



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**PADRÕES DE TRANSFERÊNCIA E  
INSIGHT.**

Paula Alexandra Morais Pires

Orientador de Dissertação:  
Professor Doutor António Pazo Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
Professor Doutor António Pazo Pires

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
**MESTRE EM PSICOLOGIA**  
Especialidade em Psicologia Clínica

2015

Dissertação de Mestrado Realizada sob a orientação do Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado no Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

À minha psicanalista, por me ter dado a mão.

Ao Joel por me (re)lembrar o brincar.

À Marisa Cruz, Graça Lopes, Sandra Almeida, Cíntia Rodrigues por acreditarem em mim.

À Susana Loureiro, pelo seu necessário pragmatismo e companheirismo.

Ao tio Todd M. Pierce, pelas questões pertinentes que levantou sobre o tema.

Ao Prof. Dr. António Pazo Pires pela partilha da sua sabedoria.

Grata.

## Índice

<b>Transferência. O conceito e suas vicissitudes</b> .....	1
Resumo .....	2
Abstract.....	3
Introdução .....	4
Paradigma Clássico .....	4
Paradigma Relacional .....	7
Conclusão .....	10
Referências .....	11
<b>Padrão de Transferência e Insight</b> .....	13
Resumo .....	14
Abstract.....	15
Introdução.....	16
Método.....	18
Participantes .....	18
Instrumentos .....	27
Procedimentos .....	29
Resultados.....	23
Discussão .....	27
Referências .....	29
<b>Anexos</b> .....	32
Anexo A – Lista de Transferência e Contratransferência .....	33
Anexo B – Tabela de Grau de Concordância Interavaliadores .....	35
Anexo C – Cotação das Sessões – Paciente 1 .....	36
Anexo D – Cotação das Sessões – Paciente 2 .....	40

Anexo E – Frequência Absoluta da Transferência (Paciente 1 e 2) .....	43
Anexo F – Variação do Padrão Transferencial ao Longo do Processo Terapêutico (Paciente 1 e 2) .....	44
Anexo G – Quantidade Total de Incidentes por Sessões no Trimestre (Paciente 1)..	45
Anexo H – Quantidade Total de Incidentes por Sessões no Trimestre (Paciente 2)..	46

# **ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA**

## **Transferência. O conceito e suas vicissitudes**

## **Resumo**

O conceito de transferência é complexo e controverso, tendo sofrido inúmeras alterações ao longo do último século. O objetivo desta revisão de literatura consiste em analisar as vicissitudes do conceito, abordando os períodos e autores mais profícuos em termos do seu desenvolvimento e aprofundamento, bem como as mudanças que daí ocorreram no pensar psicanalítico. Serão apresentadas duas visões predominantes acerca do conceito- a da psicanálise clássica e a da psicanálise relacional. Os contributos em prole da evolução do conceito foram oferecidos essencialmente por autores que apresentam a sua visão de transferência, fundamentada na sua perspectiva teórica, descurando estudos empíricos. A noção de transferência transforma-se de acordo tanto com a evolução do saber como com a orientação teórica assumida pelos autores que sobre ela discorrem. Enquanto que na psicanálise clássica predomina a transferência inserida no modelo pulsional Freudiano, na psicanálise relacional ela assume o valor de relação intersubjetiva.

***Palavras-chave:*** *transferência, psicanálise clássica, psicanálise relacional*

## **Abstract**

Transference concept is complex and controversial, and went through several modifications during the last century. The purpose of this literature review is to analyse its events by addressing the most fruitful periods and authors in what concerns its development and deepening, shedding light into the main changes that consequently occurred in the psychoanalytic thought. It will be presented the two prevailing views, or paradigms, around the concept- the classical view and the relational one. The contributions around the evolution of the concept arose essentially from the authors' vision of transference, based on their theoretical position, independently empirical research. The concept changes according to the evolution of psychoanalytical knowledge itself, and according to the theoretical authors' thought. In classical psychoanalysis transference is associated to the Freudian pulsional model, and in relational psychoanalysis the concept assumes an intersubjective relation.

**Keywords:** transference, classic psychoanalysis, relational psychoanalysis

## **Introdução**

De acordo com Laplanche & Pontalis (1967/1985, p.668) o conceito de transferência designa em psicanálise “o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica”.

No entanto, no último século, o conceito de transferência evoluiu e foi sofrendo transformações a partir fundamentalmente dos desenvolvimentos do saber teórico, moldando, deste modo, a prática e a clínica psicanalítica.

O debate psicanalítico tem-se fundado sobretudo na clarificação dos múltiplos sentidos que o termo tem sido usado, desenhando-se linhas de investigação que giram em torno do que é transferido, quando é que “tal” emerge ao longo do desenvolvimento do indivíduo e, por fim, os mecanismos através dos quais a experiência precoce é transferida mais tarde nos relacionamentos interpessoais (Ehrenreich, 1989).

Constitui-se como objetivo da presente revisão de literatura a apresentação das principais e mais profícuas contribuições teóricas em torno do constructo central que é a transferência, desde que surgiu até à atualidade.

O tema será abordado partindo da conceção do desenvolvimento do conhecimento científico proposto por Kuhn (1962), que postula que este ocorre por “paradigmas”, termo introduzido para designar os empenhamentos, as regras e exemplos partilhados por uma determinada comunidade científica, ainda que os critérios das escolhas teóricas sejam sempre subjetivos.

O conceito de transferência será, então, abordado à luz de duas orientações- o paradigma clássico e o intersubjetivo/relacional.

### **O paradigma clássico**

O termo transferência surge pela primeira vez nos escritos de Freud em “*Estudos sobre a Histeria*” para designar uma possível forma de resistência na psicoterapia das pacientes histéricas. Esta resistência em específico encontrava-se associada ao movimento psíquico do paciente em transferir para a figura do analista afetos inconscientes e originalmente vinculados à figura de outra pessoa importante do passado- uma “falsa ligação” (Freud, 1895 cit por Luborsky et al., 1973).

Em “ *Dinâmica da Transferência*” (Freud 1912), a noção de transferência é mais abrangente, sendo considerada uma forma de investir afetivamente nas relações, e a maneira de relacionar-se com os objetos de amor é vista como uma repetição de padrões estereotipados, ou protótipos, que se formaram nas relações precoces com os outros e que vão prolongar-se nas relações futuras. Nesta linha de pensamento, surge a ideia de que a transferência poderá ser uma forma de resistência à psicoterapia, ou seja, uma forma do paciente não relembrar as suas vivências mais arcaicas e não recordar uma experiência infantil recalçada, repetindo os conteúdos internos relativos às suas disposições pulsionais na figura analista.

Um conceito fundamental no domínio da evolução da técnica analítica surge com o seu escrito “*Recordar, Repetir e Elaborar*”, pois apresenta-se como uma síntese de um longo trabalho de investigação- o conceito de neurose de transferência- que traduz o reviver das relações originais no aqui e agora com o analista, implicando o retorno dos conflitos neuróticos a ele associados, centrando-se o tratamento na transferência e interpretação da resistência que ocorre no processo transferencial, tornando-a consciente (Freud, 1914).

A evolução pós-freudiana da psicanálise foi profundamente marcada pela ampliação do conceito de transferência e contratransferência, destacando-se as contribuições de Melanie Klein, Betty Joseph e Paula Heimann.

O contributo de Klein para o alargamento do conceito de transferência, tendo encaminhado a psicanálise para uma nova leitura do mundo psíquico, diz respeito ao fato de considerar que a transferência tem a sua origem nos mesmos processos que determinam as relações objetais nos primórdios do desenvolvimento, processos esses que se caracterizam pelos primeiros movimentos de projeção e introjeção que se encontram ligados a emoções e angústias da criança. Desta forma, no contexto de uma análise, as fantasias inconscientes são transferidas para o analista, o que leva a situar a transferência no campo da interação e dirigida a um objeto (Klein, 1952/1991).

Neste sentido, Levy & Scala (2012) salientam que a contribuição de Klein vai ainda um passo mais adiante, na medida em que considera que o paciente poderá agir de forma a provocar no terapeuta comportamentos que são consistentes com a figura de apego que está na origem da transferência, desempenhando um papel em resposta à contratransferência evocada pelo comportamento do paciente.

Tal fato constitui um marco fundamental, pois tal como afirma Garcia (1995), a transferência não é mais um fator extrínseco à análise, tornando-se num fator intrínseco.

Na sua obra “ *O Desenvolvimento da Criança*”, quando começou a psicanalisar crianças, Klein criou uma teoria em que a utilização de brinquedos por crianças, numa situação de jogo, poderia ser considerada um equivalente à associação livre dos adultos, atribuindo-lhe, deste modo, um valor de comunicação na relação transferencial. Na sequência dos seus trabalhos com crianças, observou a existência de uma luta constante entre a necessidade de destruir os objetos e o desejo de os conservar, dando origem às fantasias inconscientes que, por sua vez, se encontram implicadas na sua relação com os objetos. Estas fantasias inconscientes estarão sempre presentes em qualquer época da vida do Homem. Neste contexto, surge o conceito de identificação projetiva enquanto mecanismo de defesa que serve para controlar partes do self que se encontram sob a influência do instinto de morte, projetando-as para dentro do objeto da relação (Klein, 1921/1996).

Posteriormente, o conceito de identificação projetiva é conotado não como um fenómeno arcaico, mas como um fenómeno comum e enriquecedor do ego, surgindo na sua dimensão de empatia, pois tal como o instinto de morte é projetado para dentro dos objetos externos, também o instinto de vida o é, transformando estes objetos em objetos idealizados (Klein, 1955/1996).

Assim, a importância das relações de objeto precoces, o conceito de fantasia inconsciente e a valorização da identificação projetiva influenciaram incisivamente a psicanálise, encaminhando-a e direcionando-a para uma psicanálise relacional.

Betty Joseph, no seu artigo “*Transference: The Total Situation*” (Joseph, 1983) afirma que a transferência deverá incluir tudo o que o paciente poderá trazer para a relação terapêutica e que o que ele traz será melhor entendido a partir da análise do que *isso* produz dentro da relação, sobretudo a forma como o paciente utiliza o analista. O entendimento da transferência passará pelo entendimento da forma como o paciente faz agir o analista. Transferência e contratransferência a par no *setting* analítico.

Para Paula Heimann a interpretação da transferência constitui-se como a verdadeira ferramenta da técnica analítica, permitindo a compreensão dos processos intrapsíquicos e interpessoais do paciente, que são vividos no hoje da relação terapêutica. No seu artigo “*On Counter-Transference*” podemos deduzir que a relação analítica se transforma numa relação de duas pessoas, ambas implicadas no processo, pois também no analista surgirão sentimentos, sendo o que está em jogo o uso que ele faz dos mesmos. Coloca-se a tónica na compreensão do inconsciente do paciente pelo inconsciente do analista na relação contratransferencial, entendida esta, de forma hipotética, como uma criação do paciente (Heimann, 1950).

Tal como anteriormente descrito, o sucessivo aprofundamento e inerente ampliação do conceito de transferência levou a transformações que abriram horizontes para o atual paradigma- o relacional.

## **O paradigma relacional**

Tanto a concepção Freudiana como a posterior concepção interpessoal, na qual se baseiam os teóricos das relações de objeto, tende a ver a transferência como uma distorção do paciente (Gelso, Palma & Bhatia, 2013).

Onde na psicanálise clássica Freudiana predominam as lembranças recalçadas e os conflitos inconscientes intrapsíquicos que têm a sua origem na não satisfação do desejo, a transferência, do ponto de vista das relações de objeto, é vista, no aqui e agora da situação analítica, como uma variação consciente e inconsciente de representações de self e objeto internalizadas ao longo da infância (Muller, 2004).

Na psicanálise relacional e intersubjetiva, a transferência é entendida como uma co construção do terapeuta e do paciente, desvalorizando o fato da transferência envolver distorção. Neste sentido, a transferência é abordada numa perspectiva totalística, não a diferenciando de outros elementos da relação terapêutica, como a relação real. Aqui, a realidade é construída (Gelso et al.,2012).

Assim, transferência e contratransferência não têm o sentido da linguagem analítica tradicional, significando na linguagem analítica intersubjetiva a totalidade da vida psíquica de ambos os participantes, consciente e inconsciente, desde o seu nascimento ao momento presente, pois é assim que é constituído o “aqui e agora” entre paciente e analista, com todo o passado, presente e futuro que habita nas suas mentes (Coderch, 2015). No pensamento psicanalítico relacional considera-se, pois, que a experiência intersubjetiva é o centro da vida psíquica.

O que se considera fundamental na psicanálise relacional é a rejeição do instintivismo redutor, e a sua premissa fundamental, ao demarcar-se da posição pulsional, é a ortogação da primazia da relação, a inter e a intrapessoal- quando o paciente conta a sua vivência com os pais não deverá servir apenas para inferirmos sobre como isso aparecerá transferencialmente, ou como será interpretado, constituindo-se como interesse para o analista a subjetividade do paciente e a forma como dialoga com os seus objetos internos e externos, e, dentro da subjetividade de ambos criar algo novo, uma nova experiência subjetiva (Sáinz & Velasco, 2004).

Na psicanálise clássica o conceito de transferência predominou como o conceito organizador central em torno do qual incidiria toda a possibilidade de mudança psíquica, mas à medida que o conhecimento avança, a transferência vai perdendo poder explicativo, pois vão surgindo outras facetas dos processos intervenientes na mudança, assentes numa bidireccionalidade que os conceitos de transferência e contratransferência tendem a recusar (Espada, 2005).

Como alternativa, surge, no paradigma da psicanálise relacional, uma nova forma de pensar estes conceitos. Os investigadores do Grupo de Boston (Stern et al., 1998; Boston group, 2002,2003, cit por Espada 2005) sugerem como foco de atenção o que designam como *conhecimento relacional implícito* que está na base das formas de estar paciente-terapeuta anteriormente denominado transferência/contratransferência, sendo o essencial deste conceito o fato de não estar nem representado simbolicamente nem recalcado e filtrado pelas defesas, estando e atuando no campo da experiência vivida a um nível intuitivo que não poderá ser formulado como conhecimento declarativo, salvo *a posteriori*.

Assim, Espada (2005) afirma que, a partir do *conhecimento relacional implícito*, e examinando a sequência passado-presente-futuro, chegamos à constelação de significações do vínculo paciente-terapeuta, que abre as vias da designada *relação implícita compartilhada*, que se define como um conhecimento implícito sobre uma relação que se construiu através do vínculo terapeuta-paciente, ainda que possa ter ressonâncias de outras relações, mais concretamente daquelas que terão deixado uma matriz pela sua natureza conflitual ou estruturante, sendo este o nível em que se transfere, vivendo-se no presente, onde passado e presente se sobrepõem.

Estes momentos de interação transformadora podem denominar-se momentos de encontro, onde analista e paciente se encontram de forma inesperada e do ponto de vista pessoal, transcendendo, desta forma, o que nos termos clássicos se denomina transferência e contratransferência, emergindo novos sentidos e significados na díade analítica que anteriormente não estavam presentes, tornando-a um sistema dinâmico e complexo (Coderch, 2015).

Esta linha de pensamento relacional, descentralizada da abordagem clássica das pulsões biológicas, foca-se, pois, na intersubjetividade que, emanando de um registo de mutualidade nos seus intervenientes, é entendida como algo instável e não estático à qual se chega através da maturação mental, oscilando entre a negação do outro como sujeito e, simultaneamente, ao reconhecimento do outro enquanto tal, tratando-se de um objeto construído na base da reciprocidade e partilha interpessoal, regulando assim, ainda que de forma assimétrica, a díade

analítica, visando criar um espaço potencial transformacional onde mudanças ocorrem em ambos os elementos do par terapêutico (Lewis, 1996).

Tal como descreve Benjamin (1995), partindo da dialética intrapsíquico- intersubjetivo, ocorre, assim, a experiência terapêutica do terceiro analítico (espaço potencial transformador), que designa o movimento no qual os indivíduos se relacionam com o self e com o outro, como sujeito e como objeto, sendo o processo de nos experienciarmos a nós mesmos, dialeticamente- como sujeito e como objeto- e o mesmo em relação ao outro, rompendo com a situação estática dos componentes da díade em que um se encontra prisioneiro das projeções do outro.

Neste ponto de vista, o sujeito aparece representado não como um conjunto de desejos biologicamente determinados, mas moldado de acordo com uma matriz relacional estabelecida com outras pessoas, onde ambas as partes tentam, por um lado, manter-se ligadas e, por outro, manter-se diferenciadas. O desejo não é entendido como colidindo com a realidade externa, mas sim entendido na relação, sendo o contexto que define o seu significado (Mitchell, 1998).

Neste sentido, Matos (2007) afirma que a interpretação da transferência ocorre na e pela nova relação, para conseqüente desenvolvimento de um estilo relacional livre e expansivo.

De acordo com Levine (2014), a forma de entender a psicanálise neste novo paradigma passa por integrá-lo no modelo arqueológico clássico, o que implica ter em linha de conta as variáveis centradas no analista, bem como as que se centram no paciente no que diz respeito à determinação do *setting* terapêutico, embora enfatize a importância dos processos intersubjetivos na possibilidade transformativa que é uma análise, pois é o que permite a criação e fortalecimento de representações psíquicas, formação de símbolos e cadeias associativas com significado, onde as interações emocionais que se desenvolvem no par analítico assumem um valor crucial. A transformação será, pois, o objeto de estudo da psicanálise contemporânea.

Aqui, tal como afirma Green (2012, cit por Levine, 2014) a contratransferência substitui o que não foi, ou não pode ser vivido, tratando-se de criar o possível.

## Conclusão

O pensamento psicanalítico desde os seus primórdios até ao presente tem passado por momentos que constituem pontos de viragem históricos na forma de entender o psiquismo humano.

Tal como descrito, o conceito de transferência, fundador da teoria e técnica psicanalítica, tem evoluído de forma a originar um pluralismo teórico e até metodológico.

O gradual alargamento e aprofundamento do conceito a partir de Freud levou, numa primeira fase, a considerar que também os pacientes psicóticos poderiam desenvolver uma relação transferencial; Depois, o alargamento do conceito levou também à possibilidade de analisar crianças; Por fim, o evoluir do entendimento da relação transferência-contratransferência conduziu a uma nova forma, mais dinâmica e interativa, de conceber a relação analítica (Dresser, 1985).

Desta forma, o desenvolvimento da teoria psicanalítica permitiu realçar a importância dos aspetos relacionais, bem como a exigência psíquica solicitada a ambos os intervenientes, analista e paciente, onde os processos transferenciais e contratransferenciais se assumem como instrumento central da pesquisa clínica (Oliveira, 2014).

Do ponto de vista epistemológico, podemos concluir que, do paradigma clássico, surge o termo epistémico “pulsão” para, no paradigma relacional/intersubjetivo se substituir pela episteme “relação”, colocando a psicanálise contemporânea no campo do subjetivo, da interação e da intersubjetividade.

Daqui decorre uma questão fundamental que vai de encontro à possibilidade de, então, a psicanálise poder estudar a subjetividade inerente ao ser humano com alguma objetividade, ou, pelo contrário, ser invadida por uma subjetividade que coloca a observação e pensamento clínico numa posição em que não se pode reivindicar um conhecimento objetivo e pragmático que a sustente, ao qual parece almejar!

Parece, pois, que um novo campo de investigação poderá surgir no horizonte, onde se operacionalizem as variáveis envolvidas no par analítico.

## Referências

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Coderch, J. (2015). Las Experiencias Terapéuticas en el Tratamiento Psicoanalítico desde la Perspectiva de la No Linealidad/Complejidad. *Temas de Psicoanálisis*, 9, 1-51.
- Dresser, I. (1985). Development of the Concepts of Transference and Countertransference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 3, 13-23.
- Ehrenreich, J. H. (1989). Transference: One concept or many? *Psychoanalytic Review*, 76, 37-65.
- Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se acede por la relación. *Intersubjetivo*, 2(7), 195-220.
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 129-143. (Edição Standard Brasileira, Vol. 12).
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 193-203. (Edição Standard Brasileira, Vol. 12).
- Garcia, M. (1995). *Análise crítica da evolução dos conceitos de transferência e contratransferência na teoria psicanalítica: de Freud a Bion*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gelso, C.; Palma, B.; Bhatia, A. (2013). Attachment Theory as a Guide to Understanding and Working With Transference and the Real Relationship in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1160-1171.
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963). *Obras completas de Melanie Klein*, Vol. 3 (4ª ed.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1952).
- Klein, M. (1991). Sobre a identificação. Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963). *Obras completas de Melanie Klein*, Vol. 3 (4ª ed.) Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1955).

- Klein, M. (1996). O desenvolvimento de uma criança. Amor Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945). *Obras completas de Melanie Klein*, Vol.1. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1921).
- Kuhn, T.S. (1989). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Levy, K.N.; Scala, J.W. (2012). Transference, Transference Interpretations, and Transference-Focused Psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 391-403.
- Levine, H. (2014). Towards a two-track model for psychoanalysis. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 34(1), 7-14.
- Luborsky, L.; Graff, H.; Pulver S.; Curtis, H. (1973). A Clinical-Quantitative Examination of Consensus on the Concept of Transference. *Psychiatry*, 29.
- Matos, C. (2007). *Vária: Existo porque Fui Amado*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mitchell, A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Muller, T. (2004). On Psychotic Transference and Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(2), 415-452.
- Oliveira, A. (2014). Uma leitura do artigo de Howard Levine, “Towards a Two-Track Model for Psychoanalysis”. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 34(1), 15-16.
- Sáinz, F.; Velasco, R. (2004). Función terapêutica del análisis desde la perspectiva del psicoanálisis relacional. *Intersubjectivo*, 1(6), 105-128.

## **ARTIGO EMPÍRICO**

### **Padrão de Transferência e Insight.**

## Resumo

**Objetivo:** A literatura psicanalítica tem considerado a psicoterapia psicodinâmica como um fator importante na melhoria dos padrões relacionais dos pacientes, sendo os estudos sobre a transferência o seu principal enfoque. Porém, poucos estudos têm medido empiricamente quer o papel do *insight* nos processos de mudança quer os padrões transferenciais. O objetivo é estudar qual a relação entre *insight* e padrão de transferência. **Método:** Foram analisadas duas pacientes em processo psicoterapêutico psicodinâmico ao longo de dois anos. A partir da audição de quatro sessões no início, 6,12,18 e 24 meses, foram identificados os padrões de transferência a partir da lista de transferência. Os eventos de insight foram avaliados com o CHAP a partir de todas as sessões existentes. **Resultados:** Não se verificou uma alteração no tipo de transferência de cada paciente após o período de maior incidência de *insight* ao longo da psicoterapia.

**Palavras-chave:** transferência, *insight*, mudança em psicoterapia

## **Abstract**

**Aim:** Psychoanalytic literature has established a close relationship between psychodynamic therapy and patient's improvement relational pattern, whereas transference work plays a central role. However, a little empirical research has studied the insight role in change process. The aim of this research is to study the relationship between insight and transference pattern. **Method:** 2 patients in psychodynamic therapy along 2 years were analyzed. By means of four audio recorded sessions at the beginning, 6,12,18 and 24 months transference pattern types were identified using LTC and insight events by CHAP. **Results:** Insight gains did not produced a change in patient's transference pattern.

**Keywords:** transference, insight, psychotherapy change

## Introdução

A análise da transferência é considerada um campo de investigação fundamental na psicanálise, assim como nas psicoterapias de orientação psicodinâmica, constituindo um meio para operar mudanças no sentido de uma maior consciência sobre a sua natureza irracional, sua origem bem como uma maior autonomia sobre as influências do passado, onde a interpretação da mesma assume um papel central nos processos de mudança (Hoglend, 2014; Allen, 2014).

Embora o termo seja recorrentemente utilizado, verifica-se que não se trata de um conceito unitário e simples, sendo o principal obstáculo à sua clarificação a profusão de conceptualizações da transferência a que se tem assistido no debate psicanalítico, onde inicialmente havia apenas uma transferência, considerou-se progressivamente vários fenómenos descritos como variáveis da transferência, abarcando transferência self/objeto, idealizadas, vínculos arcaicos, transferência borderline, transferência neurótica e psicótica (Ehrenreich, 1989).

No presente artigo, e tendo em conta os objetivos da investigação, definimos transferência através do dicionário da American Psychoanalytic Association (1990), onde a transferência é vista como “ *o deslocamento de padrões de sentimentos, pensamentos e comportamentos originalmente vividos na relação com os outros significativos na infância numa pessoa presente nas relações atuais do sujeito*”.

Na literatura psicanalítica, os estudos empíricos em torno da transferência têm incidido fundamentalmente sobre a eficácia da interpretação enquanto técnica privilegiada para produzir insight e mudança dinâmica (Hoglend, 2014).

A eficácia da psicoterapia com foco na transferência está fortemente comprovada, especialmente no que se refere aos pacientes com perturbação de personalidade borderline (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Levy et al., 2006), sendo também confirmada pelo recente estudo de Doering et al. (2010) e pelos estudos anteriores de Hoglend et al. (2006, 2008).

O *Experimental Study of Transference Work* (FEST), (Hoglend et al., 2006) comparou um grupo de pacientes que fizeram uma terapia dinâmica com uma baixa e moderada interpretação de transferência com outro grupo sem interpretação da transferência. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em termos da interpretação da transferência no resultado da terapia. Contudo, pacientes com uma baixa

qualidade de relações objetais beneficiaram mais da interpretação da transferência comparativamente ao não uso da transferência. Tais resultados apontam, de acordo com os autores, para um aumento progressivo da capacidade de *insight* ao longo da terapia.

Um estudo recente relaciona intervenção na transferência, aliança terapêutica e sua interação quando associados a perturbações de personalidade do cluster C e funcionamento interpessoal, concluindo que a interpretação da transferência em pacientes com maior dificuldade de relacionamento interpessoal pode ter um resultado mais fraco ou menor redução nas dificuldades interpessoais, especialmente nos casos de menor aliança terapêutica (Ryum, Stiles, Svartberg & McCullough, 2010).

No contexto da importância da relação terapêutica, um recente estudo investiga a relação entre padrão de transferência e aliança terapêutica durante a fase inicial de uma psicoterapia psicodinâmica, concluindo que existe uma diferença estatisticamente significativa nos padrões de relação entre os grupos de pacientes com baixa, média e elevada aliança terapêutica, onde em pacientes com padrões transferenciais desarmoniosos uma baixa aliança terapêutica é mais frequente (Samardzié & Nikolié, 2014).

Num outro estudo a transferência é abordada em termos da definição de padrões relacionais de pacientes em psicoterapia e a sua relação com as perturbações de personalidade descritas no DSM-IV, concluindo empiricamente que existe um padrão de transferência comum para tipos específicos de perturbação, verificando-se uma forte correlação entre perturbações do cluster B e uma transferência ao nível da zanga, e entre as perturbações do cluster C e uma transferência ao nível da ansiedade e preocupação (Bradley, Heim & Westen, 2005).

Os estudos que incidem sobre a eficácia de determinada psicoterapia não nos informam sobre quais os mecanismos a partir dos quais mudanças internas podem ocorrer, sendo necessária investigação empírica que se foque no potencial papel dos mecanismos intermediários envolvidos na mudança psicoterapêutica (McAleavey e Castonguay, 2014).

Em termos da ação terapêutica, o *insight* tem sido perspetivado pela psicanálise e psicoterapia psicodinâmica como desempenhando tradicionalmente um papel central enquanto fator de mudança bem como de melhoria no padrão de relacionamento interpessoal (Kivlighan, Multon, Patton, 2000; Lacewing, 2014; Timulak & McElvaney 2013; Kallestad et al., 2010; McAleavey & Castonguay, 2014;).

O objetivo da presente investigação é saber se existe uma relação entre padrão de transferência e *insight*.

## **Método**

### **Participantes**

#### **Paciente 1**

A paciente 1 tem 36 anos e é solteira. Vive sozinha e não tem filhos. Refere estar desempregada há um ano e quatro meses e ter terminado uma relação amorosa há cerca de mês e meio. No início da intervenção psicoterapêutica a paciente apresentava, maioritariamente, humor depressivo, com manifestação de tristeza, choro fácil, insónia, falta de motivação, desinteresse nas atividades diárias, comia compulsivamente e uma baixa auto estima (complexos com o seu corpo). É a mais nova de uma fratria de três irmãos. Refere que a mãe sempre teve preferência pelo irmão e o pai preferência pela irmã. Exprime alguns sentimentos de inferioridade e ciúmes em relação aos irmãos. A relação com os pais é descrita como pouco afetiva, atribuindo sobretudo à figura materna essa falta de afeto. Tende a desculpabilizar a figura paterna devido a compromissos profissionais. A paciente salienta que quem lhe deu mais carinho e atenção foi a sua ama, que viveu lá em casa até aos seus dezassete anos. Após ter terminado a licenciatura, foi trabalhar para o estrangeiro. Quando regressou a Portugal, decidiu ter um negócio próprio mas não teve sucesso. Desde então, refere ter desempenhado várias atividades profissionais.

As relações amorosas que estabeleceu durante a sua vida foram sempre um pouco atribuladas, marcadas por episódios de traição. Faz referência, essencialmente, a duas relações, tendo uma durado quinze anos e outra três anos. Apesar de reconhecer que estas não eram as relações ideais para si, afirma que estaria disposta a continuar com os companheiros tendo em conta que não “suporta estar sozinha”, denotando uma elevada dependência em relação aos outros. Durante o processo psicoterapêutico, demonstrou interesse por alguns homens, contudo escolhia sempre parceiros emocionalmente indisponíveis. A preocupação com a alimentação e com as dietas foi um tema constante ao longo das sessões. Apesar dos complexos com a imagem corporal, sentia imensa dificuldade em controlar a compulsão alimentar o que dava origem a sentimentos de culpa e inferioridade.

#### **Paciente 2**

A paciente 2 tem 57 anos, é casada e tem a 3ª classe. Filha de pai incógnito e de uma mãe com problemas de álcool, é a segunda de uma fratria de três irmãos.

Na infância cuida do irmão e assume as tarefas domésticas. Nunca se sentiu amada nem valorizada pela mãe. Com 12 anos, vem sozinha para Lisboa para cuidar de duas crianças. Aos 15 anos, vai viver para um quarto (em casa da futura sogra) e aí conhece aquele que viria a ser o seu marido. A paciente fica grávida e, sendo menor de idade, foi obrigada a casar. Fica a viver em casa da sogra, até ao término da intervenção psicoterapêutica. A sogra nunca lhe deu apoio, a relação com a mesma foi sempre difícil e conflituosa. Por não ter tido um pai, sempre fez de tudo para que os seus filhos não passassem pelo mesmo, tendo suportado muitas dificuldades que foram surgindo a nível conjugal. Viveu sempre em função dos outros, prestando sempre o seu auxílio e encarregando-se da resolução da maioria dos problemas familiares, denotando assim uma certa necessidade de controlar o meio à sua volta. Isto é visível também no espaço terapêutico, onde sente necessidade de ocupar o seu tempo a falar dos outros. No momento em que procura apoio psicológico, encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Uns meses depois, a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde veio a falecer pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa na paciente, uma vez que durante toda a vida a sogra afirmou que não gostaria de acabar a sua vida num lar de idosos. O trabalho é, e sempre foi, um meio de se refugiar dos seus problemas. Apesar do cansaço inerente à sua atividade, refere que esta é uma forma de ter “uma folga da situação diária”. As relações familiares são um pouco conflituosas, tanto com o filho como com o marido. Queixa-se de que a resolução dos problemas fica sempre a seu cargo mas, por outro lado, sente-se “vazia” quando não tem qualquer tipo de obrigação ou responsabilidade.

Aos 18 meses de terapia, interrompe a terapia devido à sua mudança para outra cidade.

#### Terapeuta

O terapeuta possui 3 anos de experiência e a sua formação é em Psicologia Clínica no ISPA. A sua experiência inclui doze anos como analisando de Grupanálise e Psicanálise, bem como formação em psicoterapia breve e de apoio, supervisionado por um analista experiente.

#### Terapia

A Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica foi conduzida na Clínica Psicológica do ISPA-IU, com uma frequência semanal. As sessões tiveram uma duração média de 50 minutos. Foram disponibilizadas 54 sessões de acompanhamento da paciente 1 (24 meses) e, 34 sessões da paciente 2 (19 meses e meio). É de notar que em ambas as pacientes ocorreram interrupções na terapia e períodos de férias. No caso da paciente 1, observamos a interrupção na terapia de um período máximo de cerca de 2 meses e meio (entre a 49ª - 50ª sessão), enquanto no caso da

paciente 2, foi de cerca de 4 meses (entre a 28<sup>a</sup> – 29<sup>a</sup> sessão). A paciente 2, por motivo de mudança de residência (outra cidade), fez *droup-out* da terapia, pelo que foram recolhidos dados até cerca de 19 meses e meio de terapia.

## **Instrumentos**

### *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*

Foi utilizado como instrumento uma tradução, realizada por Cunha (2006), da escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1997. Esta escala foi construída com o objetivo de avaliar as mudanças que ocorrem durante ou depois de uma psicoterapia ou psicanálise, comparativamente ao estado inicial do paciente. O método de avaliação consiste em entrevistas de follow-up durante ou depois de uma psicanálise ou psicoterapia. As entrevistas centram-se basicamente na experiência subjetiva dos pacientes em relação a terem ou não mudado. É também possível utilizar sessões habituais de terapia, gravadas ou anotadas num papel ou em documentos semelhantes, com o mesmo objetivo de classificar a experiência de mudança. A finalidade é avaliar em que medida o paciente se vivencia como mudado enquanto pessoa, consciente e inconscientemente, em cinco variáveis: Sintomas (S); Capacidade Adaptativa (CA); *Insight* (I); Conflitos Básicos (CB); Fatores Extra terapêuticos (FE). A definição de cada variável é acompanhada por uma lista não exaustiva, com um mínimo de doze exemplos para ajudarem o avaliador a sentir e compreender o seu significado. É de notar que um mesmo incidente pode indicar mudança em mais do que uma variável. No que se refere às qualidades psicométricas do instrumento original, verificamos que o grau de concordância entre avaliadores varia entre 0,74 a 0,81 para as quatro variáveis de mudança e a média da junção das avaliações das quatro variáveis numa variável de mudança composta, atingiu fiabilidade de 0,83 (Sandell, 1997a).

### *Lista de Transferência e Contratransferência (LTC)*

Para aceder ao padrão transferencial predominante ao longo do processo psicoterapêutico, utilizou-se a Lista de Transferência e Contratransferência (*LTC*), que compreende 34 itens que constituem sentimentos (transferidos) que dão origem a reações emocionais distintas (contratransferência). Os 34 itens resultaram de duas fontes principais, dos quais 11 foram construídos tendo como base o OPD-2 (*Operationalized Psychodynamic Diagnostics System*), (Force Task, 2008) que é um sistema de classificação e de diagnóstico

psicodinâmico multiaxial organizado em cinco eixos: (1) experiência de doença e pré-requisitos para tratamento, (2) padrões disfuncionais em relações interpessoais, (3) conflitos inconscientes, (4) estrutura e (5) perturbações mentais e psicossomáticas (Ristl & von der Tann, 2008). A principal finalidade deste instrumento é servir como guia para elaboração de um diagnóstico psicodinâmico que permita o planejamento adequado de um tratamento clínico e que possibilite avaliar mudanças em processos psicoterapêuticos (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann & Stasch, 2007). A segunda fonte foi as descrições de Transferência e Contratransferência do subcapítulo Afetos, do livro “*a primeira entrevista em psicoterapia*” de Gilliéron, (1996/2001). Houve necessidade de criar mais 4 itens, e acrescentá-los à lista inicial de 30, de forma a dar resposta à cotação interavaliadores, visto que não existiam itens que se enquadrassem naquela que era a transferência predominante em algumas das sessões avaliadas.

## **Procedimento**

Inicialmente foi feita uma pesquisa da literatura sobre transferência no sentido de identificar padrões de transferência e que deu origem à LTC descrita na seção dos instrumentos. A partir desta pesquisa foi construída uma lista onde estivessem contemplados vários tipos de transferência descritos por psicoterapeutas de orientação psicodinâmica. Os tipos de transferência foram retirados do OPD-2, Force Task (2008) e do livro “*A primeira entrevista em psicoterapia*” de Edmond Gilliéron (1996/2001), conforme consta em anexo (Anexo A). De seguida, procedeu-se a uma fase de treino para a utilização da lista, recorrendo a sessões transcritas da obra de Merton Gill e Irwin Hoffman “*Analysis of Transference- Vol. II*” (1982/1989), obtendo um grau de concordância interavaliador de  $r = 0,88$  (Anexo B). Neste treino foram analisadas 9 sessões, cada uma correspondendo a pacientes diferentes. O método de análise destas sessões foi de acordo com o método de análise da transferência proposto pelo autor. Segundo o mesmo, a transferência deverá ser analisada a partir de dois processos fundamentais- por identificação, que designa o que o paciente pensa que o terapeuta pensa ou sente em relação a ele; e por deslocamento, que traduz o recurso do paciente a outras pessoas para não consciencializar o que sente em relação ao terapeuta ou *setting* analítico (Gill, 1982/1995). Deste treino, resultou o acréscimo de três tipos de transferência que não se encontravam contemplados na lista inicial.

Posto isto, deu-se início à audição das sessões gravadas das pacientes participantes no estudo de forma aleatória, isto é, não cronológica, garantindo assim a imparcialidade na avaliação da transferência.

Para a paciente 1, no primeiro, segundo, terceiro e quarto momento de avaliação, correspondendo a 0, 6, 12 e 18 meses respectivamente, foram analisadas 4 sessões por período de avaliação. No quinto momento de avaliação, que corresponde aos 24 meses, foram analisadas 3 sessões.

Para a paciente 2, no primeiro e no segundo momento de avaliação foram analisadas 4 sessões por período de avaliação, correspondendo a 0 e 6 meses respectivamente, no terceiro momento (12 meses) foram analisadas 2 sessões e no quarto momento de avaliação (18 meses) foram analisadas 4 sessões.

A fase seguinte consistiu em ordenar as sessões e respectiva cotação da transferência, e sua descrição, de acordo com a sua chave cronológica para a paciente 1 (Anexo C) e paciente 2 (Anexo D). De seguida, para obter uma visão do que predomina em termos transferenciais para cada período de avaliação, foi elaborada uma tabela com a frequência absoluta do tipo de transferência (Anexo E), dando origem à variação obtida do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico para ambas as participantes (Anexo F).

Os dados do *CHAP* utilizados no estudo foram cotados por Norte (2014) que numa primeira etapa procedeu a um estudo aprofundado do instrumento visando a sua familiarização e aplicação, seguindo-se uma fase de treino para a correta identificação dos incidentes de mudança de acordo com as cinco variáveis da *CHAP*: Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos e Fatores Extra terapêuticos, com o intuito de proporcionar um maior entendimento dos mesmos e preparação para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico. Os dados aplicados no treino do instrumento correspondem a 3 anos e 8 meses de uma paciente em Psicanálise. Os dados são constituídos por notas de 384 sessões escritas em discurso direto. O treino do instrumento foi efetuado por Norte (2014) por comparação com os resultados de Sá (2008).

Procederam então à identificação dos incidentes de mudança das primeiras 100 sessões. Posteriormente, a partir da sessão 101, analisaram uma em cada três sessões tendo como objetivo efetuar o levantamento dos incidentes de mudança das 384 sessões. O rompimento com o esquema cronológico pretendeu garantir uma atenção redobrada na busca de incidentes de mudança, realizando-se a sua identificação de uma forma mais fina e rigorosa. A etapa seguinte correspondeu à avaliação da quantidade de mudança para a totalidade dos incidentes de mudança, onde foi obtido um grau de concordância interavaliadores relativamente às quatro

variáveis: *Insight* (95.91%); Capacidade Adaptativa (95.39%); Conflitos Básicos (92.22%); Sintomas (86.04%). A média da concordância das avaliações das quatro variáveis numa variável composta, atingiu fiabilidade de 92.39. Porém, não foi obtida concordância interavaliadores na avaliação da quantidade de mudança: *Insight* (46.04%); Capacidade Adaptativa (42.17%); Conflitos Básicos (38.63%), Sintomas (43.83%).

Depois da fase de treino, foram analisadas as sessões áudio das duas pacientes do presente estudo (paciente 1 e paciente 2), recorrendo então ao *CHAP*. A cotação do *CHAP* foi efetuada por Norte (2014). Os dados usados no estudo foram 54 sessões áudio que correspondem a 24 meses de terapia da paciente 1 (Anexo G), 34 sessões áudio que correspondem a 18 meses na paciente 2 (Anexo H), procedendo à audição de uma em cada três sessões e ao respetivo levantamento dos incidentes de mudança. O rompimento com o esquema cronológico pretendeu garantir uma atenção redobrada na busca de incidentes.

## **Resultados**

### Paciente 1

#### *Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo*

A figura 1 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 24 meses de psicoterapia.

Os dados mostram que, foi no primeiro ano de terapia (Junho de 2010 a Junho de 2011) que surgiu uma maior quantidade de incidentes para todas as variáveis. Analisando de uma forma mais detalhada, temos que desde o início da psicoterapia, as variáveis Capacidade Adaptativa e Conflitos Básicos apresentam um número substancial de incidentes até ao final do primeiro ano. Contudo no início do segundo ano (Junho de 2011) a variável *Insight* destaca-se com um aumento exponencial na quantidade de incidentes, sendo esta a variável que se distingue no início do segundo ano.

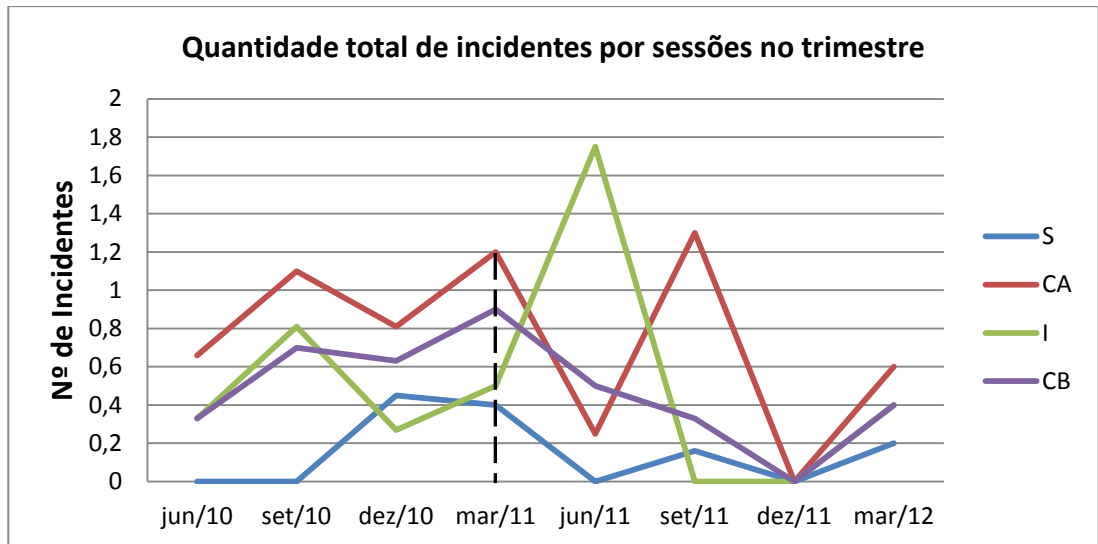


Figura 1 - Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos) por sessões no trimestre (Anexo G)

#### *Variação do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico*

A tabela 1 representa a variação transferencial da paciente 1. No início do processo terapêutico a paciente apresentava uma transferência dependente, muito apegada ou exigente (25), solicitando ao terapeuta que este desempenhe o papel de uma figura cuidadora, fantasiando ter esse modelo relacional presente. Aos 6 meses não se verificou predomínio de um único processo transferencial, apresentando, nesta altura, sentimentos inconscientes de culpabilidade dos neuróticos (13), emergindo no conteúdo das verbalizações a culpa associada à possibilidade de satisfação dos desejos entendidos como algo passível de censura; rivalidade fraterna (34), na medida em que procura que o terapeuta legitime que tem razão ao sentir-se preterida na fratria; sentimentos de culpa (14), a paciente relaciona-se com o terapeuta esperando que este a desculpe; sente-se desinteressante e não admirada (30), fantasiando querer ser especial na relação com o terapeuta. Aos 12 e aos 18 meses de terapia, volta a existir a prevalência de um único processo transferencial, aos 12 meses sente-se desinteressante e não reconhecida (30), esperando que o terapeuta assegure um lugar efetivo e seguro que a valorize na relação terapêutica. Aos 18 meses o processo transferencial predominante é a angústia de castração, esperando que o terapeuta a reforce de forma positiva, encorajando-a. Aos 24 meses volta a não existir prevalência de um único processo transferencial sobressaindo nesta fase a rivalidade fraterna (34), sentimentos inconscientes de culpabilidade neurótica (13), sentindo-se desinteressante e não reconhecida (30).

Esta paciente sente-se desinteressante e não reconhecida (30), sendo este o processo transferencial que descreve o padrão transferencial predominante em todo o seu processo terapêutico.

Início	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Dependente	Culpa neurótica	Não reconhecido	Angústia de castração	Rivalidade fraterna
-	Rivalidade fraterna	-	-	Culpa neurótica
-	Culpa	-	-	Não reconhecido
-	Não reconhecido	-	-	-

Tabela 1 - Variação do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico.

## Paciente 2

### *Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo*

A figura 2 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 19 meses e meio de psicoterapia. Os dados ilustram que, foi no primeiro ano de terapia (Maio de 2010 a Fevereiro de 2011) que existiu uma maior quantidade de incidentes para todas as variáveis, os Conflitos Básicos foram os mais cotados, seguidos da Capacidade Adaptativa.

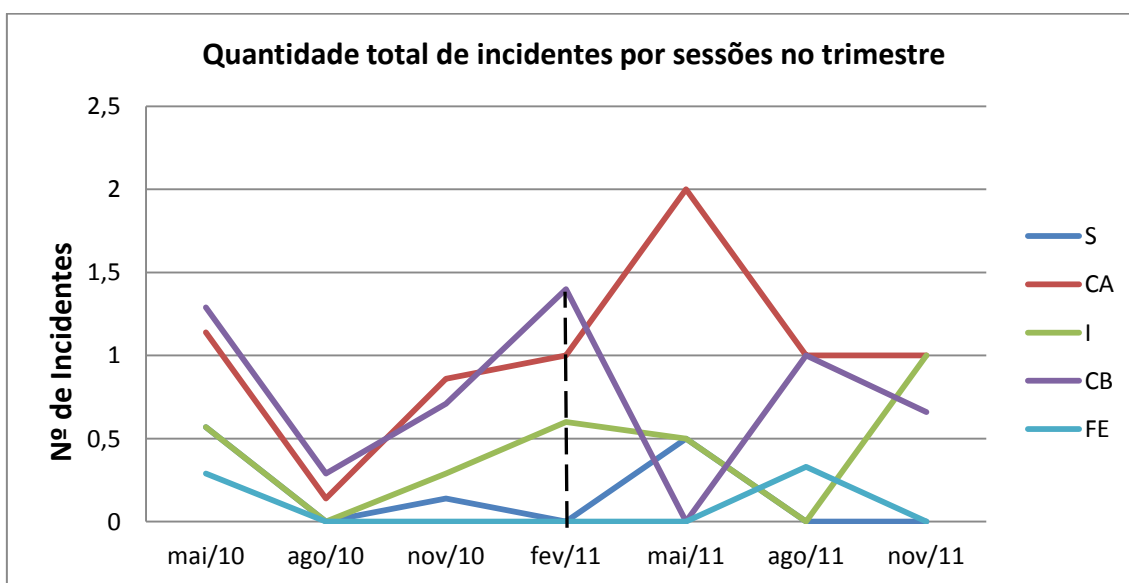


Figura 2 – Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos) por sessões no trimestre (Anexo H).

### *Variação do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico*

A tabela 2 representa a variação transferencial da paciente 2. No início do processo terapêutico a paciente não apresenta um único processo transferencial, neste período os processos predominantes são o não reconhecimento (30), esperando uma atitude de valorização do terapeuta, e a racionalização (20), enquanto mecanismo de defesa para manter o terapeuta afastado e não contatar com partes dolorosas do seu mundo interno. Aos 6 meses verifica-se o predomínio de um único processo transferencial, a racionalização (20). Aos 12 meses repete o processo transferencial apresentado no início do processo terapêutico, e aos 18 meses repete o processo transferencial que apresentava aos 6 meses de terapia.

O processo transferencial racionalização (20) é o que descreve o padrão transferencial predominante em todo o processo terapêutico da paciente 2.

<b>Início</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>18 meses</b>
Não reconhecido	Racionalização	Não reconhecido	Racionalização
Racionalização	-	Racionalização	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Tabela 2 - Variação do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico.

## Discussão

O objetivo da presente investigação foi saber se existe uma relação entre padrão de transferência e *insight*.

No caso da paciente 1, através dos resultados obtidos no CHAP, consideramos que o maior período de *insight* corresponde à fase da terapia dos 12 meses. Relacionando estes dados com os dados obtidos através da LTC, o que se verifica em termos do padrão transferencial da paciente é que o mesmo se mantém tanto antes como depois da fase de maior número de incidentes mudanças de *insight*, o que nos permite pensar que, neste caso em particular, não existe relação entre padrão transferencial e *insight*, mesmo tendo ocorrido um *insight* dirigido a um conflito básico da paciente neste período ao qual se reporta a análise dos resultados.

No que diz respeito à paciente 2, no CHAP, a ocorrência de *insight* permaneceu sempre em valores bastante baixos, o que levou a considerar, para fins comparativos em relação à variável em estudo - padrão transferencial – o período em que ocorreu uma maior quantidade de incidentes relativos aos conflitos básicos, correspondendo ao primeiro ano de terapia. Assim, estabelecendo um paralelismo entre estes dados e os obtidos na LTC, a paciente manteve o mesmo padrão de transferência antes e depois da fase de maior número de incidentes de conflitos básicos, o que nos permite afirmar que também na paciente 2 não se verifica uma relação entre padrão transferencial e *insight*.

Os resultados obtidos nesta investigação são congruentes com um estudo preconizado por Gelso, Kivlighan, Wine, Jones & Friedman (1997), que relacionaram *insight* e transferência enquanto preditores de melhoria no funcionamento interpessoal, concluindo que tanto o *insight* cognitivo como o *insight* emocional não estavam significativamente associados com o resultado terapêutico, embora tenha sido constatada uma interação significativa entre um nível elevado de transferência e ocorrência de *insight* emocional.

Num outro estudo foram avaliados 25 pacientes numa terapia psicanalítica em 12 sessões não estruturadas, incluindo sessões de interpretação de sonhos e interpretação de transferência, tendo o *insight* sido definido como um entendimento de algo sobre si mesmo bem como a habilidade do paciente articular padrões ou razões para determinado comportamento, pensamento ou sentimento. Os resultados demonstraram melhorias em termos de sintomatologia e funcionamento interpessoal, no entanto, não se verificou uma correlação entre *insight* e as mudanças ocorridas (Diemer, Lobell, Vivino & Hill, 1996).

Estes resultados vão igualmente ao encontro do que tem sido descrito na literatura psicanalítica, que considera que a transferência se encontra ancorada num registo tenaz e persistente ao longo do tempo, pois engloba conflitos não resolvidos com os outros significativos, tendo a sua origem na infância (Gelso, Palma & Bhatia, 2013).

Também Levy e Scala (2012) num estudo sobre a interpretação da transferência perspetivam a transferência como dinamicamente enraizada não envolvendo apenas processos cognitivos, depreendendo-se daqui que transformações a este nível não é tarefa fácil.

Já Freud no seu texto “*A Dinâmica da Transferência*” (1912) refere que o indivíduo, ainda que de forma não intencional, tende a repetir as vivências dos objetos amorosos ao longo da vida, devendo-se esta repetição tanto a disposições congénitas como a experiências afetivas na primeira infância, altura em que foram moldadas primitivas formas de satisfação das pulsões. Assim, para se entender a razão pela qual os objetos se repetem será necessário pensar na questão da satisfação libidinal, e como tudo o que é da ordem do inconsciente insiste, aquilo que no campo pulsional não foi satisfeito e ficou recalcado tende a retornar e exigir satisfação, sendo, pois, esperado que o paciente no *setting* analítico vá buscar a gratificação não promovida no passado para tentar resolver as suas necessidades afetivas insatisfeitas.

De acordo com Gabbard e Westen (2003) a mudança estrutural é uma questão de etapas e depende de vários fatores. Neste sentido, Blum (1992) terá sugerido que o *insight* relativo a conflitos inconscientes, sendo fundamental em psicanálise, não é suficiente. Mais do que interpretar o terapeuta também deverá estabelecer padrões, conexões e sequências.

Como limitação do estudo aponto precisamente o fato de não ter sido levado em conta uma análise qualitativa sobre as intervenções do terapeuta que permitisse discernir sobre a natureza e extensão da intervenção aquando ocorrência de *insight*. Outra limitação diz respeito ao fato de não ter sido inferido se os incidentes de *insight* estavam associados à natureza transferencial das relações, pois estes são considerados os mais ricos afetivamente e os que levam ao reconhecimento de padrões e ligações (Timulak & McElvaney, 2013).

Assim, é necessária mais investigação empírica que contemple as variáveis acima descritas para futuros desenvolvimentos sobre a relação entre padrão transferencial e *insight*.

## Referências

- Allen, J. (2014). Transference in Plain Old Therapy. *Psychiatry*, 77(1).
- Bradley, R., Heim, A., Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- Blum, H. (1992). Psychic Change: The analytic Relationship(s) and Agents of Change. *International Journal of Psychoanalysis*, 73(2).
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy of Borderline Personality: Focusing on Object relations*. Washington: American Psychiatric Pres.
- Cunha, A. (2006) Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary.
- Diemer, R.A., Lobell, L., Vivino, K.&Hill, E. (1996). Comparison of dream interpretation, event interpretation, and unstructured sessions in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 99-112.
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, P. (2010). Transference-Focused Psychotherapy vs. Treatment by Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395.
- Ehrenreich, J. (1989). Transference: One Concept or Many?. *Psychoanalytic Review*, 76 (1).
- Force, O. T. (Ed.). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of diagnoses and treatment planning*.
- Freud, S. (1912a). A Dinâmica da Transferência. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 129-143. (Edição Standard Brasileira, Vol.XII).
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking Therapeutic Action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 873-841.
- Gelso, C.J., Kivlighan, D.M., Wine, B., Jones, A. & Friedman, S.C. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 209-217.
- Gill, M., (1982/1995). *Analysis of transference. Vol. I Theory and Technique*. 8<sup>th</sup> Edition. International University Press.

- Gill, M., & Hoffman, I., (1982/1989). *Analysis of transference. Vol. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. 5<sup>th</sup> Edition. International University Press.
- Gilliéron, E. (1996/2001). *A primeira entrevista em psicoterapia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hoglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K. P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experimental Study of Transference Interpretations. *American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1739-1746.
- Hoglend, P., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., Johansson, P. (2008). Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *The American Journal of Psychiatry*, *165*(6), 763–771.
- Hoglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K. P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experimental Study of Transference Interpretations. *American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1739-1746.
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Hoglend, P., Stiles, T. (2010). *The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders*. *Psychotherapy Research*, *20*(5), 526-534.
- Kivlighan, D., Multon, K., Patton, M. (2000). Insight and Symptom Reduction in Time-Limited Psychoanalytic Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *47* (1), 50-58.
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy, Insight, and Therapeutic Action. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *21*, 154-171.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change In Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy, *74*(6), 1027-1040.
- Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, Transference Interpretations, and Transference-Focused Psychotherapies. *Psychotherapy*, *49*(3), 391-403.
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). Insight as a Common and Specific Impact of Psychotherapy: Therapist-Reported Exploratory, Directive, and Common Factor Interventions. *Psychotherapy*, *51*(2), 283-294.
- Moore, B., Fine, B. (1990). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. New Haven: Yale University Press.

- Norte, P. (2014). *Avaliação de Processos de Mudança em Psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work: The therapeutic alliance and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 442–453.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sandell, R. (1997). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) - manual and commentary*. Stockholm Karolinska Institute.
- Samardzie, L., Nikolić, G. (2014). Transference patterns and working alliance during the early phase of psychodynamic psychotherapy. *Vojnosanit Pregl*, 71(2), 175-182.
- Tavares, J. (2012). *Personalidade e Padrões de Mudança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Timulak, L., & McElvaney, R. (2013). Qualitative Meta-Analysis of Insight Events in Psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131-150.

## **ANEXOS**

**Anexo A** – Lista de Transferência e Contratransferência, construída com base no OPD-2, Force Task, (2008), Gilliéron E.,(1996/2001).

<b>Transferência (paciente)</b>	<b>Contratransferência (terapeuta)</b>
<b>Itens 1 – 19 construídos com base em Gilliéron E., (1996/2001)</b>	
1. Sentimento de vergonha inconsciente	Sentimento de reprovação em relação ao paciente sem razão aparente
2. Procura inconsciente de manipulação através dos afetos	Sentimento de irritação
3. Ansiedade ligada a perturbações de identidade	Sente um mal-estar inexplicável
4. Formações reativas associadas a demasiada delicadeza	Deteta impulsos sádicos
5. Identificação projetiva (sofre de uma ferida que nunca conseguiu enfrentar)	Experimenta um profundo sofrimento
6. Angústia de separação	Nostalgia
7. Angústia de castração	Vontade de demonstrar algo
8. Abandono efetivo na infância	Comiseração
9. Angústia de penetração homossexual	Racionalização
10. Recusa da luta ativa (inércia)	Desencorajamento
11. Defesa contra uma grande desorganização	Humor (vontade de gracejar)
12. Teatralismo (homens que nunca são levados a sério)	Compaixão divertida
13. Sentimentos inconscientes de culpabilidade dos neuróticos	Desconfiança
14. Sentimentos de culpa (necessidade de desculpar os outros culpabilizando-se sempre)	Sentimentos de piedade, extremo cuidado, impulsos agressivos
15. Desconfiança paranóica	Vontade de argumentar ou contradizer o outro
16. Melancolia	Vontade de tratar esse sintoma considerado inadequado
17. Perturbações funcionais	Irritação
18. Perturbações de conversão	Curiosidade
19. Perturbações obsessivas	Impaciência
<b>Itens 20 – 30 construídos com base no OPD-2, Force Task, (2008)</b>	
20. Racionalização/ sentimentos encobertos por serem factuais	Desinteresse, tédio e irritação
21. Dependência (Subordinação aos outros significativos)	Sentimentos de preocupação e responsabilidade misturados com desejos excessivos de proximidade.
22. Independência emocional e existencial exagerada	Sentimento de pouca responsabilidade, pouca necessidade de cuidar e proteger, preocupação contra os desejos de dependência.
23. Submissão passiva – agressiva	Sentimentos agressivos latentes/ raiva que leva à irritação
24. Agressividade desafiante (esforço constante de dominar através da agressividade).	A agressividade é sentida como manifesta
25. Dependentes, muito apegados ou	Sentimentos de controlo, apego, chantagem,

exigentes	preocupação ou desamparo
26. Altruísmo (atitude base)	Tristeza, anseio de ser entendido
27. Idealização (admiração idealizada)	Necessidade de suporte ou de rebaixar o outro
28. Desvalorização (questionamento constante do terapeuta)	Impulso de se justificar, aborrecimento ou necessidade de rebaixar o paciente
29. Negação e repressão dos sentimentos de culpa (atribuição da culpa aos outros)	Impulso de confrontação e de fazer juízos morais, sentimentos de culpa
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado, sexualmente não atrativo	Sentimentos de atração alternados com repulsa
<b>Itens 31- 34 foram acrescentados pelos avaliadores, pelo facto de não existir na lista nenhum item, que se aplique à sessão analisada.</b>	
31. Submissão (omnisciência do terapeuta)	
32. Medo/Fantasia de abandono	
33. Ansiedade persecutória (sufocado /sufocador)	
34. Rivalidade Fraternal	

**Anexo B** – Tabela de Grau de Concordância interavaliadores construída com base na análise das sessões do livro "Analysis of Transference" Volume II de Gill e Hoffman (1982/1989).

Paciente	Sessão	Classificação	Classificação	Concordância
		Tipo de Transferência Paula Pires	Tipo de Transferência Susana Loureiro	
<b>A</b>	143	14	14	1
<b>B</b>	119	13	13	1
<b>C</b>	95	23	23	1
<b>D</b>	69	21	21	1
<b>E</b>	93	31	23	0
<b>F</b>	147	30	30	1
<b>G</b>	28	25	25	1
<b>H</b>	19	32	32	1
<b>I</b>	111	33	33	1

**Legenda:**

0- Não Concordância

1- Concordância

**Nível de concordância:**  $8/9 \times 100 = 88,88\%$

## Anexo C – Cotação das Sessões Paciente 1

<b>Transferência</b>	<b>Momento de Avaliação</b>	<b>Sessão</b>	<b>Descrição da Transferência</b>
25. Dependente muito apegada e exigente.	Início	1ª	<p>Análise da transferência é feita a partir da descrição da dinâmica relacional infantil com as figuras parentais e cuidadoras.</p> <p>“Sou muito carente a nível emocional”; “Preciso muito de contato, beijinho, abracinho... não suporto estar sozinha, odeio estar sozinha, sinto imensa falta de contacto físico”; “tive uma ama que me mimou muito”; “os meus pais punham-me numa redoma, era a princesinha”; “Sempre foi protegida numa redoma”; “Nas relações amorosas preciso imenso de atenção”.</p>
25. Dependente muito apegada e exigente.	Início	2ª	<p>Análise da transferência é feita a partir da descrição da dinâmica relacional infantil com as figuras parentais e cuidadoras.</p> <p>“Sempre tive muita atenção”; ”Tive tanto mimo e gosto de ser mimada”; ”Quero ser sempre o centro das atenções, se for preciso vou para o lado da sedução para ter essa atenção”</p>
25. Dependente muito apegada e exigente.	Início	3ª	<p>Análise da transferência é feita a partir da descrição da dinâmica relacional estabelecida nas suas anteriores relações.</p> <p>“Eu faço depender a minha felicidade sempre de uma pessoa exterior a mim”; “eu nunca estive sozinha...”</p>
8. Abandono efectivo na infância	Início	4ª	<p>Análise da transferência é feita a partir da descrição da dinâmica relacional infantil com as figuras parentais.</p> <p>“Mas havia alturas em que me sentia tristíssima, quando os meus irmãos iam sair com os meus pais e eu ficava com a M.”.</p>
13. Sentimentos inconscientes de culpabilidade dos neuróticos	6 meses	19ª	<p>A sessão é pautada por uma dinâmica relacional que se caracteriza por uma labilidade e superficialidade dos afetos, na descrição dos factos e na reação perante as interpretações do terapeuta. Surge a questão do desejo associado à culpa:</p> <p>“Não consigo deixar de comer, como como um animal e sinto-me gorda, e sinto-me mal”. (ri-se).</p>

34.Rivalidade fraterna	6 meses	20 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é feita a partir de verbalizações contínuas que remetem para a relação na fratria, onde a paciente se sentia numa disputa. Espera que o terapeuta legitime que, de facto, tinha de lutar pelo seu “lugar”.</p> <p>“Irrita-me que os meus pais nunca cobram nada à minha irmã”; ”a minha irmã é – venha tudo a mim!”; ”Não sei como é que os meus irmãos podem ser tão egoístas”; “ela está preocupada porque vai perder as mordomias”.</p>
14.Sentimentos culpa	6 meses	21 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é efetuada de acordo com o arrependimento e responsabilidade assumidos em relação às escolhas que fez ao longo da vida, às quais atribui o seu mal-estar.</p> <p>“Eu sou responsável de tudo o que me aconteceu... os homens que escolhi...eu tomei todas as decisões erradas, no trabalho, nos homens...”.</p>
30.Sente-se desinteressante, não reconhecido	6 meses	22 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é efetuada de acordo com as descrições que faz da dinâmica interpessoal estabelecida e o sentimento de reconhecimento/preferência relativo a uma pessoa ou situação.</p> <p>“Eu fazia rítmica de competição e o prazer de ser escolhida..., nunca mais me senti assim”; “...como eu acho que não sou suficientemente boa, nem tento...”</p>
30.Sente-se desinteressante, não reconhecida	12 meses	38 <sup>a</sup>	<p>Transferência analisada à luz das descrições que faz da dinâmica relacional que mantém com os outros significativos, afirmando:</p> <p>“Senti-me trocada mas não quero dar uma de despeitada”; “Considerava-me uma rejeitada, uma outsider”; “era enganada pelo meu pai”.</p>
13.Sentimentos inconscientes de culpabilidade dos neuróticos	12 meses	39 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência à luz do ato compulsivo de comer, relacionando desejo e prazer com culpa e punição.</p> <p>“Como como um animal”; “porque que é que eu me puno tanto ao comer”; “uma coisa que me faz sentir tão bem e depois algo para me fazer mal”.</p>

14.Sentimentos de culpa	de 12 meses	40 <sup>a</sup>	Análise da transferência é efetuada de acordo com o arrependimento e responsabilidade assumidos em relação às escolhas que fez ao longo da vida, às quais atribuiu o seu mal-estar.  “...culpa por ter engordado, culpa por fazer comida em casa que engorda”; “Se eu encontrasse o R. gorda como estou dizia que estava grávida”.
30.Sente-se desinteressante, não reconhecido.	12 meses	41 <sup>o</sup>	Análise da transferência é efetuada de acordo com as descrições que faz da dinâmica relacional que mantém com os outros significativos.  “Eu nunca vou ter três filhos, dois é pouco, mas três é mau porque eu era a terceira e ficava sempre de fora”; “sentia-me de parte em relação aos meus irmãos”.
7.Angústia castração.	de 18 meses	46 <sup>a</sup>	Análise da transferência é feita a partir das descrições que faz sobre a limitação que sente em avançar e progredir de forma satisfatória na vida. Espera que o terapeuta, a reforce positivamente de forma a sentir-se com “força” para avançar com a sua vida.  “Estou muito insatisfeita com a minha vida..., trabalho, sentimental..., não sei o que é que devo fazer para alterar isto”.
30.Sente-se desinteressante, não reconhecido	18 meses	47 <sup>a</sup>	Transferência analisada de acordo com as descrições que faz da dinâmica relacional que mantém com os outros significativos.  “...toda a minha vida foi posta sempre de parte...”
7.Angústia castração	de 18 meses	48 <sup>a</sup>	Análise da transferência é feita a partir das descrições que faz acerca dos sintomas. Espera do terapeuta uma atitude de reforço positivo que a faça sentir potente para avançar na vida.  “Ando cansada, triste, sem dinheiro”; ”quero dançar e não tenho forças”; “Gostava de viver, gostava da vida”; ”Estou cansada, triste e não estou contente com nada”; ”estou sem forças, estou muito cansada, não sou capaz”; ”fracasso em tudo, casamentos, trabalho, tango”.
7.Angústia castração	de 18 meses	49 <sup>a</sup>	Análise da transferência a partir das descrições que faz acerca dos sintomas. Espera do terapeuta uma atitude de reforço positivo que a faça sentir potente para avançar na vida.

“Não tenho forças nenhuma”; “Inscrevi-me no ginásio e não vou ter forças para ir”; “O que era prazer agora é foco de tensão”; “sinto-me impotente, que faço tudo mal, não consigo”; “Ocupam o meu lugar, perco o meu lugar”.

34.Rivalidade Fraternal	24 meses	54 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é feita através da descrição da dinâmica relacional com os outros significativos. A tônica da sessão assenta sobre o afeto e competição na fratria. Conta:</p> <p>“os meus pais esbanjam euros com a minha irmã, que não sabe gerir”; “parva da minha irmã não faz nada pela minha mãe e ela faz tudo por ela”; “em relação ao meu irmão é o filhinho querido dela. Às vezes era flagrante!”; “então as filhas não importam?”</p>
13.Sentimentos inconscientes de culpabilidade dos neuróticos	24 meses	55 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é feita à luz do ato compulsivo de comer relacionado com a culpa.</p> <p>“Não conseguia comer, pedi desculpa e depois fiz-me de comer”. “...fiquei incomodada comigo”.</p>
30.Sente-se desinteressante, não reconhecido	24 meses	56 <sup>a</sup>	<p>Análise da transferência é feita através da descrição da dinâmica interrelacional estabelecida.</p> <p>“...fiquei lixada está outra gaja na jogada...fiquei mesmo fula”; “...este gajo está a sofrer de amores, apaixonado por outras”.</p>

## Anexo D – Cotação das Sessões Paciente 2

<b>Transferência</b>	<b>Momento de Avaliação</b>	<b>Sessão</b>	<b>Descrição da Transferência</b>
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado	Início	1 <sup>a</sup>	<p>Representação de si transferencialmente analisada a partir das descrições que faz da dinâmica relacional construída na infância, esperando que o terapeuta a valorize.</p> <p>“A minha mãe nunca fez o reconhecimento do meu trabalho”; “Sempre quis agradar à minha mãe e meu irmão”; “Sinto que quero fazer sempre tudo bem”; “Dou logo os meus trabalhos, não espero que me peçam, ofereço-me logo às situações, gosto de ser prestável”</p>
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado	Início	2 <sup>a</sup>	<p>A transferência é entendida à luz das descrições que a paciente faz das relações mantidas com os outros significativos. Este sentimento de não reconhecimento da parte dos outros leva a paciente a uma busca constante de aprovação tentando agradar o outro. Leva o terapeuta a elogiar os seus conhecimentos de costura.</p> <p>“De tão perfeito que eu fazia os vestidos aos 9/10 anos as pessoas nem acreditavam que era eu que fazia”; “os vestidos de Carnaval era sempre minha ideia”; “a minha sogra sempre achou que eu não seria uma boa mulher para o filho, foi no que ela se enganou”; “sempre fiz o que a minha mãe me pediu”</p>
20. Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	Início	3 <sup>a</sup>	<p>Descrição de realidades e vivências emocionalmente dolorosas sem ressonância afetiva, enquadrando a experiência com descrições factuais e quotidianas.</p>

20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	Início	4 <sup>a</sup>	Descrição de realidades e vivências com descrições fatuais e quotidianas.
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	6 meses	16 <sup>a</sup>	Descrição de realidades e vivências emocionalmente dolorosas sem ressonância afetiva, enquadrando a experiência com descrições fatuais e quotidianas.
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado	6 meses	17 <sup>a</sup>	A transferência é entendida à luz das descrições que a paciente faz das relações mantidas com os outros significativos.  “...podes dar-me (marido) um bocadinho mais de valor quando eu te digo que tenho que ir à rua..., não preciso que me andes a agradecer todos os dias aquilo que faço...”; “
8. Abandono efetivo na infância	6 meses	18 <sup>a</sup>	Análise da transferência a partir da descrição que a paciente faz de si que é constante ao longo da sessão, sendo o elemento central das associações livres. Procura um espaço onde a sua existência possa ser reconhecida e tida em conta. Descreve vitórias conseguidas através da afirmação de si, levando o terapeuta a dar-lhe os parabéns três vezes.  “tenho de ficar sempre presa e preocupada”; “parece que não tenho o direito de ser feliz e viver em sossego”; “tenho de ter sempre qualquer coisa que não me deixa em paz”; “tenho de olhar mais para mim”
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	6 meses	19 <sup>a</sup>	Descrição de realidades e vivências emocionalmente dolorosas sem ressonância afetiva, com descrições fatuais e quotidianas.
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado	12 meses	27 <sup>a</sup>	Representação de si que na relação transferencial com o terapeuta consiste numa busca de aprovação e valorização. Descreve as suas

			<p>habilidades na alta-costura e como os padrões se sentem encantados.</p> <p>“Sinto-me carregada como uma burra e não entendo porque não peço ajuda”; “toda a gente me pede para tratar de coisas que não são minhas”; “fico bem quando me ligam e dizem que está bonito”</p>
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	12 meses	28 <sup>a</sup>	Descrição de realidades e vivências de forma factual e quotidiana.
30. Sente-se desinteressante, não reconhecido e não admirado	18 meses	31 <sup>a</sup>	<p>Representação de si descrita através da dinâmica relacional que mantém com os outros.</p> <p>“fico constrangida e sinto vergonha de pedir às pessoas que me devem dinheiro do meu trabalho”; “eu é que tenho de tratar das coisas todas, eu é que tenho de resolver tudo, habituo os outros a eu fazer tudo”.</p>
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	18 meses	32 <sup>a</sup>	O traço saliente da sessão consiste em descrições de questões práticas e fatuais relativas à mudança de casa. Quando emergem angústias de separação do filho e envolvimento do meio social, a paciente resvala para o lado prático inerente à mudança.
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	18 meses	33 <sup>a</sup>	O traço saliente da sessão consiste em descrições de questões práticas e fatuais relativas à mudança de casa. Durante a sessão quando emergem angústias de separação em relação ao filho, a paciente “agarra-se” ao lado factual relativo à mudança de cidade e de casa.
20.Racionalização/sentimentos encobertos por serem factuais	18 meses	34 <sup>a</sup>	O que emerge na sessão são descrições de questões práticas e fatuais relativas à mudança de cidade e de casa.

**Anexo E – Frequência absoluta da transferência (Pacientes 1 e 2)**

Paciente 1

<b>Início</b>	<b>6 Meses</b>	<b>12 Meses</b>	<b>18 Meses</b>	<b>24 Meses</b>
Dependente	Culpa neurótica	Não reconhecido	Angústia de castração	Rivalidade fraterna
Dependente	Rivalidade fraterna	Culpa neurótica	Não reconhecido	Culpa neurótica
Dependente	Culpa	Culpa	Angústia de castração	Não reconhecido
Abandono na infância	Não reconhecido	Não reconhecido	Angústia de castração	-

Paciente 2

<b>Início</b>	<b>6 Meses</b>	<b>12 Meses</b>	<b>18 Meses</b>
Não reconhecido	Racionalização	Não reconhecido	Não reconhecido
Não reconhecido	Não reconhecido	Racionalização	Racionalização
Racionalização	Abandono na infância	Racionalização	Racionalização
Racionalização	Racionalização	Racionalização	Racionalização

**Anexo F – Variação do padrão transferencial ao longo do processo terapêutico**

(Pacientes 1 e 2)

Paciente 1

---

<b>Início</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>18 meses</b>	<b>24 meses</b>
Dependente	Culpa neurótica	Não reconhecido	Angústia de castração	Rivalidade fraterna
-	Rivalidade fraterna	-	-	Culpa neurótica
-	Culpa	-	-	Não reconhecido
-	Não reconhecido	-	-	-

---

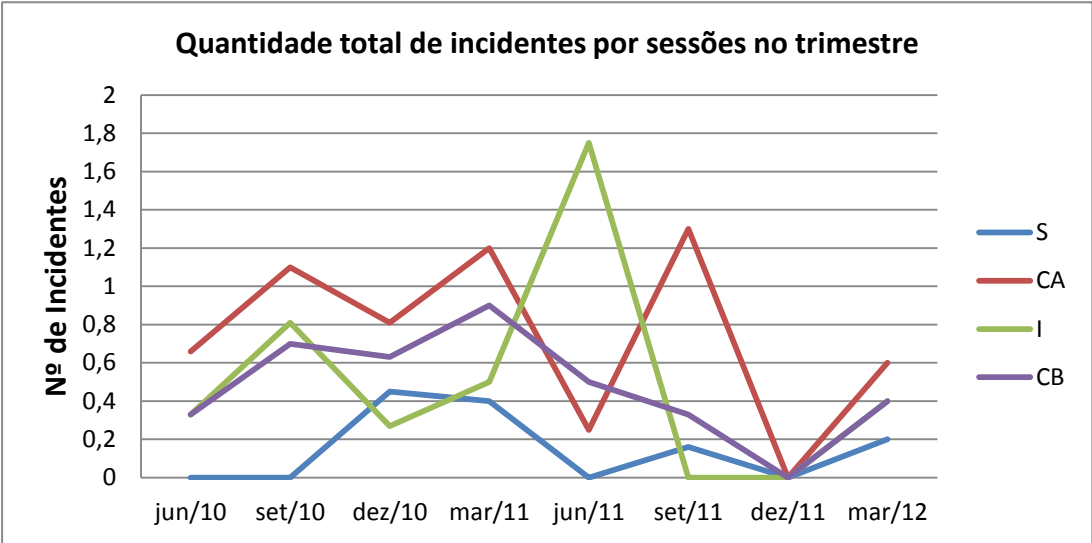
Paciente 2

---

<b>Início</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>18 meses</b>
Não reconhecido	Racionalização	Não reconhecido	Racionalização
Racionalização	-	Racionalização	-
-	-	-	-
-	-	-	-

---

**Anexo G – Quantidade Total de Incidentes Por sessões no Trimestre (Paciente 1)**



**Anexo H – Quantidade Total de Incidentes por Sessões no Trimestre (Paciente 2)**

