

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

CURSO DE MESTRADO

**UM ESTUDO DA CONTRATRANSFERÊNCIA EM UM GRUPO
DE PSICOTERAPEUTAS DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA
FRENTE A RELATOS DE SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS**

Patrícia Rivoire Menelli Goldfeld

Porto Alegre, dezembro de 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

CURSO DE MESTRADO

**UM ESTUDO DA CONTRATRANSFERÊNCIA EM UM GRUPO
DE PSICOTERAPEUTAS DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA
FRENTE A RELATOS DE SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria como requisito para
obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Patrícia Rivoire Menelli Goldfeld

Autora

Prof. Dra. Lúcia Helena de Freitas Ceitlin

Orientadora

Prof. Dra. Daniela Wiethaeuper

Co-orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2005

Para

Laura e Eduardo

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Profa. Dra. Lucia Freitas Ceitlin e Profa. Dra. Daniela Wiethaeuper, pela sábia orientação, pelo estímulo, pelo talento, pelo apoio e amizade que me oferecem;

Aos colaboradores Cláudio Abuchaim, Luciana Terra, Victor Mardini, Rosana Baumgardt, Martha Lauermann, Luciana Soares e Anne Sordi por sua incansável dedicação;

Ao meu pai Nilto, pelo incentivo e pelo modelo de paixão ao estudo da Ciência;

À minha mãe Eneida, a qual devo a minha vocação pela Medicina;

Ao Prof. Dr. Claudio Eizirik, por ser um modelo de professor e de psicanalista e por haver confiado em minha capacidade, e a quem acompanho no estudo da contratransferência desde os anos de Residência em Psiquiatria;

Ao Prof. Dr. Marc-Andrè Bouchard, por seus generosos conselhos e por ser um modelo de pesquisador e estudioso.

Aos meus amigos Jair Knijnik, Paulo Soroka e à minha irmã Adriana, que me incentivaram em horas difíceis;

Aos terapeutas que tão gentil e pacientemente colaboraram com esta pesquisa.

À minha filha Laura e ao meu marido Eduardo pelo amor, companheirismo e pela grandeza de sua compreensão.

INTERIOR

***Há emoções escondidas
que nos fazem muita falta
lá dentro, na nossa alma;
estão longe, não nos vêm,
nos fazem perder a calma
aguardam serem ouvidas.***

***Paulo Sérgio Rosa Guedes,
em PALAVRAS GUARDADAS***

RESUMO

O estudo da contratransferência (CT) tem servido aos psicanalistas e psicoterapeutas como um instrumento útil na pesquisa do inconsciente do paciente. No caso de terapeutas que tratam pacientes severamente traumatizados, como as vítimas de violência sexual, as reações contratransferenciais se manifestam de forma intensa e diversa, incluindo resistência de conluio, identificação com a vítima ou com o agressor, entre outras. As emoções despertadas no tratamento destes pacientes, não sendo bem compreendidas e elaboradas, podem originar psicopatologias no terapeuta, como o transtorno de stress traumático secundário, a traumatização vicária e o burnout.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi investigar os estados mentais dos psicoterapeutas estando frente a uma vinheta de caso de estupro e frente a uma de luto por morte súbita de pessoa significativa. Além disto, foram comparadas as diferenças entre gêneros e níveis de experiência dos psicoterapeutas. Para avaliação do constructo contratransferência, foram selecionadas na literatura e traduzidas para o português brasileiro, duas escalas de avaliação de CT: o *Mental States Rating System (MSRS)* e o *Inventory of Countertransference Behavior (ICB)*. O MSRS trata-se de uma escala de análise de conteúdo do discurso, seja ele falado, descrito ou filmado, que abrange de modo amplo os tipos CT, que estão previa e detalhadamente descritas na escala. O ICB constitui-se de uma escala de 21 itens, que buscam avaliar o comportamento contratransferencial, a ser preenchida pelo supervisor, após uma sessão de supervisão. A escala avalia a CT classificando-a em duas dimensões: positiva e negativa. **Métodos:** Para

cada um dos 2 instrumentos foram realizadas duas traduções para o português, por tradutores independentes, bilíngües e profissionais. As duas traduções foram unificadas. Depois os instrumentos foram apresentados a 5 psicoterapeutas, sendo avaliada a sua compreensão das escalas e realizados os ajustes finais. Após foi realizada a retro-tradução por tradutor profissional comparadas as versões originais com as versões em português falado no Brasil e as versões retro-traduzidas através de processo de análise de equivalência semântica. Os autores das escalas participaram do processo de adaptação transcultural e o uso da versão final foi aprovado pelos mesmos. Foi então, realizado treinamento de juízes para utilização das duas escalas e a escala ICB foi adaptada para ser aplicada por juízes em material escrito. Posteriormente, a pesquisa da contratransferência foi realizada frente a duas vinhetas clínicas de trauma com uma amostra de 92 psicoterapeutas. **Resultados:** Os achados com o MSRS mostraram que houve um uso significativamente maior da atividade mental reflexiva dos terapeutas em relação à vinheta de luto, do que em relação à vinheta de trauma por estupro. As mulheres mostraram uma atividade mental significativamente mais reflexiva, e os homens o uso de defesas mais primitivas. Os terapeutas mais experientes e menos experientes não diferiram entre si. Os achados com o ICB demonstraram que a vinheta de estupro provocou significativamente mais reações contratransferenciais negativas no total dos terapeutas e que a vinheta de luto provocou reações positivas de modo significativo; que os homens apresentaram, em relação às duas vinhetas, significativamente mais reações contratransferenciais negativas do que as mulheres, e que, em relação ao luto, os mais experientes apresentaram mais reações contratransferenciais negativas do que os menos experientes.

Conclusões: Os achados deste estudo sugerem que o impacto sobre o terapeuta, ao tratar pacientes traumatizados, desperta um espectro variado de sentimentos. O conhecimento destes afetos pode trazer informações cruciais para o desenvolvimento da melhor forma de tratar e aliviar o sofrimento destes pacientes. Novas pesquisas devem ser realizadas para aprofundar o entendimento deste processo complexo.

Descritores: contratransferência, trauma, luto, *Mental States Rating System*, *Inventory of Countertransference Behavior*.

ABSTRACT

The study of countertransference (CT) has proved a useful tool for psychoanalysts and psychotherapists, in terms of exploring the patient's unconscious. For therapists treating severely traumatized patients, such as the victims of sexual violence, countertransferential reactions appear intensively in many different ways, including collusion resistance and identification with the victim or the attacker. When not properly understood and worked through, the emotions triggered by treating these patients may cause psychopathologies in the therapist, such as secondary traumatic stress reactions, compassion fatigue, vicarious traumatization or burnout. **Objective:** The objective of this study is to investigate the mental states of psychotherapists presented with two vignettes: a rape and the sudden death of a significant person. Additionally, the differences based on the genders and levels of experience of the psychotherapists will be compared. In order to assess the countertransferential construct, two CT assessment scales were selected from the literature and translated into Brazilian Portuguese: the Mental States Rating System (MSRS) and the Inventory of Countertransference Behavior (ICB). The MSRS is a spoken, written, filmed or taped discourse content analysis scale that offers broad-ranging coverage of the CT types, which are described in advance and in detail in the scale. This scale is used to train adjudicators. The ICB consists of a scale listing 21 items for assessing countertransferential behavior, which is completed by the supervisor after a supervised session. This scale assesses the CT, ranked as positive and negative. **Methods:** Each of the two instruments was translated into Portuguese twice by independent, bilingual professional translators. These two translations

were then merged. The instruments were then presented to five psychotherapists, with their understanding of the scales being assessed, and minor adjustments were made. The resulting text was then back translated by a professional translator, comparing the original texts with the Portuguese versions and the back-translated versions through a semantic equivalency analysis process. At the end of the process, the use of the final version was approved by the authors. The adjudicators were then trained in the use of these two scales, and the ICB scale was adapted for use by the adjudicators to written materials. The author of the scale cooperated in this adaptation process. The countertransference survey was then carried out on the basis of two clinical trauma vignettes, using a sample of 92 psychotherapists. **Findings:** The MSRS findings showed that there was significantly higher use of the reflexive mental activity among the therapists for the mourning vignette. For the mourning vignette, women showed significantly more reflexive mental activity, while men used more primitive defenses. The findings with the ICB demonstrated that the rape vignette triggered significantly more negative countertransferential reactions among all the therapists, while the mourning vignette prompted significant positive reactions. For both vignettes, the men presented significantly more countertransferential reactions than the women, while for the mourning vignette, the experienced therapists presented more negative countertransferential reactions than the women.

Keywords: countertransference, trauma, mourning, Mental States Rating System (MSRS) and Inventory of Countertransference Behavior (ICB).

LISTA DE ABREVIATURAS

ACF	Awareness of Countertransference Feelings
ATCQ	Attitudes Towards Countertransference Questionnaire
CONC	Categoria do MSRS relativa ao pensamento de tipo concreto
CFI	Countertransference Factors Inventory
CFI-R	Countertransference Factors Inventory Revised
CQ	Countertransference Questionnaire
CRS	Countertransference Rating Scale
DRI	Categoria do MSRS na qual os impulsos são expressos sem elaboração ou uso de defesas
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAS	Experience and Attitude Scale
ECQ	Erotic Countertransference Questionnaire
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIDEF	Categoria do MSRS de estado mental defensivo alto (uso de defesas mais evoluídas)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICB	Inventory of Countertransference Behavior
IMI	Impact Message Inventory
IMI-C	Impact Message Inventory- Circumplex Model
LODEF	Categoria do MSRS de estado mental defensivo baixo (uso de defesas mais primitivas)
MSRS	Mental States Rating System
OBR	Categoria do MSRS de pensamento objetivo-racional
PTSD	Transtorno de Estresse Pós-traumático

REAC	Categoria do MSRS de estado mental reativo
REF	Categoria do MSRS de estado mental reflexivo
REL	Categoria do MSRS de estado mental reflexivo integrativo-elaborativo
REM	Categoria do MSRS de estado mental reflexivo emergente
REMP	Categoria do MSRS de estado mental reflexivo empático
SFWC	Self-report Feeling Word Checklist
SG	Sessional Grid
STS	Estresse Traumático Secundário
TEPT	Transtorno de Stress Pós-Traumático
REACT	Ratings of Emotional Attitudes do Clients By Treaters

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Revisão de literatura	15
1.1.1	Conceito de contratransferência	15
1.1.2	Teoria da contratransferência	15
1.1.3	Contratransferência e luto.....	27
1.1.4	Contratransferência e trauma de estupro	29
1.1.5	Contratransferência, sexo e experiência do terapeuta.....	34
1.1.6	Instrumentos de avaliação da contratransferência	36
1.1.7	Tradução de um instrumento	49
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E DA ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS....	53
3	HIPÓTESES.....	55
4	OBJETIVOS	56
4.1	Objetivo principal.....	56
4.2	Objetivos específicos	56
5	PROCEDIMENTOS.....	58
5.1	Adaptação transcultural do MSRS para o português falado no Brasil... 58	
5.1.1	Método.....	58
5.1.2	Resultados.....	59
5.2	Adaptação transcultural do ICB para o português falado no Brasil	60
5.2.1	Método.....	61
5.2.2	Resultados.....	62
5.3	Questões de auto-resposta baseadas no MSRS	63
5.4	Treinamento e acordo inter-juízes.....	64
5.5	Vinhetas clínicas	65
5.6	Correlações entre categorias do ICB e MSRS	
6	ASPECTOS ÉTICOS	

7 ARTIGO CIENTÍFICO

- INGLÊS - Mental states and countertransference in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence 69
- PORTUGUÊS - Estados mentais e contratransferência em psicoterapeutas frente a relatos de situações traumáticas 102

8 CONCLUSÕES 137

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 140

ANEXOS

- A - Termo de Consentimento Informado para psicoterapeutas..... 151
- B - Questionário de dados gerais e vinhetas clínicas..... 152
- C - Critérios do Sistema de Avaliação dos Estados Mentais - MSRS 157
- D - Inventário do Comportamento Contratransferencial - ICB..... 166
- E - Versão do Artigo submetida à revista Psychotherapy Research168

1 INTRODUÇÃO

1.1 Revisão de literatura

1.1.1 Conceito de contratransferência

O conceito de contratransferência utilizado neste estudo é o da visão totalística da contratransferência, como definida por Heinmann (1950):

“...uso o termo contratransferência para designar a totalidade dos sentimentos que o analista vivencia em relação a seu paciente”.

1.1.2 Teoria da contratransferência

O conceito de contratransferência foi primeiramente empregado por Freud em uma carta a Jung em 1909 (Freud e Jung, 1974) e depois em 1910, em seu artigo: “Nas Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica”, para referir-se ao que ele via como patológico e problemático no analista devido à potencial irrupção de impulsos não analisados. Ele preconizou que a contratransferência era um problema permanente para o médico, que necessitava ser superado:

“As outras inovações da técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que

ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes.”

Essa colocação refere-se a um conceito fundamental em psicoterapia e psicanálise: as limitações que as neuroses, pontos cegos e traços de caráter do terapeuta ou psicanalista impõem à habilidade de compreender e responder às comunicações de outra pessoa.

Em 1911, Freud escreveu a Jung:

“Eu temo que nenhum de vocês já tenham adquirido a necessária objetividade em sua prática, que vocês ainda se envolvam, dando uma parte de vocês mesmos e esperando algo em retorno. Permita-me, falando como um velho e venerável mestre, dizer que esta técnica é invariavelmente imprudente e é melhor manter-se reservado e puramente receptivo. Não devemos nunca permitir a nossos pobres neuróticos deixarem-nos loucos. Eu creio que seja necessário um artigo sobre a ‘contratransferência’; sem dúvida nós nunca poderemos publicá-lo, apenas circular cópias entre nós mesmos.” (McGuire 1974, pp. 475-476)

Esta preocupação de Freud, de não deixar vir a público as fragilidades dos terapeutas, numa época em que a ciência da psicanálise estava apenas se afirmando, talvez esteja ligada ao fato dele não haver desenvolvido maiores teorizações sobre o tema da contratransferência.

Freud volta a tocar no termo contratransferência ao abordar o amor transferencial, em “Observações sobre o amor transferencial” (1915), alertando aos médicos de que não se deixassem iludir pensando que estavam despertando amor em suas pacientes.

Por outro lado, em 1912, nas Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise, ele escreveu:

“Ele (o médico)...deve tornar seu próprio inconsciente como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente....o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente que determinou as associações livres do paciente.”

Além de haver definido o conceito clássico, Freud, ao abordar a capacidade de comunicação entre inconscientes, abriu uma brecha que possibilitou o desenvolvimento posterior do conceito totalístico e do uso da contratransferência como instrumento terapêutico. Deste modo, alguns autores, entre eles Racker (1957), consideram suas teorizações nas bases dos dois ramos principais de desenvolvimento do conceito de contratransferência: o clássico e o totalístico.

Após as contribuições de Freud, cerca de 40 anos se passaram em que houve apenas contribuições esparsas sobre o tema da contratransferência.

Ferenczi (1919) foi quem primeiro falou mais diretamente da inevitabilidade da contratransferência e da idéia de que seria valioso ao compreender o paciente:

“Esforços para reprimir os sentimentos contratransferenciais podem levar à inibição ou constrangimento dos processos de livre associação do analista. E estes processos são elementos essenciais na escuta analítica e para a compreensão empática”.

Ferenczi e Rank (1923) elaboraram um artigo descrevendo uma série de métodos incorretos do analista proceder em psicanálise.

Glover (1927,1928) em sua “Leituras sobre a técnica em psicanálise” distinguiu a contratransferência como positiva (afetos relacionados à linha amorosa), e negativa (afetos relacionados à linha agressiva). Esta forma de

classificar a contratransferência ainda é muito utilizada atualmente, como uma das formas mais simplificadas de classificação.

English e Pearson (1937) afirmaram que *tudo* o que o terapeuta sentia em relação ao paciente deveria ser denominado contratransferência.

O casal Balint (1939) escreveu um artigo onde afirmavam que a contratransferência do analista era mostrada ao paciente dos modos mais diversos, como por exemplo, na natureza e disposição dos móveis no consultório, na firmeza ou suavidade do divã, na frequência, no *timing*, na ênfase afetiva das interpretações, em todo o modo de trabalhar, enfim, em detalhes mínimos do todo do analista e do *setting*.

A definição de Melanie Klein do mecanismo da *identificação projetiva*, em seu trabalho: "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides" (1946), forneceu um recurso de compreensão de aspectos defensivos muito primitivos do homem. Posteriormente, com a expansão da teoria totalística da contratransferência, este mecanismo mostrou estar entre os fundamentos da inter-relação e da comunicação entre as pessoas, e portanto inserido na contratransferência. Segundo Hanna Segal (1981), na identificação projetiva:

"...uma parte do ego do paciente é projetado, em fantasia, no objeto, controlando-o, usando-o, e projetando nele suas próprias características."

A identificação projetiva é um mecanismo de defesa primitivo, inconsciente, que visa defender o ego contra impulsos e fantasias agressivas intensamente destrutivas. Ela funciona utilizando-se de dois outros mecanismos de defesa: a cisão e a projeção. O indivíduo projeta seus impulsos e fantasias agressivos no outro, deste modo livrando-se do perigo de conter em si mesmo estes aspectos, e

passa a estar vinculado ao outro, controlando-o, na medida em que este outro assumia estes aspectos projetados. Se o analista fosse influenciado pelo comportamento do paciente, Melanie Klein entendia isto como manifestação da contratransferência no sentido clássico, indicando que o analista necessitava de mais análise pessoal (1935).

Em 1948, Sharpe incluiu na contratransferência os aspectos conscientes e inconscientes das reações do analista ao paciente.

Na mesma época, Reik (1948), em seu artigo: “O psicanalista surpreso”, desenvolveu o tema lançado por Freud de que o médico pudesse tornar seu próprio inconsciente como um órgão receptivo ao inconsciente do paciente. Neste artigo Reik apontou uma série de sinais indicativos de uma comunicação não verbal entre o inconsciente do médico e o do paciente. Por exemplo, de que cada analista já teve a experiência de escutar o paciente verbalizar palavras que o próprio analista havia pensado alguns segundos antes. Ou, que após o paciente haver rejeitado firmemente uma interpretação, por associação livre confirmava-a na próxima frase que verbalizava, mostrando que seu inconsciente havia captado a interpretação. Ou que, às vezes, os analistas percebem que o paciente não *acredita* numa interpretação, ele *sabe* que esta é verdadeira. Ele alertou que as operações lógicas levavam os analistas a cometer mais erros e equívocos, do que fariam se confiassem em seus recursos psicológicos.

Winnicott (1949) classificou a contratransferência como sentimentos anormais originados por conflitos inconscientes do analista, que necessitavam de mais análise; como as identificações e tendências derivadas da experiência pessoal do analista, que provinham um *setting* positivo para seu trabalho analítico

e tornavam este trabalho diferente em qualidade do trabalho de qualquer outro analista; mas também distinguiu um tipo de contratransferência que ele denominou *objetiva*, que inclui as reações de ódio e amor do analista ao paciente, baseados na observação objetiva da real personalidade e comportamento do paciente. Ele observou que alguns pacientes psicóticos e antissociais despertavam reações semelhantes na maioria dos profissionais.

Em 1950, Paula Heinmann publicou um artigo no *International Journal of Psycho-analysis*: “*On Countertransference*”, onde abordava o receio dos candidatos a psicanalistas em relação aos sentimentos despertados por seus pacientes. Ela considerou que havia um erro na interpretação das palavras de Freud, e baseou-se também em Ferenczi para afirmar que o termo contratransferência designava a totalidade dos sentimentos do analista em relação a seu paciente (visão totalística), e que era um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente:

“A finalidade da análise pessoal do analista, desse ponto de vista, não é transformá-lo em um cérebro mecânico que possa reproduzir interpretações sobre a base de um procedimento puramente intelectual, senão de fazê-lo capaz de agüentar os sentimentos que são suscitados dentro dele, em vez de descarregá-los (o que faz o paciente), com o fim de subordiná-los à tarefa analítica, na qual funciona como reflexo do paciente em um espelho. Se um analista trabalha sem consultar seus sentimentos, suas interpretações são pobres.”

Heinmann, com sua objetividade e clareza, definiu aspectos que marcaram um *ponto de virada* no conceito de contratransferência.

Concomitantemente, Racker nesta mesma época, em Buenos Aires, também escreveu sobre uma visão totalística e do uso do conceito como instrumento na prática analítica, e ainda acrescentou que o fenômeno também

configurava, de certo modo, o campo onde se iriam produzir as modificações do paciente. Suas contribuições sobre o tema começaram a ser publicadas nas revistas psicanalíticas de língua inglesa apenas a partir de 1953. Esse autor publicou vários trabalhos, onde foi estudando aspectos importantes da contratransferência, que já haviam configurado uma teoria ampla e coerente, quando morreu, em 1961. Racker classificou a contratransferência como *direta*: os sentimentos do analista em relação ao paciente; da *indireta*: os sentimentos do analista em relação a pessoas significantes para o paciente, fora do *setting* analítico. Ele também classificou a contratransferência como *concordante*: identificação do analista com o ego ou id do paciente; ou *complementar*: identificação do analista com um objeto interno do paciente ou seu superego.

Racker usou o conceito de Klein de identificação projetiva para explicar as identificações complementares do terapeuta. O terapeuta sente-se pressionado a engajar-se em processos contra-projetivos direcionados ao paciente. Se, por acaso o terapeuta sente-se como uma má pessoa, sua tendência será enxergar o paciente como mau. Racker acentua que estas reações seguem a *lex talionis* (olho por olho, dente por dente). Se o terapeuta consegue restringir sua própria inclinação de seguir o princípio de talião, contendo os impulsos e sentimentos projetados do paciente e, então, observar estes conteúdos analiticamente, o terapeuta encontrar-se-á numa posição favorável para compreender a matriz da transferência-contratransferência e formular uma interpretação. Racker assume a universalidade da Lei de Talião, assim como da identificação projetiva, por trás da ligação dos processos inconscientes do paciente com os do terapeuta.

De acordo com Racker, a contratransferência é o guia mais confiável para

saber ao que, nas comunicações ou comportamento do paciente, o analista deve responder a cada momento. Enquanto Little e Winnicott afirmaram a inevitabilidade destas reações intensas em resposta a pacientes gravemente perturbados, tendo até recomendado a comunicação seletiva das mesmas, Racker foi quem primeiro mostrou como estas reações podem ser utilizadas como ferramentas para desenvolver uma compreensão mais profunda do paciente. Esta visão é radicalmente oposta à visão clássica da contratransferência como obstáculo. Racker foi muito cauteloso no que concerne à comunicação da contratransferência pelo terapeuta ao paciente. Ele considerava serem necessários estudos extensivos e detalhados das conseqüências destas revelações ao paciente.

Heinmann, em 1960, voltou à teoria da contratransferência, com um outro artigo que tornou-se clássico. Esses 2 autores são, significativamente, os mais importantes para o tema, mas também devemos ressaltar as contribuições de Winnicott (1947), Annie Reich (1951), Margaret Little (1951) e Lacan (1960).

Reich (1951) excluiu as reações conscientes do analista de sua definição de contratransferência. Ela classificou a contratransferência como *aguda*, quando ocorre subitamente, sob circunstâncias específicas e com certos pacientes, diferenciando-a do tipo *crônica*, que representaria a expressão de necessidades habituais do analista e, portanto, um aspecto de seu caráter. Abordou o contraste entre o analista saudável e o neurótico; afirmou que no primeiro a curiosidade está dessexualizada e sublimada no caráter, enquanto que no segundo, permanece um método de atuar fantasias inconscientes.

Little (1951) em seu artigo: "Contratransferência e as reações do paciente a

esta”, procura uma definição adequada de contratransferência, incluindo elementos reprimidos, não analisados do analista, que este *transfere* ao paciente, do mesmo modo que o paciente *transfere* afetos, etc., referentes a seus objetos primitivos. No entanto, ela considera que outros aspectos também entrariam na definição, como a resposta do terapeuta à transferência do paciente. Ela concorda com Heimann, de que o uso da contratransferência pode tornar-se um instrumento valioso dentro do tratamento e vê a contratransferência como um fenômeno inseparável da transferência.

Thompson (1956) estuda o quanto aspectos patológicos da personalidade total do analista podem levar a pontos cegos e criar dificuldades no tratamento e o quanto os aspectos positivos deste podem ser um instrumento favorável ao tratamento.

Money Kyrle também considerou o conceito como instrumento e, em seu célebre trabalho: “Contratransferência normal e alguns de seus desvios” (1956), abordou três aspectos essenciais: 1) O analista deve silenciosamente reconhecer que de alguma forma ele está emocionalmente perturbado no campo analítico; 2) Tentar reconhecer quais foram “as partes do paciente” que lhe estão provocando essa reação; e 3) Quais são os efeitos que estão operando sobre ele. Segundo Kyrle, estes três fatores podem ser reconhecidos em segundos, sendo possível o analista revertê-los para uma função útil de percepção e interpretação.

Lacan (1961) preferia o termo *desejo do analista* ao termo contratransferência. Ele considerava que no termo *contra*, havia algo que se baseava na compreensão, e que o analista deveria ser capaz de despregar-se de sua compreensão. Ele ponderou que, apesar do analista não saber “o que é que

deseja este sujeito com o qual embarcou nesta aventura analítica, (o analista) está em posição de ter em si o objeto deste desejo.” Para ele, o desejo do analista, que gira em torno do luto do objeto, remete a uma disparidade subjetiva que faz obstáculo a intersubjetividade (na qual um sujeito se sobreporia ao outro sujeito), para a qual apelaria a noção de contratransferência. Um grau extremo de influência do paciente nos sentimentos do analista foi descrito por Grinberg (1956) como contra-identificação projetiva. Ele descreveu o paciente tendo uma fantasia de colocar partes de seu *self*, através de identificação projetiva, dentro da mente do analista. O analista, então, se identificaria com estas partes e as atuaria, tornando-se incapaz de compreender o processo ou de funcionar como continente, assim sendo controlado pelo paciente.

Grinberg descreveu isto acontecendo principalmente, em pessoas com transtornos severos de personalidade. Ele pensava que, se o analista pudesse reconhecer a perturbação de seus sentimentos e ter um distanciamento para refletir sobre eles, poderia usá-los como dados particularmente sobre os afetos que o paciente não poderia ainda conscientizar-se ou pôr em palavras. Por outro lado, se o analista usasse isto para construir uma interpretação, aquilo antes não pensado, passaria a ser conhecido (Bollas, 1987).

Ogden (1979,1982,1994) propôs uma leitura diferente do trabalho de Klein. Ele apontou que ela havia preferido o uso da preposição em língua inglesa *into* (para dentro), do que da preposição *onto* (sobre), quando descreveu o destino dos conteúdos projetados. Para ele, este uso refletia a possibilidade de um aspecto interpessoal da identificação projetiva, e que o objeto da projeção resultava transformado ao final do processo.

Alguns autores já anteriormente haviam sugerido haver uma dimensão interpessoal no mecanismo da identificação projetiva (Bion, 1955; Money-Kyrle, 1956; Rosenfeld, 1952).

Bion (1957, 1958, 1959, 1962, 1970) forneceu fundamentos muito importantes ao vincular o mecanismo da identificação projetiva com seu modelo continente-conteúdo de relação mãe-bebê e da interação paciente-analista. Para ele, o bebê maneja afetos intoleráveis para ele, rejeitando-os e projetando-os para dentro da mãe. A mãe, por sua vez, contém estes afetos, transformando-os. Estes afetos posteriormente são re-internalizados pelo bebê, o qual pode manejá-los mais facilmente, a partir de identificações com a capacidade materna de contê-los.

Sobre este ponto de vista, a identificação projetiva não se conceitualiza apenas como um mecanismo de defesa, mas como um modo de comunicação inconsciente do paciente, de aspectos específicos seus para o analista. Similarmente, na situação terapêutica, o paciente age de um modo em que o terapeuta se sente compelido a assumir um papel na fantasia inconsciente do paciente.

Para Gabbard (1995) é necessário existir um *gancho* no recipiente de projeção, para que a identificação projetiva seja efetiva. Afirma que *alguns* analistas farão um melhor *ajuste* às projeções dos pacientes do que outros. Ele também entende que as identificações projetivas tendem a colabar o necessário *espaço de jogo*, onde a interação com o paciente pode ser experienciada e observada, simultaneamente. Ogden (1982) refere-se a este estado do analista de dupla consciência, como o *espaço analítico*. Nesta condição, o terapeuta é

sugado para dentro do mundo interno do paciente, enquanto se mantém anulada sua capacidade de refletir e obter compreensão sobre o que está ocorrendo.

Outro conceito importante para o avanço da teoria da contratransferência, foi o do casal Baranger (1961, 1992) de *campo psicanalítico*.

“...situação de duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares, enquanto está durando a situação, e envolvidas em um mesmo processo dinâmico. Nenhum membro dessa dupla é inteligível dentro da situação sem o outro”.

Eles descrevem que, dentro do tratamento analítico, desenvolve-se um fenômeno que transcende as pessoas que nele estão envolvidas, criando-se uma situação única, especial, sendo o campo uma estrutura diferente da soma dos seus componentes, como uma melodia é diferente da soma de suas notas.

Feldman (1997) alerta para o fato de que as fantasias inconscientes das relações arcaicas de objeto dos pacientes irão inevitavelmente ressoar com as necessidades e ansiedades inconscientes próprias dos analistas.

Para Jacobs (2002) a contratransferência, surgindo do interjogo terapeuta-paciente, seria melhor vista como uma formação de compromisso. E como ela surgiria do interjogo entre paciente e analista, seria parte integrante inerente da situação analítica, não somente exercendo uma contínua influência no processo analítico, mas constituindo uma via de valor incalculável para a investigação desse processo.

O uso da contratransferência como instrumento terapêutico, mostrou-se essencial para aqueles pesquisadores que se dedicaram ao estudo de pacientes com patologias fundamentadas em estágios primitivos do desenvolvimento, como os psicóticos e com transtorno borderline de personalidade. Kernberg (1967, 1975,

1984), dedicou-se ao estudo de pacientes com patologias da personalidade do tipo borderline e narcisística, tendo contribuído com desenvolvimentos teóricos e técnicos à teoria totalística da contratransferência em relação a este tipo de pacientes.

A contratransferência mostrou-se importante também para aqueles pacientes com história de trauma precoce: Mcdougall (1979) e Mitrani (1995) mostraram que esses pacientes são incapazes de verbalizar sentimentos e suas associações não provém acesso à essas experiências traumáticas. É somente através de suas próprias respostas subjetivas, e de como estas se introduzem na sessão, que o analista tem algum acesso ao complexo mundo interno do paciente.

1.1.3 Contratransferência e luto

Segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1986), Luto significa:

- *Luto (do Latim luctu), s. m. 1. Sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém.*

O DSM-IV-TR define Luto como *“uma categoria a ser usada quando o foco de atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. Como parte de sua reação à perda, alguns indivíduos podem apresentar sintomas característicos de um Episódio Depressivo Maior (p. ex., sentimentos de tristeza e sintomas associados, tais como insônia, perda de apetite e perda de peso). O indivíduo enlutado tipicamente considera seu humor deprimido como “normal”, embora possa buscar auxílio para alívio dos sintomas associados, tais como insônia ou anorexia. A duração e a expressão do luto “normal” variam consideravelmente*

entre diferentes grupos culturais. O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior geralmente não é dado, a menos que os sintomas estejam presentes 2 meses após a perda”.

Segundo Zisook e Downs, o fenômeno de luto não é suficiente para descrever o completo impacto de perder um ser amado devido à morte. As alterações abrangem um enfoque amplo na vida do indivíduo que sofreu um luto: sintomas emocionais e cognitivos, estratégias de enfrentamento, manutenção da relação com o morto, alterações no funcionamento do indivíduo, em suas relações e mudanças de identidade. Entre os sintomas emocionais e cognitivos, observa-se: estado de choque, angústia, raiva, culpa, arrependimento, ansiedade, medo, imagens intrusivas, despersonalização, sentir-se sobrecarregado, solitário, infeliz e deprimido podem intercalar-se com sentimentos positivos de alívio, alegria, paz e felicidade (Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7^a. ed. de Kaplan e Sadock).

Em relação aos sentimentos dos terapeutas que tratam pessoas enlutadas, de acordo com as bases dados pesquisadas (Medline, PsycInfo e Lilacs, de 1966-2005), na literatura científica encontram-se em sua maioria apenas relatos de casos.

Kubler-Ross (1969) falou sobre a necessidade de nos defendermos contra o medo da morte. Burton (1962) conduziu um levantamento entre os membros da Associação psicanalítica Americana, aos quais ele apresentou um questionário visando explorar a presente consciência ou negação da contratransferência relativa à morte e à perda. Este questionário foi distribuído randomicamente para 300 membros de uma população de 802 membros. Burton utilizou um grupo controle de 25 não terapeutas. Recebeu retorno de 18% da amostra e isto

representava 1/16 da população em questão. As respostas dos terapeutas foram em geral uniformes, convictas, breves e freqüentemente hostis. Os resultados encontrados sugeriram a ele o uso de defesas profundamente enraizadas como a negação, o deslocamento e a compensação. Ele considerou que o uso na negação pelos terapeutas podia mostrar-se bastante sutil, não sendo detectado.

1.1.4 *Contratransferência e trauma de estupro*

Segundo o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1986), trauma, traumatismo e estupro significam:

- **Trauma** (do Grego *trauma*, atos.), s. m. *traumatismo*.
- **Traumatismo** (de *traumat(o)+ismo*), s. m. 2. *Choque violento capaz de desencadear reações somáticas e psíquicas*.
- **Estupro** (do Latim *stupru*), s. m. *Crime que consiste em constranger mulher, de qualquer idade ou condição, a conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça; coito forçado; violação (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª. Ed.)*.

Estupro também é definido como a perpetração de um ato de intercursos sexual, contra o consentimento ou vontade da vítima, seja esta sua vontade superada pela força ou medo, resultando de ameaça do uso de força, por uso de drogas ou intoxicantes, ou quando deficiência mental torna a pessoa incapaz de exercer um julgamento lógico, ou mesmo quando a vítima possui idade inferior à idade arbitrada para o consentimento (Comprehensive textbook of Psychiatry, 7ª. ed).

Nas estatísticas americanas, em 1996 é estimado que cerca de 197.000

mulheres americanas tenham sido estupradas. Destas, apenas 16% denunciaram o crime. Estima-se que uma entre oito mulheres adultas, ou pelo menos 12,1 milhões de mulheres americanas, serão vítimas de estupro ao longo de suas vidas. Nos EUA cerca de 60% dos casos de estupro ocorrem antes da vítima completar 18 anos de idade. 29% dos casos de estupro ocorrem antes dos 11 anos. Violência sexual também é muito prevalente entre pessoas que convivem proximamente. Kilpatrick (1992) encontrou que apenas 22% dos estupros é perpetrado por estranhos.

No Brasil, segundo estatísticas da Secretaria de Segurança Pública do estado do Ceará, *on line*, do dia 13/10/05, em 1999 há registro de 9,22 casos de estupro por 100.000 habitantes, e no ano de 2000, o índice é de 8,78/100.000. Como a grande maioria dos casos não é registrado e não há quase estatísticas que indiquem parâmetros a nível nacional, estima-se que o números sejam proporcionalmente, equivalente aos americanos.

De acordo com dados fornecidos pela DIPLANCO e pela Delegacia da Mulher de Porto Alegre, no ano de 2004, calculando-se em cima do Censo Populacional do IBGE de 2000, o Estado do Rio Grande do Sul apresentou um índice de 15,79 casos de estupro por 100.000 habitantes, 16,6 casos de atentado violento ao pudor por 100.000 habitantes e 12,2 casos de atentado violento ao pudor sofrido por menor para cada 100.000 habitantes. Em Porto Alegre, os dados indicam 7,94 casos de estupro de mulheres para cada 100.000 habitantes e 3,38 casos de atentado violento ao pudor sofrido por mulheres para cada 100.000 habitantes.

O estupro é um trauma de pronunciada violência de natureza física,

emocional e sexual. O propósito do estuprador é aterrorizar, dominar e humilhar a vítima e render suas últimas resistências (Herman, 1992). Para aqueles que foram vitimizados desta forma, a qualidade intrusiva e sobrecarregada de sentimento dessas memórias exacerba um profundo sentimento pessoal de perda de controle. Entre os eventos traumáticos, o estupro é considerado como um dos eventos mais traumáticos. Após o evento, aproximadamente, 25% das vítimas desenvolve Distúrbio de Estresse Pós-traumático. Ao desenvolver o distúrbio, a presença de *flashbacks* e pesadelos fazem a vítima lidar com a constante recorrência dos eventos traumáticos, que parecem não ter fim. Problemas de atenção, de concentração, ou depressão ocorrem. As tentativas de suicídio estão aumentadas no decorrer da vida de pessoas estupradas, comparando com as que nunca sofreram este tipo de trauma. O uso de manobras defensivas evitativas pode levar ao isolamento social da vítima (Herman, 1992), que normalmente se afasta de seu meio por semanas ou meses (McCann, Sakheim e Abrahamson, 1988). A vítima pode ficar relutante em procurar a ajuda de profissionais de saúde mental, até que a sintomatologia de Estresse Pós-traumático aumente a ponto de impedir o funcionamento produtivo (Burnstein, 1986).

É fato de que o trabalho com estes pacientes produz poderosas reações conscientes e inconscientes, que podem abortar os objetivos do tratamento, sem que o terapeuta ou o paciente se dê conta. Tem sido sugerido que toda psicoterapia deva incluir a capacidade do terapeuta de empatizar com aquilo que o paciente não pode tolerar dentro de si próprio (Kernberg, 1975). As reações contratransferenciais não podem ser evitadas. Nesses casos, os terapeutas particularmente, quando não estão conseguindo lidar com suas próprias respostas internas, podem se super-identificar com o paciente, vendo o mundo

apenas sob sua perspectiva; ou se sub-identificar, respondendo de forma não empática ao paciente. Mesmo quando estão conscientes, eles podem se abster de intervir devido a seus próprios medos de libertar fortes reações emocionais do paciente, ou levá-lo a entrar em contato com as memórias traumáticas, que podem ser experienciadas como uma re-traumatização. Estes terapeutas, também podem vir a sofrer traumas derivados das experiências dos pacientes, passando a apresentar sintomas emocionais e físicos ou até mesmo quadros psicopatológicos. McCann e Pearlman (1990) sugerem que quando o terapeuta não é capaz de assimilar ou elaborar suas próprias respostas a pacientes traumatizados eles se tornam também por sua vez traumatizados e possíveis vítimas secundárias do crime.

Os termos usados na literatura científica para descrever as intensas reações apresentadas por terapeutas que costumam tratar pacientes vítimas de estupro e incesto são: *resistência de conluio*, *estresse traumático secundário* ou *fadiga de compaixão*, *colapso* e *traumatização vicária*.

A *resistência de conluio* (Fox e Carey, 1999) é um tipo de resistência que não está muito claramente definido na literatura, mas compreende as qualidades de inapropriação, inefetividade e até irresponsividade do terapeuta.

A *fadiga de compaixão* refere-se a um tipo de traumatização secundária, sendo um stress resultante do cuidado, contato e trabalho intensivo com pessoas fisicamente ou psicologicamente traumatizadas. Como consequência, o terapeuta pode apresentar uma série de reações disfuncionais: estresse emocional, sentimentos de tristeza, pesar, aflição, ansiedade, medo, terror, etc.; imagens intrusivas do material traumático do paciente (pesadelos, pensamentos

intrusivos); insensibilidade ou evitação do trabalho com o material traumático; queixas somáticas (dificuldade para dormir, dores de cabeça, palpitações); comportamentos aditivos ou compulsivos; prejuízo psicológico e no funcionamento diário (isolamento, esquecimento de compromissos marcados) (Dutton e Rubinstein, 1995). Os sintomas podem ser similares aos do distúrbio de estresse pós-traumático. O conceito de fadiga de compaixão ajuda a compreender o conceito de resistência de conluio, no qual o terapeuta entra em conluio com o paciente para evitar o trabalho psicoterapêutico que necessita ser realizado (Figley, 1995).

O *colapso* resulta de super-exposição crônica a pacientes seriamente traumatizados. Os terapeutas apresentam exaustão emocional; sentimentos profundos de impotência; desesperança; insensibilidade emocional à dor dos pacientes e isolamento profissional e pessoal (Faber, 1983).

A *traumatização vicária* foi definida por Pearlman e Saakvitne (1995) como *um processo permanente através do qual a vivência interior do terapeuta é transformada negativamente através de um engajamento empático com o material traumático do paciente*. O terapeuta pode experimentar em si mesmo muitos dos sinais e sintomas que o paciente apresenta, apenas em níveis sub-clínicos.

Os principais sintomas da traumatização vicária compreendem perturbações no esquema cognitivo de referência do terapeuta: identidade, visão de mundo, espiritualidade, tolerância afetiva, necessidades psicológicas fundamentais, crenças profundas sobre si mesmo e os outros, relações inter-pessoais, imaginário interno e até sua presença física no mundo. A exposição verbal a material traumático pode levar a alterações nos esquemas cognitivos

relacionados à pessoa e aos outros, em cinco áreas chave: confiança, segurança, controle, auto-estima e intimidade.

Os pesquisadores Pearlman e Saakvitne (1995) preconizam a presença contínua de supervisão ou consultoria para os terapeutas que tratam este tipo de pacientes. Elas alertam para a imensa dificuldade de manter clareza e limites em face da complexa mescla de níveis diferentes de significados e do surgimento de intensos afetos e fantasias por parte de ambos os participantes do processo terapêutico.

Além disso, as respostas contratransferenciais relativas ao gênero do paciente traumatizado também são influenciadas pelo gênero do próprio terapeuta: o contexto social em que o terapeuta se desenvolveu, suas crenças, valores e preconceitos relativos a gênero.

Colao e Hunt (1983), no St. Vincent's Hospital Rape Crisis Program, constataram que terapeutas mulheres que tratam mulheres vítimas de estupro, tendem a sentir medo e vulnerabilidade, ao passo que os terapeutas homens tendem a sentir-se culpados por serem homens. Latts e Gelso (1995), estudando o mesmo tipo de população, não encontraram diferenças entre homens e mulheres em relação à consciência dos sentimentos contratransferenciais ou uso da teoria, mas observaram que as mulheres tendem a ser mais engajadas no tratamento destes pacientes, e os homens mais evitativos.

1.1.5 Contratransferência, sexo e experiência do terapeuta

Segundo Auerbach e Johnson (1977), e também Tracey, Hays, Malone e

Herman (1988), quanto mais experiente o terapeuta, maior é a qualidade da relação terapêutica.

Normandin e Bouchard (1993), estudaram as reações contratransferenciais de 90 terapeutas de orientações teóricas psicodinâmica, humanística e cognitivo-comportamental, utilizando-se do *Countertransference Rating System* (CRS). Os autores mostraram vinhetas de uma paciente *borderline* e um paciente obsessivo para os terapeutas que, ao lerem escreveram os sentimentos despertados durante a leitura para cada vinheta. Depois foi aplicado por avaliadores treinados o instrumento de CT, que classificou o material escrito de acordo com categorias de CT previamente definidas. Os resultados encontrados foram que os terapeutas menos experientes eram mais reflexivos, ou seja, mostravam uma observação de suas reações internas, subjetivas, à experiência imediata, do que os mais experientes. Os experientes mostraram-se mais reativos, referindo-se ao conceito clássico de CT como obstáculo. Os autores consideraram hipóteses sobre estes achados: o fato dos terapeutas iniciantes encontrarem-se mais vinculados à supervisão, sendo mais encorajados a manter uma atitude aberta à sua potencial contribuição ao processo terapêutico. E que, os terapeutas mais experientes estariam numa posição de permitir a si mesmos reagir, ou de ter a “coragem de” sentir a intensidade da interação imaginada, a ponto de perder a sua objetividade por um tempo.

Lecours e Bouchard (1995), realizaram o mesmo processo, com 40 terapeutas de orientação psicodinâmica, comparando sexo e experiência. Em relação à experiência os achados foram semelhantes ao estudo de Normandin e Bouchard. Em relação ao sexo, encontraram que as mulheres eram mais

reflexivas, mostram maior observação de suas reações internas, subjetivas, e os homens eram mais objetivo-rationais, um estado mental onde o terapeuta se coloca numa posição de observador distanciado afetivamente.

Latts e Gelso (1995) estudaram o comportamento e o manejo contratransferencial em 87 psicoterapeutas frente a um caso de estupro, comparando sexo e referencial teórico específico no trabalho com estes casos, ou seja, experiência no tema. Utilizaram o instrumento *Awareness of Feelings*, e como estímulo 2 *videotapes*, com atrizes representando haver sido vítima de estupro. Os autores encontraram que os participantes com maior referencial teórico para lidar com o fenômeno (e, conseqüentemente, mais experiência) mostraram os índices mais altos de comportamento evitativo associado a menor nível de consciência e os menores índices de evitação associado ao maior nível de consciência. O comportamento evitativo está relacionado à falha empática e se enquadra dentro do conceito de contratransferência clássica, como obstáculo. Os autores também encontraram que os homens demonstraram ser mais evitativos e as mulheres mais engajadas com a pessoa vítima de estupro. Estes achados estão de acordo com os de Normandin e Bouchard (1993) e de Lecours e Bouchard (1995).

1.1.6 Instrumentos de avaliação da contratransferência

As pesquisas em contratransferência ainda são escassas e necessitam ser ampliadas. Numerosos estudos tocam na noção de contratransferência de uma forma indireta e parcial. Parece que a investigação dos valores e expectativas do

terapeuta podem, na melhor das hipóteses, ser medidas apenas de forma indireta, ou ser medidas levando em consideração níveis mais conscientes do fenômeno, excluindo os elementos latentes, o que acaba sendo incompleto. Estes estudos, concomitantes às investigações de Reiser (1997) e Waldron (1997), que têm estudado as interações entre paciente e analista através de tratamentos gravados, têm verificado o papel importante da contratransferência em elucidar aspectos ocultos e não facilmente, decifráveis da mente do paciente. Embora a contratransferência atuada venha sendo possível de ser identificada por correlatos lingüísticos, contra-reações não verbalizadas podem ser indetectáveis em uma fita gravada. Novas tecnologias são necessárias para detectar as nuances do humor do terapeuta, campo que é considerado como promissor. Para isto, têm sido também realizados estudos da estrutura de diálogo, através do uso de programas de computador, que conseguem captar temas principais e desenvolvimentos estruturais, na medida em que estes aparecem na linguagem. Mas para detectar processos ocultos na mente do analista ou do paciente, durante ou entre as sessões, há um caminho longo ainda a ser percorrido. Uma avenida metodológica foi aberta com o método de Meyer de captar os sentimentos e pensamentos do analista durante a sessão, através de imediato relato escrito ou gravado em modo de livre-associação, logo após o final da sessão (Meyer, 1988).

As escalas e instrumentos que foram recentemente desenvolvidos para o estudo da contratransferência são: ACF- *Awareness of Countertransference Feelings* (Latts e Gelso, 1995), ATCQ- *Attitudes Towards Countertransference Questionnaire* (Mendelsohn, Bucci e Chouhy, 1992), CFI- *Countertransference Factors Inventory* (Gelso, Latts, Gomez e Fassinger, 2002), CFI-R-

Countertransference Factors Inventory Revised (Latts e Gelso, 1997), CQ- *Countertransference Questionnaire* (Betan, Heim, Conklin e Westrn, 2005), CRS- *Countertransference Rating Scale* (Lecours, Bouchard e Normandin, 1995), EAS- *Experience and Attitude Scale* (Brody e Farber, 1996), ECQ- *Erotic Countertransference Questionnaire* (Sehl, 1998), ICB- *Inventory of Countertransference Behavior* (Friedman e Gelso, 2000), IMI- *Impact Message Inventory* (Friedman, 1995), IMI-C- *Impact Message Inventory-Circumplex Model* (Hafkenscheid, A., 2003), MSRS - *Mental States Rating System* (Bouchard, Picard, Audet, Brisson e Carrier, 1998), SFWC- *Self-report Feeling Word Checklist* (Holmqvist e Armelius, 1996), *Sessional Grid* (Ryle, 1995) e REACT - *Ratings of Emotional Attitudes do Clients By Treaters* (Najavits, Griffin, Luborsky, Frank, Wiess, Liese et al., 1995).

Estão descritas a seguir, em ordem alfabética, as características dos instrumentos. As características do instrumento CRS estão descritas juntamente com o instrumento MSRS, que trata-se de uma evolução do CRS:

a) *ACF – Awareness of Countertransference Feelings:*

Trata-se de uma escala de 5 itens, desenvolvida por Peabody e Gelso em 1992 que busca acessar os quanto os terapeutas consideram útil o uso de seus sentimentos contratransferenciais, sua habilidade em reconhecê-los e quão freqüentemente eles utilizam os sentimentos contratransferenciais nos tratamentos que realizam.

b) *ATCQ - Attitudes Toward Countertransference Questionnaire:*

Trata-se de uma escala com 62 itens, a ser respondida pelo terapeuta. Todos os itens apresentam uma grade de respostas que vão de 1=discordo completamente, a 7=concordo completamente. Esta escala caracteriza-se pela inclusão de relatos e simulações de situações clínicas, com a intenção de explorar diferentes aspectos no uso das reações afetivas dos analistas em relação ao material do paciente, na situação de tratamento.

No desenvolvimento da escala, trechos breves da teoria e técnica psicanalítica clássica são retirados dos textos e parafraseados para o propósito do questionário. Houve uma preocupação em contemplar todo o espectro de conceitos sobre o tema (Mendelson, Bucci e Chouhy, 1992).

c) CFI - Countertransference Factors Inventory:

Trata-se de uma escala com 50 itens, preenchida por um avaliador (que pode ser um supervisor), onde ele acessa um terapeuta (Hayes et al., 1991; Van Wagoner et al., 1991). A escala é dividida em 5 sub-escalas, cada uma medindo um atributo considerado teoricamente importante em manejo contratransferencial.

Estas sub-escalas são: auto-insight (ex.: o analista é freqüentemente cômico dos sentimentos despertados nele(a) pelo paciente); auto-integração (integração de si, ex.: efetivamente estabelece o quanto de seus sentimentos estão relacionados com os sentimentos do paciente); ansiedade de manejo (ex.: não fica claramente ansioso na presença da maioria dos problemas do paciente); empatia (ex.: pode freqüentemente identificar-se com a experiência interna do paciente); domínio conceitual (ex.: pode freqüentemente identificar dinâmicas da relação terapêutica).

A CFI pode ser utilizada de duas maneiras, dependendo dos itens selecionados. Porque dentro de cada sub-escala, há tanto itens que medem o atributo na forma como ele se expressa no comportamento global do terapeuta (ex.: reflete profundamente sobre seus próprios sentimentos), como também há itens que medem o atributo como ele se expressa diretamente no trabalho do terapeuta com seus pacientes (ex.: reflete profundamente sobre o quanto seus sentimentos estão relacionados com os do paciente). Se utilizarmos a escala como um todo, obtemos fatores relacionados com o manejo contratransferencial de modo global; mas se utilizamos apenas os itens relacionados à terapia em questão, os atributos são considerados como constituintes representantes do manejo contratransferencial (Gelso et al., 1995).

Como a CFI é uma escala que avalia a capacidade de manejo da contratransferência de modo generalizado pelo terapeuta, ela é utilizada pelos supervisores para avaliar a contratransferência globalmente mais do que em relação a um cliente específico ou sessão.

Em relação à validade, a CFI contém itens que *experts* na matéria consideraram importantes no manejo da contratransferência (validade de conteúdo; Hayes et al., 1991) e diferencia terapeutas considerados excelentes daqueles considerados medianos (validade de constructo; Van Wagoner et al., 1991). Também encontrou-se correlação negativa com comportamento contratransferencial real, em uma dada sessão, tanto em laboratório (Gelso et al., 1995) como em situação de campo (Friedman e Gelso, 2000); Hayes et al., 1997). Em relação à confiabilidade, a CFI possui alta consistência interna (Van Wagoner et al., 1991).

d) CFI-R – Countertransference Factors Inventory Revised:

Esta é uma escala de CFI revisada, com 40 itens, desenhada para avaliar os mesmos 5 atributos da CFI. Latts (1996) demonstrou validade de critério desta escala relacionada com efetividade de supervisão, sugerindo que uma supervisão efetiva pode estar associada com habilidade de manejo contratransferencial.

e) CQ – Countertransference Questionnaire:

Trata-se de uma escala de 79 itens, a ser auto-respondida pelo terapeuta desenhado para acessar pensamentos, sentimentos e comportamento contratransferencial dos terapeutas em relação a seus pacientes. Análise fatorial demonstrou 8 fatores e seus correspondentes coeficientes alpha de Cronbach: sobrecarregado/desorganizado, 0,90; impotente/inadequado, 0,88; positivo, 0,86; especial/superenvolvido, 0,75; sexualizado, 0,77; distanciado, 0,83; paternal/protetor, 0,80 e crítico/maltratando, 0,83 (Betan et al., 2005).

f) EAS - Experience and Attitude Scale:

Trata-se de uma escala de 25 itens desenhada para acessar experiências globais dos terapeutas ao realizar psicoterapia (15 itens) e suas atitudes com relação as suas reações emocionais dentro do tratamento (10 itens). Os terapeutas são convidados a indicar, em uma escala de 1 a 5 (1=de modo nenhum, nunca; 3=um pouco, às vezes; 5=muito, freqüentemente), a intensidade ou freqüência de sua reação para cada item (Brody e Farber, 1996).

g) *ECQ - Erotic Countertransference Questionnaire:*

Trata-se de um questionário a ser respondido pelo terapeuta de trabalho em clínica social, e foi desenvolvido para acessar as seguintes áreas de conteúdo: (a) sentimentos eróticos dos terapeutas em relação a seus pacientes, (b) treinamento profissional em relação à transferência erótica, (c) relatos dos terapeutas de seu comportamento sexual em relação a seus pacientes, (d) grau de uso da contratransferência erótica no processo terapêutico, (e) características da experiência do terapeuta.

Uma grade de conteúdo foi preparada e um pool inicial de itens foi desenvolvido baseado na literatura sobre contratransferência erótica. Os itens em cada domínio foram revisados por um painel de 5 terapeutas de trabalho em clínica social, cada um com 20 anos de experiência na área. Os *experts* revisaram os itens considerando sua clareza, adequação e relevância. Baseado nestas observações, alguns itens foram retirados e outros adicionados ou modificados. Foram realizados testes de confiabilidade test-retest, que resultaram numa média de coeficientes alpha de Cronbach de 0,86, indicando que os itens são altamente confiáveis. Os itens que apresentaram confiabilidade abaixo de 0,60 foram re-escritos para maximizar sua variabilidade (Sehl, 1998).

h) *ICB – Inventory of Countertransference Behavior:*

Esta escala foi desenvolvida por Gelso e Friedman (2000), para acessar o comportamento contratransferencial do terapeuta, como percebido pelo supervisor durante sessões de supervisão. A escala foi originalmente composta por 32 itens, cada um com 5 níveis de resposta (1=muito pouco, até 5=muito

intenso). Atualmente possui 21 itens.

Trata-se uma escala com 21 itens, com respostas do tipo Likert, de 1=pouco ou nada, a 5=em grande extensão, para ser respondida pelo supervisor após a sessão de supervisão. Os itens compreendem a contratransferência no sentido clássico, como obstáculo, separando os comportamentos contratransferenciais dos terapeutas avaliados pelo supervisor nos seus aspectos positivos e negativos.

Onze *experts* proveram validade de face para os itens, indicando que cada item era no mínimo um pouco uma expressão de contratransferência. A escala total e cada sub-escala revelaram alta consistência interna. Uma análise fatorial exploratória de medidas de 126 supervisores de sessões supervisionadas revelou, como esperado, a evidência de dois fatores. Estes fatores, mais do que refletir as dimensões de superenvolvimento e subenvolvimento como hipóteses, foram melhor categorizados dentro dos conceitos de Contratransferência Negativa e Positiva.

i) IMI – Impact Message Inventory:

Trata-se de uma escala com 90 itens, baseada na concepção de que problemas interpessoais do paciente (definidos pelas pressões interpessoais coercitivas do paciente) podem ser captados de forma válida ao acessarmos as respostas abertas ou mensagens de impacto evocadas pelo terapeuta. Por exemplo: um comando ou relação dominante (D) do paciente pode ser discernida por um complementar sentimento submisso (S) do terapeuta. Cada item é contado de acordo com uma escala tipo *Lykert*, que caracteriza o quanto cada indivíduo se enquadra dentro daquele sentimento em relação ao paciente, que vai

de 1=de modo nenhum, a 4=muito semelhante. Estes dados produzem escores que são classificados em 4 domínios: Dominante (exibicionista, dominante, competitivo), Hostil (hostil, desconfiado, desligado), Submisso e Amigável (agradável, cuidadoso, afiliativo).

O IMI demonstrou boa validade de conteúdo, boa consistência interna e coeficiente de confiabilidade de 0,72 a 0,95 (Kiesler, 1987).

j) IMI-C – Impact Message Inventory – Circumplex Model:

Trata-se de uma versão revisada, de 56 itens, circumplexa. Os dados contados dentro de uma escala tipo *Lykert* de 1 a 4 e depois são classificados em 8 domínios circumplexos: Dominante, Hostil-Dominante, Hostil, Hostil-Submisso, Submisso, Amigável-Submisso, Amigável e Amigável-Dominante (Hafkenscheid, 2003).

k) MSRS - Mental States Rating System:

A partir de um primeiro instrumento, o *Countertransference Rating System (CRS)*, Bouchard desenvolveu o *Mental States Rating System (MSRS)*, que não só abarca o conceito de contratransferência, mas o amplia, através da Teoria dos Estados Mentais. Estas referem-se às modalidades ou categorias de atividade endopsíquica dos indivíduos. No contexto mais específico desta escala, referem-se às atividades dos terapeutas de orientação analítica ou psicanálise. Postulava-se que dentro do contexto terapêutico, várias formas de atividades psíquicas revelam-se; algumas com o objetivo de percepção e elaboração de conflitos do

mundo interno. O contexto terapêutico também pressuporia capacidade de reconhecimento de estados mentais que seriam influenciados por excitações corporais (pulsões e afetos), transformados em formas representáveis e simbólicas (mentalização: veja Lecours e Bouchard, 1997).

Trata-se de uma escala de análise de conteúdo, na qual categorias de análise são previamente e detalhadamente descritas. Ela é aplicada sobre material escrito ou gravado, de sentimentos ou pensamentos de terapeutas, logo após sessões ou após leitura de vinhetas clínicas. A escala serve para a formação de juízes e requer 30 horas de formação em tutoria, na qual, exemplos de discurso são cotados individualmente e discutidos em grupo, até que um consenso inter-juiz calculado pelo kappa de Cohen (Pestana e Gageiro, 2000) atinja um mínimo de 0,70, considerado excelente como índice de fidelidade (Shrout, Spitzer e Fliess, 1987). Após, os juízes fazem a cotação do material de pesquisa propriamente dito, individualmente, reunindo-se apenas para a discussão dos desacordos, para que um consenso seja alcançado e vigorem como resultado final.

A *Mental States Rating System* é composta de 3 grandes categorias (dentre estas, existem sub-categorias): O estado mental - Objetivo Racional, o Reativo Pulsional e o Reflexivo; cada categoria possui critérios de cotação descritos no manual, assim como exemplos de cotação provindos de outros estudos. Em pesquisas realizadas com esta escala, alguns estados mentais têm se mostrados repetidamente antagonistas como o Reflexivo e o Reativo Pulsional (correlação negativa de -,70), enquanto que o Objetivo Racional parece não se

relacionar com nenhuma das outras duas categorias (Lecours et al., 1995; Normandin e Bouchard, 1993; Séguin e Bouchard, 1996). O acordo inter-juiz para a cotação da MSRS variou de 67% à 79% ($M = 74\%$), kappas variando de ,63 à ,87, que indica um acordo excelente se considerado o efeito do acaso (Lecours et al., 1995; Normandin e Bouchard, 1993; Séguin e Bouchard, 1997). A seguir, são explicadas cada categoria e suas características.

Fazer a cotação utilizando a MSRS implica em diferenciar entre tipos e sub-tipos da atividade mental. No estado mental descrito como objetivo-racional (OBR), o sujeito lida com a sua atividade endo-psíquica (ou interna), ou ainda, a sua atividade relacional, como algo a ser observado e abordado de maneira objetiva e parcimoniosa, como um cientista se relacionando com um sujeito de pesquisa. Esta categoria é sub-dividida em 2 níveis distintos: OBR (per se) e CONC (pensamento concreto) em um nível menos elevado. O modo OBR implica capacidades mais elevadas de abstração e pensamento, enquanto que o CONC representa uma pobre capacidade de mentalização e simbolização. O pensamento concreto pode apresentar-se em nível psicótico e em nível não psicótico.

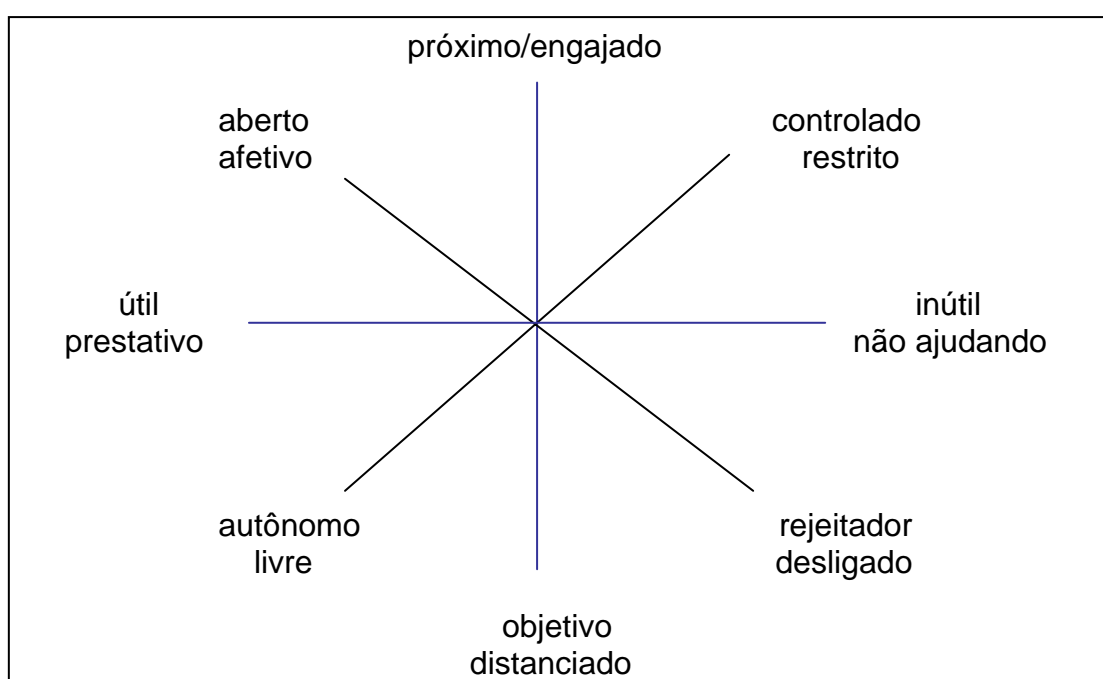
No estado mental descrito como Reflexivo (REF), o sujeito ativa sua capacidade perceptual em direção à sua atividade endo-psíquica (ou relações interpessoais), abordando sua atividade interna como um fenômeno interno, com conteúdo. Esta modalidade de percepção interna subjetiva (Solms, 1997), é tanto de percepções internas de afetos, ou percepções de traços ativados de outras experiências (cognições ou memória). Utilizando uma terminologia mais psicanalítica, seria uma ação que implicaria um contato com os conteúdos pré-

conscientes e inconscientes. O sujeito então, está claramente implicado em uma atividade de auto-percepção, auto-observação e auto-análise.

A última categoria é a reativa (REAC). Nesta atividade psíquica, o sujeito demonstra pouca ou nenhuma capacidade para pensar no que está sendo ativado internamente. Em termos tradicionais psicanalíticos, estes momentos são entendidos como vindos de ativações inconscientes de conflitos que buscam satisfação de um desejo. Quatro sub-categorias fazem parte desta categoria: (a) um modo defensivo de baixa qualidade (LODEF), no qual os conflitos são atuados, expulsos ou gratificados através de alguma modalidade defensiva primitiva (atuação, identificação projetiva, splitting, somatização), etc.; (b) um modo reativo pulsional (DRI) no qual um afeto é expulso, um desejo é gratificado sem nenhuma atividade defensiva aparente; (c) um modo defensivo de nível intermediário, com uso de defesas de nível intermediário, (negação, a minimização e o repúdio); e (d) um modo defensivo de nível mais elevado (HIDEF) no qual o sujeito consegue reprimir a percepção acurada das representações que emergem na consciência, ou consegue inibir as pressões pulsionais internas (racionalização, intelectualização, repressão, etc.) .

1) SFWC - Self-report Feeling Word Checklist.

A escala é composta por 30 palavras para sentimentos. O terapeuta é solicitado a responder sim ou não para os sentimentos que ele possui com relação a um paciente específico. As 30 palavras são agrupadas em 8 sub-escalas de sentimentos em um modelo circumplexo:



Os escores das sub-escalas são obtidos pela soma de respostas sim, dividida pelo número de palavras da sub-escala. A extensão de escores das sub-escalas compreende, então, um valor entre 0 e 1. A consistência interna da escala é de 0,67 medida por alfa de Cronbach, 0,70 (item alfa standartizado), 0,67 (Guttman split-half) e 0,67 (equal length Spearman-Brown). Estes resultados indicam que há algo em comum medido pelas diferentes palavras (Holmqvist e Armelius, 1994).

m) REACT- Ratings of Emotional Attitudes do Clients by Treaters:

Trata-se de uma escala composta de 40 itens, com respostas Likert de 0 a 6, para ser auto-respondida pelo terapeuta. Abrange os domínios de contratransferência negativa e positiva. Mostrou alta consistência interna (L-Cronbach) para os domínios negativo e positivo, análise fatorial demonstrou 4 fatores: terapeuta em conflito com ele mesmo - 28,9%; terapeuta focado em suas próprias necessidades - 10,7%; conexão positiva - 7,2% e terapeuta em conflito - 5% (Najavits et al., 1995).

1.1.7 Tradução de um instrumento

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) preconizam a utilização de um modo universalista de abordar a pesquisa transcultural. Para eles, esta abordagem não cometeria o equívoco de pressupor a priori que os constructos sejam os mesmos entre as diferentes culturas, e que isto implicaria na necessidade de estabelecer se o conceito existe e é interpretado similarmente nas duas culturas, e, se sim, em que grau este é interpretado similarmente. O objetivo do modo universalista é elicitar aqueles aspectos do conceito que sejam genuinamente universais entre as culturas e utilizar a estes somente para o desenvolvimento de instrumentos para medir o conceito em diferentes culturas.

Os tipos de equivalência e seu acesso são:

- Equivalência dos conceitos entre as culturas. Para isto pode ser utilizada

consulta a *experts* no tema.

- Equivalência de itens, porque a relevância dos itens pode variar entre as culturas, e também sua aceitabilidade. Isto pode exigir pequenas alterações. No caso de supressão ou inclusão de novo item, será necessário revalidar o questionário e re-examinar suas propriedades psicométricas.
- Equivalência semântica de significado entre as línguas, com a obtenção de efeito similar nos respondentes nas diferentes línguas. Para isto é necessário que primeiramente as palavras-chave dos instrumentos sejam bem compreendidas. Para isto freqüentemente é necessário o esclarecimento de dúvidas com os autores dos instrumentos. Os tipos de significado semântico utilizados por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) foram adaptados do estudo de Barnwell (1980): referencial - relativo às idéias ou objetos no mundo a que a palavra se refere; conotativa - relativa à resposta emocional evocada pela palavra; estilística ou social - muitas palavras que são utilizadas num contexto social ou estilístico e são inapropriadas em outros contextos; afetiva - refere-se ao modo em que as palavras utilizadas podem refletir a visão e os sentimentos do escritor; refletida - as palavras podem ocasionalmente tornar-se humorísticas ou ofensivas, devido ao significado que adquirem ao serem usadas em outros contextos; colocativa - utilizar uma palavra fora de seu contexto usual pode torná-la mais forte ou significativa simplesmente pela estranheza da sua colocação e temática, na qual um significado particular é dado a uma mensagem devido à maneira que esta foi organizada. Para

isto é fundamental a utilização de tradutores especializados, como os vinculados às universidades ou juramentados, e que entendam o contexto da população alvo em que o instrumento será utilizado. Posteriormente, testes da qualidade da tradução deverão ser realizados por tradutores não vinculados ao processo original de tradução. Finalmente, o instrumento deverá ser aplicado numa amostra da população alvo, que irá parafrasear os itens traduzidos, onde serão comparados os significados com a versão original. Os itens serão classificados em fáceis, difíceis e impossíveis de traduzir.

- Equivalência operacional refere-se à possibilidade de se utilizar questionário, manual de instruções, modo de administração e de métodos de mensuração de formato similar, e se estes elementos não afetam os resultados obtidos.
- Medidas de equivalência referem-se às propriedades psicométricas: confiabilidade, responsividade e validade de constructo (incluindo as propriedades discriminantes, apreciativas e preditivas) e quanto estas são similares ao original, embora não seja esperado que sejam iguais.
- Equivalência funcional é definida como a extensão em que um instrumento realiza aquilo a que se propõe de modo igualmente bem em duas ou mais culturas.

A partir dos conceitos acima citados, Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002) desenvolveram o seguinte método: para avaliação da equivalência conceitual e de itens foi realizada uma discussão com um grupo de 5 especialistas em cima do instrumento original para explorar as diferentes

dimensões abarcadas pelo instrumento e sua relevância e pertinência em nosso meio. Para avaliar a equivalência semântica, os autores realizaram 5 etapas: Primeiro foram realizadas duas traduções independentes do instrumento original em Inglês para o Português, sendo que um tradutor era *expert* na área e o outro *expert* na língua. Depois as duas versões foram retro-traduzidas independentemente por 2 tradutores juramentados que não conheciam as etapas anteriores do processo. Depois uma avaliação formal foi realizada por um terceiro tradutor, fluente nos dois idiomas e *expert* na área em questão do instrumento, que avaliou as duas traduções comparando-as com o original, analisando o significado referencial de termos/palavras constituintes (Herdman et al., 1998). Para isto, utilizaram uma escala analógica visual (Steiner e Norman, 1995), permitindo que a equivalência entre pares fosse pontuada de modo contínuo, de 0 a 100%. Também buscou avaliar o significado geral de cada item, que transcende a literalidade das palavras, levando em consideração o contexto cultural da população alvo, utilizando-se de uma classificação em 4 níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. As diferenças encontradas foram comentadas. A quarta etapa da avaliação semântica foi elaborada pelo mesmo grupo de especialistas que avaliou a equivalência conceitual e de itens, quando se avaliaram as etapas pregressas e se elaborou uma versão-síntese, ora utilizando-se os itens de alguma das versões, ora optando-se por algumas modificações para atender melhor aos critérios propostos acima. Por fim, foi realizado um pré-teste da versão proposta.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E DA ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS

Uma multiplicidade de fatores convergem para a necessidade de se disponibilizar para pesquisa, em português falado no Brasil, escalas de avaliação da contratransferência. A contratransferência necessita ser entendida e estudada para auxiliar aos terapeutas, sendo um instrumento indispensável e crucial na compreensão de aspectos inconscientes do paciente. Ela é de extrema importância no caso de psicopatologias graves ou fundamentadas em estágios precoces do desenvolvimento, onde ocorre prejuízo ou abolição da capacidade de simbolização do indivíduo. Além disso, em situações de traumas severos, conforme bem descrito na literatura, a capacidade do indivíduo de simbolizar também pode ser perdida ou embotada, sendo seu lugar tomado por uma “equação simbólica”. Nesta, a palavra perde significados, carregando o impacto do evento “em si”. Em casos ou situações como estas, os sentimentos contratransferenciais permitem aos terapeutas conectar com os elementos inconscientes do paciente, que assim são entendidos para então serem tratados no sentido de produzir alívio do sofrimento.

Este trabalho também visou contribuir para a saúde mental dos terapeutas que trabalham com os pacientes traumatizados, em função das fortes reações que estas situações provocam nestes indivíduos, que podem determinar o curso e o desfecho dos tratamentos e até mesmo a evolução do evento traumático no

paciente, terapeuta ou ambos. Estas reações são tão freqüentes e intensas que existem na literatura alguns termos que foram cunhados para descrever estes fenômenos (como por exemplo: Exaustão Emocional ou Burnout; Traumatização Vicária; Dor Psíquica; Fadiga de Compaixão e Resistência de Conluio).

Dentre os instrumentos para avaliação da contratransferência encontrados na literatura, foi selecionado inicialmente o MSRS por tratar-se do instrumento mais completo (que buscava avaliar a contratransferência de modo totalístico, abrangendo todas as categorias descritas na literatura sobre o constructo e avaliando-a em seus aspectos conscientes e latentes – para isto, utilizando juízes treinados e com um índice alto de acordo interjuízes).

Com a finalidade de se avaliar o constructo contratransferência, como o padrão ouro neste caso seria o exame clínico por um supervisor expert no assunto, o que não poderia ser utilizado neste momento devido ao porte da pesquisa, buscou-se selecionar um outro instrumento para se comparar os achados com o MSRS. Por suas características, o instrumento que foi julgado mais adequado para este propósito foi considerado o ICB. Este instrumento (ICB) abrange um espectro menor de categorias de contratransferência do que o MSRS, abordando-a de modo clássico (aspectos positivos e negativos), porém buscando aspectos conscientes e latentes. Este instrumento foi elaborado para ser respondido pelo supervisor, após a sessão de supervisão e teve que ser adaptado para o presente estudo de modo a ser aplicado por juízes treinados, sobre material escrito.

3 HIPÓTESES

- Existem diferenças na contratransferência dos psicoterapeutas de orientação psicanalítica avaliada pelo MSRS em relação às duas vinhetas de luto e trauma por estupro.
- Existem diferenças na contratransferência dos psicoterapeutas de orientação psicanalítica avaliada pelo ICB em relação às duas vinhetas de luto e trauma por estupro.
- Existem diferenças na contratransferência dos psicoterapeutas, avaliada pelo MSRS, no que se refere ao gênero e tempo de experiência.
- Existem diferenças na contratransferência dos psicoterapeutas, avaliada pelo ICB, no que se refere ao gênero e tempo de experiência.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

Avaliar e comparar os Estados Mentais dos psicoterapeutas de orientação psicanalítica, frente a uma vinheta de luto por morte súbita de pessoa significativa e frente a uma de um caso de estupro.

4.2 Objetivos específicos

- Adaptar, transculturalmente, para o português falado no Brasil os 2 instrumentos de avaliação da contratransferência: o MSRS e o ICB.
- Verificar as diferenças dos Estados Mentais entre os psicoterapeutas de orientação psicanalítica com até 3 anos de experiência e os com mais de 10 anos de experiência, para cada vinheta, com os instrumentos MSRS e ICB.
- Verificar as diferenças dos Estados Mentais entre os gêneros dos psicoterapeutas de orientação psicanalítica, para cada vinheta com os instrumentos MSRS e ICB.
- Verificar a intercorrelação entre as escalas de avaliação de

contratransferência MSRS e ICB.

- Verificar a intercorrelação entre as medidas de contratransferência efetuadas com o MSRS e com o Questionário de Auto-resposta do MSRS.
- Verificar a intercorrelação entre as subcategorias do MSRS.
- Verificar a intercorrelação entre as subcategorias do ICB.

5 PROCEDIMENTOS

5.1 Adaptação transcultural do MSRS para o português falado no Brasil

Foi utilizado o referencial conceitual proposto por Herdman e colaboradores (1998), para adaptação transcultural de instrumentos na área de qualidade de vida, com as sugestões metodológicas propostas por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002) na adaptação do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales*”, em nosso meio.

5.1.1 Método

Inicialmente, houve a permissão do autor para a tradução e utilização do MSRS pelo grupo de pesquisa. Um grupo de discussão do constructo contratransferência e estados mentais, buscando compreender os conceitos contidos na escala e nos itens foi realizado. O grupo considerou que havia equivalência dos conceitos e itens em nosso meio. Este grupo era composto por profissionais conhecedores da área em questão (uma psiquiatra doutora, uma psiquiatra e psicanalista e uma psicóloga doutora). A seguir o instrumento foi traduzido, independentemente por dois tradutores bilíngües, sendo que um deles psiquiatra e um especialista na língua inglesa.

Estas duas versões em Português foram unificadas por um psiquiatra e psicanalista, resultando numa terceira versão.

O próximo passo foi apresentar a escala a um grupo de 5 profissionais independentes do grupo de pesquisa (3 psicanalistas, 1 psicóloga e 1 psiquiatra), que discutiram a compreensão e adequação dos itens. O autor foi contactado para o esclarecimento de dúvidas. A terceira versão em Português, e as sugestões do grupo de profissionais, foram então analisadas quanto à validade de conteúdo por uma dupla de profissionais da área em estudo, sendo que uma era *expert* no Instrumento (uma psicóloga e uma psiquiatra, ambas doutoras). Foi então, criada uma quarta versão em português. Esta última versão foi retro-traduzida por tradutor independente, bilíngüe, psiquiatra (que não conhecia a escala).

Na etapa seguinte, o grupo de pesquisa discutiu a equivalência semântica de itens entre a escala original e a versão retro-traduzida, utilizando uma escala analógica visual (Steiner e Norman, 1995), que permite que a equivalência entre pares fosse pontuada de modo contínuo, de 0 a 100%, e também para avaliar o significado geral de cada item, levando-se em consideração o contexto cultural da população alvo. Foi também avaliado o significado geral, sendo utilizada uma outra escala com classificação em 4 níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. A escala retrotraduzida foi enviada ao autor da escala original para análise e este não assinalou nenhuma diferença entre a escala retrotraduzida e a escala original.

5.1.2 Resultados

A versão final do MSRS: Sistema de Avaliação dos Estados Mentais está disponível no Brasil. A discussão do grupo de especialistas a respeito da equivalência conceitual e de itens levou a ajustes lingüísticos e adaptações terminológicas nos termos de 14 itens: em relação à categoria OBR: item 2; em relação à categoria CONC em nível não psicótico: introdução e itens 1,3,4 e 6; em relação à categoria CONC em nível psicótico: introdução e item 1; em relação à categoria REF: item 1; em relação às formas da categoria REF: item 1 e 3; em relação à categoria HIDEF: itens 2 e 3; em relação à categoria *intermediate-level* DEF: itens 2, 3 e 5; e em relação à categoria LODEF: itens 2 e 3.

A avaliação de equivalência semântica entre a escala original e a retrotradução evidenciou de modo geral uma boa equivalência. Apenas 4 dos 56 itens da retrotradução apresentaram, segundo a escala analógico visual, um grau de equivalência de significado referencial aquém de 90% em vista do original. O grupo de pesquisa optou por não mudar estes itens, porque considerou que estas diferenças não alteravam a compreensão dos itens. Em relação ao significado geral, observou-se que o significado se manteve inalterado em 91,3% dos itens, portanto foi considerado bom.

5.2 Adaptação transcultural do ICB para o português falado no Brasil

Utilizou-se o mesmo referencial teórico conceitual e metodológico proposto por Herdman e colaboradores (1998) e por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002), anteriormente utilizado para adaptação do MSRS para o Português falado no Brasil.

5.2.1 Método

Em primeiro lugar, ocorreu a permissão do autor para a tradução e utilização do ICB. Foi realizada a avaliação da equivalência conceitual e de itens da escala original por um grupo de discussão, que incluiu profissionais bilíngües e conhecedores do assunto tratado na escala (uma psiquiatra doutora; uma psiquiatra e psicanalista e uma psicóloga doutora). O grupo considerou o constructo, bem como os itens da escala, que foram vistos como igualmente relevantes em nossa cultura. Após essa fase, o instrumento foi traduzido de forma independente para o português, por 2 tradutores bilíngües, sendo que um especialista em língua inglesa e o outro psiquiatra.

As duas versões em Português foram unificadas por uma psiquiatra e psicanalista, resultando numa terceira versão.

Neste momento, a escala foi apresentada a um grupo de 5 profissionais independentes do grupo de pesquisa (2 psicanalistas, 2 psicólogas e uma estudante de medicina), que discutiram a compreensão e adequação dos itens. As alterações sugeridas foram anotadas e houve comunicação com o autor para esclarecimento de dúvidas. A terceira versão em Português e as sugestões do grupo de profissionais, foram analisadas quanto à validade de conteúdo por uma dupla de *experts* na área (uma psicóloga e uma psiquiatra, ambas doutoras), sendo criada uma quarta versão em Português. Esta última versão foi retro-traduzida por tradutor independente, bilíngüe, psiquiatra (que não conhecia a escala) .

Por último, o grupo de pesquisa se reuniu para discutir a equivalência semântica de itens, utilizando uma escala analógica visual (Steiner e Norman, 1995), permitindo que a equivalência entre pares fosse pontuada de modo contínuo, de 0 a 100%, e também para avaliar o significado geral de cada item, que vai além do sentido literal das palavras, e levando-se em consideração o contexto cultural da população alvo. Foi utilizada uma classificação em 4 níveis: inalterado, pouco alterado, muito alterado ou completamente alterado. A escala foi enviada ao autor da escala original, que não apontou nenhuma diferença entre a versão original e a versão retro-traduzida do português.

5.2.2 Resultados

A versão final do ICB está disponível no Brasil. A discussão com o grupo de especialistas sobre a apreciação da equivalência conceitual e de itens gerou levou a ajustes lingüísticos e adaptações terminológicas nos termos de 8 itens. Verificou-se que na questão 1: *“Colluded with the client in the session”*, a palavra *colluded* não possuía equivalente na língua portuguesa como verbo, optando-se por traduzi-la como: “mostrou/estabeleceu conluio com o cliente na sessão”. No item 4 foi necessária uma modificação: a tradução de *“Befriended the client in the session”*, foi interpretada no grupo como: “Ficou amigo do cliente na sessão”, optando-se por uma expressão mais comumente usada no português para esses casos: “Agiu como amigo do cliente na sessão”. No item 6 foi necessário o contato com o autor porque não ficou claro o que ele queria dizer com a expressão: “comportou-se como se estivesse em outro lugar durante a sessão”. O

autor explicou que “em outro lugar”, queria dizer ausente, pensando em outra coisa, que não o material da sessão. No item 9 a palavra “criticou” foi alterada para “foi crítico”, para ser melhor compreendida. Nos itens 12 e 13, a palavra “forma” foi alterada para “maneira”. No item 18, foi alterado de “realizou excesso de auto-revelação” para “engajou-se em comportamento de auto-revelação excessivo”. No item 21, foi alterado de “estruturou excessivamente a sessão” para “forneceu estrutura excessiva à sessão”. As alterações foram realizadas para que os itens fossem melhor compreendidos na língua portuguesa, procurando obter o real significado original.

A avaliação de equivalência semântica entre a escala original e a retrotradução evidenciou de modo geral uma boa equivalência. Apenas 1 dos 21 itens da retrotradução apresentou, segundo a escala analógico visual, um grau de equivalência de significado referencial aquém de 90% em vista do original. Observou-se que o significado se manteve inalterado em 95,2% dos itens. O item considerado pouco alterado tratava-se do item 4: “*Befriended the client in the session*”, que foi considerado pelos *experts* não haver uma expressão exata do termo no português e por isso, se optou por usar: “ficou amigo do cliente na sessão”.

5.3 Questões de auto-resposta baseadas no MSRS

Com o objetivo de obter-se as impressões dos psicoterapeutas sobre as suas próprias reações contratransferenciais, contrastando-as com os achados encontrados pelos juízes independentes, foram elaboradas 7 questões baseadas nas categorias do MSRS pelo pesquisador PhD expert no instrumento, para

serem respondidas após a leitura e a escrita de seus sentimentos em relação às vinhetas. As questões elaboradas estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - As questões de auto-resposta baseadas nas categorias do MSRS estão relacionadas com as categorias a que se referem

Categorias do MSRS	Número da questão	Questões de auto-resposta baseadas nas categorias do MSRS
REF	1	Apresentei algum grau de pensamento subjetivo (perceber e dar-me conta de sinais, de tensão interna, de reativação de prazeres do passado, etc.), mas isso não ultrapassou os limites do reconhecimento inicial.
OBR	2	Eu assumi uma postura de observação e distanciamento, tornando-me um observador dos fatos e eventos.
LODEF	3	Eu manifestei sinais de estar em conflito, mas me defendí. A minha observação subjetiva de mim mesmo ou do outro (paciente ou terapeuta), estava a serviço de minha segurança, autoproteção ou resistência.
REMP	4	Eu demonstrei capacidade para explorações das vivências ou experiências comigo mesmo(a) ou com outros no presente ou no passado. Porém, não elaborei os meus sentimentos mais além de uma clara empatia inicial.
OBR	5	Eu assumi uma postura de observação e distanciamento, tratando minha própria atividade ou conteúdo mental como algo que estivesse sendo observado de fora.
REL	6	Eu fui além de uma empatia inicial, demonstrando uma maior capacidade de elaboração dos meus sentimentos. Minha situação interna estava relacionada à situação mental de um outro significativo para mim, em situações do presente ou do passado.
REAC	7	Eu manifestei sinais de estar em conflito. A tolerância de meus afetos era insuficiente para permitir uma elaboração mental dessa experiência. A minha vivência imediata estava bloqueada, inibida, esvaziada, ou transformada em somatização. Senti ansiedade, senti-me inibido ou apresentei atos falhos.

5.4 Treinamento e acordo inter-juízes

Para realizar a cotação com o MSRS foi constituído um grupo de 3 juízes: uma psicóloga do gênero feminino e 2 psiquiatras experientes, do gênero masculino. Os juízes receberam um treinamento, realizado por *expert* no

instrumento, de 30 horas de duração, tendo atingido um índice Kappa = ,81 ($p < ,001$). Após, o material, com cegamento para a identificação da identidade do gênero e da experiência dos terapeutas foi distribuído aleatoriamente entre os juízes. A cada 5 pares de associações de terapeutas (já que cada terapeuta havia sido apresentado com 2 casos) apresentados aos juízes, 3 outros pares três eram utilizados para reuniões de acordo inter-juiz, com a finalidade de manter a fidelidade do acordo para os próximos casos.

Para realizar a cotação com o ICB foi constituído um grupo de juízes com duas psicólogas e uma estudante de medicina. As juízas receberam um treinamento no instrumento, de 15 horas de duração, tendo atingido um $ICC_m = ,72$. O material foi distribuído da mesma maneira descrita para o MSRS: o material, com cegamento para a identificação da identidade, do gênero e da experiência dos terapeutas foi distribuído aleatoriamente entre os juízes.

5.5 Vinhetas clínicas

Para a investigação da contratransferência dos psicoterapeutas em relação aos traumas de luto de violência sexual, foram utilizadas duas vinhetas clínicas de material atual de interações terapeuta-paciente (anexo B). Este material foi modificado para impedir a identificação dos pacientes e terapeutas. Uma das vinhetas tratava de um caso de paciente do gênero feminino, enlutada devido à perda súbita e recente de pessoa significativa e a outra tratava de um caso de paciente também do gênero feminino, com história de trauma de estupro. As vinhetas foram apresentadas sempre na mesma ordem aos terapeutas: primeiro a vinheta de luto, por tratar-se de um trauma teoricamente considerado menos

impactante para os terapeutas em geral, e depois a de estupro, onde se esperava maior reação dos terapeutas.

O material de ambas as vinhetas foi seccionado em cinco trechos, para permitir aos terapeutas terem tempo para refletir e escrever. A secção das vinhetas foi realizada pelo criador do MSRS, o pesquisador Marc-André Bouchard, que utilizou como critério a secção em pontos onde havia modificações no discurso, de modo a se poder avaliar uma evolução no pensamento dos psicoterapeutas. Os sujeitos da pesquisa foram instruídos a escrever suas reações espontâneas ao que era dito ou se passava na entrevista.

5.6 Correlações entre categorias do ICB e MSRS

As correlações entre o ICB e o MSRS apresentaram resultados que demonstram validade concorrente entre os 2 instrumentos, de acordo com o esperado no início do estudo. A correlação significativa entre a contratransferência positiva no ICB e a categoria Reflexivo Empático (REMP), é um exemplo. Também, verifica-se uma correlação significativa negativa entre a contratransferência negativa no ICB e a categoria Defensivo-low (LODEF), esta última categoria, vale lembrar, é categorizada quando há utilização de defesas primitivas, normalmente mais influenciadas por impulsivos agressivos. Outras correlações significativas, ambas negativas, foram encontradas entre as contratransferências positivas e negativas no ICB com a categoria Objetivo Racional (OBR) no MSRS. O sujeito quando está com contratransferência OBR, ele está distanciado afetivamente do objeto logo, não é possível distinguir a

presença de afetos neste modo. Assim, a correlação significativa negativa OBR com as categorias do ICB demonstra também validade concorrente. No entanto, os instrumentos medem aspectos semelhantes mas diferentes da contratransferência pois os itens não-correlacionados, demonstram independência entre si.

Tabela 2 - Correlações entre as categorias do ICB e as do MSRS

ICB	MSRS							
	CONC	REAC	LODEF	HIDEF	REM	REMP	REL	OBR
Positiva	.042	.31*	-.053	.035	.51	.38*	.023	-.31*
Negativa	.019	.15	.24*	.12	-.19	.83	.11	-.35*

*= p<.05 **= p<.01

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação- Comissão Científica, e pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com protocolo número: 4.162.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A).

A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado e não apresentou risco para as pessoas envolvidas. Os juízes dos instrumentos não tiveram acesso a dados que permitissem à vinculação do material coletado com os participantes da amostra.

ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS

**MENTAL STATES AND COUNTERTRANSFERENCE IN
PSYCHOTHERAPISTS FACING REPORTS OF TRAUMATIC
EVENTS OF MOURNING AND SEXUAL VIOLENCE**

Running Head: MENTAL STATES AND COUNTERTRANSFERENCE IN
PSYCHOTHERAPISTS FACING TRAUMATIC REPORTS

**MENTAL STATES AND COUNTERTRANSFERENCE IN
PSYCHOTHERAPISTS FACING REPORTS OF TRAUMATIC
EVENTS OF MOURNING AND SEXUAL VIOLENCE***

Goldfeld PRM¹, Wiethaeuper D², Bouchard M-A³, Terra L⁴, Abuchaim C¹,
Mardini V⁵, Sordi A⁶, Baumgardt R⁴, Lauermann M⁴, Soares, L⁷, Ceitlin LH F⁸

*The authors wanna thank Dr. Charles J. Gelso, Department of Psychology, University of Maryland, USA, by his valuable collaboration with this study

¹Psychiatrist

² Psychologist, PhD in Clinical Psychology, Associate Professor, Vale do Rio dos Sinos University, São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil

³ Psychologist, PhD in Clinical Psychology, Associate Professor, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

⁴ Psychologist

⁵ Physician

⁶ Medical student, Rio Grande do Sul Federal University

⁷ Psychology student, Vale do Rio dos Sinos University

⁸ Psychiatrist, MPh, PhD in Medicine, Associate Professor, Psychiatry and Forensic Medicine Department, Rio Grande do Sul Federal University, Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil

ABSTRACT

Scientific literature has consistently reported the clinical practice of therapists who treat sexual abuse victims, describing the intense reactions they have. This study aims to compare the mental states and countertransference of psychotherapists presented with two vignettes: a rape and the sudden death of a significant person. The instruments used were: Mental States Rating System (MSRS) and the Inventory of Countertransference Behavior (ICB). Participated 92 psychodynamic oriented therapists equally divided in experienced and inexperienced, male and female. Results showed that psychotherapists were significantly more reflective in response to the mourning vignette compared to the rape scenario; this observation is confirmed in the ICB finding indicating more negative countertransference reactions to the rape vignette. Female participants demonstrated more reflectiveness and in the ICB indicated that male therapists expressed more negative reactions than women for both traumatic scenarios. Level of experience did not yield significant differences with MSRS while ICB showed more positive countertransference reactions of experienced therapists compared to beginners.

Keywords: Countertransference, Trauma, Mourning, Mental States Rating System (MSRS) and Inventory of Countertransference Behavior (ICB).

Introduction

Freud (1919) defined countertransference (CT) as the outcome of the influence of the patient on the unconscious conflicts of the psychoanalyst, thus creating barriers to his understanding of the patient. In Freud's view, CT should be recognized and surmounted. This definition is considered to be the classic concept of countertransference. CT theory presented some subsequent developments with contributions from several authors, including Heimann (1950, 1960) and Racker (1953, 1957 and 1958), expanded to include a broader-ranging view, known as totalistic, which considered CT as including all the feelings of the therapist, and using it as a therapeutic tool. This totalistic concept is used in this study.

Effect of rape trauma on the mental activity of the therapist

Working with individuals who have been victims of sexual violence produces powerful conscious and unconscious reactions in psychotherapists, some of which may undermine the treatment, frequently without either the therapist or the patient being aware of this (Maslach & Jackson, 1986; McCann & Pearlman, 1990; Shneidman, 1993; Figley, 1995; Fox & Carey, 1999; Jenkins & Baird, 2002). Any psychotherapy should ideally include the ability of the therapist to empathize with what the patient is unable to tolerate within himself (Kernberg, 1975). However, countertransference reactions cannot be avoided, and in these cases therapists may well over-identify with the patients, particularly when unable to deal with their own inner responses, seeing the world only from their own standpoint; alternately, psychotherapists may indicate they under-identify with their patient's emotional situation, responding in a non-empathic manner. Even when fully aware of what is happening, therapists may refrain from intervening due to their own fears (and consequent defensive inhibitions) of triggering strong emotional reactions in the

patient, including bringing him/her into contact with traumatic memories that may be experienced as a re-traumatization.. Therapists may also suffer from traumatic reactions derived from patient experiences, presenting emotional and physical symptoms, or even psychopathological disorders. McCann and Pearlman (1990) suggest that, if therapists are unable to assimilate or express their own responses to traumatized patients, they may also become possible secondary victims of the crime.

Latts and Gelso (1995) using the *Awareness of Countertransference Feelings* instrument examined the countertransference approach among 87 psychotherapists facing videos of actors reporting rape cases. Their study focused in on the influence of therapists experience and gender-related aspects. Quite unexpectedly, it was found that the participants with the greatest background, or experience, showed more avoidance associated with a lower level of awareness. But as expected, those with the lowest avoidance levels had the highest awareness of the phenomenon. The authors associate avoidant behavior with an empathic fault that is included within the classic countertransference concept as an obstacle. The authors also found that men were more avoidant and the women more engaged with the rape victim.

Effect of mourning on therapist mental activity

Empirical studies with standardized tools designed to study countertransference related to mourning are sparse in the scientific literature. Kubler-Ross (1969) while studying and observing people close to death and their relatives, physicians, nurses and people living with the dying person, wrote about specific defenses that protect us against the fear of death. Based on that Burton (1962), carried out a questionnaire survey of members of the American Psychoanalytical Association designed to explore countertransference in terms of death and loss. The replies provided by the therapists were

generally uniform, definite, brief and frequently hostile. These findings suggested that the individuals tended to deploy defenses that still seems deeply rooted, such as denial, displacement and such defensive attitudes as compensation.

Effect of therapists variables on mental activity: gender and experience

Normandin and Bouchard (1993) studied countertransference reactions among ninety therapists following psychodynamic, humanistic and cognitive-behavioral theoretical orientations, finding that the less experienced therapists were more reflective, meaning that they showed more frequent observation of their inner, subjective reactions to the immediate experience, compared to their more experienced colleagues, who proved to be more reactive, showing little or no capacity to think about what was being triggered internally (this category refers to the classic concept of CT as an obstacle), indicating instead sometimes strong criticism of their colleague's attitude as presented in the vignette or actively defending themselves from the emotional impact of the situation described.. The authors considered various hypotheses for these findings: inexperienced therapists were under closer supervision, being more encouraged to maintain an open attitude to their potential contribution to the therapeutic process, while the more experienced therapists were in a position to allow themselves to react or have the "courage" to feel the intensity of the imagined interaction, to the point of losing their objectivity for a certain length of time. Lecours and Bouchard (1995) examining 40 psychodynamic therapists replicated the observation that more experienced participants were more reactive. But in terms of gender, they found that female therapists were more reflective, showing greater observation of their inner subjective reactions, while men were more frequently objective and rational (a mental state in which the therapist adopts the position of an aloof observer in affective terms).

Brody and Farber (1996) studied the effects on countertransference of the therapist's experience and the patient's diagnosis. They noted that, when compared to experienced therapists, students or residents were more likely to apologize to patients, feeling that their own emotions were too frequent and intense, and needing to provide protection against them. In contrast, the more experienced therapists accepted their more intense emotional reactions towards the patients more easily. In terms of patient diagnosis, another significant finding in this study was the predominance of positive countertransference among depressed patients, with the presence of feelings such as compassion and empathy and the absence of anger.

McIntyre and Schwartz (1998) studied the countertransference reactions of 155 therapists to patients with Severe Depression or Borderline Personality Disorder, finding that personal reactions to depressed patients in terms of the need to dominate and difficulties in demands and perceptions proved significant, related inversely to the length of experience of the therapist. The authors found no gender differences in terms of the variables being studied.

Coutertransference Measures

The Mental States Rating System

The MSRS was developed (Bouchard, Picard, Audet, Brisson & Carrier, 1998; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993) in order to cover the range of categories encompassed by the totalistic concept of countertransference, in addition to expanding it through Mental States theory. This is a content analysis scale in which the analysis categories are described in detail in advance. It is applied to written or taped material related to the feelings or thoughts of therapists immediately after sessions or reading clinical vignettes. The Mental State Rating System consists of three major categories

(which are divided into sub-categories): the Objective Rational Mental State, the Reactive and the Reflective Mental State. The scoring criteria for each category are described in the handbook, together with examples of scores from other studies. In previous work some mental states have proven repeatedly to be antagonistic, such as the Reflective and the Reactive (e.g. $r = -.70$), while the Objective Rational Mental State does not seem to be related to either of the other two categories (Lecours et al. 1995; Normandin & Bouchard, 1993; Séguin & Bouchard, 1996). Each category in its characteristics is explained below.

Drawing up a score based on MSRS requires distinguishing between the types and sub-types of mental activity. In the Objective Rational (OBR) mental state, the subject deals with his intra-psychic (or internal) activity, or his relational activity as something to be observed and addressed in an objective and parsimonious manner, much as a scientist relating to a research subject. This category is sub-divided into two separate levels: OBR (*per se*) and Concrete Thought (CONC) at a lower level. The OBR mode implies higher capacities for abstraction and thought, while the CONC represents a poor capacity for mental representation and symbolization.

In the mental state described as Reflective (REF), the subject directs his perceptual capacity towards intra-psychic activity (or interpersonal relationships) addressing his/her inner activity as an internal phenomenon with content. This mode of subjective internal perception (Solms, 1997) consists of inner perceptions of affects, or perceptions of activated traces of other experiences (cognitions or memory). The subject is thus clearly implied in an activity that involves self-perception, self-observation and self-analysis.

The final category is Reactive (REAC). In this psychic activity the subject shows little or no ability to think about what is being triggered internally. In traditional psychoanalytical terms, these moments are understood as coming from unconscious activation of conflicts seeking to satisfy a desire, or else to defend oneself against the risks

involved (seeking safety). This category is divided into three sub-categories: (a) a Low Level Defensive mode (LODEF), in which the conflicts are acted out, expelled or gratified through some type of primitive defense (acting out, projective identification, splitting, somatization, denial, etc.); (b) Reactive Mode (REAC) through which an affect is expelled, a desire is gratified with no apparent defensive activity; (c) High Level Defensive mode (HIDEF) in which the subject manages to repress the accurate perception of the representations emerging from the conscious, or manages to inhibit inner drives (rationalization, intellectualization, repression, etc).

The Inventory of Countertransference Behavior

This scale was developed by Gelso and Friedman (2000) in order to measure the countertransference behavior of the therapist as perceived by the supervisor during supervised sessions. It consists of a scale listing 21 items with Likert-type replies where *1 = little or none* to *5 = very significant*. Basically, it aims to measure the therapist over-involvement, under-involvement and withdrawal within countertransference construct. The items range from countertransference in the classic sense of an obstacle, separating the countertransferential behaviors of the therapists assessed by the supervisor into positive and negative aspects. Eleven experts tested the face validity of the items, indicating that each item was at least a minor expression of countertransference. The total scale and the sub-scale showed high internal consistency. An explanatory factor analysis of the scores given by 126 supervisors for supervised sessions showed that two factors were much in evidence, as expected. So, beyond the initially hypothesized dimensions of over and under-involvement, these factors were felt to be best categorized under concept of Negative and Positive Countertransference Concepts (Gelso & Friedman, 2000).

The study aimed to investigate countertransference in psychodynamic oriented

psychotherapists facing reports of traumatized patients by severe mourning and rape, using the Mental States Rating System and the Inventory of Countertransference Behavior. The objective is also to contribute to MSRS concurrent validity.

Method

Subjects

The sample consisted of 92 psychoanalytical psychotherapists, 46 men and 46 women, who participated voluntarily in the study. Mean age was 38.89 years \pm 12.03, virtually the same among male (39.07 years \pm 11.60) and female (38.72 years \pm 12.57) participants. A total of 47 reported three years of clinical experience or less, while 45 indicated having more than 10 years of experience, or a total average number of 12.92 years, SD =11.75; among men, this average was 13.39 SD= .69, reaching 12.46, SD= 11.93 among the female therapists. In the inexperienced group there were 23 male and 24 female. As for the experienced group the sample was divided in 23 male and 22 female. This study was approved in advance by the Graduate Studies and Research Groups Ethics Committee Hospital de Clínicas de Porto Alegre, with all participants required to sign an informed consent form.

Procedures

Clinical Vignettes

Two clinical vignettes portraying actual materials taken from therapist-patient interactions were presented to the therapists in writing, modified in order to prevent any patient identification. One of the vignettes covered the case of a female patient in mourning due to the recent loss of a significant other, while the other vignette dealt with a female patient with a history of rape trauma. The vignettes were always presented in the

same order: first the mourning vignette, as this was a trauma with less impact on the therapist, and then the rape vignette, where a stronger reaction was expected. In both vignettes, the material was divided into five sections, in order to allow therapists some time to reflect and write. Participants were instructed to write down their spontaneous reactions to what was said and done during the session. These conditions attempted to replicate the work of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995). After the reactions, therapists were asked to answer the MSRS – Self Report version.

Instruments

Mental State Rating System - MSRS

In order to undertake the transcultural adaptation of this scale to Brazilian Portuguese, a model proposed by Herdman et al. (1998) with the added quantitative methodological suggestions proposed by Moraes, Hasselmann and Reichenheim (2002) was used for the transcultural adaptation of the instrument.

The group that scored the MSRS consisted of a female psychologist and two experienced psychiatrists. The raters were trained by an expert in this instrument for thirty hours reaching a Kappa = .81 ($p < .001$). The materials were then distributed as following: for each five pairs of therapists association reports randomly given to raters (as each therapist had been presented with two case studies) three other pairs, but this time the same cases, were given to be used for inter-rater agreement meetings in order to ensure the continuing fidelity of the instrument.

Inventory of Countertransferential Behavior - ICB

This scale was adapted on a transcultural basis to Brazilian Portuguese using the same method reported above (Herdman and colleagues, 1998; Moraes, Hasselmann and

Reichenheim; 2002). Differently from the original study the present one was adapted with the author's permission, using independent raters answering each question of the ICB using a Likert scale. The group scoring the ICB consisted of two fully trained graduate female psychologists and a female medical student. Raters were trained for 15 hours, reaching an $ICC_m = .72$. The material was distributed in the same way as described for the MSRS: in blocks at random order. For the ICB, each segment was scored according to the Likert-scale, as already mentioned, by each rater. Additionally, it was decided a priori (Gelso & Friedman, 2000) that each item scoring three ($3 = \textit{some expression of the countertransference behavior}$ described in the question) or less, should be removed from the score, prior data analysis in order to keep only the high scores of certain types of countertransference detected (Gelso & Friedman, 2000).

Self-Report questions based on the MSRS

This instrument is based on the MSRS categories from which 7 questions were drawn. The answer to each question was based on a Likert scale to which: 1 = *little or no presence* to 5 = *extremely present*. The objectives were to search the opinions of the therapists on their own mental states after reading and writing about their feelings prompted by the vignettes and to compare them with the mental states rated by the independent judges. The questions are presented bellow.

1. I have presented some degree of subjective thinking (perceive and realize signals of internal tension, reactivation of pleasures from the past, etc.), but this did not surpass the limits of initial recognition.
2. I have assumed an observation and detachment posture, becoming an observer of facts and events.

3. I have manifested signs of being in conflict, but I have defended myself. My subjective observation of myself or of the other (patient or therapist) was for my safety, self-protection or resistance.
4. I have demonstrated capability of exploring experiences with myself or with others in the present or the past. However, I have not developed my feelings beyond a clear initial empathy.
5. I have assumed an observation and detachment posture, treating my own activity or Mental tenor as something being observed from the outside.
6. I went beyond an initial empathy, demonstrating a higher capability of developing my feelings. My internal situation was related to the Mental situation of a person significant to me, in situations in the present or in the past.
7. I have manifested signs of being in conflict. The tolerance of my affections was not enough to allow a Mental development of this experience. My immediate experience was blocked, inhibited, empty, or transformed into somatization. I felt anxiety, I felt inhibited or I presented Freudian slips.

Results

The Mental States Rating System

Please insert table 1 here

When comparing the MSRS categories as rated of both clinical vignettes, results indicate that the therapists presented a significant use of the REM category in respect to mourning (Mean=48.77 and SD=66.13) compared to rape trauma (Mean= 26.97 ± 40.89) ($t\text{-test}_{\text{paired}}=3,797$; $p<.001$). In regards to mourning, there are no significant differences; the

OBR category Means regarding the mourning vignette (Mean=90.66 \pm 78.45) were much higher than the Means of this same category in regards to the rape trauma vignette (Mean=26.97 and standard deviation = 40.89), different from what was expected.

Once using gender as a dependent variable, results showed no significant differences between male therapists and female therapists, in regards to MSRS categories, when considering the sum of the findings on the two clinical vignettes, there was a significant difference ($t\text{-test}_{\text{indep}} = 3.08$; $p < 0.05$) regarding the total of words, with a higher Mean for male (Mean= 302.84; SD=176.84). No significant differences were found when comparing beginner and experienced therapists as to MSRS categories. However, in the REAC category, a tendency to significance was verified ($p = .05$), with a higher Mean for the experienced (Mean=70.56; SD=112.20) when compared with beginners (Mean=30.28; SD=77.12). The fact that this category does not show significant differences between experienced and beginners, which would be expected and in accordance with the findings in the literature, can be explained by the size of the sample and the study's force.

Please insert table 2 here

Table 2 shows a significantly greater difference ($p < 0.05$) in the use of the LODEF category by male therapists (Mean= 3.51 and SD=10.84) when compared to female (Mean=0.00 and SD=0.00) and a significantly greater use ($p < 0.05$) of the REMP category by female (Mean=16.59 and SD=45.23) then by male (Mean=2.71 and SD=10.90). This table also shows a significantly greater use ($p < 0.05$) of the REMP category by experienced therapists (Mean=16.84 and SD=44.67) when compared to beginner (Mean=2.76 and SD=14.41) regarding the mourning vignette. This is in accordance with the study's hypothesis and with the literature findings.

The Inventory of Countertransference Behavior

The findings with ICB show that there is a significant difference ($t\text{-test}_{\text{paired}} = -2.53$; $p < 0.05$) in the presence of negative countertransference (Mean=28.70; SD=26.91) compared to positive countertransference (Mean=19.17 and SD=21.39) in the sample's total, adding both vignettes. This is in accordance with what was expected and with the literature, demonstrating that the stimulus employed caused important reactions in the therapists. Males demonstrated a significant higher use ($p < 0.01$) of negative countertransference (Mean=36.39 and SD=30.10) than female therapists. Beginner and experienced therapists did not present significant differences in regards to positive or negative countertransference.

When comparing both vignettes, the rape trauma caused a significantly higher ($t\text{-test}_{\text{paired}} = -4.09$; $p < 0.001$, Mean=17.61; SD=16.35) negative countertransference reaction when compared to the reaction (Mean=11.09 and SD=14.55) caused by the mourning vignette, as expected. Positive countertransference reaction was significantly ($t\text{-test}_{\text{paired}} = 2.02$; $p < 0.05$) higher (Mean=10.77 and SD=13.35) in the mourning vignette. Male therapists presented a significantly higher use of negative countertransference (mourning: Mean=14.96 and SD=17.55 and rape: Mean=21.43 and SD=16.94) than female therapists (mourning: Mean=7.22 and SD=9.47 and rape: Mean=13.78 and SD=14.97); ($t\text{-test}_{\text{indep mourning}} = 2.63$, $p < .05$; $t\text{-test}_{\text{indep rape}} = 2.30$, $p < .05$)

Furthermore, experienced therapists presented a significantly higher use ($t\text{-test}_{\text{indep}} = -2.16$; $p < 0.05$) of positive countertransference (Mean=13.78; SD=14.89) than beginner therapists (Mean=7.89 and SD=11.09; $t\text{-test}_{\text{indep}} = -2.16$, $p < .05$), regarding the mourning stimulus. This is in accordance with what was expected, that experience would be one of the factors that help therapists to deal with vital and accidental crisis. In regards to an

impacting trauma such as rape, the study did not show significant differences between beginner and experienced therapists, regarding ICB categories possibly in accordance with findings of them being more objective-rational as found by the MSRS.

The MSRS – Self-Report

Results on the questions considering scores of both vignettes altogether and separate, are shown in table 3.

Please insert table 3 here

Comparing the vignettes, the therapists consider themselves significantly more defensive (HIDEF) in regards to the rape trauma vignette (Mean=2.28 and SD=1.13) compared to the mourning vignette (Mean=1.73 and SD=0.87, $t\text{-test}_{\text{paired}} = - 4.58$; $p < .000$). They consider themselves more reactive (REAC) regarding the rape trauma vignette (Mean=1.91 and SD=1.02) compared to the mourning vignette (Mean=1.48 and SD=0.73, $t\text{-test}_{\text{paired}} = - 3.75$; $p < .000$) and they consider themselves more reflective-empathic (REMP) in regards to the mourning vignette (Mean=3.58 and SD=0.94) compared to the rape trauma vignette (Mean=3.00 and SD=1.10, $t\text{-test}_{\text{paired}} = 4.48$; $p < .000$).

As the results shows for this sample, women consider themselves more reflective-empathic (Mean=6.96 and SD=1.52) than the men (Mean=6.20 and SD=1.67, $t\text{-test}_{\text{indep}} = - 2.29$; $p < .05$). The men, on the other hand, consider themselves significantly more ($p < 0.05$) objective-rational (OBR, Mean=3.89 and SD=1.45) than women (Mean=4.35 and SD=1.90, $t\text{-test}_{\text{indep}} = 2.31$; $p < .05$). This is in accordance with what was expected and with the literature (Lecours and Bouchard, 1995).

Considering the vignettes as separate, in regards to the mourning vignette, the female

therapists consider themselves significantly more reflective (REM) ($Mean_F=2.80$, $SD_F=1.04$, ; $Mean_M=2.28$ and $SD_M=0.98$, $t\text{-test}_{indep} = - 2.45$, $p<.05$), more reflective-empathic (REMP) ($Mean_F=3.80$ and $SD_F =0.83$) than men ($Mean=3.35$ and $SD=0.99$, $t\text{-test}_{indep} = - 2.39$, $p<.05$). Male therapists consider themselves significantly more objective-rational ($Mean=1.87$ and $SD=0.91$) than female therapists ($Mean=1.52$ and $SD=0.72$, $t\text{-test}_{indep} = 2.03$, $p<.05$). This is in accordance with what was expected and with the scientific literature findings. In regards to the rape trauma vignette, no significant difference between male e female therapists was observed. As for beginners and experienced, in regards to the mourning vignette, beginner therapists consider themselves significantly more reactive (REAC) ($Mean=1.66$ and $SD=0.82$) than experienced therapists ($Mean=1.29$ and $SD=0.59$, $t\text{-test}_{indep} = 2.51$, $p<.05$). Contrary to Lecours et al. (1995) findings our study showed that maybe the beginner, for being closer to the supervisors and specialization courses would be more open to considering their impulsive countertransference reactions. In regards to the rape trauma vignette, no significant difference between beginner and experienced therapists was observed.

Correlations between the ICB and MSRS categories

Please insert table 4 here

The correlations between the ICB and MSRS produced results demonstrating a concurrent validity between these two instruments as expected at the start of the study. The significant correlation between the positive countertransference in the ICB and the Reflective Empathic State (REMP) is an example. Additionally, a significant negative correlation is noted between negative countertransference in the ICB and the Low Defense

(LODEF) category, which is characterized when primitive defenses are deployed, normally influenced more by aggressive impulses. Other significant correlations, both negative, were found between positive and negative countertransference in the ICB with the Objective Rational (OBR) category in the MSRS. When subject to OBR countertransference, the subject is affectively aloof from the object, meaning that it is not possible to distinguish the presence of affects in this mode. Thus, the significant negative correlation between OBR and the ICB categories also demonstrates concurrent validity. However, the tools measure similar but different aspects of countertransference, as non-correlated items proved independent of each other.

Correlations between MSRS and MSRS Self- Report

Please insert table 5 here

In table 5 it is possible to observe a significant positive correlation ($p < .05$) between the MSRS- REM and the question1-REM and also a significant correlation ($p < .05$) between the MSRS-REL (elaborative) with question4 (empathic), while MSRS-REM (be aware of something) was also significantly correlated ($p < .05$) with question 6-REL (elaborative). Furthermore, the MSRS-REAC category was significantly correlated with self-answered question7- REAC category ($p < .05$). These findings point to a convergent validity of the instrument, although is intriguing the significant correlation found between MSRS-HIDEF and question6-REL (elaborative) demonstrating that therapists perceived themselves as defensives and elaboratives as co-existing processes.

Discussion

Scientific literature has consistently reported the clinical practice of therapists who treat sexual abuse victims, describing the intense reactions they have (Krupnick, 1980; Colao & Hunt, 1983; Fox & Carey, 1999). As to the findings concerning countertransference assessed by the MSRS, comparing the reactions of therapists to the different vignettes, we noted that therapists of the total sample used the REM reflective mental state significantly more for the mourning vignette than for the rape vignette. As one would expect therapists of the sample empathized more with the case of mourning, than in relation to rape trauma, which provoked more intense or reactive feelings. The averages of the reactive-defensive categories were similar for both cases, and the REAC category was quite high for both, which indicates that therapists reacted intensely to trauma vignettes. Therapists showed a more empathic mental attitude in the case of mourning and this may be seen as a way of therapists to respond to the intense emotions caused by the sexual victims.

The comparison between genders showed that, as to the mourning vignette, in this sample, men used more primitive defense mechanisms than women, using significantly more the LODEF category. Women proved to be more reflective than men, using significantly more the REM category. The predominance of the mental reflective stance in female therapists had already been reported in the studies of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995), in relation to the vignette of a patient with Obsessive Personality Disorder and another with Borderline Personality Disorder. Male therapists in the aforementioned studies showed a predominance of the use of the OBR category. One may think that the male therapists of this sample reacted as expected in a traumatic situation, in the cases of mourning, due to the mobilization of intense feelings and primitive defenses against them (Freud, 1910; Kernberg, 1975).

The comparison between therapists with different levels of experience showed that, as to the mourning vignette, experienced professionals used significantly more the REMP category, as compared to beginners. These findings differ from those of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995), for the experience variable. To those researchers, less experienced therapists showed to be more reflective than the more experienced ones, and the experienced, in turn, showed to be more reactive, referring to the classical concept of CT as an obstacle. In relation to mourning, experience showed to be an important variable because it provides the therapist with more conditions to work the feelings mourning patients arouse in them. On the other hand, in case of rape, experience did not show to be an influential variable in the way therapists react to the feelings aroused in them. As to vignette of trauma due to rape, therapists did not differ in relation to gender or experience.

Concerning the findings relative to countertransference evaluated by ICB, the sum of the results found for the two vignettes showed a significantly greater difference in the presence of negative countertransference (classical CT) as compared to positive CT, in this sample. This finding indicates that mourning and trauma due to rape, even if indirectly through clinical vignettes, are important traumas that cause intense reactions in therapists.

When results between vignettes are compared, the negative countertransference was significantly greater in the rape than in the mourning vignette, and positive countertransference was significantly greater in the mourning vignette. The findings related to negative countertransference met the expectation of strong countertransference reactions in the cases of therapists who treat victims of sexual violence (Krupnick, 1980; Colao & Hunt 1983; Fox & Carey, 1999). The positive countertransference found is related, in accordance with the concept used by Gelso and Friedman (2000) in the design of the ICB, to the therapist's over-involvement with the patient; and negative

countertransference, is related to under-involvement with the patient. This sends us to Glover's concept (1927) of positive and negative CT as countertransference reactions connected to the therapist's unconscious issues, related to a range of love-like feelings, for the positive CT, and aggressive-like, for the negative CT. In this manner, it is possible to understand the difference between the findings of two countertransference assessment instruments, because the MSRS reflective category measures a mental state that is different than the Meaning of positive countertransference, and cannot be thought to be equal to it.

ICB showed a significantly greater occurrence of negative CT in male therapists, as compared to women, both with the two vignettes are added together, or separately, for each one of the vignettes. This finding is in accordance with what was found with the MSRS in this study, in which male therapists presented significantly more the defensive LODEF category, and female therapists, the REM reflective category, for the mourning vignette. Negative countertransference can be put on the same level as categories LODEF, REAC and HIDEF because they represent aspects of unresolved unconscious conflicts (Bouchard et al., 1998).

As to experience, the sum of the vignettes did not present significant differences between beginners and experienced therapists, differently from what has been reported by the scientific literature. However, experienced therapists presented significantly more positive CT than beginners in the mourning vignette.

In relation to trauma due to rape, the evaluation with ICB did not demonstrate significant differences between experienced and beginning therapists, similarly to what was found with MSRS.

The MSRS Self-Report questions greater averages in categories REM, REMP and REL, in the sum of the vignettes for the entire sample, shows us that therapists regard their own reactions as more reflective than objective-rational or reactive.

Adding the two vignettes, women find themselves significantly more reflective-empathic (REMP) than men. Men, on the other hand, find themselves significantly more objective-rational (OBR) than women.

As to the mourning vignette, women find themselves significantly more REM reflective and REMP reflective-empathetic than men. While men find themselves significantly more OBR objective-rational than women. As to the vignette of trauma due to rape, there were no significant differences between men and women.

Regarding the mourning vignette, beginning therapists assessed themselves significantly more as REAC reactive than experienced therapists. To explain this fact, one may consider the hypothesis that beginners, because they are close to supervisors and specialization courses, would be more open to consider their countertransference reactions as reactive. As to the vignette of trauma due to rape, there were no significant differences between beginning and experienced therapists.

The correlations between the MSRS categories showed a significant positive correlation between the following categories: REAC-HIDEF, LODEF-HIDEF and REL-REMP. The defensive-reactive and reflective sub-categories are inter-related between themselves, showing that they in fact measure the same construct. The OBR category is not correlated to any of the others, thus proving to be a different construct.

Among ICB categories, there was a strongly significant positive correlation between positive CT categories in mourning and the same category in trauma due to rape, and in the negative CT category in mourning with the same category in trauma due to rape. These findings confirm the consistent internal structure of the scale, where items are positively correlated with similar items.

With respect to the correlation between the MSRS categories and the self-reporting questions based on the MSRS results show a positive finding to convergent validity

although we noted that, in relation to mourning stimulation, there was a positive and significant correlation between MSRS' HIDFE category with 6-REL question in the self-reporting scale.

One consistent aspect in this study was the fact that countertransference was assessed by quite reliable instruments to evaluate the construct, and was measured by judges with a background in mental health and with a lot of experience.

The reactions of therapists concerning the findings measured both by MSRS and by ICB permit considering that the vignettes with the mourning and trauma due to rape stimuli provoked therapists differently and intensely, thus working as efficient stimuli.

One limitation that could be mentioned in this study is the fact that they were clinical vignettes, and how different the countertransference reaction would have been if the stimuli were real patients. As a suggestion for later studies, the authors find it important to have therapists report countertransference reactions, after evaluation sessions, or longitudinal studies, following up the treatment of mourning patients or sexual violence victims. In this manner, it would be possible to obtain more direct and lively reactions and the evolution of countertransference reactions. The authors think that more studies need to be conducted to confirm and deepen the findings of this study.

Some points could be highlighted:

The findings with MSRS showed that therapists facing the mourning vignette showed a significantly more reflective mental attitude than in relation to rape; that women were significantly more reflective than men and these were significantly more defensive than women, in relation to the mourning stimulus; and that experienced and beginning therapists did not differ.

The findings with ICB showed that therapists presented significantly more negative countertransference reactions (aggressive-like feelings) in relation to rape; that they

presented significantly more positive countertransference reactions (love-like) in relation to mourning; that men presented significantly more negative countertransference reactions than women, in relation to the two vignettes; and that experienced therapists presented significantly more positive countertransference reactions than beginners.

References

1. Auerbach AH, Johnson M. Research on the therapist's level of experience. In: Gurman AS, Razin AM. Editors. *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergam Press; 1977. P. 213-46.
2. Bouchard MA, Picard C, Audet C, Brisson SH, Carrier M. Differentiating mental states: therapists, patients, human subjects. Université de Montréal, Montreal. Scoring manual. Unpublished manuscript; 1998.
3. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996; 33(3): 372-80.
4. Burnstein A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 1986 Jan; 27(1): 37-40.
5. Burton A. Death as a countertransference. *Psychoanalytic Review* 1962; 3-20.
6. Butterfield MI, Panzer PG, Forneris CA. Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. *Psychiatric Clinics of North America* 1999 Dec; 22(4): 875-96.
7. Clarke PJ. Exploration of countertransference toward the dying. *American journal of orthopsychiatry* 1979 Jan; 51(1): 71-77.
8. Colao F, Hunt M. Therapists coping with sexual assault. In: XXXX *Women changing therapy: new strategies in feminist therapy*. New York: The Haworth Press; 1983.
9. DIPLANCO (Serviço de Estatística/Divisão de Planejamento e Coordenação/ Polícia Civil), Delegacia da Mulher de Porto Alegre. Índices de criminalidade no ano de 2004, com base no Censo Populacional do IBGE de 2000.
10. Figley C. Epilogue: the transmission of trauma. In: *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel; 1995.
11. Fox R, Carey LA. Therapist's collusion with the resistance of rape survivors. *Clinical Social Work Journal* 1999; 27(2): 185-201.
12. Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. V. XI. P. 125-36.
13. Friedman SM, Gelso CJ. The development of the Inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology* 2000 Sept; 56(9): 1221-35.
14. Glover E. Lectures on technique in psycho-analysis. *International journal of psychoanalysis*. 1927; 8: 311-38, 486-520.

15. Heimann P. (1950). Acerca de la contratransferência. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1961-62; iv(1): 129-35.
16. _____. Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology* 1960; 33(9): 9-15.
17. Herman JI. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
18. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research* 1998 May;7(4):323-35.
19. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress* 2002 Oct; 15: 423-32.
20. Kaplan VA, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
21. Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
22. Krupnick J. Brief psychotherapy with victims of violent crime. *Victimology: International Journal* 1980; 5(2-4): 347-54.
23. Kübler-Ross, E. *On death and dying*. New York: Scribner; 1969.
24. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 1995; 32(3): 405-15.
25. Lecours S, Bouchard MA, Normandin L. Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology* 1995; 12: 59-279.
26. Lecours S, Bouchard M-A. Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 1997; 78: 855-75.
27. McCann IL, Pearlman LA. *Through a glass darkly: understanding and treating the adult trauma survivor through constructivist self development theory*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
28. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression od borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54(7): 923-31.
29. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 Jan/Feb; 18(1): 163-76.

30. Normandin L, Bouchard M-A. The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research* 1993; 3(2): 77-94.
31. _____. Vers une vision intégrée et opérationnelle du contre-transfert: Présentation d'une grille d'analyse. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 1991.
32. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais*. 2^a ed. Portugal, Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
33. Racker H. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
34. _____. The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 1957; 26: 303-57.
35. Seguin MH, Bouchard MA. Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology* 1996 ; 13(4) : 457-74.
36. Shrout PE, Spitzer RL, Fliess JL. Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 172-77.
37. Solms M. What is consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1997; 45: 681-703.
38. Tracey TJ, Hays KA, Malone J, Herman B. Changes in counselor responses as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology* 1988; 35(2): 119-26.

TABLES

Table 1 - Frequency of MSRS categories in regards to each one of the vignettes

MSRS	Mourning Vignette		Rape Vignette		T
	Mean	SD	Mean	SD	
CONC	.00	.00	.25	2.41	-1.00
REAC	23.87	55.09	26.33	58.95	.65
LODEF	1.74	7.78	3.69	14.58	-1.34
HIDEF	3.51	22.51	.54	3.88	.83
OBR	90.66	78.45	26.97	40.89	-1.62
REM	48.77	66.13	99.46	79.69	3.08**
REMP	9.73	33.61	6.01	29.97	-
REL	1.20	11.43	1.14	10.86	-
TOTAL	179.83	103.67	167.62	92.13	

* = $p < .05$

** = $p < .01$

Table 2 - Frequency of MSRS categories when comparing male, female, beginner and experienced therapists in regards to each one of the vignettes

MSRS	Male		Female		t	Beginner		Experienced		t	
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD		
Mourning vignette	CONC	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.00	-
	REAC	19.36	50.91	28.28	59.12	-.77	13.11	49.04	34.87	59.19	-1.91
	LODEF	3.51	10.84	.00	.00	2.17*	.83	5.60	2.67	9.49	-1.12
	HIDEF	3.87	25.94	3.15	18.85	.15	.39	2.65	2.67	9.49	-1.33
	OBR	85.22	71.30	95.98	85.32	-.65	103.74	82.92	77.29	72.07	1.62
	REM	39.56	53.09	57.78	76.31	-1.33	43.57	69.35	54.09	63.00	-.76
	REMP	2.71	10.90	16.59	45.23	-2.02*	2.76	14.41	16.84	44.67	-2.01*
	REL	.00	.00	2.37	16.07	-1.00	.00	.00	2.42	16.25	-1.00
TOTAL	154.63	98.46	204.28	102.66	-2.35*	164.63	96.15	195.27	108.63	-1.43	
Rape vignette	CONC	.00	.00	.50	3.39	-1.00	.00	.00	.51	3.43	-
	REAC	29.62	63.05	23.11	55.15	.53	17.17	37.62	35.69	74.05	-1.50
	LODEF	5.11	17.10	2.30	11.64	.92	1.72	10.64	5.71	17.63	-1.31
	HIDEF	.33	2.24	.74	5.01	-.50	.00	.00	1.09	5.49	-1.33
	OBR	86.84	66.86	112.78	89.39	-1.57	109.52	82.46	90.18	76.44	1.16
	REM	23.62	34.85	30.24	46.19	-.77	26.63	42.71	27.31	39.43	-.08
	REMP	1.89	12.67	10.04	40.07	-1.32	2.83	14.05	9.27	40.18	-1.02
	REL	.00	.00	2.29	15.35	-1.00	.00	.00	2.34	15.53	-1.00
TOTAL	148.57	88.99	185.85	92.34	-1.95	157.89	87.29	177.80	96.90	-1.00	

* = $p < .05$

Table 3 - Frequency of MSRS categories found in the therapists self-answered questions regarding the two different clinical vignettes

MSRS Self-Report	Total Score		Mourning vignette		Rape vignette		t
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
1- REM	4.91	1.68	2.54	1.04	2.36	1.05	1.28
2- OBR	4.41	1.86	2.10	1.07	2.32	1.12	-1.81
3- HIDEF	4.01	1.65	1.73	.87	2.28	1.13	-4.58***
4- REMP	6.58	1.63	3.58	.94	3.00	1.10	4.48***
5- OBR	3.54	1.48	1.70	.84	1.85	1.01	-1.32
6- REL	5.24	2.11	2.67	1.17	2.57	1.22	0.94
7- REAC	3.39	1.39	1.48	.73	1.91	1.02	-3.75***

* = p< .05

** = p<.01

***= p<.001

Table 4 – Correlation between ICB and MSRS

ICB	MSRS							
	Concrete	Reactive	Defensive low	Defensive High	Reflective	Reflective Empathic	Elaborative	Objective- Rational
Positive	.019	.31*	-.053	.035	.51**	.38*	.11	-.31**
Negative	.042	.15	.24*	.12	-.19	.083	.02	-.35**

* = p<.05

** = p<.01

Table 5 - Pearson Correlation between MSRS categories and the MSRS Self-Reported questions

* = $p < .05$
 ** = $p < .01$

	Q1REM	Q2OBR	Q3HIDEF	Q4REMP	Q5OBR	Q6REL	Q7REAC
REAC	-.02	-.13	.04	-.02	.04	.29**	.30*
LODEF	.00	.03	.02	.00	.00	.07	.05
HIDEF	.08	-.19	-.06	.16	-.08	.24*	.09
OBR	.04	-.02	-.08	.19	.00	.01	-.16
REM	.32**	-.09	.19	.16	-.03	.27*	.13
REMP	.07	-.16	-.03	.06	-.07	.05	-.05
REL	.10	-.12	.19	.22*	-.12	.17	.13

Correspondence:

Patrícia R. M. Goldfeld.

Rua Pedro Chaves Barcelos, 1114/502

90.450-010 - Porto Alegre-RS, Brasil

e-mail: rivoire@via-rs.net

ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS:

**ESTADOS MENTAIS E CONTRATRANSFERÊNCIA
EM PSICOTERAPEUTAS FRENTE A RELATOS
DE SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS**

**ESTADOS MENTAIS E CONTRATRANSFERÊNCIA
EM PSICOTERAPEUTAS FRENTE A RELATOS
DE SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS***

Goldfeld PRM¹, Wiethaeuper D², Bouchard M-A³, Terra L⁴
Abuchaim, C.¹, Mardini, V⁵, Sordi, A⁶, Baumgardt, R.⁴, Lauer mann, M.⁴,
Soares, L⁷, Ceitlin, L.H. F⁸

* Agradecemos ao Dr. Charles J. Gelso do Department of Psychology, University of Maryland, USA, pela valiosa colaboração com o estudo

¹ Psiquiatra

² Psicóloga, PhD em Psicologia Clínica, Professor Adjunto da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

³ Psicólogo, PhD em Psicologia Clínica, Professor Adjunto da University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

⁴ Psicóloga

⁵ Médico

⁶ Estudante de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁷ Estudante de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

⁸ Psiquiatra, MpH, PhD em Medicina, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

A literatura científica tem consistentemente informado sobre a prática clínica dos terapeutas que tratam vítimas de abuso sexual, descrevendo as reações intensas que estes apresentam. O presente estudo objetivou comparar os estados mentais e a contratransferência de psicoterapeutas frente a duas vinhetas clínicas: uma de estupro e outra por morte súbita de uma pessoa significativa. Os instrumentos utilizados foram: Mental States Rating System (MSRS) e Inventory of Countertransference Behavior (ICB). Participaram 92 terapeutas de orientação psicanalítica, igualmente divididos em mais experientes e menos experientes, homens e mulheres. Os resultados mostraram que os psicoterapeutas foram significativamente mais reflexivos em relação à vinheta de luto do que em relação à de estupro; esta observação foi confirmada nos achados com o ICB, indicando mais reações contratransferenciais negativas à vinheta de estupro. As participantes mulheres demonstraram mais reflexividade e os achados com o ICB indicaram que os homens apresentaram mais reações contratransferenciais negativas do que as mulheres, em ambos os cenários traumáticos. O nível de experiência não produziu diferenças significativas com o MSRS, enquanto no ICB os mais experientes apresentaram mais reações contratransferenciais positivas do que os menos experientes.

Descritores: Contratransferência, Trauma, Luto, *Mental States Rating System* (MSRS) e *Inventory of Countertransference Behavior* (ICB).

ABSTRACT

Scientific literature has consistently reported the clinical practice of therapists who treat sexual abuse victims, describing the intense reactions they have. This study aims to compare the mental states and countertransference of psychotherapists presented with two vignettes: a rape and the sudden death of a significant person. The instruments used were: Mental States Rating System (MSRS) and the Inventory of Countertransference Behavior (ICB). Participated 92 psychodynamic oriented therapists equally divided in experienced and inexperienced, male and female. Results showed that psychotherapists were significantly more reflective in response to the mourning vignette compared to the rape scenario; this observation is confirmed in the ICB finding indicating more negative countertransference reactions to the rape vignette. Female participants demonstrated more reflectiveness and in the ICB indicated that male therapists expressed more negative reactions than women for both traumatic scenarios. Level of experience did not yield significant differences with MSRS while ICB showed more positive countertransference reactions of experienced therapists compared to beginners.

Keywords: Countertransference, Trauma, Mourning, Mental States Rating System (MSRS) and Inventory of Countertransference Behavior (ICB).

Introdução

Freud (1910) definiu contratransferência (CT) como o resultado da influência do paciente sobre os conflitos inconscientes no analista, gerando obstáculos à compreensão do analista em relação ao paciente. Na visão de Freud, CT deveria ser reconhecida e sobrepujada. Esta definição é considerada o conceito clássico de contratransferência. A teoria da CT apresentou desenvolvimentos posteriores, com contribuições de vários autores, entre eles Heimann (1950, 1960) e Racker (1953, 1957 e 1958) evoluindo para uma visão mais abrangente, denominada totalística, que considera a CT como abrangendo a totalidade dos sentimentos do terapeuta, e utilizando-a como um instrumento terapêutico. Este conceito totalístico é o que foi utilizado neste estudo.

Efeito do trauma de estupro na atividade mental do terapeuta

O trabalho com os pacientes que foram vítimas de violência sexual produz poderosas reações conscientes e inconscientes nos psicoterapeutas, algumas delas que podem vir a abortar os objetivos do tratamento, muitas vezes sem que nem o terapeuta ou o paciente se dê conta ((Krupnick, 1980; Colao, Hunt, 1983; Fox, Carey, 1999). Toda psicoterapia deve idealmente incluir a capacidade do terapeuta de empatizar com aquilo que o paciente não pode tolerar dentro de si próprio (Kernberg, 1975). No entanto, as reações contratransferenciais não conseguem ser evitadas, e nesses casos, os terapeutas, particularmente quando não estão conseguindo lidar com suas próprias respostas internas, podem se super-identificar com o paciente, vendo o mundo apenas sob sua perspectiva; ou se sub-identificar, respondendo de forma não empática ao paciente. Mesmo se estão conscientes do que ocorre, eles podem abster-se de intervir devido a seus próprios medos

(e conseqüentes inibições defensivas) de libertar fortes reações emocionais do paciente, ou levá-lo(la) a entrar em contato com as memórias traumáticas, que podem ser experienciadas como uma re-traumatização. Os terapeutas, também podem vir a sofrer traumas derivados das experiências dos pacientes, vindo a apresentar sintomas emocionais e físicos ou até mesmo quadros psicopatológicos. McCann e Pearlman (1990) sugerem que, se o terapeuta não é capaz de assimilar ou elaborar suas próprias respostas a pacientes traumatizados, eles tornam-se também possíveis vítimas secundárias do crime.

Latts e Gelso (1995) utilizando o instrumento *Awareness of Countertransference Feelings* avaliaram o comportamento e o manejo contratransferencial em 87 psicoterapeutas frente a um caso de estupro, comparando gênero e referencial teórico específico no trabalho com estes casos. Encontraram, diferentemente do que se esperava, que os participantes com maior referencial teórico para lidar com o fenômeno (e, conseqüentemente, mais experiência) mostraram os índices mais altos de comportamento evitativo, associado a menor nível de consciência. E, como esperado, aqueles que apresentaram menores índices de evitação, apresentaram o maior nível de consciência do fenômeno. Os autores associaram o comportamento evitativo a uma falha empática, que estaria enquadrada dentro do conceito de contratransferência clássica, como obstáculo. Os autores também encontraram que os homens demonstraram ser mais evitativos e as mulheres mais engajadas com a pessoa vítima de estupro.

Efeito do luto na atividade mental do terapeuta

Os estudos empíricos com instrumentos padronizados tendo como objeto de estudo a contratransferência em relação ao luto são escassos na literatura científica. Kubler-Ross (1969) estudou a morte e o morrer, observando pessoas que estavam próximas da morte e seus familiares, médicos, enfermeiros, e pessoas que convivem com aquele que está

morrendo. Ela falou sobre a necessidade de nos defendermos contra o medo da morte. Um estudo relevante encontrado foi o de Burton (1962), que conduziu um levantamento entre os membros da Associação Psicanalítica Americana, aos quais ele apresentou um questionário visando explorar a contratransferência relativa à morte e à perda. As respostas dos terapeutas foram em sua maioria uniformes, convictas, breves e freqüentemente hostis. Os resultados encontrados sugeriram ao autor o uso, pelos entrevistados, de defesas profundamente enraizadas como a negação, o deslocamento e o uso da compensação como atitude defensiva.

Efeito da experiência e do gênero na atividade mental do terapeuta

Normandin e Bouchard (1993), estudaram as reações contratransferenciais de 90 terapeutas de orientações teóricas psicodinâmica, humanística e cognitivo-comportamental, encontrando que os terapeutas menos experientes eram mais reflexivos, significando que mostravam uma observação de suas reações internas, subjetivas, à experiência imediata, comparando-se com os mais experientes, que mostraram-se mais reativos (esta categoria refere-se ao conceito clássico de CT como obstáculo), demonstrando pouca ou nenhuma capacidade para pensar no que estava sendo ativado internamente, mostrando às vezes forte crítica à atitude do colega que estava apresentado na vinheta ou defendendo-se ativamente do impacto emocional da situação descrita. Os autores consideraram hipóteses sobre estes achados: o fato dos terapeutas iniciantes encontrarem-se mais vinculados à supervisão, sendo mais encorajados a manter uma atitude aberta a sua potencial contribuição ao processo terapêutico. E que, os terapeutas mais experientes estariam numa posição de permitir a si mesmos reagir, ou de ter a “coragem de” sentir a intensidade da interação imaginada, a ponto de perder a sua objetividade por um tempo determinado.

Lecours e Bouchard (1995) estudaram 40 terapeutas de orientação psicodinâmica,

comparando gênero e experiência. Em relação à experiência os achados foram semelhantes ao estudo de Normandin e Bouchard (1993). Em relação ao gênero, encontraram que as mulheres eram mais reflexivas, mostram maior observação de suas reações internas, subjetivas, e os homens eram mais objetivo-rationais, este último um estado mental em que o terapeuta se coloca numa posição de observador distanciado afetivamente.

Brody e Farber (1996) estudaram os efeitos, na contratransferência, da experiência do terapeuta e do diagnóstico do paciente. Eles observaram que em comparação com os terapeutas experientes, os estudantes ou residentes apresentavam mais tendência a desculpar-se com os pacientes, a achar que suas próprias emoções eram intensas e freqüentes demais, necessitando defender-se contra elas. Por outro lado, os terapeutas experientes apresentavam maior aceitação de suas reações emocionais quando mais intensas frente aos pacientes. Em relação ao diagnóstico do paciente, outro achado significativo deste estudo foi a predominância de contratransferência positiva em relação aos pacientes deprimidos: presença de sentimentos como compaixão e empatia e ausência de raiva.

McIntyre e Schwartz (1998) estudaram as reações contratransferenciais de 155 terapeutas em relação a pacientes com Depressão Maior ou Transtorno Borderline de Personalidade, e encontraram que, em relação aos pacientes deprimidos, as reações pessoais de necessidade de dominância e dificuldades nas demandas e percepções mostravam-se significativa e inversamente relacionadas aos anos de experiência do terapeuta. Os autores não encontraram diferenças entre gêneros, em relação às variáveis em estudo.

Medidas de Avaliação da Contratransferência

A escala de avaliação dos estados mentais - MSRS

Este instrumento foi desenvolvido (Bouchard, Picard, Audet, Brisso, Carrier, 1998; Normandin, Bouchard, 1991 e 1993) com o objetivo de abranger a amplitude de categorias compreendidas dentro do conceito totalístico de contratransferência, além de ampliá-lo, através da teoria dos Estados Mentais.

Trata-se de uma escala de análise de conteúdo, na qual categorias de análise são previamente e detalhadamente descritas. Ela é aplicada sobre material escrito ou gravado, de sentimentos ou pensamentos de terapeutas, logo após sessões ou após leitura de vinhetas clínicas.

A *Mental States Rating System* é composta de 3 grandes categorias (dentre estas, existem sub-categorias): o estado mental Objetivo Racional, o Reativo Pulsional e o Reflexivo; cada categoria possui critérios de cotação descritos no manual, assim como exemplos de cotação provindos de outros estudos. Em pesquisas realizadas com esta escala, alguns estados mentais têm se mostrados repetidamente antagonistas como o Reflexivo e o Reativo Pulsional (correlação negativa de ,70), enquanto que o Objetivo Racional parece não se relacionar com nenhuma das outras duas categorias (Lecours et al., 1995; Normandin, Bouchard, 1993; Séguin, Bouchard, 1996). A seguir, são explicadas cada categoria e suas características.

Fazer a cotação utilizando o MSRS implica em diferenciar entre tipos e sub-tipos da atividade mental. No estado mental descrito como objetivo-racional (OBR), o sujeito lida com a sua atividade endo-psíquica (ou interna), ou ainda, a sua atividade relacional, como algo a ser observado e abordado de maneira objetiva e parcimoniosa, como um cientista se relacionando com um sujeito de pesquisa. Esta categoria é sub-dividida em 2 níveis distintos: OBR (per se) e CONC (pensamento concreto) em um nível menos elevado. O

modo OBR implica capacidades mais elevadas de abstração e pensamento, enquanto que o CONC representa uma pobre capacidade de mentalização e simbolização.

No estado mental descrito como Reflexivo (REF), o sujeito ativa sua capacidade perceptual em direção à sua atividade endo-psíquica (ou relações interpessoais), abordando sua atividade interna como um fenômeno interno, com conteúdo. Esta modalidade de percepção interna subjetiva (Solms, 1997), é tanto de percepções internas de afetos, ou percepções de traços ativados de outras experiências (cognições ou memória). Utilizando uma terminologia mais psicanalítica, seria uma ação que implicaria um contato com os conteúdos pré-conscientes e inconscientes. O sujeito então, está claramente implicado em uma atividade de auto-percepção, auto-observação e auto-análise.

A última categoria é a reativa (REAC). Nesta atividade psíquica, o sujeito demonstra pouca ou nenhuma capacidade para pensar no que está sendo ativado internamente. Em termos tradicionais psicanalíticos, estes momentos são entendidos como vindos de ativações inconscientes de conflitos que buscam satisfação de um desejo. Três subcategorias fazem parte desta categoria: (a) um modo defensivo de baixa qualidade (LODEF), no qual os conflitos são atuados, expulsos ou gratificados através de alguma modalidade defensiva primitiva (atuação, identificação projetiva, splitting, somatização, negação), etc); (b) modo reativo pulsional (REAC) no qual um afeto é expulso, um desejo é gratificado sem nenhuma atividade defensiva aparente; (c) modo defensivo de nível mais elevado (HIDEF) no qual o sujeito consegue reprimir a percepção acurada das representações que emergem na consciência, ou consegue inibir as pressões pulsionais internas (racionalização, intelectualização, repressão, etc) .

O Inventário do Comportamento Contratransferencial - ICB

Esta escala foi desenvolvida por Gelso e Friedman (2000), para acessar a o comportamento contratransferencial do terapeuta, como percebido pelo supervisor durante sessões de supervisão. Trata-se uma escala com 21 itens, com respostas do tipo Likert, de 1=pouco ou nada, a 5= em grande extensão, para ser respondida pelo supervisor após a sessão de supervisão. Os itens compreendem a contratransferência no sentido clássico, como obstáculo, separando os comportamentos contratransferenciais dos terapeutas avaliados pelo supervisor nos seus aspectos positivos e negativos. A escala foi adaptada transculturalmente para o português falado no Brasil. Além disto, para o presente estudo, a escala também foi adaptada para uso em material escrito, com a permissão do autor.

Onze experts proveram validade de face para os itens, indicando que cada item era no mínimo um pouco uma expressão de contratransferência. A escala total e cada sub-escala revelaram alta consistência interna. Uma análise fatorial exploratória de medidas de 126 supervisores de sessões supervisionadas revelou, como esperado, a evidência de dois fatores. Estes fatores, mais do que refletir as dimensões de superenvolvimento e subenvolvimento como hipóteses, foram melhor categorizados dentro dos conceitos de Contratransferência Negativa e Positiva (Gelso, Friedman, 2000).

O estudo procurou investigar a contratransferência em psicoterapeutas de orientação psicanalítica frente a vinhetas clínicas de pacientes traumatizados por luto severo e estupro, utilizando o Sistema de Avaliação dos Estados Mentais e o Inventário do Comportamento Contratransferencial. O objetivo é contribuir também para a validade concorrente do MSRS.

Método

Sujeitos

A amostra foi composta de 92 psicoterapeutas de orientação psicanalítica, 46 homens e 46 mulheres, que participaram voluntariamente deste estudo. A Média de idade foi de 38,89 anos \pm 12,03, virtualmente o mesmo entre homens (39,07 anos \pm 11,60) e mulheres (38,72 anos \pm 12,57) participantes. Um total de 47 relatou 3 anos ou menos de experiência clínica, enquanto 45 indicaram possuir mais de 10 anos de experiência, com uma Média de 12,92 anos \pm 11,75. Entre os homens, esta Média foi de 13,39 anos \pm 11,69, e entre as mulheres foi de 12,46 anos \pm 11,93. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os participantes assinaram um consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos

Vinhetas clínicas

Duas vinhetas clínicas de material atual de interações terapeuta-paciente foram apresentadas por escrito aos terapeutas. O material foi modificado para impedir a identificação dos pacientes. Uma das vinhetas tratava de um caso de paciente do gênero feminino, enlutada devido a perda recente de pessoa significativa, e a outra tratava de um caso de paciente também do gênero feminino, com história de trauma de estupro. As vinhetas foram apresentadas sempre na mesma ordem aos terapeutas: primeiro a vinheta de luto, por tratar-se de um trauma menos impactante para os terapeutas, e depois a de estupro, onde se esperava maior reação dos terapeutas. O material de ambas as vinhetas foi seccionado em cinco trechos, para permitir aos terapeutas, terem tempo para refletir e escrever. Os sujeitos da pesquisa foram instruídos a escrever suas reações espontâneas ao que era dito e feito na entrevista. Estas condições buscaram replicar o trabalho de

Normandin e Bouchard (1993) e Lecours e Bouchard (1995). Após estas reações, os terapeutas eram convidados a responder à versão de Auto-Resposta do MSRS.

Instrumentos

Sistema de Avaliação dos Estados Mentais – MSRS

Para a adaptação transcultural da escala para o português falado no Brasil foi utilizado o referencial conceitual proposto por Herdman e colaboradores (1998), para adaptação transcultural de instrumentos na área de qualidade de vida, com as sugestões metodológicas propostas por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002) na adaptação do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales*” em nosso meio.

O grupo que cotou o MSRS foi constituído por uma psicóloga do gênero feminino, e dois psiquiatras experientes, do gênero masculino. Os juízes receberam um treinamento, realizado por expert no instrumento, de 30 horas de duração, tendo atingido um índice Kappa= ,81 ($p<,001$). Depois disto, o material, com cegamento para a identificação da identidade do gênero e da experiência dos terapeutas foi distribuído aleatoriamente entre os juízes. A cada 5 pares de associações de terapeutas (já que cada terapeuta havia sido apresentado com 2 casos) apresentados aos juízes, 3 outros pares três eram utilizados para reuniões de acordo inter-juiz, com a finalidade de manter a fidelidade do acordo para os próximos casos.

Inventário do Comportamento Contratransferencial

A adaptação transcultural do ICB para o português falado no Brasil utilizou o mesmo método descrito acima (Herdman e colaboradores, 1998; Moraes, Hasselmann, Reichenheim, 2002). Diferentemente do estudo original, o presente foi adaptado com a permissão do autor, usando juízes independentes respondendo cada questão do ICB

utilizando uma escala Likert. O grupo que cotou o ICB foi constituído por 2 psicólogas e uma pesquisadora. As juízas receberam um treinamento no instrumento, de 15 horas de duração, tendo atingido um $ICC_m=,72$. O material foi distribuído da mesma maneira descrita para o MSRS: o material, com cegamento para a identificação da identidade, do gênero e da experiência dos terapeutas foi distribuído em blocos aleatoriamente entre os juízes. Adicionalmente, estava determinado a priori, que cada item que recebesse uma cotação de 3 (alguma expressão de comportamento contratransferencial) ou menos deveria ser retirado da contagem anteriormente à análise dos dados (Gelso, Friedman, 2000).

Questões de auto-resposta baseadas no MSRS

Este instrumento é baseado nas categorias do MSRS, de onde 7 questões foram retiradas. A resposta a cada questão foi baseada numa escala tipo Likert para onde $1=$ *pequena ou nenhuma presença* a $5=$ *extremamente presente*. O objetivo era pesquisar a opinião dos terapeutas sobre seu próprio estado mental, após a leitura e a escrita de seus sentimentos em relação às vinhetas e compará-los aos estados mentais avaliados pelos juízes independentes. As questões elaboradas estão apresentadas abaixo:

1. Apresentei algum grau de pensamento subjetivo (perceber e dar-me conta de sinais, de tensão interna, de reativação de prazeres do passado, etc.), mas isso não ultrapassou os limites do reconhecimento inicial.
2. Eu assumi uma postura de observação e distanciamento, tornando-me um observador de fatos e eventos.
3. Eu manifestei sinais de estar em conflito, mas me defendi. A minha observação subjetiva de mim mesmo ou do outro (paciente ou terapeuta), estava a serviço de

minha segurança, auto-proteção ou resistência.

4. Eu demonstrei capacidade para explorações das vivências ou experiências comigo mesmo(a) ou com outros no presente ou no passado. Porém, não elaborei os meus sentimentos mais além de uma clara empatia inicial.
5. Eu assumi uma postura de observação e distanciamento, tratando minha própria atividade ou conteúdo mental como algo que estivesse sendo observado de fora.
6. Eu fui além de uma empatia inicial, demonstrando uma maior capacidade de elaboração dos meus sentimentos. Minha situação interna estava relacionada à situação mental de um outro significativo para mim, em situações do presente ou do passado.
7. Eu manifestei sinais de estar em conflito. A tolerância de meus afetos era insuficiente para permitir uma elaboração mental dessa experiência. A minha vivência imediata estava bloqueada, inibida, esvaziada, ou transformada em somatização. Senti ansiedade, senti-me inibido ou apresentei atos falhos.

Resultados

O sistema de avaliação dos estados mentais

Favor inserir tabela 1 neste local

Quando comparamos as categorias do MSRS como avaliadas para ambas as vinhetas, os resultados mostram que os terapeutas apresentam um uso significativo da categoria REM em relação ao luto (Média=48,77 \pm 66,13) quando comparado ao trauma por estupro (Média=26,97 \pm 40,89)(t-test_{par} =3,797; p<,001). Em relação ao luto, não há diferenças

significativas; as médias da categoria OBR em relação à vinheta de luto (Média=90,66 ± 78,45) foram bem maiores do que as Médias desta mesma categoria em relação à vinheta do trauma por estupro (média=26,97 ± 40,89), diferentemente do que era esperado.

Uma vez utilizando gênero como variável independente, os resultados mostram nenhuma diferença significativa entre os terapeutas homens e as terapeutas mulheres, em relação às categorias do MSRS, quando se considerou a soma dos achados das duas vinhetas clínicas. Houve diferença significativa ($t\text{-test}_{\text{indep}}=3,08$; $p<,05$) em relação ao total de palavras, com Média maior para os homens (Média= 302,84 ± 176,84). Não se observou diferenças significativas entre os terapeutas iniciantes e experientes, quanto às categorias do MSRS. No entanto, na categoria REAC, constatou-se uma tendência à significância ($p=,05$), com Média maior para os experientes (Média=70,56 ± 112,20) quando comparado com iniciantes (Média=30,28 ± 77,12). O fato desta categoria não mostrar diferenças significativas entre os experientes e os iniciantes, o que seria esperado e de acordo com os achados da literatura, pode ser explicado pelo tamanho da amostra e o poder do estudo.

Favor inserir tabela 2 neste local

A tabela 2 mostra uma diferença significativamente maior ($p<,05$) no uso da categoria LODEF pelos terapeutas homens (Média=3,51 ± 10,84) quando comparado com as mulheres (Média=,00 e DP=,00) e um uso significativamente maior ($p<,05$) da categoria REMP pelas mulheres (Média=16,59 ± 45,23) do que pelos homens (Média=2,71 ± 10,90). Esta tabela mostra que houve um uso significativamente maior ($p<,05$) da categoria REMP pelos terapeutas experientes (Média=16,84 ± 44,67) quando comparado com os iniciantes (Média=2,76 ± 14,41) em relação à vinheta de luto. Isto está de acordo com as hipóteses do

estudo e com os achados da literatura.

O Inventário do Comportamento Contratransferencial

Os achados com o ICB mostram que existe uma diferença significativa ($t\text{-test}_{\text{indep}} = -2,53$; $p < ,05$) na presença de contratransferência negativa (Média=28,70; DP=26,91) comparado à contratransferência positiva (Média=19,17; DP=21,39) na amostra total, somando-se ambas as vinhetas. Isto está de acordo com o esperado e com a literatura, demonstrando que o estímulo empregado ocasionou reações importantes nos terapeutas. Os homens demonstraram um uso significativamente maior ($p < ,01$) da contratransferência negativa (Média=36,39; DP=30,10), quando comparados com as terapeutas mulheres. Terapeutas iniciantes e experientes não apresentaram diferenças significativas frente à contratransferência positiva e negativa.

Quando comparando ambas as vinhetas, observa-se que a de estupro causou uma reação contratransferencial negativa significativamente maior ($t\text{-test}_{\text{par}} = -4,09$; $p < ,001$, Média= 17,61; DP= 16,35) do que a de luto (Média= 11,09; DP= 14,55), como esperado. A contratransferência positiva foi significativamente maior ($t\text{-test}_{\text{par}} = 2,02$; $p < ,05$, Média= 10,77; DP= 13,35) na vinheta de luto.

Os terapeutas homens apresentam um uso significativamente maior ($p < ,05$) da contratransferência negativa (luto: Média=14,96 e DP=17,55 e estupro: Média=21,43 e DP=16,94) do que as terapeutas mulheres (luto: Média=7,22 e DP=9,47 e estupro: Média=13,78 e DP=14,97); ($t\text{-test}_{\text{indep luto}} = 2,63$; $p < ,05$, $t\text{-test}_{\text{indep estupro}} = 2,30$; $p < ,05$). Além disso, os terapeutas experientes apresentaram um uso significativamente maior ($t\text{-test}_{\text{indep}} = -2,16$; $p < ,05$) da contratransferência positiva (Média=13,78; DP=14,89) do que os terapeutas iniciantes (Média=7,89; DP=11,09), em relação ao estímulo de luto. Isto está de acordo com o esperado, de que a experiência seria um dos fatores que auxiliam os

terapeutas a manejarem as crises vitais e acidentais. Em relação ao trauma considerado mais impactante, como o estupro, o estudo não demonstrou diferenças significativas entre os terapeutas iniciantes e os experientes, no que se refere às categorias de contratransferência positiva e negativa do ICB, possivelmente em acordo com os achados de serem mais objetivo-rationais, como encontrados no MSRS.

O MSRS auto-resposta

Os resultados sobre as questões considerando escores de ambas as vinhetas, juntas e separadas, são mostrados na Tabela 3.

Favor inserir tabela 3 neste local

Comparando-se as vinhetas, os terapeutas consideram a si mesmos significativamente mais defensivos (HIDEF) frente à vinheta de trauma por estupro (Média=2,28; DP=1,13) do que em relação a de luto (Média=1,73; DP=,87 $t\text{-test}_{\text{pareado}} = -4,58$; $p < ,000$). Eles se consideram mais reativos (REAC) em relação à vinheta de trauma por estupro (Média=1,91; DP=1,02) do que em relação a de luto (Média=1,48; DP=,73) e se consideram mais reflexivo-empáticos (REMP) em relação à vinheta de luto (Média=3,58; DP=,94) do que em relação a de trauma por estupro (Média=3,00; DP=1,10 $t\text{-test}_{\text{pareado}} = 4,48$; $p < ,000$). Como mostram os resultados para esta amostra, as mulheres se consideram mais reflexivo-empáticas (Média=6,96; DP=1,52) do que os homens (Média=6,20; DP=1,67). Os homens, por sua vez, se consideram significativamente mais ($p < ,05$) objetivo-rationais (OBR, Média=3,89; DP=1,45) do que as mulheres (média=4,35 e DP=1,90, $t\text{-test}_{\text{indep}} = 2,31$; $p < ,05$). Isto está de acordo com o esperado e com a literatura (Lecours, Bouchard, 1995).

Considerando as vinhetas separadamente, em relação à vinheta de luto, as mulheres se consideram significativamente mais ($p < ,05$) reflexivas (REM) (Média_F=2,80, DP_F=1,04; Média_M=2,28, DP_M=,98; $t\text{-test}_{\text{indep}} = -2,45$; $p < ,05$), mais reflexivo-empáticas (REMP) (Média_F=3,80, DP_F=,83; Média_M=3,35, DP_M=,99; $t\text{-test}_{\text{indep}} = -2,39$; $p < ,05$) do que os homens. Os homens se consideraram significativamente mais objetivo-rationais (OBR) (Média=1,87; DP=,91) do que as mulheres (Média=1,52; DP=,72; ($t\text{-test}_{\text{indep}} = 2,03$, $p < ,05$). Isto está de acordo com o esperado e com os achados da literatura científica. Em relação à vinheta de trauma por estupro, não se observa diferença significativa entre homens e mulheres. Entre iniciantes e experientes, em relação à vinheta de luto, os terapeutas iniciantes se consideram significativamente mais reativos (REAC) (Média=1,66; DP=,82) do que os terapeutas experientes (Média=1,29; DP=,59; ($t\text{-test}_{\text{indep}} = 2,51$; $p < ,05$). Ao contrário dos achados de Lecours e Bouchard (1995), este estudo mostrou que talvez os iniciantes, por estarem próximos a supervisores e cursos de especialização, estejam mais abertos a considerar suas reações contratransferenciais como reativas. Em relação à vinheta de trauma por estupro, não se observou diferenças significativas entre os terapeutas iniciantes e experientes.

Correlações entre as categorias do ICB e do MSRS

Favor inserir tabela 4 neste local

As correlações entre o ICB e o MSRS apresentaram resultados que demonstram validade concorrente entre os dois instrumentos, de acordo com o esperado no início do estudo. A correlação significativa entre a contratransferência positiva no ICB e a categoria Reflexivo Empático (REMP), é um exemplo. Também, verifica-se uma correlação

significativa negativa entre a contratransferência negativa no ICB e a categoria Defensivo-low (LODEF), esta última categoria, vale lembrar, é categorizada quando há utilização de defesas primitivas, normalmente mais influenciadas por impulsivos agressivos. Outras correlações significativas, ambas negativas, foram encontradas entre as contratransferências positivas e negativas no ICB com a categoria Objetivo Racional (OBR) no MSRS. O sujeito quando está com contratransferência OBR, ele está distanciado afetivamente do objeto, logo, não é possível distinguir a presença de afetos neste modo. Assim, a correlação significativa negativa OBR com as categorias do ICB demonstra também validade concorrente. No entanto, os instrumentos medem aspectos semelhantes mas diferentes da contratransferência pois os itens não-correlacionados, demonstram independência entre si.

Correlações entre as categorias do MSRS e do MSRS Auto-Resposta

Favor inserir tabela 5 neste local

Na tabela 5 é possível observar uma correlação positiva significativa ($p < ,05$) entre a categoria do MSRS- REM e a questão 1-REM e também uma correlação significativa ($p < ,05$) entre a MSRS- REL (elaborativo) com a questão 4 (empático), enquanto a MSRS- REM (ter alguma consciência) correlacionou-se significativamente ($p < ,05$) com a questão 6-REL (elaborativo). Além disso, a categoria REAC do MSRS correlacionou-se significativamente com a questão 7- REAC ($p < ,05$). Estes achados apontam uma validade convergente do instrumento, embora seja intrigante a correlação significativa encontrada entre MSRS-HIDEF e a questão 6-REL (elaborativo) demonstrando que os terapeutas perceberam a si mesmos como defensivos e elaborativos como um processo co-existente.

Discussão

A literatura científica tem consistentemente informado sobre a prática clínica dos terapeutas que tratam vítimas de abuso sexual, descrevendo as reações intensas que estes apresentam (Krupnick, 1980; Colao, Hunt, 1983; Fox, Carey, 1999). Em relação aos achados da contratransferência avaliada pelo MSRS, comparando-se as reações dos terapeutas às diferentes vinhetas observou-se que o total da amostra de terapeutas utilizou o estado mental reflexivo REM significativamente mais em relação à vinheta de luto do que à vinheta de estupro. Estes achados são interessantes, e confirmam o esperado de que em relação ao luto os terapeutas estariam mais empatizados do que em relação ao trauma de estupro, que provocaria mais sentimentos reativos. As Médias para as categorias reativo-defensivas foram similares para ambas as vinhetas, e a categoria REAC foi alta para ambas, o que indica que os terapeutas reagiram intensamente às vinhetas de trauma. Os terapeutas mostraram uma atitude mental mais empática no caso de luto e isto pode ser devido às intensas emoções provocadas nos terapeutas pelas vítimas de violência sexual.

A comparação entre gêneros mostrou que, em relação à vinheta de luto, nesta amostra os homens utilizaram defesas mais primitivas do que as mulheres, usando significativamente mais a categoria LODEF. As mulheres provaram serem mais reflexivas do que os homens, usando significativamente mais a categoria REM. A predominância da instância mental reflexiva em mulheres já havia sido relatada nos estudos de Normandim e Bouchard (1993) e Lecours e Bouchard (1995), em relação a uma vinheta de um paciente com Transtorno Obsessivo de Personalidade e outra de uma paciente com Transtorno Bordeline de personalidade. No entanto, os achados diferem relativamente aos homens, que no outro estudo foram significativamente mais OBR (objetivo-rationais). Podemos pensar que os homens neste estudo reagiram como esperado para uma situação traumática,

no caso do luto, devido à mobilização de sentimentos intensos e defesas primitivas contra estes (Freud, 1910; Kernberg, 1975).

A comparação entre terapeutas com diferentes níveis de experiência mostrou que, em relação à vinheta de luto, os experientes usaram significativamente mais a categoria REMP, quando comparado com os iniciantes. Estes achados diferem dos encontrados por Normandin e Bouchard (1993) e Lecours e Bouchard (1995) para a variável experiência. Para estes pesquisadores, os terapeutas menos experientes mostraram serem mais reflexivos do que os mais experientes e os experientes mostraram-se mais reativos, referindo-se ao conceito clássico de CT como obstáculo. Em relação ao luto a experiência mostrou ser uma variável importante no sentido de fornecer ao terapeuta mais condições de elaborar os sentimentos despertados neles pelos pacientes em processo de luto. Já no caso de estupro, a experiência não mostrou ser uma variável influenciadora no modo dos terapeutas reagirem aos sentimentos despertados. Em relação à vinheta de trauma por estupro, os terapeutas não diferiram em relação ao gênero ou experiência.

Em relação aos achados da contratransferência avaliada pelo ICB, a soma dos resultados encontrados nas duas vinhetas mostrou uma diferença significativamente maior na presença de contratransferência negativa (CT clássica) em relação à CT positiva, para a amostra. Isto confirma as hipóteses de o luto e o trauma por estupro, mesmo de forma indireta por meio de vinhetas clínicas, são traumas importantes que despertam reações intensas nos terapeutas.

Quando são comparados os resultados entre as vinhetas, a média da CT negativa para a vinheta de trauma por estupro mostrou-se maior do que CT negativa para a vinheta de luto, o que confirma o esperado das fortes reações contratransferenciais nos casos de terapeutas que tratam pacientes vítimas de violência sexual (Krupnick, 1980; Colao, Hunt, 1983; Fox, Carey, 1999). A contratransferência positiva encontrada refere-se, dentro do

conceito utilizado por Gelso e Friedman (2000) na criação do ICB, a uma dimensão de superenvolvimento do terapeuta com o paciente; e a contratransferência negativa, a uma dimensão de subenvolvimento com o paciente. Isto remete ao conceito de Glover (1927) de CT positiva e negativa como reações contratransferenciais ligadas a conflitos inconscientes do terapeuta, envolvendo a gama de sentimentos da linha amorosa, a positiva, e da linha agressiva, a negativa. Deste modo se pode entender a diferença entre os achados dos dois instrumentos de avaliação da contratransferência, porque a categoria reflexiva do MSRS mede um estado mental diferente do que se compreende por contratransferência positiva, não podendo ser equiparada a esta.

O ICB mostrou um emprego significativamente maior da CT negativa pelos terapeutas homens, quando comparados com as mulheres, tanto quando somadas as duas vinhetas, como quando em separado, para cada uma das vinhetas. Este achado está em acordo com o encontrado com o MSRS, neste mesmo estudo, onde os homens usam significativamente mais a categoria LODEF, em relação à vinheta de luto. A contratransferência negativa pode ser equiparada às categorias LODEF, REAC e HIDEF por representarem aspectos de conflitos inconscientes não resolvidos (Bouchard et al, 1998).

Em relação à experiência, a soma das vinhetas não demonstrou diferenças significativas entre os iniciantes e os experientes, independentemente do encontrado na literatura científica. No entanto, em relação à vinheta de luto, os terapeutas experientes apresentam significativamente mais CT positiva, do que os iniciantes. Isto está de acordo com os achados de Brody e Farber (1996), de que os terapeutas experientes apresentam maior aceitação de suas reações emocionais mais intensas aos pacientes. Em relação ao trauma de estupro, o presente estudo não demonstrou diferenças significativas entre os terapeutas experientes e iniciantes.

As médias maiores das categorias 1- REM, 4- REMP e 6- REL do questionário de Auto-resposta do MSRS, na soma das vinhetas para toda a amostra, nos indica que os terapeutas consideram suas próprias reações como sendo mais reflexivas, do que objetivo-rationais ou reativas, diferentemente do encontrado com o MSRS, que mostrou maior uso da categoria OBR do que todas as outras. Somando-se as duas vinhetas, as mulheres se consideram significativamente mais reflexivo-empáticas (4- REMP) do que os homens. Os homens, por sua vez, se consideram significativamente mais objetivo-rationais (2 e 5 - OBR) do que as mulheres.

Em relação à vinheta de luto, as mulheres se consideram significativamente mais reflexivas (1- REM) e reflexivo-empáticas (4- REMP) do que os homens e os homens se consideraram significativamente mais objetivo-rationais (2 e 5- OBR), do que as mulheres. Em relação à vinheta de trauma por estupro, não se observou diferenças significativas entre homens e mulheres.

Relativamente à vinheta de luto, os terapeutas iniciantes se avaliaram significativamente mais como reativos (REAC), do que os terapeutas experientes. Para explicar este fato, poderia se considerar a hipótese de que os iniciantes, por estarem próximos a supervisores e cursos de especialização, estariam mais abertos a consideram suas reações contratransferenciais como reativas. Em relação à vinheta de trauma por estupro, não se observou diferenças significativas entre os terapeutas iniciantes e experientes.

O estudo da correlação entre as categorias do MSRS demonstrou uma correlação positiva significativa entre as categorias: REAC-HIDEF, LODEF-HIDEF e REL-REMP. As sub-categorias defensivo-reativa e reflexivas estão inter-relacionadas entre si, mostrando que medem de fato um mesmo constructo. A categoria OBR não está correlacionada com nenhuma das outras, mostrando medir um constructo diferente.

Entre as categorias do ICB pôde-se observar uma correlação positiva fortemente significativa das categorias de CT positiva no luto com a mesma categoria no trauma por estupro, e da categoria de CT negativa no luto com a mesma categoria no trauma por estupro. Estes achados confirmam a consistente estrutura interna da escala, onde os itens estão correlacionados positivamente com os itens semelhantes.

Em relação à correlação entre as categorias do MSRS e as questões de auto-resposta baseadas no MSRS os resultados mostram um achado positivo de validade convergente, embora se tenha observado, em relação ao estímulo de luto, existe uma correlação positiva e significativa entre a categoria HIDEF do MSRS e a questão 6-REL de Auto-Resposta.

Um aspecto consistente deste estudo foi o fato da contratransferência ter sido avaliada por instrumentos bastante fidedignos e confiáveis para avaliar o constructo, sendo medida por juízes formados na área da saúde mental e com bastante experiência.

As reações dos terapeutas em relação aos achados tanto medidos com o MSRS tanto quanto com o ICB permitem considerar que as vinhetas apresentadas com o estímulo de luto e de trauma por estupro provocaram os terapeutas de modo diferente e intenso, funcionando como um estímulo eficiente.

Uma limitação que poderia ser levantada para o estudo é pelo fato de serem vinhetas clínicas, e o quanto a reação contratransferencial seria diferente se o estímulo fosse um paciente real. Como sugestão para estudos posteriores, os autores consideram importante obter o relato das reações contratransferenciais pelos terapeutas, após sessões de avaliação, ou estudos longitudinais, com o seguimento de tratamentos de pacientes com luto ou vítimas de violência sexual. Deste modo poderia obter-se reações mais diretas e vívidas e uma evolução das reações contratransferenciais. Os autores consideram que mais estudos necessitam ser realizados para confirmar e aprofundar os achados deste estudo.

Alguns pontos podem ser ressaltados:

Os achados com o MSRS mostraram que os terapeutas frente à vinheta de luto mostraram uma atitude mental significativamente mais reflexiva do que em relação ao estupro; que as mulheres foram mais reflexivas do que os homens e estes mais defensivos do que as mulheres, em relação ao estímulo de luto; e que os terapeutas experientes e iniciantes não mostraram diferenças entre si.

Os achados com o ICB demonstraram que os homens apresentaram mais reações contratransferenciais negativas (da linha agressiva) do que as mulheres, tanto em relação ao luto, quanto ao trauma por estupro, e que em relação ao luto, os experientes apresentaram mais reações contratransferenciais positivas (da linha amorosa) do que os iniciantes.

Referências Bibliográficas

1. Auerbach AH, Johnson M. Research on the therapist's level of experience. In: Gurman AS, Razin AM. Editors. *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergam Press; 1977. P. 213-46.
2. Bouchard MA, Picard C, Audet C, Brisson SH, Carrier M. Differentiating mental states: therapists, patients, human subjects. Université de Montréal, Montreal. Scoring manual. Unpublished manuscript; 1998.
3. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996; 33(3): 372-80.
4. Burnstein A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 1986 Jan; 27(1): 37-40.
5. Burton A. Death as a countertransference. *Psychoanalytic Review* 1962; 3-20.
6. Butterfield MI, Panzer PG, Forneris CA. Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. *Psychiatric Clinics of North America* 1999 Dec; 22(4): 875-96.
7. Clarke PJ. Exploration of countertransference toward the dying. *American journal of orthopsychiatry* 1979 Jan; 51(1): 71-77.
8. Colao F, Hunt M. Therapists coping with sexual assault. In: XXXX *Women changing therapy: new strategies in feminist therapy*. New York: The Haworth Press; 1983.
9. DIPLANCO (Serviço de Estatística/Divisão de Planejamento e Coordenação/ Polícia Civil), Delegacia da Mulher de Porto Alegre. Índices de criminalidade no ano de 2004, com base no Censo Populacional do IBGE de 2000.
10. Figley C. Epilogue: the transmission of trauma. In: *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel; 1995.
11. Fox R, Carey LA. Therapist's collusion with the resistance of rape survivors. *Clinical Social Work Journal* 1999; 27(2): 185-201.
12. Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. V. XI. P. 125-36.
13. Friedman SM, Gelso CJ. The development of the Inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology* 2000 Sept; 56(9): 1221-35.
14. Glover E. Lectures on technique in psycho-analysis. *International journal of psychoanalysis*. 1927; 8: 311-38, 486-520.

15. Heimann P. (1950). Acerca de la contratransferência. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1961-62; iv(1): 129-35.
16. _____. Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology* 1960; 33(9): 9-15.
17. Herman JI. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
18. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research* 1998 May;7(4):323-35.
19. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress* 2002 Oct; 15: 423-32.
20. Kaplan VA, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
21. Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
22. Krupnick J. Brief psychotherapy with victims of violent crime. *Victimology: International Journal* 1980; 5(2-4): 347-54.
23. Kübler-Ross, E. *On death and dying*. New York: Scribner; 1969.
24. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 1995; 32(3): 405-15.
25. Lecours S, Bouchard MA, Normandin L. Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology* 1995; 12: 59-279.
26. Lecours S, Bouchard M-A. Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 1997; 78: 855-75.
27. McCann IL, Pearlman LA. *Through a glass darkly: understanding and treating the adult trauma survivor through constructivist self development theory*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
28. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression od borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54(7): 923-31.
29. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 Jan/Feb; 18(1): 163-76.

30. Normandin L, Bouchard M-A. The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research* 1993; 3(2): 77-94.
31. _____. Vers une vision intégrée et opérationnelle du contre-transfert: Présentation d'une grille d'analyse. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 1991.
32. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais*. 2^a ed. Portugal, Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
33. Racker H. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
34. _____. The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 1957; 26: 303-57.
35. Seguin MH, Bouchard MA. Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology* 1996 ; 13(4) : 457-74.
36. Shrout PE, Spitzer RL, Fliess JL. Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 172-77.
37. Solms M. What is consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1997; 45: 681-703.
38. Tracey TJ, Hays KA, Malone J, Herman B. Changes in counselor responses as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology* 1988; 35(2): 119-26.

TABELAS

Tabela 1 - Freqüência de categorias do MSRS em relação a cada uma das vinhetas

MSRS	Vinheta de Luto		Vinheta de Estupro		t
	Média	DP	Média	DP	
CONC	,00	,00	,25	2,41	-1,00
REAC	23,87	55,09	26,33	58,95	,65
LODEF	1,74	7,78	3,69	14,58	-1,34
HIDEF	3,51	22,51	,54	3,88	,83
OBR	90,66	78,45	26,97	40,89	-1,62
REM	48,77	66,13	99,46	79,69	3,08**
REMP	9,73	33,61	6,01	29,97	-
REL	1,20	11,43	1,14	10,86	-
TOTAL	179,83	103,67	167,62	92,13	

* = p<,05

** = p<,01

Tabela 2 - Frequência de categorias do MSRS, na comparação entre homens e mulheres, terapeutas iniciantes e experientes, em relação a cada uma das vinhetas

	MSRS	Homens		Mulheres		t	Iniciantes		Experientes		t
		Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Vinheta de Luto	CONC	,00	,00	,00	,00		,00	,00	,00	,00	-
	REAC	19,36	50,91	28,28	59,12	-,77	13,11	49,04	34,87	59,19	-1,91
	LODEF	3,51	10,84	,00	,00	2,17*	,83	5,60	2,67	9,49	-1,12
	HIDEF	3,87	25,94	3,15	18,85	,15	,39	2,65	2,67	9,49	-1,33
	OBR	85,22	71,30	95,98	85,32	-,65	103,74	82,92	77,29	72,07	1,62
	REM	39,56	53,09	57,78	76,31	-1,33	43,57	69,35	54,09	63,00	-,76
	REMP	2,71	10,90	16,59	45,23	-2,02*	2,76	14,41	16,84	44,67	-2,01*
	REL	,00	,00	2,37	16,07	-1,00	,00	,00	2,42	16,25	-1,00
	TOTAL	154,63	98,46	204,28	102,66	-2,35*	164,63	96,15	195,27	108,63	-1,43
Vinheta de Estupro	CONC	,00	,00	,50	3,39	-1,00	,00	,00	,51	3,43	-
	REAC	29,62	63,05	23,11	55,15	,53	17,17	37,62	35,69	74,05	-1,50
	LODEF	5,11	17,10	2,30	11,64	,92	1,72	10,64	5,71	17,63	-1,31
	HIDEF	,33	2,24	,74	5,01	-,50	,00	,00	1,09	5,49	-1,33
	OBR	86,84	66,86	112,78	89,39	-1,57	109,52	82,46	90,18	76,44	1,16
	REM	23,62	34,85	30,24	46,19	-,77	26,63	42,71	27,31	39,43	-,08
	REMP	1,89	12,67	10,04	40,07	-1,32	2,83	14,05	9,27	40,18	-1,02
	REL	,00	,00	2,29	15,35	-1,00	,00	,00	2,34	15,53	-1,00
	TOTAL	148,57	88,99	185,85	92,34	-1,95	157,89	87,29	177,80	96,90	-1,00

* = p<,.05

Tabela 3 - Frequência de categorias MSRS encontrada categories found in the therapists self-answered questions regarding the two different clinical vignettes

MSRS Auto- Resposta	Escore Total		Vinheta de Luto		Vinheta de Estupro		t
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
1- REM	4,91	1,68	2,54	1,04	2,36	1,05	1,28
2- OBR	4,41	1,86	2,10	1,07	2,32	1,12	-1,81
3- HIDEF	4,01	1,65	1,73	,87	2,28	1,13	-4,58***
4- REMP	6,58	1,63	3,58	,94	3,00	1,10	4,48***
5- OBR	3,54	1,48	1,70	,84	1,85	1,01	-1,32
6- REL	5,24	2,11	2,67	1,17	2,57	1,22	0,94
7- REAC	3,39	1,39	1,48	,73	1,91	1,02	-3,75***

* = p<,.05
 ** = p<,01
 ***= p<,001

Tabela 4 - Correlações entre as categorias do ICB e do MSRS

ICB	MSRS							
	Concreto	Reactivo	Defensivo Baixo	Defensivo Alto	Reflexivo	Reflexivo Empático	Elaborativo	Objectivo- Rational
Positiva	,019	,31*	-,053	,035	,51**	,38*	,11	-,31**
Negativa	,042	,15	,24*	,12	-,19	,083	,02	-,35**

* = p<,05

** = p<,01

Tabela 5 - Correlação de Pearson entre as categorias do MSRS e as questões de Auto-Resposta baseadas nas categorias do MSRS

	Q1REM	Q2OBR	Q3HIDEF	Q4REMP	Q5OBR	Q6REL	Q7REAC
REAC	-,02	-,13	,04	-,02	,04	,29**	,30*
LODEF	,00	,03	,02	,00	,00	,07	,05
HIDEF	,08	-,19	-,06	,16	-,08	,24*	,09
OBR	,04	-,02	-,08	,19	,00	,01	-,16
REM	,32**	-,09	,19	,16	-,03	,27*	,13
REMP	,07	-,16	-,03	,06	-,07	,05	-,05
REL	,10	-,12	,19	,22*	-,12	,17	,13

* = p<,05

** = p <,01

Correspondência:

Patrícia R. M. Goldfeld.

Rua Pedro Chaves Barcelos, 1114/502

90.450-010 - Porto Alegre-RS, Brasil

e-mail: rivoire@via-rs.net

8 CONCLUSÕES

Esta foi uma pesquisa que procurou estudar o constructo da contratransferência de forma empírica utilizando métodos padronizados de avaliação.

Os achados com o MSRS mostraram que os psicoterapeutas da amostra, frente à vinheta de luto, apresentaram uma atitude mental significativamente mais reflexiva do que em relação ao estupro; que as mulheres foram significativamente mais reflexivas do que os homens e estes significativamente mais defensivos do que as mulheres, em relação ao estímulo de luto; e que os terapeutas experientes e iniciantes não mostraram diferenças entre si. A atitude mental mais reflexiva do total da amostra de psicoterapeutas em relação ao trauma de luto é um achado dentro do esperado, e indica que os psicoterapeutas empatizaram mais com a paciente vítima de abuso sexual. A reação das mulheres concorda com o esperado, de acordo com estudos anteriores de Normandin e Bouchard (1993) e Seguin e Bouchard (1995). O dado a respeito dos terapeutas homens difere dos achados de Normandin e Bouchard (1993) e Seguin e Bouchard (1995), no qual os homens apresentaram uma postura de distanciamento objetivo em relação às vinhetas de paciente com Transtorno de Personalidade Obsessiva e Transtorno Borderline de Personalidade. Uma hipótese explicativa para esta diferença seria entendê-la como uma reação dos terapeutas homens ao trauma de luto.

Os achados com o ICB demonstraram que os terapeutas da amostra apresentaram significativamente mais reações contratransferenciais negativas (sentimentos da linha agressiva) em relação ao estupro; que apresentaram significativamente mais reações contratransferenciais positivas (sentimentos da linha amorosa) em relação ao luto; que os homens apresentaram significativamente mais reações contratransferenciais negativas do que as mulheres, em relação às duas vinhetas; e que os experientes apresentaram significativamente mais reações contratransferenciais positivas do que os iniciantes.

O ICB, por ser um instrumento que avalia a contratransferência em duas dimensões (diferentemente do MSRS que avalia, neste estudo, 7 dimensões): CT positiva, uma dimensão de superenvolvimento do terapeuta com o paciente; e CT negativa, uma dimensão de subenvolvimento com o paciente, mostrou que os achados encontrados com este instrumento estão em acordo com o esperado de fortes reações contratransferenciais nos casos de terapeutas que tratam pacientes vítimas de violência sexual (Krupnick, 1980; Colao e Hunt, 1983; Fox e Carey, 1999).

O emprego significativamente maior da CT negativa pelos terapeutas homens está em acordo com o encontrado com o MSRS, neste mesmo estudo, onde os homens usam significativamente mais a categoria defensiva LODEF, e as mulheres a categoria reflexiva REM, em relação à vinheta de luto. A contratransferência negativa pode ser equiparada às categorias LODEF, REAC e HIDEF por representarem aspectos de conflitos inconscientes de cunho agressivo não resolvidos (Bouchard et al, 1998).

As experiências traumáticas, quando muito severas, podem prejudicar ou abolir a capacidade de simbolização da pessoa traumatizada. Muitas vezes, no tratamento destes pacientes, o único acesso aos sentimentos e fantasias vinculados aos eventos traumáticos se dá através dos sentimentos contratransferenciais. Os achados deste estudo sugerem que o impacto sobre o terapeuta, ao tratar pacientes traumatizados, desperta um espectro amplo e variado de sentimentos. O conhecimento destes afetos pode trazer informações cruciais para o desenvolvimento da melhor forma de tratar e aliviar o sofrimento destes pacientes. Novas pesquisas devem ser realizadas para aprofundar o entendimento deste processo complexo.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armsworth, M. W. (1989). Therapy of incest survivors: abuse or support? *Child Abuse and Neglect*, 13: 549-562.
2. Auerbach, A. H. & Johnson, M. (1977). Research on the therapist's level of experience. In: A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergam Press; 213-246.
3. Balint, A. & Balint, M. (1939, July/October). Original papers on transference and countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3-4: 223-230.
4. Baranger, M. (1992). A mente do analista: da escuta à interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 26(4): 573-586.
5. Baranger, W. & Baranger, M. (1961). La situación analítica como campo dinâmico. In: *Problemas del Campo Psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 129-164.
6. Barnwell, K. (1980). Introduction to semantics and translation. High Wycombe Summer Institute of Linguistics.
7. Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z. & Westrn, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162: 890-898.
8. Bion, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *The International Journal of Psychoanalysis* 38: 266-275. (Reprinted in: *Second thoughts: selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Neinemann, 43-64.)
9. Bion, W. R. (1955). Language and the schizofrenic. In: M. Klein, P. Heimann & R. E. Money-Kyrle (Eds). *New Directions in Psychoanalysis*. London: Tavistok, 220-239.
10. Bion, W. R. (1958). On arrogance. *The International Journal of Psychoanalysis* 39: 144-146. (Reprinted in: *Second thoughts: selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Neinemann, 86-92.)
11. Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *The International Journal of Psychoanalysis* 40: 311-315. (Reprinted in: *Second thoughts: selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Neinemann, 93-100.)
12. Bollas, C. (1987). *The shadow of the object. psychoanalysis of the unthought known*. New York, NY: Columbia University Press.

13. Bouchard, M.-A., Normandin, L. & Seguin, M. H. (1995, October). Countertransference as instrument and obstacle: a comprehensive framework. *Psychoanalytic Quarterly*, 64(4): 717-745.
14. Brody, E. M. & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3): 372-380.
15. Brody, E. M. & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, 33(3): 372-380.
16. Burnstein, A. (1986, January). Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 27(1): 37-40.
17. Burton, A. (1962). Death as a countertransference. *Psychoanalytic Review*, 3-20.
18. Butterfield, M. I., Panzer, P. G. & Forneris, C. A. (1999, December). Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(4): 875-896.
19. Clarke, P. J. (1979, January). Exploration of countertransference toward the dying. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(1): 71-77.
20. Cohen, M. (1952). Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15: 231-243.
21. Colao, F. E. & Hunt, M. (1983). Therapists coping with sexual assault. In: *Women changing therapy: new strategies in feminist therapy*. New York: The Haworth Press, 205-214.
22. Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16: 297-334.
23. Daoust, F. (1990). *Système d'analyse de texte par ordinateur (SATO): Manuel de référence*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
24. Delegacia da Mulher e Polícia Civil (2005). Índices de criminalidade contra a mulher.
25. Divisão de Planejamento e Coordenação (DIPLANCO) - Serviço de Estatística e Polícia Civil (2005). Índices de criminalidade no Rio Grande do Sul.
26. Dutton, M. A. & Rubinstein, F. (1995). *Working with people with PTSD*.
27. English, O. S. & Pearson, H. J. (1937). *Common neuroses of children and adults*. New York: W. W. Norton (p. 203).

28. Etchegoyen, R. H. (1987). Contratransferência. In: R. H. Etchegoyen, Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas (caps. 21, 22, 23, pp: 143-165).
29. Faber, B. (1983). Stress and burnout in the human service professions. New York: Pergamon Press.
30. Favali, P. H. (2005). Campo e intersubjetividade. In: C. L. Eizirik, R. Aguiar, S. S. Schestatsky (Eds), Psicoterapia de orientação analítica-fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artes Médicas (pp: 141-156).
31. Feldman, M. (1997). Projective identification: the analyst's involvement. The International Journal of Psychoanalysis, 78: 227-241.
32. Fenichel, O. (1941). Problems of psychoanalytic technique. Psychoanalytic Quarterly.
33. Ferenczi, S. & Rank, O. (1923). The development of psycho-analysis. New York: Dover Publications (pp: 28-44).
34. Ferenczi, S. (1919). On the technique of psycho-analysis. In: E. Jones (Ed). Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis. London: The International Psycho-Analytical Library (edited in 1951, pp: 177-189).
35. Ferreira, A. B. de H. (1986). Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
36. Figley, C. (1995). Epilogue: the transmission of trauma. In: Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel.
37. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredi, C. & Figueira, I. (2004). A adaptação transcultural para o português do instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(3): 164-173.
38. Fox, R. & Carey, L. A. (1999). Therapist's collusion with the resistance of rape survivors. Clinical Social Work Journal, 27(2): 185-201.
39. Freud, S. & Jung, C. G. (1974). The Freud/Jung Letters. Princetown, NJ: Princetown University Press.
40. Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1969, vol. 11, pp: 125-136).
41. Freud, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1969, vol. 12, pp: 147-159).
42. Freud, S. (1913). A disposição à neurose obsessiva. In: Edição Standard

- Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1969, vol. 12, pp: 393-399).
43. Freud, S. (1915). O inconsciente. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1969, vol. 14, pp:183-233).
 44. Freud, S. (1915). Observações sobre o amor transferencial. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1969, vol. 12, pp: 208-222).
 45. Friedman, S. M. & Gelso, C. J. (2000, September). The development of the Inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9): 1221-1235.
 46. Friedman, N. E. (1995, May). A preliminary study of the measurement of objective and subjective countertransference. *The Sciences and Engineering*; 55(11-b): 5066.
 47. Gabbard, G. O. & Lester, E. P. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
 48. Gabbard, G. O. (1999). Countertransference issues in psychiatric treatment. In: J. M. Oldham, M. B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry (Series)*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
 49. Gelso, C. J., Fassinger, R. E. , Gomez, M. J. & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: the role of homofobia, counsellor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology*, 42: 356-364.
 50. Gelso, C. J., Latts, M. G. , Gomez, M. J. & Fassinger, R. E. (2002, July) Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7): 861-867.
 51. Glover, E. (1927). Lectures on technique in psycho-analysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 8: 311-338/ 486-520.
 52. Glover, E. (1928). Lectures on technique in psycho-analysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 9: 7-46/ 181-218.
 53. Grinberg L. (1956). Projective counteridentification and countertransference. In: L. Epstein, A. Feiner (Eds). *Countertransference*. New York: Jason Aronson (edited in 1977, pp: 169-191).
 54. Hafkenschied, A. (2003, January/February). Objective countertransference: do the patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1): 31-40.

55. Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner S. L. & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: what the experts think. *Psychological Reports*, 69: 139-148.
56. Hayes, J. A., Riker, J. R. & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: a field study. *Psychotherapy Research*, 7: 145-153.
57. Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferência. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (edited in 1961-62, vol 4(1), pp: 129-135).
58. Heimann, P. (1960). On counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33(9): 9-15.
59. Herdman, M., Fox-Rushby, J. & Badia, X. (1998, May). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4):323-335.
60. Herman, J. I. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
61. Holmqvist, R. & Armelius, B.-A. (1994). Emotional reactions to psychiatric patients- analysis of a feeling checklist. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 204-209.
62. Holmqvist, R. & Armelius, B.-A. (1996, November). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11): 660-666.
63. Holmqvist, R. & Fogelstam, H. (1996). Psychological climate and countertransference in psychiatric treatment homes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(4): 288-295.
64. Holmqvist, R. (2000). Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(6): 366-371.
65. IBGE. Censo populacional de 2000: índices de criminalidade no Brasil. (Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública, MJ/ SENASP/ DECASP/ Coordenação de Estatísticas e Acompanhamento das polícias.)
66. Jacobs, T. J. (2002) Countertransference past and present. In: R. Michels, L. Abensour, C. L. Eizirik & R. Rusbridger (Eds.), *Key papers on countertransference*. London: Karnak.
67. Jenkins, S. R. E. & Baird, S. (2002, October). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5): 423-432.
68. Kaplan, V. A. & Sadock, B. J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*.

- 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
69. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15: 641-685.
 70. Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Janson Aronson.
 71. Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. New York: Yale University Press.
 72. Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N. & Seymours, A. K. (1992). *Rape in America: a report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
 73. Klein, M. (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Obras completas de Melanie Klein, envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós (edited in 1975, pp: 1-24).
 74. Krupnick, J. (1980). Brief psychotherapy with victims of violent crime. *Victimology: An International Journal*, 5(2-4): 347-354.
 75. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Scribner.
 76. Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press (2a. Ed, edited in 1970).
 77. Kyrle, M. (1956). Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In: R. Money-Kyrle. *Obra selecionada*. São Paulo: Casa do Psicólogo (edited in 1996).
 78. Lacan, J. (1960). A ética da psicanálise. In : J. Lacan, *O Seminário, livro 7*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Edited in 1995, pp: 349-361).
 79. Latts, M. G & Gelso C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(3): 405-415.
 80. Latts, M. G. (1997, July). A revision and validation of the countertransference factors inventory. *The Sciences and Engineering*, 58(1-b): 0455.
 81. Lecours, S., Bouchard, M.-A. & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12: 59-279.
 82. Lecours, S. & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of metallization: outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78: 855-875.
 83. Lindy, J. D. & Wilson, J. P. (1994). Empathic strain and countertransference roles: case illustrations. In: J. P. Wilson & J. D. Lindy, *Countertransference and*

- the treatment of PTSD. New York: Guilford (pp: 62-85).
84. Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *The International Journal of Psychoanalysis*, 32: 32-40.
 85. Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2.
 86. McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Through a glass darkly: understanding and treating the adult trauma survivor through constructivist self development theory*. New York: Brunner/Mazel.
 87. McCann, I.L., Sakheim, D. & Abrahamson, D. (1988, October). Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4): 531-594.
 88. McDougall, J. (1979). Primitive communication and the use of countertransference. In: L. Epstein, A. Feiner (Eds.) *Countertransference*. New York: Jason Aronson 1977; 267-303.
 89. McIntyre, S. M., Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7): 923-931.
 90. Mendelson, R., Bucci, W. & Chouhy, R. (1992, April). Transference and countertransference: a survey of attitudes. *Contemporary-Psychoanalysis*, 28(2): 364-390.
 91. Metcalf, L. M. (2003). Countertransference among play therapists: Implications for therapist development and supervision. *International Journal Play Therapy*, 12(2): 31-48.
 92. Mitrani, J. (1995). Toward an understanding of unmentalised experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 64: 68-112.
 93. Moraes, C. L., Hasselmann, M. H. & Reichenheim, M. E. (2002, Janeiro/Fevereiro). Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 163-176.
 94. Najavits, L. M., Griffin, M.-L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., et al. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: a new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4): 669-677.
 95. Normandin, L., Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2): 77-94.
 96. Normandin, L., Bouchard, M.-A. (1991). Vers une vision intégrée et opérationnelle du contre-transfert: présentation d'une grille d'analyse. *Revue*

Canadienne des Sciences du Comportement.

97. Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60: 357-373.
98. Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Janson Aronson.
99. Ogden, T. H. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale/New Jersey: Janson Aronson.
100. Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W Norton & Company (pp:279-294/ 359-366).
101. Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais*. Portugal, Lisboa: Silabo (2a.ed).
102. Pirkko, J. & Clarke, M. S. W. (1981, January). Exploration of countertransference toward the dying. *American Journal of Orthopsychiatry*, p: 71-77.
103. Racker, H. (1986) *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas (2a. ed.).
104. Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26: 303-57.
105. Reich, A. (1951). On countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 32: 25-31.
106. Reik, T. (1933). New ways in psychoanalytic technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 14: 321-334.
107. Reik, T. (1948). The surprised psycho-analyst. In: Farrar, Straus & Giroux (Eds.) *Listening with the third ear* (p. 23).
108. Reiser, M. (1997). The art and science of dream interpretation: isakower revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45: 891-906.
109. Robbins, S. B. & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: an interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34: 276-282.
110. Rosenfeld, H. A. (1952). Notes on the psychoanalysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31: 111-131.
111. Rusbridger, R. (2002). Introduction. In: R. Michels, L. Abensour, C. L. Eizirik & R. Rusbridger. *Key Papers on countertransference*. London: Karnak.

112. Ryle, A. (1995). Transference and counter-transference variations in the course of the cognitive-analytic therapy of two borderline patients: the relation to the diagrammatic reformulation of self-states. *British Journal of Medical Psychology*, 68: 109-124.
113. Schneidman, E. (1993). Suicide & Psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 181.
114. Segal, H. (1993). Countertransference. In: *Countertransference: Theory, Technique, Teaching*. London, Karnak.
115. Segal, H. (1967). A técnica de Melanie Klein. In: H. Segal, A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago (edited in 1981, pp: 28-29).
116. Segal, H. (1957) Notas a respeito da formação de símbolos. In: H, Segal, A Obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: IMAGO (edited in 1981, pp:77-100).
117. Séguin, M. H. & Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13(4): 457-474.
118. Sehl, M. (1998). Erotic countertransference and clinical social work practice: a national survey of psychotherapists' sexual feelings, attitudes, and responses. *Journal of Analytic Social Work*, 5(4): 39-55.
119. Sharpe, E. F. (1947). The psycho-analyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 28: 1-6.
120. Shrout, P. E., Spitzer, R. L. & Fliess, J. L. (1987). Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry*, 44; 172-177.
121. Solms, M. (1997). What is consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45: 681-703.
122. Steiner, D. L. & Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press (2a. ed.).
123. Thöma, H. & Kachele, H. (1992). Contratransferência. In: H. Thöma & H. Kachele, *Teoria e prática da psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas (pp: 96-113).
124. Thompson, C. (1956). The role of the analyst's personality in therapy. 10: 347-59.
125. Tracey, T. J., Hays, K. A., Malone, J. & Herman, B. (1988). Changes in counselor responses as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2): 119-126.

126. Van Wagoner, S. L. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy Research*, 28(3): 411-421.
127. Waldron, S. (1997). How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanalytic Quarterly*, 66: 283-322.
128. Winnicott, D. W. (1949). Hate in countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 2: 69-74.
129. Wolstein, B. (1988). *Essential papers on countertransference*. New York: University Press.
130. Zimmerman, D. E. (1999). Contratransferência. In: *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas (pp: 347-367).
131. Zisook, S. & Downs, N. S. (2005) *Luto: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- Texto Revisado* (4a. ed., p: 692).

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PSICOTERAPEUTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Vimos solicitar sua participação em um projeto de pesquisa para obtenção de título de mestre, que visa contribuir com o estudo dos Estados Mentais, dentro do conceito de que sua compreensão pode instrumentar o trabalho psicoterapêutico. Gostaríamos de contar com sua colaboração no sentido de, após a leitura de cada vinheta, escrever suas associações, seus pensamentos e/ou sentimentos.

Asseguramos-lhe que todas as informações prestadas serão sigilosas e utilizadas apenas para esta pesquisa: a coleta de dados será realizada em ambiente reservado e não apresenta risco para as pessoas envolvidas. O material coletado será mantido em sigilo, inclusive para os pesquisadores, sendo guardado sem ser identificado, em envelope fechado, que será aberto para datilografia, por um profissional desconhecido dos participantes da amostra. O material, deste modo padronizado, será então, enviado aos juízes para ser categorizado de acordo com o instrumento.

Colocamo-nos a sua disposição para responder a qualquer pergunta. Caso queira informações mais detalhadas sobre o estudo, a pesquisadora responsável é a Dra. Lúcia Helena de Freitas Ceitlin, que poderá ser contatada de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, pelo telefone: 33288750.

CONSENTIMENTO

Concordo em fornecer informações sobre meus sentimentos, pensamentos e associações despertados com a leitura de duas vinhetas clínicas. O entrevistador me explicou o caráter voluntário desta colaboração, o direito de negar meu consentimento a qualquer momento e o direito confidencial sobre as informações que eu fornecer. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Compreendi que me será dada uma cópia assinada deste consentimento informado. Li e compreendi este documento e concordo em participar deste estudo.

Data:/...../2005

.....

Nome do Pesquisado

.....

Assinatura

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL E VINHETAS

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL:

IDADE: _____ anos

SEXO: fem. () masc. ()

CURSO DE GRADUAÇÃO: Psicologia () Medicina ()

ANO DE GRADUAÇÃO: _____

RESIDÊNCIA EM PSIQUIATRIA:

Sim () , 1 ano () Não ()

2 anos ()

3 anos ()

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA :

Sim () , 1 ano () Não ()

2 anos ()

3 anos ()

4 anos ()

HÁ QUANTOS ANOS VOCÊ TRATA PACIENTES EM PSICOTERAPIA ? _____ anos.

VOCÊ RECEBE(U) SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo? _____ meses ou _____ anos

VOCÊ JÁ REALIZOU OU ESTÁ REALIZANDO FORMAÇÃO PSICANALÍTICA ?

Sim () Não ()

SE SIM, ATUALMENTE:

Egresso de seminário () tempo de Egresso: _____

Membro Associado () tempo de Membro Associado: _____

Membro Efetivo () tempo de Membro Efetivo: _____

VOCE JÁ REALIZOU OU ESTÁ REALIZANDO SUPERVISÃO EM PSICANÁLISE?

Sim () Não ()

Se sim, quanto tempo no total? _____ meses ou _____ anos

HÁ QUANTOS ANOS VOCÊ TRATA PACIENTES EM PSICANÁLISE?

_____ meses ou _____ anos

VOCÊ JÁ TEVE EXPERIÊNCIA EM TRATAR ADULTOS QUE SOFRERAM ALGUM TIPO DE ABUSO SEXUAL EM ALGUM MOMENTO DE SUAS VIDAS?

Sim () Não ()

Se sim, número de pessoas que tratou? _____

ao todo, por quanto tempo? _____

qual(is) tipo(s) de trauma? _____

VOCÊ JÁ TEVE EXPERIÊNCIA EM TRATAR CRIANÇAS QUE SOFRERAM ABUSO SEXUAL?

Sim () Não ()

Se sim, quantas? _____

por quanto tempo no total? _____

que tipo de abuso sexual? _____

VINHETA CLÍNICA NÚMERO 1

Uma paciente de 42 anos, casada, buscou atendimento psiquiátrico ambulatorial, por um quadro depressivo. A paciente tinha uma filha de 5 anos e outra de 2 meses de idade.

Duas semanas antes do nascimento da filha mais nova, o marido, que era gerente de uma empresa de grande porte, faleceu, 2 dias após ser internado em uma UTI, devido à um infarto fulminante.

P- Nem sei por onde começar. (silêncio) É difícil. Tem muita coisa misturada, e eu não sei como sair disso. Tenho as minhas filhas, preciso agüentar isso, mas parece que vou desistir. E tem esses sentimentos... Não dá nem pra pensar. (silêncio de um minuto)

T- Sei que pode parecer pior mexer nisso, mas acho que carregar sozinha pode ficar muito pesado.

P- Está muito pesado mesmo (chora muito). Ele era tudo pra mim. Claro que tenho a minha vida, meu emprego, mas é diferente. A gente se dava super bem, ele era um cara legal, me sentia tão bem com ele. E eu fico o tempo todo pensando se não tem algo que eu poderia ter feito para evitar isso, o tempo todo... Como vai ser agora? Sabe o que parece? Parece que tudo perdeu o sentido pra mim. Eu tinha uma vida, planos, boa condição financeira, amor, e... foi embora... Me dá raiva... parece que acabou tudo... como se faltasse mesmo um pedaço e não fosse mais eu... mas aí tem as meninas, e é horrível, porque eu me sinto tão mal que é difícil poder ajudar a minha filha mais velha nesse momento tão difícil, ela fica chamando o pai pela casa, ele que levava ela no colégio, ela diz que vê ele às vezes. Eu não sei o que fazer, porque dói... E cuidar da menorzinha?!

T- Imagino que tu estejas sentindo que não vai ser possível dar conta.

P- Estou... e muito... e me culpo... tenho raiva às vezes, muita raiva... às vezes não tenho ânimo nenhum e tenho que me obrigar a amamentar. Mas que mãe horrível que sou!

T- Será que em um momento assim seria possível não ter esses sentimentos?

P- ... Não sei... é difícil pensar. O que sei é que tenho vontade de chorar o tempo todo, e tento segurar por causa das meninas... e um bebê! Como é difícil cuidar dela, porque olhar pra ela, me lembra ele.

E a "ex"-esposa dele me pôs na Justiça. Sabe, eu sei que é mesquinho pensar nisso agora, mas a parte da grana está muito ruim. Ele ganhava uns cinco mil e eu só mil. Não tenho dinheiro pra pagar a creche da pequena, tenho de voltar a trabalhar daqui 2 meses. E o inglês da mais velha? Como eu vou fazer? Me tiraram tudo.

T- Acho que nesse momento fica difícil ver uma saída pra tudo isso, mas podemos tentar lidar com isso aos poucos aqui.

P- Queria muito que tu pudesse me ajudar...

VINHETA CLÍNICA NÚMERO 2

Trata-se de uma paciente de 32 anos, internada em uma clínica por depressão. Essa paciente tinha uma longa história de tratamento psiquiátrico por comportamentos de risco, tendo ativamente procurado se contaminar (e conseguido) com HIV dois anos antes.

Na Segunda semana de tratamento, na quarta sessão psicoterápica de uma psicoterapia de três vezes por semana, a paciente revelou que fora vítima de abuso sexual na infância. Na sessão seguinte, a paciente entrou no consultório extremamente perturbada, chorando muito e com bastante dificuldade de falar:

P- Estou desesperada. Não vou agüentar mais, dói muito.

T- Mas porque agora tudo ficou tão mais difícil?

P- É que ontem eu estava na ala feminina, sonolenta, e o M. invadiu o quarto e foi para cima da C. Não aconteceu nada de mais, mas veio tudo de novo na minha mente, ele estava com aquele sorriso, aquela cara de lobo, e entrei em pânico. Foi como se estivesse acontecendo de novo, saí gritando e desde então estou assim, passei o Domingo debaixo de Valium... Aqui eu me sentia segura, entende? Era o único lugar... mas agora estou em pânico. Não dá pra agüentar o que estou sentindo.

T- Acho que deve ter sido muito difícil viver todos esses anos, sozinha, com sentimentos como esses dentro de ti.

P- Estava lá, em uma caixinha, em algum canto. Fechado.

T- Nem tão fechado assim.... e essas coisas que te incomodam no teu jeito, essa raiva, o medo, a desconfiança, a instabilidade, as drogas? O tempo todo com medo, te defendendo de tudo... Não achas que poderia estar relacionado com isto?

P- Acho que sim e ver aquele cara lá, com aquele sorriso, meu Deus! Parecia que estava acontecendo de novo. Estou em pânico! Me sentia segura aqui!

T- Agora a sensação é que, como a tua mãe, eu e a Clínica também não pudemos te proteger de experimentar o que sentiste.

P- É... (silêncio).

T- Sei que é doloroso, tanto que sempre precisaste esconder isto nessa "caixinha", todos esses anos, mas será que conseguirias, agora, descrever melhor o que aconteceu quando tinhas 4 anos?

P- Não! Te descrever? Impossível. Hoje não consigo. (muito abalada)

T- Sei que é difícil e que quando a gente passa por algo assim a tendência é tentar esquecer, mas o problema é que isso não some simplesmente. Quantas coisas complicadas, já temos visto, que isso trouxe pra ti.

P- (Silêncio de três minutos)

Aos poucos, a paciente passa a descrever onde morava, a ida da mãe pra

outra cidade e o trabalho do pai, que hoje mora com ela, em armazéns. Fala então dos vizinhos:

P- Na casa da frente tinha uma família com uma filha mais ou menos da minha idade, com 4 ou 5 anos, e três irmãos mais velhos, o menor com 12 anos. Um dia eles me pegaram, bateram em mim e disseram que se um dia eu falasse pra alguém eles bateriam mais, que iam dizer que eu me oferecia, acho que era isso que diziam, aí eles fizeram a primeira vez, um depois do outro (chora muito). Isso aconteceu tantas vezes, sempre igual, e aqueles sorrisos deles, aquela cara, eu não sabia o que fazer, tinha medo, vergonha... Era horrível! Até que, quando eu tinha uns sete anos, acho que o pai desconfiou de alguma coisa e passou a me levar com ele pra todos os lugares, aí acabou, mas ele nunca falou sobre isso.

T- E isso deve ter aumentado a sensação de que não dava pra falar nisso, que era horrível.

P- Mas ele me protegeu, não deixou que acontecesse mais.

ANEXO C

CRITÉRIOS DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL - MSRS

MSRS- Escore Dimensional

Versão 5.51

Outubro 2004

<p>Estado Mental Objetivo-Racional</p>
<p>1. Foco predominante em situações e fatos objetivos. Em dimensões públicas, gerais, observáveis e objetivas de eventos da vida, situação presente ou memórias emergentes. Diferente de simples presença.</p>
<p>2. Relativa ausência de elementos afetivos ou emocionais no discurso do sujeito (não devido a isolamento, repressão e assemelhados). Elementos paralingüísticos, prosódia, elementos não verbais não são considerados como elementos afetivos.</p>
<p>3. O sujeito não está focado no domínio emocional, intrapsíquico, privado e subjetivo. Se a atenção é colocada em matérias subjetivas, emocionais, privadas e intrapsíquicas, este campo é visto como algo observado à distância.</p>
<p>Este modo objetivo é recrutado e utilizado com finalidades defensivas. Mudanças na postura mental são observadas (Gray).</p>
<p>Se presente: especificar em qual nível de atividade defensiva?</p>

Pensamento Concreto em Nível Não Psicótico

Observa-se um ego **orientado para a realidade**, tendo disponível uma estrutura **gramatical lógica**. Entretanto, as capacidades egóicas de organização e reflexão estão no momento perdidas e inacessíveis, ou podem nunca terem sido completamente desenvolvidas. Pensamentos e memórias são experienciadas na forma de vivências sensorio-motoras imediatas, não psicóticas e concretas.

1. As **associações** de um tópico à outro são **concretas e tangenciais**. Isto é visto em material estreito, narrado de forma factual, com a presença de casuística (mesmo se específicas) e/ou **afirmações** circunstanciais, que parecem psicológicamente sem sentido ou objetivo. Esta concretude pode servir ao sujeito como um método de proteção ou de ataque contra significados e conexões insuportáveis para ele.

2. Pensamentos e memórias geralmente **não** são conscientemente **relacionados** entre si numa estruturação coerente. O discurso **exclui quaisquer conexões associativas, simbólicas ou abstratas**. Se presentes as conexões não parecem ir muito além do campo/mundo **sensorio-motor**. O material se refere somente a ele próprio. As palavras reduplicam ações. **O pensamento é utilitário**. Ele é no máximo estruturado como um **sistema seqüencial de fatos, de ações-reações iterativas, de citações e ações concretas**.

3. Pensamentos e lembranças são **isolados, fragmentados**. Cada um parece existir em uma **ilha**.

4. Não há **estrutura temporal** de união ou de estabelecimento de interrelações entre pensamentos/memórias, ou com **outros modos temporais** (o que precede, o que deve seguir). O contexto não é utilizado para criar significado. A noção de que o passado pode se repetir está ausente.

5. **Expressões estereotipadas**, "clichês", conformismo.

6. **Não há qualidade de contato** ("relação branca"). **Presença vazia sem referência com um interior, objeto interno vivo ou self**. Não se dá devido a isolamento, repressão ou assemelhados.

Pensamento Concreto em Nível Psicótico

Um ego **orientado para a realidade**, organizado e reflexivo, está ausente. A estrutura lógico-gramatical está tipicamente destruída. Pensamentos e memórias são experienciados na forma de vivências sensório-motoras **psicóticas**, concretas e imediatas.

1. O sujeito **não se dá conta** do fato de estar rememorando situações.

2. As **associações** são intermináveis, compulsivas, repetitivas.

3. Os processos de pensamento **não** são experienciados como dirigidos pela vontade, intencionais.

4. Passado e presente são **equivalentes**.

5. Os estados mentais são experienciados via **metáforas concretas**, o resultado de **equações simbólicas**., p.ex., a instabilidade mental e a vulnerabilidade são igualadas com experiências concretas, físicas de vazio/buraco/queda/necessidade de assistência.

Orientação Mental Reflexiva

1. Existe alguma evidência de que a atenção está focada no que está presente, no self interno, seus estados e conteúdos. O sujeito está envolvido em alguma relação interna **subjéitiva**. A experiência é referida ou entendida como interna, privada. Pode ser atribuída ao self, ao outro ou ambos. O self interno está sempre mentalmente presente (consciente) nessas transações de vai e vem.

2. Estas experiências ou reações internas, privadas, que são atribuídas ao seu próprio self, ao do outro ou a ambos são apreciadas de modo completo e profundo (continuidade, clareza, riqueza de elementos e complexidade).

3. Demonstra consciência da natureza subjéitiva de aspectos da experiência presentemente ativada (durante as entrevistas AAI e/ou experiências passadas, e/ou experiências externas contemporâneas).

4. Os estados mentais (do self, do self do outro ou ambos) são conscientizados e expressos verbalmente. Eles ajudam a organizar o material.

5. O discurso flui facilmente. Mostra conter uma forma de expressão livre, aberta e espontânea. E isto serve a um propósito básico: p.ex., para aumentar o nível de risco subjéitivo, verdade subjéitiva. O processo é ativo, "cheio/rico e vivo".

6. A orientação intencional do sujeito é ativa, forte, buscando conteúdos mentais, razão para maior compreensão e exploração do self (não é afetado pelo grau atingido: emergência, imersão ou elaboração).

7. Se o discurso contém referências a/ou expressões de sentimentos experienciados pelo sujeito, outro ou ambos, estes são elaborações mentais de afetos mais primitivos para atenuá-los, diferenciando as emoções, que podem ser clara e distintamente identificadas. Sentimentos e afetos são **apropriados** (sentidos como internos, privados, subjéitivos).

8. A visão mental do sujeito de sua experiência de self ou do self do outro é clara e fácil de identificar. Ela facilita a resposta subjéitiva/emocional do sujeito e uma conexão com a experiência via empatia, processos de identificação e possibilidades afetivas.

Formas do Estado Mental Reflexivo

1. Reflexivo **Emergente**. O sujeito demonstra alguma escuta ou abertura a alguma reação interna, memória, representação, imagem, ou afeto. Sua atenção é captada por este material, que se mantém por uma quantidade suficiente de tempo. Há alguma quantidade de pensamento subjetivo (consciência e percepção de sinais, tensão interna, reativação de prazeres passados, etc...), mas que não passam de um reconhecimento básico. Se bloqueado (repressão, supressão), ou posto em ato, ratear como defensivo alto ou baixo.

2. Reflexivo **Empático**. O sujeito manifesta um aprofundamento da capacidade reflexiva, na forma de uma empatia básica, o resultado de processos de identificação. Maior exploração de sua própria experiência de self, no presente ou no passado ou da experiência de outros (em protocolos AAI, em geral pais ou irmãos/primos). Entretanto, não é realizada nenhuma elaboração deste material, além de uma clara empatia básica.

3. Reflexivo **Integrativo-Elaborativo**. O sujeito se movimenta além das duas formas prévias de atividade reflexiva, e demonstra uma maior elaboração do material previamente apresentado. A situação interna do sujeito está relacionada à situação mental do outro significativo. Isto pode relacionar-se a situações presentes ou passadas. Identificação concordante envolve a identificação simétrica do sujeito com a situação mental do outro significativo (ele deve ter se sentido envergonhado). Identificação complementar envolve uma elaboração da postura mental da contraparte, enquanto relacionada ao outro significativo (ele estava envergonhado e eu me tornei protetor).

Atividade Mental Defensiva de Nível Superior

1. Algum processo claramente identificável de **busca de segurança** está ativado, mas este permanece ausente da consciência imediata do sujeito: livre expressão do desejo vs sanções opositoras do superego. É um **repetir** sem **recordar**. Defesa contra o desejo ou modelo de conflito **expansão-contração** (Gray) está firmemente estabelecido dentro da esfera psíquica, está presentemente ativado e documentado no material.

2. É possível identificar claramente no material a presença de um ou mais mecanismos de defesa (repressão, projeção neurótica, introjeção, formação reativa, deslocamento, negação, intelectualização, isolamento e anulação), que freqüentemente bloqueiam, inibem, distorcem ou transformam a expressão dos impulsos, ou afetos ou o processo reflexivo.

3. Emoções e expressões defensivamente carregadas são verbalmente expressas (ansiedade, medo, inibições, culpa, risos, sarcasmo). O afeto relacionado ao impulso está atenuado. Afetos (ou modo de relação) defensivos manifestos (expressos verbalmente) encobrem outro modo ou afeto, que está inibido, reprimido ou projetado, p.ex., transformado por um mecanismo de defesa elevado. O sujeito contém e transforma as pressões motivacionais.

4. O material contém algum aspecto que torna possível inferir o conteúdo está sendo defendido.

5. A observação objetiva ou subjetiva do self ou do self do outro está à serviço da segurança, auto-proteção e/ou resistência, dentro de um conflito impulso/defesa.

6. Agressão contra o self (p.ex., movimento de contração) está organizado em torno de culpa e sentimentos associados.

Atividade Mental Defensiva de Nível Intermediário

1. Algum processo de busca de segurança está claramente ativado, mas o sujeito não se mostra consciente do fato. É um **repetir sem recordar**. O conflito consiste **no reconhecimento mental da existência ou não de uma parte danificada da realidade** para o self ou self do outro (trauma, abuso, tendências auto-destrutivas, dano em pessoa amada). Este dilema está firmemente estabelecido dentro da esfera intra-psíquica, está presentemente ativado e documentado no material.

2. É possível identificar no material um ou mais dos seguintes [**negação, miminização ou denegação**] onde uma parte da percepção ou uma parte da mente está obliterada; ou ocorre uma diminuição do significado pessoal de um evento reconhecido normalmente de forma acurada. Isto freqüentemente bloqueia, inibe, distorce ou transforma a expressão de impulsos ou afetos, ou do processo reflexivo.

3. A expressão emocional está amortecida. O afeto relacionado ao desejo está enfraquecido. A verdade subjetiva do self (ou do objeto) não é reconhecida. Se presentes, os afetos defensivos ou modos de relação expressos verbalmente, encobrem outros modos ou afetos, os quais são negados ou minimizados. O sujeito contém e transforma as pressões motivacionais, com a possível exceção de expressões afetivas não verbais (p.ex., riso, sarcasmo).

4. O material contém alguns aspectos que tornam possível inferir o conteúdo que está sendo defendido.

5. A observação objetiva ou subjetiva e consciência do self ou do self do outro está à serviço da segurança (negação do abuso, trauma, privação), auto-proteção e/ou resistência como parte do reconhecimento mental ou ausência de conflito.

6. Agressão contra o self (contração) está organizada de torno da negação ou minimização da própria agressividade, auto-destrutividade ou possíveis implicações traumáticas de uma parte da realidade.

7. Agressão (raiva, inveja, desvalorização, controle onipotente, etc.) contra o objeto, ou potencial perigo do objeto para o sujeito é **intenso**, mas negado ou minimizado.

Atividade Mental Defensiva de Nível Inferior

1. Algum processo interpessoal claramente identificável que objetiva ocasionar impacto no outro está ativado, mas o sujeito não está consciente do fato: é um **repetir** sem **recordar**. O conflito está externalizado, expresso através de séries de estados contraditórios, somatizações e/ou *enactements*.

2. É possível identificar claramente um ou mais dos seguintes [racionalização, identificação projetiva, dissociação, acting-out, idealização, desvalorização, onipotência] que visam organizar uma instância protetora contra alguma alternativa insuportável.

3. Afetos carregados tanto de desejos como de defesas são intensos e primitivos. Afetos manifestamente defensivos (ou modos de relação) encobrem outros modos ou afetos, que estão clivados, negados, projetados primitivamente, postos em ato, por uma defesa de baixo nível. O sujeito está sobrecarregado e incapaz de conter e transformar as pressões motivacionais internas.

4. O material contém alguns aspectos que tornam possível inferir o conteúdo está sendo defendido.

5. As palavras são carregadas afetivamente. Palavras e expressões para-linguísticas são usados para criar impacto : persuadir, manipular, seduzir, induzir respostas, etc.

6. Agressão contra o delf está organizado em torno de perseguição tirania, re-vitimização e/ou repetição de trauma.

7. Agressão (raiva, inveja, desvalorização, controle onipotente, etc.) contra o objeto é intensa e expressa externamente.

Atividade Mental Expressando um Impulso

1. **A experiência emocional imediata é inconsciente.** Não está ativada nenhuma auto-percepção do self do que está sendo experienciado ou expresso. O sujeito não apresenta uma clara consciência do fato de que através de suas palavras ele está manifestando um elemento carregado emocionalmente. Isto está em contraste com um reconhecimento e percepção reflexivo de self.

2. O impulso torna-se o desejo que está presentemente sendo expresso e/ou gratificado, através do princípio da realização alucinatória dos desejos. Ele está presentemente encontrando seu objeto. Isto está em **contraste** com os afetos e/ou relações de objetos usadas **defensivamente**.

3. O **elemento emocionalmente carregado** (um derivativo do impulso) pode ser **identificado** pelo avaliador. Geralmente através de um exame cuidadoso das **palavras carregadas emocionalmente**. Muitas possibilidades podem ocorrer: **raiva e violência**: explosão, fogo, combate, luta, atos hostis (expressos verbalmente), pessoas prontas para o ataque, ameaçadoras ou potencialmente ameaçadoras, conceitos de violência mais abstratos. **Medo** : vítimas de agressão, sofrimento pessoal ou animal, sentir-se ameaçado, aterrorizado, machucado, destruído internamente, sangue, morte, morrendo, etc. **Psico-sexualidade tipo Freudiana** : oral, oral-agressiva, anal, genital (p.ex., MORS).

4. Busca de **propriedades formais**. Mudanças em indicadores para-linguísticos (p.ex., interrupções, tom, etc.). Parapraxias. E também a influência de **processos primários**: na perda de associações, deslocamentos e condensações, metáforas surpreendentes, hipérboles, confusão temporal, simbolismo ideosincrásico, contradições, etc.

5. Isto é a **repetição** de algum traço de memória ou relação de objeto conflituosa, sem **rememoração**, sem consciência do fato.

6. O **processo reflexivo** está tanto bloqueado, como ausente ou distorcido.

A descarga e gratificação do impulso são recrutadas tanto no nível alto, como intermediário ou baixo do conflito.

ANEXO D

INVENTÁRIO DO COMPORTAMENTO CONTRATRANSFERENCIAL

Por favor, preencha este formulário sobre o terapeuta em treinamento **que você supervisionou mais recentemente**. Na seguinte escala, por favor classifique a reação do terapeuta ao cliente **durante sua sessão mais recente**.

1	2	3	4	5
pouco ou em nenhum grau		em alto grau		Moderado

O terapeuta:

1. Mostrou/estabeleceu conluio com o cliente na sessão.
2. Rejeitou o cliente na sessão.
3. Apoiou excessivamente o cliente na sessão.
4. Agiu como amigo do cliente na sessão.
5. Foi apático em relação ao cliente na sessão.
6. Comportou-se como se estivesse “em outro lugar” durante a sessão.
7. Falou demais na sessão.
8. Mudou freqüentemente de assunto durante a sessão.
9. Foi crítico com o cliente durante a sessão.
10. Gastou tempo queixando-se durante a sessão.
11. Tratou o cliente de forma punitiva na sessão.
12. Desculpou-se de forma inapropriada junto ao cliente durante a sessão.
13. Agiu de maneira submissa com o cliente durante a sessão.
14. Agiu de maneira dependente durante a sessão.
15. Parecia concordar com freqüência excessiva com o cliente durante a sessão.
16. Assumiu, de forma inapropriada, um tom de conselho com o cliente durante a sessão.
17. Distanciou-se do cliente na sessão.
18. Engajou-se em comportamento de auto-revelação excessivo durante a sessão.
19. Comportou-se como se estivesse ausente durante a sessão.
20. Questionou de forma inapropriada as motivações do cliente durante a sessão.
21. Forneceu estrutura excessiva a sessão.

Itens de contratransferência positiva: 1, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 18

Itens de contratransferência negativa: 2, 5, 6, 9, 10, 11, 16, 17, 19, 20, 21

ANEXO E

**(Versão do Artigo submetida ao periódico: Psychotherapy Research,
Journal of the Society for Psychotherapy Research.)**

Running Head: MENTAL STATES AND COUNTERTRANSFERENCE IN
PSYCHOTHERAPISTS FACING TRAUMATIC REPORTS

**MENTAL STATES AND COUNTERTRANSFERENCE IN
PSYCHOTHERAPISTS FACING REPORTS OF TRAUMATIC
EVENTS OF MOURNING AND SEXUAL VIOLENCE***

Goldfeld, P. R. M.¹, Wiethaeuper, D.², Bouchard, M. A.³, Terra, L.⁴, Abuchaim, C.¹,
Mardini, V.⁵, Sordi, A.⁶, Baumgardt, R.⁴, Lauer mann, M.⁴, Soares, L.⁷, Ceitlin, L. H. F.⁸

* The authors would like to thank Dr. Charles J. Gelso, Department of Psychology, University of Maryland, USA, by his permission for the translation of the ICB and by his valuable collaboration with this study

¹ Psychiatrist

² Psychologist, PhD in Clinical Psychology, Associate Professor, Vale do Rio dos Sinos University, São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil

³ Psychologist, PhD in Clinical Psychology, Full Professor, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

⁴ Psychologist

⁵ Physician

⁶ Medical student, Rio Grande do Sul Federal University

⁷ Psychology student, Vale do Rio dos Sinos University

⁸ Psychiatrist, Mph, PhD in Medicine, Associate Professor, Psychiatry and Forensic Medicine Department, Rio Grande do Sul Federal University, Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil

ABSTRACT

As consistently reported in the clinical and scientific-empirical literature, therapists who treat victims of trauma, including of sexual abuse, experience intense emotional reactions. This study aims to compare the mental states and countertransference responses of psychotherapists presented with two vignettes: one of a rape aggression, the other of the sudden death of a significant person. The instruments used were: the Mental States Rating System (MSRS; Bouchard, Picard, Audet, Brisson & Carrier, 1998) and the Inventory of Countertransference Behavior (ICB; Gelso & Friedman, 2000). Participants were 92 psychodynamically oriented therapists equally divided in experienced and inexperienced, male and female groups. Results showed that the mourning case scenario led to more reflective responses (using the MSRS) but the rape case was associated with more negative countertransference reactions (as indicated by the ICB). Female participants demonstrated more reflectiveness (on the MSRS), while male therapists expressed more negative reactions (on the ICB), for both traumatic scenarios. Compared to less experienced participants, experienced therapists showed more positive reactions on the ICB, while no differences were found in mental states.

Keywords: Countertransference, Empirical Research, Tools, Trauma, Mourning, Mental States Rating System (MSRS) and Inventory of Countertransference Behavior (ICB).

Introduction

Freud (1919) defined countertransference (CT) as the outcome of the influence of the patient on the unconscious conflicts of the psychoanalyst, thus creating barriers to his understanding of the patient. In Freud's view, CT should be recognized and surmounted. This definition is considered to be the classic concept of countertransference. CT theory presented some subsequent important developments with contributions from several authors, including Heimann (1950, 1960) and Racker (1953, 1957 and 1958), that expanded the notion to include a broader-ranging, totalistic view, which considered CT as potentially both an obstacle and an tool, that includes all therapist feelings. This totalistic concept is adopted in the present study.

Effect of rape trauma on the mental activity of the therapist

Working with individuals who have been victims of sexual violence produces powerful conscious and unconscious reactions in psychotherapists, some of which may undermine the treatment, frequently without either the therapist or the patient being aware of this (Maslach & Jackson, 1986; McCann & Pearlman, 1990; Shneidman, 1993; Figley, 1995; Fox & Carey, 1999; Jenkins & Baird, 2002). Any psychotherapy should ideally include the ability of the therapist to empathize with what the patient is unable to tolerate within himself (Kernberg, 1975). However, countertransference reactions cannot be avoided. In such situations, therapists may well over-identify with their patients, particularly when unable to deal with their own inner responses, seeing the world only from their own standpoint. Alternately, psychotherapists may indicate they under-identify with their patient's emotional situation, responding in a non-empathic manner. Even when fully aware of what is happening, therapists may refrain from intervening due to their own fears (and consequent defensive inhibitions) of triggering strong emotional reactions in the patient, including bringing him/her into contact with traumatic memories that may be

experienced as a re-traumatization.. Therapists may also suffer from traumatic reactions derived from patient experiences, presenting emotional and physical symptoms, or even psychopathological disorders. McCann and Pearlman (1990) suggest that, if therapists are unable to assimilate or express their own responses to traumatized patients, they may also become possible secondary victims of the crime.

Latts and Gelso (1995) using the *Awareness of Countertransference Feelings* instrument examined the countertransference approach among 87 psychotherapists facing videos of actors reporting rape cases. Their study focused in on the influence of therapists experience and gender-related aspects. Men were seen to be more avoidant and women more engaged with the rape victim. Unexpectedly however, observations revealed that more experienced participants showed more avoidance associated with a lower level of awareness. Consistent with this, those with the lowest avoidance levels demonstrated had higher awareness. Avoidance was thus assimilated to an empathic failure, a clear case of the classic countertransference concept as an obstacle.

Effect of mourning on therapist mental activity

Empirical studies with standardized tools designed to study countertransference related to mourning are sparse in the scientific literature. Kluber-Ross (1969) while studying and observing people close to death and their relatives, physicians, nurses and people living with the dying person, wrote about specific defenses that protect us against the fear of death. Based on Burton (1962), he carried out a questionnaire survey, based on Kluber-Ross' descriptions, of members of the American Psychoanalytical Association designed to explore countertransference in terms of death and loss. Responses were generally uniform, definite, brief and frequently hostile, suggesting that participants tended to regulate strong emotional responses to death, and deployed both deeply rooted defenses such as denial and displacement, as well as defensive attitudes, such as compensation.

Effect of therapists variables on mental activity: gender an experience

Normandin and Bouchard (1993) studied countertransference mental states among ninety therapists following psychodynamic, humanistic and cognitive-behavioral theoretical orientations, finding that the less experienced therapists were more reflective. A reflective mental state means that they showed more frequent observation of their inner, subjective reactions to the immediate experience (CT as a tool), compared to their more experienced colleagues, who proved to be more reactive, showing little or no capacity to think about what was being triggered internally (CT as obstacle). Moreover, experienced but reactive participants, sometimes voiced strong criticism of their colleague's attitude as presented in a vignette, sometimes they actively defended themselves from the emotional impact of the situation described. The authors considered various hypotheses for these findings: inexperienced therapists were under closer supervision, being more encouraged to maintain an open attitude to their potential contribution to the therapeutic process, while the more experienced therapists were in a position to allow themselves to react or have the "courage" to feel the intensity of the imagined interaction, to the point of losing their objectivity for a certain length of time. Lecours and Bouchard (1995) examining 40 psychodynamic therapists replicated the observation that more experienced participants were more reactive. They also found that female therapists were more reflective, showing greater observation of their inner subjective reactions, while men were more frequently objective and rational (a mental state in which the therapist adopts the position of an aloof, affectively distant observer).

Brody and Farber (1996) noted that, when compared to experienced therapists, students or residents were more likely to apologize to patients, feeling that their own emotions were too frequent and intense, considering even that perhaps patients should need some protection against these. In contrast, experienced therapists more easily accepted

their intense emotional reactions. Patient diagnosis also served as an important moderator, with such positive responses as compassion, empathy and the absence of anger in response to depressed patients.

McIntyre and Schwartz (1998) studied the reactions of 155 therapists to patients with Severe Depression or Borderline Personality Disorder, finding that personal reactions to depressed patients in terms of the need to dominate and difficulties in demands and perceptions proved significant, related inversely to the length of experience of the therapist. The authors found no gender differences in terms of the variables being studied.

Coutertransference Measures

The Mental States Rating System

The MSRS was developed (Bouchard, Picard, Audet, Brisson & Carrier, 1998; Normandin, 1991; Normandin & Bouchard, 1993) in order to cover the range of categories encompassed by the totalistic concept of countertransference, in addition to expanding it through Mental States theory. This is a content analysis scale in which the analysis categories are described in detail in advance. It is applied to written or taped material related to the feelings or thoughts of therapists immediately after sessions or reading clinical vignettes. The Mental State Rating System consists of three major categories (which are divided into sub-categories): the Objective Rational Mental State, the Reactive and the Reflective Mental State. The scoring criteria for each category are described in the handbook, together with examples of scores from other studies. In previous work some mental states have proven repeatedly to be antagonistic, such as the Reflective and the Reactive (e.g. $r = -.70$), while the Objective Rational Mental State does not seem to be related to either of the other two categories (Lecours et al. 1995; Normandin & Bouchard, 1993; Séguin & Bouchard, 1996). Each category in its characteristics is explained below.

Drawing up a score based on MSRS requires distinguishing between the types and

sub-types of mental activity. In the Objective Rational (OBR) mental state, the subject deals with his intra-psychic (or internal) activity, or his relational activity as something to be observed and addressed in an objective and parsimonious manner, much as a scientist relating to a research subject. This category is sub-divided into two separate levels: OBR (*per se*) and Concrete Thought (CONC) at a lower level. The OBR mode implies higher capacities for abstraction and thought, while the CONC mode is not only emotionally distant but lacks a capacity for symbolization.

In the Reflective (REF) mental state, the subject directs his perceptual capacity towards intra-psychic activity (or interpersonal relationships) addressing his/her inner activity as an internal phenomenon with content. This mode of subjective internal perception (Solms, 1997) consists of inner perceptions of affects, or perceptions of activated traces of other experiences (cognitions or memory). The subject is thus clearly implied in an activity that involves self-perception, self-observation and self-analysis.

The final category is Reactive (REAC). In this psychic activity the subject shows little or no ability to think about what is being triggered internally. In traditional psychoanalytical terms, these moments are understood as coming from unconscious activation of conflicts seeking to satisfy a desire, or else to defend oneself against the risks involved (seeking safety). This category is divided into three sub-categories: (a) a Low Level Defensive mode (LODEF), in which the conflicts are acted out, expelled or gratified through some type of primitive defense (acting out, projective identification, splitting, somatization, denial, etc.); (b) Reactive Mode (REAC) through which an affect is expelled, a desire is gratified with no apparent defensive activity; (c) High Level Defensive mode (HIDEF) in which the subject manages to repress the accurate perception of the representations emerging from the conscious, or manages to inhibit inner drives (rationalization, intellectualization, repression, etc).

The Inventory of Countertransference Behavior

This scale was developed by Gelso and Friedman (2000) in order to measure the countertransference behavior of the therapist as perceived by a supervisor during supervised sessions. It consists of a scale listing 21 items with Likert-type replies where *1* = *little or none* and *5* = *very significant*. Basically, it aims to measure the therapist over-involvement, under-involvement and withdrawal within countertransference construct. The items range from countertransference in the classic sense of an obstacle, separating the supervisor assessed therapist behaviors into positive and negative aspects. Eleven experts tested the face validity of the items, indicating that each item was at least a minor expression of countertransference. The total scale and the sub-scale showed high internal consistency. An explanatory factor analysis of the scores given by 126 supervisors for supervised sessions showed that two factors were much in evidence, as expected. So, beyond the initially hypothesized dimensions of over and under-involvement, these factors were felt to be best categorized under concept of Negative and Positive Countertransference Concepts (Gelso & Friedman, 2000).

The present study aimed to investigate countertransference responses and self-reported experiences in psychodynamically oriented psychotherapists facing reports of traumatized patients by severe mourning and rape, using the Mental States Rating System and the Inventory of Countertransference Behavior. The objective is also to contribute to MSRS concurrent validity.

Method

Subjects

The sample consisted of 92 psychoanalytically-oriented psychotherapists, 46 men and 46 women, who volunteered to participate in the study. Mean age was 38.89 years \pm 12.03, virtually the same among male (39.07 years \pm 11.60) and female (38.72 years \pm

12.57) participants. A total of 47 reported three years of clinical experience or less, while 45 indicated having more than 10 years of experience, or a total average number of 12.92 years, $SD = 11.75$; among men, this average was 13.39 $SD = .69$, reaching 12.46, $SD = 11.93$ among the female therapists. In the inexperienced group there were 23 male and 24 female. As for the experienced group the sample was divided in 23 male and 22 female. This study was approved in advance by the Graduate Studies and Research Groups Ethics Committee Hospital de Clínicas de Porto Alegre, with all participants required to sign an informed consent form.

Procedures

Clinical Vignettes

Two clinical vignettes portraying actual materials taken from therapist-patient interactions were presented to the therapists in writing, modified in order to prevent any patient identification. One of the vignettes covered the case of a female patient in mourning due to the recent loss of a significant other, while the other vignette dealt with a female patient with a history of rape trauma. The vignettes were always presented in the same order: first the mourning vignette, as this was a trauma with less impact on the therapist, and then the rape vignette, where a stronger reaction was expected. In both vignettes, the material was divided into five sections, in order to allow therapists some time to reflect and write. Participants were instructed to write down their spontaneous reactions to what was said and done during the session. These conditions attempted to replicate the work of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995). After the reactions, therapists were asked to answer the MSRS – Self Report version.

Instruments

Mental State Rating System - MSRS

In order to undertake the transcultural adaptation of this scale to Brazilian

Portuguese, a model proposed by Herdman et al. (1998) with the added quantitative methodological suggestions proposed by Moraes, Hasselmann and Reichenheim (2002) was used for the transcultural adaptation of the instrument.

The group that scored the MSRS consisted of a female psychologist and two experienced psychiatrists. The raters were trained by an expert in this instrument for thirty hours reaching a Kappa = .81 ($p < .001$). The materials were then distributed as following: for each five pairs of therapists association reports randomly given to raters (as each therapist had been presented with two case studies) three other pairs, but this time the same cases, were given to be used for inter-rater agreement meetings in order to ensure the continuing fidelity of the instrument.

Inventory of Countertransferential Behavior - ICB

This scale was adapted on a transcultural basis to Brazilian Portuguese using the same method reported above (Herdman and colleagues, 1998; Moraes, Hasselmann and Reichenheim; 2002). Differently from the original study the present one was adapted with the author's permission, using independent raters instead of supervisors in the original study, each question of the ICB were answer using a Likert scale. . The answers were made by vignette, globally. The group scoring the ICB consisted of two fully trained graduate female psychologists and a female medical student. Raters were trained for 15 hours, reaching an $ICC_m = .72$. The material was distributed in the same way as described for the MSRS: in blocks at random order. For the ICB, each segment was scored according to the Likert-scale, as already mentioned, by each rater. Additionally, it was decided a priori that any item scoring three ($3 = \textit{some expression of the countertransference behavior}$ described in the question) or less, would be deleted, in order to keep only the high scores of certain types of countertransference detected (see Gelso & Friedman, 2000).

MSRS-Self-Report version

A self-report version of the MSRS, based on the initial categories was developed for the purposes of the present study. The 7 items were generated based on the main MSRS categories and their characteristics. The questions were evaluated in its content and clarity by two experts both in separate and in a discussion group in order to achieve a final version of the instrument. The answer to each question was based on a Likert scale to which: 1 = *little or no presence* to 5 = *extremely present*. The subject was asked to read each vignette and answer the 7 items of the MSRS-self-report. The objective was to solicitate the participant's opinions on their own mental states after completing the task of reading the vignettes and sharing in writing their spontaneous responses, and to compare these self-reported assessments with observer-rated mental states, using the MSRS. The questions are presented below.

8. I have experienced some degree of subjective thinking (perceived and realized signals of internal tension, reactivation of pleasures from the past, etc.), while this did not move beyond the limits of initial recognition (Reflective: perception of affects).
9. I have assumed an observational and detached posture, becoming an observer of facts and events (Objective-rational).
10. I have manifested signs of being in conflict, and I have defended myself. My subjective observation of myself and/or of the other (patient or therapist in the vignette) was for my safety, self-protection or resistance (Defensive).
11. I have demonstrated a capacity to explore (either past or present) experiences within myself or with others. However, I have not developed my feelings beyond a clear initial empathy (Reflective empathic).
12. I have assumed an observational and detached posture, treating my own activity or mental flow (or process) as something being observed from the outside (Objective-rational).
13. I went beyond an initial empathy, and demonstrated a higher capability for developing my feelings. My internal attitude was organized around thoughts and feelings associated with a significant other, as I experienced it now are as I have in the past (Reflective-elaborative).

14. I have manifested signs of being in conflict. My degree of affect tolerance was not strong enough to allow a mental containment and development of this experience. Rather my immediate emotional experience was blocked, inhibited, empty, or transformed into a somatization (i.e. I felt anxious, or inhibited, or presented a Freudian slip, etc.). (Concrete).

Results

The data computed for the MSRS was the frequency of words for each content category rated, for the ICB total score of the Likert scale provided results to a negative (NEG) and a positive (POS) countertransference for each subject. The MSRS self-report, based on a Likert scale, led to scores for each of 7 questions that represented the MSRS categories. For all instruments, clinical vignettes were analyzed both in separate and altogether.

The Mental States Rating System

Results for the rape and mourning cases combined and compared

Please insert table 1 here

As regards gender differences, combining score from both vignettes, no differences were found between male and female participants, contrary to Lecours and Bouchard (1995). However, males produced more words ($M_{\text{males}} = 302.84$; $SD = 26.67$; $M_{\text{females}} = 390$; $SD = 27.14$; $t\text{-test}_{\text{indep}} = 3.08$; $p < 0.05$). No differences were found when comparing less experienced with more experienced therapists, except for a trend for experienced participants to be more reactive than less experienced ones ($M_{\text{experienced}} = 70.56$; $SD = 112.20$; ($M_{\text{inexperienced}} = 30.28$; $SD = 77.12$; $t\text{-test}_{\text{indep}} = -2.0$; $p = .05$). This result is in line with previous reports by Normand and Bouchard (1993).

Considering MSRS categories for both clinical vignettes, therapists were observed to

be more reflective and empathic (REM category) in response to mourning (Mean=48.77 and SD=66.13) compared to rape trauma (Mean= 26.97 \pm 40.89; (t-test_{paired} =3,797; p<.001). Similarly, they were much less objective-distant (Mean=26.97, SD=40.89) compared with (Mean=90.66, SD=78.45) trauma vignette (p<.05).

Results in regards to each one of the vignettes

Regarding the mourning vignette there is a significantly greater difference (t-test_{indep} = 2.17; p<0.05) in the use of the LODEF category by male therapists (Mean= 3.51 and SD=10.84) when compared to female (Mean=0.00 and SD=0.00) and a significantly greater use (t-test_{indep} = -2.02; p<0.05) of the REMP category by female (Mean=16.59 and SD=45.23) then by male (Mean=2.71 and SD=10.90). Furthermore, there is a significantly greater use (t-test_{indep} = -2.01; p<0.05) of the REMP category by experienced therapists (Mean=16.84 and SD=44.67) when compared to beginners (Mean=2.76 and SD=14.41). No significant differences were found between sex or experience in the rape case.

The Inventory of Countertransference Behavior

Results for the rape and mourning cases combined and compared

The findings with ICB show that there is a significant difference (t-test_{paired}=-2.53; p<0.05) in the presence of negative countertransference (Mean=28.70; SD=26.91) compared to positive countertransference (Mean=19.17 and SD=21.39) in the sample's total, adding both vignettes. This is in accordance with what was expected and with the literature (Latts & Gelso, 1995), demonstrating that the stimulus employed caused important reactions in the therapists. Males demonstrated a significant higher use (t-test_{indep}=2.48; p<.05) of negative countertransference (Mean=36.39 and SD=30.10) than female therapists. Beginner and experienced therapists did not present significant differences in regards to positive or negative countertransference.

When comparing both vignettes, the rape trauma caused a significantly higher (t-

test_{paired} = - 4.09; $p < 0.001$, Mean=17.61; SD= 16.35) negative countertransference reaction compared to the mourning vignette (Mean=11.09, SD=14.55), as expected since the rape trauma was a more intense case. Positive countertransference reaction was significantly (t-test_{indep}=2.02; $p < 0.05$) higher (Mean=10.77 and SD=13.35) in the mourning vignette. Male therapists presented a significantly higher use of negative countertransference (mourning: Mean=14.96 and SD=17.55 and rape: Mean=21.43 and SD=16.94) than female therapists (mourning: Mean=7.22 and SD=9.47 and rape: Mean=13.78 and SD=14.97); (t-test_{indep} mourning = 2.63, $p < 0.05$; t-test_{indep} rape = 2.30, $p < 0.05$)

Results in regards to each one of the vignettes

Furthermore, experienced therapists presented a significantly higher use (t-test_{indep} = - 2.16; $p < 0.05$) of positive countertransference (Mean=13.78; SD=14.89) than beginner therapists (Mean=7.89 and SD=11.09; t-test_{indep} = - 2.16, $p < 0.05$), regarding the mourning stimulus. This is in accordance with what was expected, that experience would be one of the factors that help therapists to deal with vital and accidental crisis. In regards to an impacting trauma such as rape, the study did not show significant differences between beginner and experienced therapists, regarding ICB categories possibly in accordance with findings of them being more objective-rational as found by the MSRS.

The MSRS – Self-Report

The estimate of reliability was computed for the MSRS self-report, the coefficient alpha. The results showed scores of $\alpha = .60$ demonstrating a moderate internal consistency across items within the test, although reliability testing is influenced by length of questionnaire, which is not the case. No item would increase the reliability estimate if deleted.

The dimensionality of the 7 items of the scale was tested using the maximum likelihood factor analysis in order to determine the number of factors to rotate.

Please insert table 2 here

Based on the plot, two factors were rotated using Varimax rotation procedure, which yielded two interpretable factors: the less mentalised mental states and the higher mentalised mental states, except for the question 1, which would pertain to a more mentalised dimension according to the MSRS theory. However, the mental state reflective perception of affects is also considered a very beginning of reflection. The mentalised factor accounted for 32.9% of the item variance and the more mentalised factor accounted for the 26.1% of the item variance.

Three variables loaded in the two factors were then calculated in their reliability estimates for each factor and the results showed that when including question 1 in this factor, even though it did not loaded higher (.48), whilst reversing question 2, and including questions 4 and 6 (the higher mentalised states), reliability is increased ($\alpha=.56$ instead of $\alpha=.48$ if not including question 1). The same happens if in factor 2 reliability estimates are calculated considering questions 3, 5 and 7 (less mentalised states), the reliability is also increased ($\alpha=.70$ instead of $\alpha=.68$ when question 1 is not included).

Considering the two factors and comparing sex and experience in regards the two vignettes combined, a significant difference between men and women was found, as men being less mentalised (DEFL, REAC, CONC), ($M_{men}=11.78$, $SD=3.7$; $M_{women}=10.11$

$SD=3.27$; $t\text{-test}_{indep}=-2.3$; $p<.05$). No significant differences were found when considering therapists experience.

A paired sample t-test was conducted in order to compare the subjects' response the vignettes. The rape case was less easily processed by the subjects independent of sex and experience. Men were less mentalised (DEFL, REAC, CONC) in the rape ($M=6.52$, $SD=2.4$) than in the mourning case ($M=5.26$, $SD=2.02$; $t\text{-test}_{paired}=-3.48$; $p<.001$), as well as the women ($M_{rape}=5.56$, $SD=2.31$; $M_{mourning}=4.54$, $SD=1.32$; $t\text{-test}_{paired}=-3.67$; $p<.001$). The less experienced therapists ($M_{rape}=6.06$, $SD=1.93$; $M_{mourning}=5.34$, $SD=1.82$; $t\text{-test}_{paired}=-3.28$; $p<.01$) used significantly less mentalised mental states in the rape case as well as the more experienced therapists ($M_{rape}=6.02$, $SD=2.81$; $M_{mourning}=4.44$, $SD=1.48$; $t\text{-test}_{paired}=-3.98$; $p<.000$).

Correlations between the ICB and MSRS categories

The correlations between the ICB and MSRS varied from $r = .019$ to $r = .83$ and produced results demonstrating a concurrent validity between these two instruments.

Please insert table 3 here

The significant correlation between the positive countertransference in the ICB and the Reflective Empathic State (REMP) is an example ($r = .38$, $p < .05$); report all correlations. Additionally, a significant negative correlation is noted between negative countertransference in the ICB and the Low Defense (LODEF) category ($r = .24$, $p < .05$),

which is characterized when primitive defenses are deployed, normally influenced more by aggressive impulses. Other significant correlations, both negative, were found between positive and negative countertransference in the ICB with the Objective Rational (OBR) category in the MSRS ($r_{\text{pos/obr}} = -.31, p < .05$; $r_{\text{neg/obr}} = -.31, p < .05$). When subject to OBR countertransference, the subject is affectively aloof from the object, meaning that it is not possible to distinguish the presence of affects in this mode. Thus, the significant negative correlation between OBR and the ICB categories also demonstrates concurrent validity. However, the tools measure similar but different aspects of countertransference, as non-correlated items proved independent of each other.

Discussion

Scientific literature has consistently reported the clinical practice of therapists who treat sexual abuse victims, describing the intense reactions they have (Krupnick, 1980; Colao & Hunt, 1983; Fox & Carey, 1999). As to the findings concerning countertransference assessed by the MSRS, comparing the reactions of therapists to the different vignettes, we noted that therapists of the total sample used the REM reflective mental state significantly more for the mourning vignette than for the rape vignette. As one would expect therapists of the sample empathized more with the case of mourning, than in relation to rape trauma, which provoked more intense or reactive feelings. The averages of the reactive-defensive categories were similar for both cases, and the REAC category was quite high for both, which indicates that therapists reacted intensely to trauma vignettes. Therapists showed a more empathic mental attitude in the case of mourning and this may be seen as a way of therapists to respond to the intense emotions caused by the sexual victims.

The comparison between genders showed that, as to the mourning vignette, in this sample, men used more primitive defense mechanisms than women, using significantly

more the LODEF category. Women proved to be more reflective than men, using significantly more the REM category. The predominance of the mental reflective stance in female therapists had already been reported in the studies of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995), in relation to the vignette of a patient with Obsessive Personality Disorder and another with Borderline Personality Disorder. Male therapists in the aforementioned studies showed a predominance of the use of the OBR category. One may think that the male therapists of this sample reacted as expected in a traumatic situation, in the cases of mourning, due to the mobilization of intense feelings and primitive defenses against them (Freud, 1910; Kernberg, 1975).

The comparison between therapists with different levels of experience showed that, as to the mourning vignette, experienced professionals used significantly more the REMP category, as compared to beginners. These findings differ from those of Normandin and Bouchard (1993) and Lecours and Bouchard (1995), for the experience variable. To those researchers, less experienced therapists showed to be more reflective than the more experienced ones, and the experienced, in turn, showed to be more reactive, referring to the classical concept of CT as an obstacle. In relation to mourning, experience showed to be an important variable because it provides the therapist with more conditions to work the feelings mourning patients arouse in them. On the other hand, in case of rape, experience did not show to be an influential variable in the way therapists react to the feelings aroused in them. As to vignette of trauma due to rape, therapists did not differ in relation to gender or experience.

Concerning the findings relative to countertransference evaluated by ICB, the sum of the results found for the two vignettes showed a significantly greater difference in the presence of negative countertransference (classical CT) as compared to positive CT, in this sample. This finding indicates that mourning and trauma due to rape, even if indirectly

through clinical vignettes, are important traumas that cause intense reactions in therapists.

When results between vignettes are compared, the negative countertransference was significantly greater in the rape than in the mourning vignette, and positive countertransference was significantly greater in the mourning vignette. The findings related to negative countertransference met the expectation of strong countertransference reactions in the cases of therapists who treat victims of sexual violence (Krupnick, 1980; Colao & Hunt 1983; Fox & Carey, 1999). The positive countertransference found is related, in accordance with the concept used by Gelso and Friedman (2000) in the design of the ICB, to the therapist's over-involvement with the patient; and negative countertransference, is related to under-involvement with the patient. This sends us to Glover's concept (1927) of positive and negative CT as countertransference reactions connected to the therapist's unconscious issues, related to a range of love-like feelings, for the positive CT, and aggressive-like, for the negative CT. In this manner, it is possible to understand the difference between the findings of two countertransference assessment instruments, because the MSRS reflective category measures a mental state that is different than the Meaning of positive countertransference, and cannot be thought to be equal to it.

ICB showed a significantly greater occurrence of negative CT in male therapists, as compared to women, both with the two vignettes are added together, or separately, for each one of the vignettes. This finding is in accordance with what was found with the MSRS in this study, in which male therapists presented significantly more the defensive LODEF category, and female therapists, the REM reflective category, for the mourning vignette. Negative countertransference can be put on the same level as categories LODEF, REAC and HIDEF because they represent aspects of unresolved unconscious conflicts (Bouchard et al., 1998).

As to experience, the sum of the vignettes did not present significant differences

between beginners and experienced therapists, differently from what has been reported by the scientific literature. However, experienced therapists presented significantly more positive CT than beginners in the mourning vignette.

In relation to trauma due to rape, the evaluation with ICB did not demonstrate significant differences between experienced and beginning therapists, similarly to what was found with MSRS.

One consistent aspect in this study was the fact that countertransference was assessed by quite reliable instruments to evaluate the construct, and was measured by judges with a background in mental health and with a lot of experience. Also, reliability and validity estimates showed reasonable reliability estimates for the MSRS self-report and the construct validity was achieved by results demonstrating two interpretable factors of the 7 items: less and more mentalised mental states, although one question initially aiming to measure the objective-rational mode was included in the less mentalised factor, and the other question (also objective-rational) had low and negative correlations in factor 1 and 2, respectively.

The reactions of therapists concerning the findings measured both by MSRS and by ICB permit considering that the vignettes with the mourning and trauma due to rape stimuli provoked therapists differently and intensely, thus working as efficient stimuli.

One limitation that could be mentioned in this study is the fact that they were clinical vignettes, and how different the countertransference reaction would have been if the stimuli were real patients. As a suggestion for later studies, the authors find it important to have therapists report countertransference reactions, after evaluation sessions, or longitudinal studies, following up the treatment of mourning patients or sexual violence victims. In this manner, it would be possible to obtain more direct and lively reactions and the evolution of countertransference reactions. The authors think that more studies need to

be conducted to confirm and deepen the findings of this study.

Some points could be highlighted:

The findings with MSRS showed that therapists facing the mourning vignette showed a significantly more reflective mental attitude than in relation to rape; that women were significantly more reflective than men and these were significantly more defensive than women, in relation to the mourning stimulus; and that experienced and beginning therapists did not differ.

The findings with ICB showed that therapists presented significantly more negative countertransference reactions (aggressive-like feelings) in relation to rape; that they presented significantly more positive countertransference reactions (love-like) in relation to mourning; that men presented significantly more negative countertransference reactions than women, in relation to the two vignettes; and that experienced therapists presented significantly more positive countertransference reactions than beginners.

References

39. Auerbach AH, Johnson M. Research on the therapist's level of experience. In: Gurman AS, Razin AM. Editors. *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergam Press; 1977. P. 213-46.
40. Bouchard MA, Picard C, Audet C, Brisson SH, Carrier M. Differentiating mental states: therapists, patients, human subjects. Université de Montréal, Montreal. Scoring manual. Unpublished manuscript; 1998.
41. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996; 33(3): 372-80.
42. Burnstein A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 1986 Jan; 27(1): 37-40.
43. Burton A. Death as a countertransference. *Psychoanalytic Review* 1962; 3-20.
44. Butterfield MI, Panzer PG, Forneris CA. Victimization of women and its impact on assessment and treatment in the psychiatric emergency setting. *Psychiatric Clinics of North America* 1999 Dec; 22(4): 875-96.
45. Clarke PJ. Exploration of countertransference toward the dying. *American journal of orthopsychiatry* 1979 Jan; 51(1): 71-77.
46. Colao F, Hunt M. Therapists coping with sexual assault. In: XXXX *Women changing therapy: new strategies in feminist therapy*. New York: The Haworth Press; 1983.
47. DIPLANCO (Serviço de Estatística/Divisão de Planejamento e Coordenação/ Polícia Civil), Delegacia da Mulher de Porto Alegre. Índices de criminalidade no ano de 2004, com base no Censo Populacional do IBGE de 2000.
48. Figley C. Epilogue: the transmission of trauma. In: *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel; 1995.
49. Fox R, Carey LA. Therapist's collusion with the resistance of rape survivors. *Clinical Social Work Journal* 1999; 27(2): 185-201.
50. Freud, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. V. XI. P. 125-36.
51. Friedman SM, Gelso CJ. The development of the Inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology* 2000 Sept; 56(9): 1221-35.
52. Glover E. Lectures on technique in psycho-analysis. *International journal of psychoanalysis*. 1927; 8: 311-38, 486-520.
53. Heimann P. (1950). Acerca de la contratransferência. *Revista Uruguaya de*

- Psicoanalisis 1961-62; iv(1): 129-35.
54. _____. Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology* 1960; 33(9): 9-15.
 55. Herman JI. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
 56. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. [Quality of Life Research](#) 1998 May;7(4):323-35.
 57. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress* 2002 Oct; 15: 423-32.
 58. Kaplan VA, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
 59. Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
 60. Krupnick J. Brief psychotherapy with victims of violent crime. *Victimology: International Journal* 1980; 5(2-4): 347-54.
 61. Kübler-Ross, E. *On death and dying*. New York: Scribner; 1969.
 62. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 1995; 32(3): 405-15.
 63. Lecours S, Bouchard MA, Normandin L. Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology* 1995; 12: 59-279.
 64. Lecours S, Bouchard M-A. Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 1997; 78: 855-75.
 65. McCann IL, Pearlman LA. *Through a glass darkly: understanding and treating the adult trauma survivor through constructivist self development theory*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
 66. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression od borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54(7): 923-31.
 67. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 Jan/Feb; 18(1): 163-76.
 68. Normandin L, Bouchard M-A. The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychoterapy Research* 1993; 3(2):

- 77-94.
69. _____. Vers une vision intégrée et opérationnelle du contre-transfert: Présentation d'une grille d'analyse. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 1991.
 70. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais*. 2^a ed. Portugal, Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
 71. Racker H. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
 72. _____. The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 1957; 26: 303-57.
 73. Seguin MH, Bouchard MA. Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology* 1996 ; 13(4) : 457-74.
 74. Shrout PE, Spitzer RL, Fliess JL. Quantification in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 172-77.
 75. Solms M. What is consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1997; 45: 681-703.
 76. Tracey TJ, Hays KA, Malone J, Herman B. Changes in counselor responses as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology* 1988; 35(2): 119-26.

TABLES

Table 1 - Frequency of MSRS categories in regards to each one of the vignettes

MSRS	Mourning Vignette		Rape Vignette		T
	Mean	SD	Mean	SD	
CONC	.00	.00	.25	2.41	-1.00
REAC	23.87	55.09	26.33	58.95	.65
LODEF	1.74	7.78	3.69	14.58	-1.34
HIDEF	3.51	22.51	.54	3.88	.83
OBR	90.66	78.45	26.97	40.89	-1.62*
REM	48.77	66.13	99.46	79.69	3.08**
REMP	9.73	33.61	6.01	29.97	-
REL	1.20	11.43	1.14	10.86	-
TOTAL	179.83	103.67	167.62	92.13	

Conc: concrete; Reac: reactive; lodef: defensive low level; Highdef: defensive high level; Obr: objective rational; Rem: Reflective emerging; Remp: reflective empathic; Rel: reflective elaborative.

* = $p < .05$

** = $p < .01$

Table 2 – Two Factors from Maximum Likelihood Analysis

Questions	Factor	
	1	2
1. I have experienced some degree of subjective thinking (perceived and realized signals of internal tension, reactivation of pleasures from the past, etc.), while this did not move beyond the limits of initial recognition (Reflective: perception of affects).	.61	.48
2. I have assumed an observational and detached posture, becoming an observer of facts and events (Objective-rational).		-.61
3. I have manifested signs of being in conflict, and I have defended myself. My subjective observation of myself and/or of the other (patient or therapist in the vignette) was for my safety, self-protection or resistance (Defensive).	.85	.77
4. I have demonstrated a capacity to explore (either past or present) experiences within myself or with others. However, I have not developed my feelings beyond a clear initial empathy (Reflective empathic).		
5. I have assumed an observational and detached posture, treating my own activity or mental flow (or process) as something being observed from the outside (Objective-rational).	.60	-.47
6. I went beyond an initial empathy, and demonstrated a higher capability for developing my feelings. My internal attitude was organized around thoughts and feelings associated with a significant other, as I experienced it now are as I have in the past (Reflective-elaborative).	.45	.63
7. I have manifested signs of being in conflict. My degree of affect tolerance was not strong enough to allow a mental containment and development of this experience (Reac).	.77	

Table 3 – Correlation between ICB and MSRS

ICB	MSRS							
	Concrete	Reactive	Defensive low	Defensive High	Reflective	Reflective Empathic	Elaborative	Objective- Rational
Positive	.019	.31*	-.053	.035	.51**	.38*	.11	-.31**
Negative	.042	.15	.24*	.12	-.19	.083	.02	-.35**

* = p<.05

** = p<.01