS). *J Traumatic Stress*. 2010 [submitted].
15. Holmqvist R. Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Jun;188(6):366-71.
16. Hoglend P, Amlo S, Marble A, Bogwald K-P, Sorbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1739-46.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar constructos subjetivos em Psiquiatria de uma forma válida e comparável é importante, tanto para avanço nas pesquisas, quanto para a comunicação entre clínicos. Dentro desta proposta, iniciamos o processo de validação de constructo da Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT), com o intuito de disponibilizarmos um instrumento concebido em nosso meio⁽⁸⁸⁾. Até o momento, este é o único instrumento no Brasil testado psicometricamente para avaliar a contratransferência.

A contratransferência inicial no atendimento de vítimas de trauma medida pela EACT apontou diferenças significativas entre as pontuações totais dos fatores, com predomínio dos sentimentos de proximidade em relação à tristeza e distância. Os terapeutas com idade ≤ 27 anos pontuaram maior afastamento que os mais velhos. Os pacientes que vivem com companheiro(a) evocaram mais sentimentos de distanciamento e tristeza nos terapeutas que os que vivem sozinho(a). Nas variáveis clínicas, vítimas de violência indireta e de múltiplos traumas despertaram mais tristeza quando comparados com as de violência urbana e sexual.

Na análise fatorial exploratória da EACT foram encontrados os fatores afastamento, aproximação e tristeza, com boa consistência interna. O fator tristeza é um domínio não contemplado na versão original da escala, composta pelos dois primeiros e pelo fator indiferença, mas que no estudo prévio à criação do instrumento este domínio foi destacado⁽⁸⁹⁾. Os fatores apresentaram o número de itens e correlações entre eles distintas da versão original. A análise fatorial confirmatória apontou que a versão atual da EACT obteve melhores parâmetros de adequação que a original. Portanto, a EACT parece ser um instrumento psicométrico confiável para acessar a contratransferência no

contato inicial com as vítimas de trauma, com a conveniência de ser uma escala de fácil compreensão.

No segundo estudo, onde buscamos correlacionar os sentimentos contratransferenciais iniciais do atendimento a vítimas de trauma e abandono do tratamento psiquiátrico, não se verificou esta associação. Apenas encontramos que os pacientes com relato de história de trauma na infância abandonaram menos o tratamento.

O presente estudo pode contribuir para o autoconhecimento dos terapeutas, conseqüente melhora do atendimento desta população e avanço na integração de conceitos psicanalíticos na prática psiquiátrica. Finalmente, é relevante salientar que este é um estudo inicial de validade de constructo, restrito a esta amostra. Enfatizamos a idéia de processo contínuo de validação, em que a validade de um instrumento *a priori* deve ser testada a cada nova aplicação, principalmente em populações distintas. Investigações futuras devem estudar a contratransferência ao longo do tratamento, para avaliar a modificação durante este procedimento, e estudá-la em outras e maiores amostras e em terapeutas mais experientes.

ANEXO 1

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA (EACT)

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.

* ASSINALE OS SUBTOTAIS *

NADA0
POUCO1
MODERADAMENTE2
MUITO3

| | início | durante | 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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite para juntar-se ao estudo sobre: **Resposta emocional de terapeutas em treinamento no atendimento inicial de vítimas de trauma psíquico: um estudo da validade de construto da Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT)**

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento a respeito de alguns detalhes sobre este trabalho. Vamos informá-lo abaixo sobre algumas dúvidas que você possa ter.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a Resposta emocional de terapeutas em treinamento no atendimento inicial de vítimas de trauma psíquico: um estudo para validação das propriedades psicométricas da Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT). A avaliação da Contratransferência será feita a partir do uso das seguintes escalas: Escala para Avaliação de Contratransferência - EACT (CL Eizirik, 1997) e do Inventário do Comportamento Contratransferencial – ICB (Friedman & Gelso, 2000). Estas escalas serão preenchidas por você após a primeira e a última consulta com os pacientes do ambulatório NET-TRAUMA. As demais escalas aplicadas e variáveis em teste serão feitas pelos auxiliares de pesquisa do NET-TRAUMA e pelo autor do projeto.

Você estará envolvido no projeto durante o seu estágio de seis meses no ambulatório NET-TRAUMA, de seu segundo ano de residência em psiquiatria.

Os desconfortos causados por este estudo podem ser o do tempo, em torno de 10 minutos, que irá lhe custar para preencher as escalas e responder às perguntas que lhe serão feitas, como: seus dados demográficos, tempo de experiência no atendimento de vítimas de trauma psíquico e o que sentiu e pensou durante o atendimento destes pacientes.

Os benefícios que você poderá obter são a colaboração com o desenvolvimento do conhecimento científico acerca do tema em estudo, além de auxiliar no atendimento dos pacientes.

A sua privacidade será preservada, não havendo riscos da divulgação do seu nome em nenhum momento do trabalho. Os dados preenchidos serão confidenciais, e usados somente para fins de estudo.

Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais, mas você **não** será identificado pelo nome, nem por dados que possam estar associados ao seu nome.

Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e o que ele envolve, e sobre os seus direitos, você poderá entrar em contato com o Dr. Érico de Moura Silveira Júnior, pelos telefones 3388.5881 ou 9918.8605, e/ou com a Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin, pelos telefones 2101.8492 / 8117.7075

Sua participação no estudo é voluntária, de modo que se você decida não participar ou abandonar o estudo durante o mesmo, isto não lhe trará nenhuma restrição ou consequência danosa.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES

Concordo em participar do estudo: **RESPOSTA EMOCIONAL DE TERAPEUTAS EM TREINAMENTO NO ATENDIMENTO INICIAL DE VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO: UM ESTUDO DA VALIDADE DE CONSTRUTO DA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA (EACT)**

Nome do Participante: _____ Assinatura: _____

Nome do Autor do Projeto: _____ Assinatura: _____

Nome da Pesquisadora Responsável: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE 2

PROTOCOLO DE PESQUISA NET-TRAUMA
Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A. IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____ Nº _____

Terapeuta: _____

Prontuário: _____

Início da pesquisa ___/___/____

Término: ___/___/____

Pesquisador(es): _____

B. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**TERAPEUTA****1. Sexo:** Masculino (1), Feminino (2)**2. Idade:** ____ anos**3. Data de Nascimento:** ___/___/____**4. Anos de Estudo:** ____ anos**5. Estado Civil:**

Solteiro(a) (1), Casado(a) (2), Divorciado(a) (3), Viúvo(a) (4), Vive com o companheiro (5)

6. Ocupação:

Empregado (1), Desempregado (2), Aposentado (3), Temporariamente Afastado (4) Outro (5)

PACIENTE**1. Sexo:** Masculino (1), Feminino (2)**2. Idade:** ____ anos**3. Data de Nascimento:** ___/___/____**4. Anos de Estudo:** ____ anos**5. Estado Civil:**

Solteiro(a) (1), Casado(a) (2), Divorciado(a) (3), Viúvo(a) (4), Vive com o companheiro (5)

6. Ocupação:

Empregado (1), Desempregado (2), Aposentado (3), Temporariamente Afastado (4) Outro (5)

7. História Psiquiátrica Prévia:

Sim (1), Não (2)

Se sim, qual? (DSM IV) _____

8. História Prévia de Trauma:

Sim (1), Não (2)

9. Abuso Sexual Prévio:

Sim (1), Não (2)

Quando? _____

10. Tratamento Psiquiátrico Prévio:

Sim (1), Não (2)

Qual? _____

11. Tratamento Psiquiátrico para Trauma Prévio:

Sim (1), Não (2)

Qual? _____

12. Diagnósticos (pela DSM IV):

EIXO1:

EIXO2:

EIXO3:

EIXO4:

EIXO5:

13. História Familiar da Doença Psiquiátrica

Ausente (0), Depressão (1), Tentativa de Suicídio (2), Suicídio (3), Comportamento Violento (4), Gastos Excessivos (5), T. H. Bipolar (6), Esquizofrenia (7), Problemas c/ álcool (8), Problemas c/ drogas (9), Problemas c/ Jogo (10), Hospitalização Psiquiátrica (11), Tratamento Psiquiátrico (12), Outros (13), Não sabe (14)

(nº do problema) grau de parentesco*

Familiar em 1º Grau: () _____ () _____, () _____, () _____, () _____

Familiar em 2º Grau: () _____ () _____, () _____, () _____, () _____

Outros (13) _____

*Grau de parentesco: 1º grau: Pai (P), Mãe (M), Filho (F), Irmão (I)

2º grau: Tio (T), Primo (P), Sobrinho (S), Avô (A)

C. DADOS SOBRE O EVENTO TRAUMÁTICO EM TRATAMENTO**14. Data do Trauma:** ___/___/_____**15. Agressor:** Conhecido (1), Desconhecido (2), Não se aplica (3)

Se conhecido, quem? Pai (1), Padrasto (2), Irmão (3), Outro (4)

16. Rede de apoio:

*O paciente sente-se apoiado pela família, amigos ou comunidade?

Sim (1), Não (2)

*Houve algum tipo de maus-tratos pela rede de apoio?

Sim (1), Não (2)

Qual? _____

17. História do paciente e breve descrição do trauma

Relações de objeto na infância e pessoais, história real do trauma e fantasias sobre o fato, p. ex.:

18. CGI(S) _____

D. DADOS SOBRE O DESFECHO DO TRATAMENTO**Nº Total de Consultas:** _____**Faltas:** _____**Tipo de Término do Tratamento:**

Alta para Posto de Saúde (1)

Encaminhamento para outro ambulatório especializado (2)

Psicoterapia de Orientação Analítica (3)

Abandono (4)

Outro (5) Qual? _____