



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PADRÕES DE TRANSFERÊNCIA E MECANISMOS
DE DEFESA AO LONGO DO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO. DOIS ESTUDOS DE CASO
SISTEMÁTICOS

Susana Maria Durão Loureiro

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2015

Dissertação de Mestrado Realizada sob a orientação do Prof. 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

Ao finalizar esta etapa, torna-se importante agradecer a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram durante todo este percurso, e que, direta ou indiretamente, me permitiram realizar este trabalho.

Agradeço ao Prof^o Dr. António Pazo Pires, pelo apoio, orientação, disponibilidade, e compreensão durante esta etapa.

À minha colega de tese e amiga, Paula Pires pela partilha e apoio.

Aos meus colegas de seminário atuais e passados cuja partilha de informação me ajudou a efectuar este trabalho.

Aos meus amigos pelo simples facto de o serem. Em especial à Sandra, por toda a partilha, paciência e palavras de encorajamento quando o caminho ficou mais apertado.

A todos os ausentes, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e que a vida não permitiu que assistissem ao final desta etapa.

E por último, aquele que é o mais importante agradecimento que tenho que fazer, à minha família. Aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre me deram, a eles devo tudo o que sou. À minha irmã por todo o apoio, incentivo, por nunca me deixar desistir e por me acompanhar em mais esta jornada. À minha sobrinha pelos 15 anos de aprendizagem mútua.

A todos,

OBRIGADA...

Índice

Para uma melhor compreensão dos tipos de Transferência	1
Resumo	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Transferência – O Conceito.....	5
Tipos de Transferência	6
Transferência Neurótica	6
Transferência Borderline.....	7
Transferência Psicótica	8
Transferência Narcísica	11
Conclusão	13
Referências	14
Padrões de Transferência e Mecanismos de Defesa ao Longo do Processo Psicoterapêutico. Dois Estudos de Caso Sistemáticos	16
Resumo	17
Abstract.....	18
Introdução.....	19
Método.....	21
Participantes	21
Instrumentos.....	23
Procedimento.....	25
Resultados.....	26
Discussão.....	30
Referências	32
Anexos	35
Anexo A – Lista de Transferência e Contratransferência	36
Anexo B – Tabela de Grau de Concordância Interavaliadores.....	38
Anexo C – Cotação das Sessões – Paciente 1	39
Anexo D - Cotação das Sessões – Paciente 2	45
Anexo E – Frequência Absoluta da Transferência (Paciente 1 e 2)	48

Anexo F – Variação do Padrão Transferencial ao Longo do Processo Terapêutico (Paciente 1 e 2)	49
Anexo G - Níveis Médios de ODF (Paciente 1 e 2)	50

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

PARA UMA MELHOR COMPREENSÃO DOS TIPOS DE TRANSFERÊNCIA

Resumo

O conceito de transferência tem-se mostrado complexo e controverso, tendo este constructo no decorrer dos últimos cem anos sofrido inúmeras alterações. A presente revisão de literatura pretende estabelecer uma melhor compreensão do conceito de transferência e dos tipos de transferência que se revelam e instalam durante o processo terapêutico. A abordagem a este constructo será efetuada numa perspectiva teórica, partindo da perspectiva Freudiana e das contribuições de outros autores para o desenvolvimento e aprofundamento do conceito. Os contributos que os vários autores foram dando em prole da evolução do constructo, foram essencialmente fundamentados na sua perspectiva teórica e observação clínica.

Palavras-Chave: *transferência, tipos de transferência, psicoterapia.*

Abstract

The concept of transference revealed to be complex and controversial, this concept in the course of the last one hundred years underwent numerous changes. This literature review want to establish a better understanding of the concept of transference and its types that emerge during the therapeutic process. The approach to this concept will be performed in a theoretical perspective, addressing the Freudian perspective and the contributions of several authors for the development and deepening of the concept. The contributions made by the various authors were given in favor of the evolution of the concept, essentially based on its theoretical perspective and on clinical observation.

Keywords: *transference, transference types, psychotherapy*

Introdução

O conceito de transferência, o seu significado e a sua importância, tem sofrido alterações, sendo estas já manifestas na obra de Freud que lhe imputou vários sentidos. Ao longo dos últimos cem anos, o conceito de transferência tem tido um papel de destaque na influência de diversas orientações terapêuticas e tem sido marcadamente influenciado pelas mesmas. A transferência é para muitos autores tão importante que acaba mesmo por constituir a solução do tratamento, no sentido em que a sua interpretação e resolução permitem operar mudanças no indivíduo. Num vasto sentido a transferência contém todos os fenómenos existentes na relação paciente/terapeuta. Assim, o fenómeno de transferir para pessoas e situações do presente aspectos da vida psíquica, ligados a pessoas e situações do passado, é comum (Eizirik, Libermann & Costa, 1998).

A transferência é determinada por numerosos factores, e tem implicações tanto na relação terapêutica como na vida quotidiana dos indivíduos, pelo que é um fenómeno de difícil compreensão em toda a sua extensão. Assim, diferentes definições para o conceito foram estabelecidas. De acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2007), o termo transferência designa *“...o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre alguns objetos no enquadramento da relação analítica tendo como modelo um tipo de relacionamento preestabelecido. Trata-se de uma repetição do padrão infantil vivido com um sentimento marcado de atualidade”* pp.492.

Segundo Müller (2004), a transferência pode ser entendida como uma variação das estruturas do consciente e do inconsciente das relações de objeto no “aqui e agora” na situação analítica, sendo que estas estruturas foram internalizadas durante a infância no “lá e então”. Os pacientes experienciam fantasias, afetos e pensamentos que resultam dessas internalizações, sendo que estas são deslocadas e ativadas durante o processo analítico, atribuindo-as ao analista e à situação analítica (Kernberg, 1987).

A presente revisão de literatura pretende estabelecer uma melhor compreensão do conceito de transferência e dos tipos de transferência que se revelam e instalam durante o processo terapêutico.

Com o intuito de estudar a transferência, realizou-se uma pesquisa em todas as bases de dados disponíveis na ebsco, com a palavra “transference” no título, link para texto completo e intervalo de tempo de 2000 até 2015, obtendo-se 13.941 resultados.

Após refinar a pesquisa para a PEP archive, nas mesmas datas e com link para o texto completo restaram 769 artigos. Apenas foram selecionados os artigos com relevância para o

estudo desta temática. Para complementar a pesquisa de material relevante à temática proposta, foi feita em simultâneo uma procura na base de dados da biblioteca do ISPA-IU, na qual foram localizados 76 resultados, entre os quais se encontravam diversos artigos de revistas científicas e livros, que foram detalhadamente analisados.

Transferência - O Conceito

A teoria da transferência, além de ser uma das maiores contribuições que Freud deu à ciência, é também considerada o pilar do trabalho psicanalítico.

No seu livro “*A psicoterapia na histeria*”, Freud refere que a transferência é como uma singular relação humana entre o psicoterapeuta e o paciente através de uma falsa união (Etchegoyen, 1987).

Para Freud, a transferência é um fenómeno universal e espontâneo, que consiste em unir o passado ao presente mediante uma falsa união que justapõe o objeto original ao atual, estando esta justaposição ligada a objetos e desejos recalçados, inconscientes para o indivíduo, dando à sua conduta uma natureza irracional, onde o afeto não aparece ajustado nem em quantidade nem em qualidade à situação real atual. Influenciado pelo modelo catártico e tendo a recordação/sintoma como factor de cura, a transferência começa por ser um instrumento de lembrança, sendo tida como um fragmento associativo na dialéctica do presente e do passado no contexto da repetição e da resistência (Etchegoyen, 1987).

Freud considerava que quanto maior fosse a frustração com a realidade, maior a perturbação do narcisismo e maior o grau de regressão ou introversão da libido. Ao terapeuta caberia a tarefa de mudar esta inclinação patológica de retraimento da libido e neste sentido o terapeuta ocuparia o lugar da repressão do sujeito. Freud faz notar que a transferência do material inconsciente do paciente é de mais fácil acesso ao sujeito do que a lembrança do recalçado. Etchegoyen (1987) a este propósito menciona que o “antídoto” da repetição é a recordação.

Freud (1914, cit in Etchegoyen 1987) confere à natureza da transferência três eixos realidade/fantasia, consciente/inconsciente e passado/presente e é por isto que a vida afetiva recalçada é revivida através da transferência. Ao reflectir sobre o “caso Dora”, Freud cria o conceito de Neurose de Transferência para assinalar o facto de a paciente por um lado deixar de produzir os sintomas com que se apresentou na análise mas por outro criar uma nova formação inconsciente diretamente ligada à relação com o psicanalista. Entende a Neurose de Transferência como sendo a concentração dos conflitos infantis, desejos reprimidos, fantasias,

etc., que são vivenciados na pessoa do terapeuta. Este conceito dá ênfase à forma como os relacionamentos prévios, que eram componentes da própria neurose, influenciavam os sentimentos do paciente em relação ao terapeuta. Este conceito foi alargado posteriormente, quando Freud (1920/1969) em *“Além do Princípio do Prazer”* refere que o paciente é obrigado a repetir o conteúdo reprimido como uma vivência atual, ao invés de vê-lo conforme o terapeuta o vê, uma recordação do passado. A repetição do passado, sob a forma de transferência, é consequência da compulsão à repetição. A transferência é apenas um fragmento da repetição do passado esquecido, não apenas para o terapeuta, mas também para todos os outros aspectos da situação atual.

No seu trabalho *“Fragmentos da análise de um caso de histeria”* Freud (1905/1969) menciona que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalcou, mas expressa-o pela atuação, ele reproduz os conteúdos recalcados não como uma lembrança, mas como uma ação repetitiva e inconsciente. Desta forma, repete-a sem naturalmente saber que o está a repetir. Em *“Recordar, repetir e elaborar”* Freud (1914/1996) refere que a transferência são reedições, reduções das reações e fantasias que, durante o avanço da análise, costumam despertar e tornar-se conscientes, substituindo a pessoa anterior pelo terapeuta, considerando que a transferência é o caminho para recordar o recalco.

Em a *“A Dinâmica da Transferência”*, Freud (1912/1969) assinala que sem a análise da transferência não há tratamento psicanalítico. Neste trabalho ele descreve a transferência como um fenómeno predominantemente erótico e infantil, descrevendo a origem e a natureza da transferência pelo que aconteceu na vida amorosa do sujeito, através da combinação da sua disposição para amar e das influências sofridas durante os primeiros anos.

Tipos de Transferência

Transferência Neurótica

A transferência neurótica foi numa fase inicial descrita por Freud. Em *“A Dinâmica da Transferência”* (1912/1969), distingue duas atitudes básicas no paciente que se contrapõem entre si. Por um lado, a cooperação e, por outro, a resistência, classificando-as como transferência positiva (erótica e sublimada) e negativa.

No que respeita à transferência erótica Freud definia-a como uma “inclinação amorosa”, que ao contrário da transferência sublimada se torna intensa, revelando que a sua origem se encontra numa necessidade sexual direta, que inevitavelmente produz uma

oposição interna a si própria. No que respeita à transferência negativa, esta refletia o desenvolvimento de impulsos agressivos em vez de libidinais. Os sentimentos hostis costumam estar ocultos pelos sentimentos afetuosos, tendendo os hostis a revelar-se mais tarde na terapia, embora também se possa encontrar a coexistência de ambos, assinalando uma ambivalência emocional. Neste sentido, tanto os sentimentos hostis como os afetuosos indicam a presença de um vínculo afetivo. Só a transferência positiva de impulsos eróticos e a transferência negativa atuam como resistência, estes dois componentes ao tornarem-se conscientes são eliminados. A transferência positiva sublimada permanece sempre sendo esta a portadora do êxito terapêutico. Os sentimentos afetuosos e hostis, tal como os impulsos amorosos, devem ser considerados transferenciais, uma vez que a análise não oferece qualquer fundamento para a sua origem (Santos, 1994).

Ao descrever a transferência neurótica Little (1981/1993), afirma que esta é ambivalente e dupla, embora muitas vezes apenas apareça o aspecto positivo da transferência erotizada. O seu aparecimento tem como propósito manter a idealização e negar que o seu oposto existe. Os neuróticos reconhecem o terapeuta como uma pessoa real que simboliza ou substitui os seus pais como eles realmente eram, ou como foram experienciados na infância, sendo a interpretação da transferência acessível ao paciente neurótico.

Transferência Borderline

O paciente fronteiro é uma entidade clínica que foi proposta por Knight em 1953 (cit in Etchegoyen, 1987). Esta nova entidade clínica propõe fazer a separação entre a psicose e a neurose. Knight considerava que os pacientes borderline não teriam indicação para fazer análise, uma vez que existia o perigo do seu ego frágil se desmoronar perante a natural regressão que acompanha o processo analítico. Desta forma sugeria uma psicoterapia de apoio de inspiração analítica onde o foco fosse o restaurar da robustez do ego.

Kernberg e Winnicott foram alguns dos autores que não concordaram com esta indicação. Assim, Kernberg propõe uma psicoterapia psicanalítica modificada. No entanto, existe alguma falta de consenso acerca da modalidade de tratamento para estes pacientes, que se prende com a natureza da sua transferência, uma vez que esta desencadeia uma difusão da sua identidade, uma falta de limites entre self e objeto, e o predomínio de mecanismos de defesa primitivos como a dissociação. Kernberg prefere o termo “organização fronteira da personalidade” e chama a atenção para o facto destes pacientes não serem depositários dos casos de difícil diagnóstico, mas sim portadores de uma entidade clínica com características próprias. Desta forma, coloca a tónica numa transferência primitiva marcada por uma relação

de objeto parcial. Kernberg considera que a transferência nestes pacientes reflete uma pluralidade de relações objetais internas de aspetos dissociados do self e aspetos muito distorcidos, fantasmáticos e dissociados das representações de objeto. Refere ainda que quando estes pacientes recebem tratamento psicanalítico, desenvolvem uma psicose transferencial e não uma neurose de transferência (Etchegoyen, 1987)

Winnicott (1955), a propósito da transferência borderline, procura as diferenças que considera fundamentais entre as formas típicas de transferência de pacientes neuróticos e as de pacientes com defesas mais psicóticas. Na análise de neuróticos, os detalhes como a regularidade, horários, constância, comportamento do terapeuta, etc., tem uma importância relativamente menor do que com pacientes borderline pois a principal atenção do paciente neurótico está voltada para a interpretação. Já no trabalho com pacientes de tipo borderline, o *setting* adquire uma importância determinante. Se no trabalho com pacientes predominantemente neuróticos a transferência traz o passado, no trabalho com pacientes borderline o presente volta ao passado.

Winnicott utiliza bastante o termo psicose de transferência quando fala da natureza da transferência vivida pelos pacientes Borderline. Ao caracterizar a psicose de transferência Winnicott refere a título de exemplo, que se o divã e as almofadas estão lá para o uso do paciente, eles aparecerão em ideias e sonhos representando o corpo, os seios, os braços, as mãos do analista numa variedade de modos. Mas enquanto o paciente está regredido o divã é o analista, as almofadas são os seios e o analista é a mãe num período passado. O que é para o neurótico um símbolo é para o paciente borderline a realidade (Winnicott, 1955).

Transferência Psicótica

Rosenfeld (1952), propõe o termo Psicose de transferência para assinalar uma transferência marcada por fortes conteúdos delirantes com base em níveis de angústia maciços, próprios de uma organização egóica prestes a desmoronar-se e com mecanismos de defesa predominantemente projetivos. Para além de Rosenfeld, outros autores desenvolveram investigações sobre a transferência com pacientes psicóticos, entre esses autores encontram-se Klein e Mahler. A primeira desenvolvia reflexões sobre o desenvolvimento infantil e os seus processos arcaicos, relacionando-o com a etiologia e tratamento de pacientes esquizofrênicos. A segunda levava a cabo uma investigação sobre o desenvolvimento da criança, as psicoses na infância e a sua relação com o processo de separação-individação. Tal como Klein e Rosenfeld, Mahler assinala que a transferência existe por mais regredido que esteja o paciente (Etchegoyen, 1987).

A partir da teoria de Mahler, Little (1981/1993) desenvolve a análise da Transferência Delirante, dedicando especial atenção às fantasias simbióticas transferenciais, aos mecanismos de indiferenciação entre realidade e fantasia, entre o presente e passado. Destaca que o que está em jogo no tratamento da esquizofrenia é sobretudo a forma como o terapeuta pode entrar em contato com os seus próprios aspectos mais regredidos, uma vez que o paciente psicótico se apresenta com uma estrutura egóica muito primitiva que remonta aos primeiros meses de vida, onde a relação com os objetos é parcial.

Little (1981/1993) considera que para desfazer a transferência delirante o paciente tem que ser capaz de reunir o seu amor e ódio numa só pessoa, de forma a deparar-se tanto com os aspectos positivos como com os aspectos negativos do seu terapeuta, dos seus pais e de si próprio, para assim reconhecer as diferenças entre a imaginação e a realidade objetiva.

A diferença da utilização da interpretação da transferência nos pacientes neuróticos e psicóticos é de ordem qualitativa e não quantitativa. Quando se faz uma interpretação da transferência aos pacientes psicóticos, esta é experienciada como sem sentido ou é aparentemente entendida e aceite, apercebendo-se o analista mais tarde que não houve nem insight, nem mudança. Neste sentido o caráter da transferência é essencialmente delirante.

Para os pacientes psicóticos o terapeuta não “substitui” ou é “como se fosse”, para estes pacientes o terapeuta “é” tanto os pais idealizados como o seu oposto, os pais endeusados ou diabolizados, até o paciente ele próprio é endeusado ou diabolizado, para o terapeuta ele assume-se como sendo mágico. Na transferência delirante não existe qualquer separação nem diferenciação entre o corpo e a psique, existe apenas raiva, medo, amor e movimento mas não existe a noção da pessoa sentir raiva, medo, amor ou estar em movimento, esta indistinção entre a psique e o corpo faz com que estes sejam experienciados de forma caótica. Os processos defensivos que se encontram na origem da transferência psicótica, e que os pacientes utilizam para a manter são a clivagem, negação, isolamento, projeção, introjeção e repetição (Little, 1981/1993).

Já Searle (1963), com base nos trabalhos de Mahler vai definir cinco fases evolutivas na psicoterapia com pacientes esquizofrénicos crónicos. Num primeiro momento estabelecer-se-ia uma fase sem contato, caracterizada pelo encontro terapeuta/paciente onde a comunicação seria escassa. Seguir-se-ia a fase simbiótica ambivalente, onde o silêncio e a ambiguidade na comunicação predominam e esmorecem os limites do ego, tanto do terapeuta como do paciente. A fase de simbiose total, seria o momento em que o terapeuta teria a possibilidade de desenvolver o papel de “mãe” predominantemente boa, proporcionando ao paciente uma verdadeira dependência infantil. Por último, a fase de resolução da simbiose

onde estariam de volta as necessidades individuais, tanto do terapeuta como do paciente, correspondendo esta à fase final do tratamento.

Klein (1952), na sua obra "*As origens da transferência*" estabelece que na relação terapêutica o paciente revive os sentimentos, conflitos e defesas como reprodução de todos os objetos primitivos e relações objetais internalizadas acompanhadas das respectivas pulsões, fantasias inconscientes e ansiedades. Ao projectar no terapeuta as suas ansiedades e as suas confusões os pacientes não só se desfazem delas mas também oferecem ao terapeuta uma oportunidade de entrar em contato com os seus sentimentos. Os pacientes psicóticos projetam os seus sentimentos porque estão demasiado assustados para enfrentá-los e pensá-los. Com a resposta do terapeuta o paciente não só vê os sentimentos elaborados como introjeta a função de os pensar. A natureza da transferência psicótica oferece a oportunidade de demonstrar que os sentimentos insuportáveis podem conter-se e podem ser pensados de forma criativa.

Quando este género de pacientes encontra alguém disponível, amável ou compreensivo exerce a sua força de uma maneira sádica, considerando qualquer benevolência do objeto como uma debilidade deste. Uma outra característica presente na relação com pacientes que desenvolvem predominantemente este tipo de transferência, é que a sua capacidade de comunicação varia muito, sobretudo quando o paciente delira (Rosenfeld, 1986). A observação de períodos de silêncio, forte agitação, insight e de comunicação cooperativa, períodos de falta às consultas são nuances que se encontram presentes de forma alternada ou sobreposta especialmente no início do tratamento. Funcionam como mecanismos de regulação e controlo da relação numa dinâmica de proximidade/afastamento.

A transferência psicótica, de acordo com Müller (1994 cit in Müller, 2004), pode subdividir-se em quatro categorias principais, sendo que cada uma delas inclui várias subcategorias, onde não só é possível como comum existirem diversas combinações. Desta forma a subdivisão das categorias e subcategorias faz-se da seguinte forma:

1. A transferência psicótica Paranóide, que se pode subdividir e expressar das seguintes formas: por uma centração corporal, por manifestações hipocondríacas ou manifestações latentes e por medos persecutórios.
2. A transferência psicótica Narcísica, que se pode expressar e subdividir das seguintes formas: Por relações de objeto simbióticas, pela presença de um objeto ideal do self, por traços onnipotentes ou por traços autísticos.
3. A transferência psicótica do estado confusional que se pode subdividir e expressar das seguintes formas: por um desenvolvimento pré-psicótico que anuncia a

eminência de uma regressão psicótica, por uma total e visível dissipação ou por uma fusão do self e por representações objetais.

4. Finalmente as transferências psicóticas afetivamente diversas incluem os estados maníacos, o desenvolvimento do superego e ideal do ego psicótico ou conflitos de separação.

Transferência Narcísica

Kohut (1971) acreditava que os indivíduos com perturbações narcísicas estão presos a uma fase do desenvolvimento onde necessitam de respostas específicas do ambiente para manter um self coeso. Descreveu o self narcisista como um self arcaico “normal” que está “congelado” no seu desenvolvimento, como se fosse uma criança num corpo adulto.

Ao estudar a transferência narcísica, Kohut (1971) circunscreveu três áreas que compõem o self: o pólo dos ideais, das ambições e a área dos talentos e habilidades. Estas três áreas corresponderiam a necessidades essenciais do ser humano, sendo estas a necessidade de uma figura idealizada que favoreça o sentimento de segurança, a necessidade de semelhança que nos permite compreender e ser compreendido, sentirmos que pertencemos a um grupo, bem como sermos aprovados e aceites nos nossos valores. Assim, de acordo com Kohut (1971), as transferências narcísicas consistem no reaparecimento no processo analítico de uma fase primitiva da relação objetal (mãe-bebé), anterior ao estabelecimento dos limites entre o self e o objeto. Neste sentido, na situação analítica o terapeuta é experienciado ou como um prolongamento do próprio self do paciente, sobre o qual ele tenta exercer total controle, ou a serviço do seu próprio self que foi delimitado de forma inadequada, devendo realizar determinadas funções importantes de forma a satisfazer necessidades essenciais que não foram satisfeitas pelos objetos do self arcaicos (Carneiro, 1992; D’Abreu e Carneiro, 1995 cit in Deretti, 2008). Nestes pacientes, quanto mais próximo se estiver da fase simbiótica, maior será a crença de que possuem uma independência absoluta, quando na verdade se encontram num estado de absoluta dependência (Zimerman, 2004 cit in Deretti, 2008).

Kohut (1971) descreveu três tipos de transferência fundamentais: a) a transferência especular, onde são revividas etapas precoces do desenvolvimento nas quais a criança tem fantasias onipotentes alimentando um self grandioso. Neste sentido, os outros apenas existem como um reflexo do exibicionismo e da grandiosidade da criança. Na relação transferencial com o terapeuta, este funciona como um espelho reflectindo a imagem do paciente, oferecendo-lhe continuidade temporal e coesão. A transferência especular exprime-se, pois, como uma fantasia de fusão com um objeto do self grandioso e onipotente; b) a

transferência idealizadora é descrita como sendo uma reativação da relação com um objeto do self vivenciado pela criança como a fonte de toda a calma e segurança. Como toda a felicidade reside no objecto idealizado, o individuo sente-se impotente e vazio quando se separa dele. Por fim, c) a transferência gemelar ou de alter-ego constitui a reativação de um vínculo com um objeto do self vivido como seu gêmeo, isto é, um ser com quem compartilha ideias, ambições e metas.

Para Kohut (1971), o diagnóstico do transtorno da personalidade narcísica faz-se fundamentalmente através do tipo de transferência que estes pacientes revelam, pelo que o diagnóstico definitivo do transtorno do self e o tipo ao qual pertence far-se-á de acordo com o tipo de transferência que se instale.

Conclusão

A complexidade do conceito de transferência, bem como as diversas alterações que este foi sofrendo ao longo do tempo, faz com que Ehrenreich (1989) questione se a transferência é um conceito ou muitos... Assim, muitos autores divergem sobre o que é transferido, quando é que o material transferencial surge durante o desenvolvimento e que mecanismos afetam a transferência.

A transferência é um conceito central na compreensão da relação terapêutica nas diversas vertentes da psicanálise. Desde o início de sua prática clínica, Freud deparou-se com a dinâmica da transferência, tendo considerado a transferência como um instrumento central de todo processo terapêutico. Desta forma, e ao longo do tempo, os diversos autores tanto através das suas perspectivas teóricas como das suas observações clínicas foram alterando o conceito de transferência.

Os psicanalistas acreditam que o principal veículo para a mudança é a análise da transferência (Hobson & Kapur, 2005). Assim, Gill (1982/1995), advoga que a técnica analítica deve ser aplicada a um mais amplo *setting* analítico, quer seja aferido através da frequência das sessões, pelo uso do divã ou da cadeira, pelo tipo de paciente, ou experiência do terapeuta. As associações sobre os objetos significativos devem ser interpretadas na transferência com o terapeuta, no aqui e agora da relação.

De acordo com Jacobs (2002), a informação que é interpretada representa uma pequena parte e, de certa forma, apenas o aspeto superficial do que é registado na situação analítica sobre o outro.

Por fim, torna-se importante referir que alguns dos aspetos que promovem as melhorias do paciente e o progresso na psicoterapia são as capacidades do terapeuta em transmitir aceitação e compreensão, através da forma como expressa as interpretações e através daquilo que escolhe para ser interpretado. Assim, as interpretações têm a utilidade não só de dar significado ao material consciente e inconsciente como também de refletir o estado de espírito do terapeuta, a capacidade de ligar factores internos e externos no momento adequado, é transmitida na interpretação e é sentida pelo paciente.

Referências

- Eizirik, Libermann & Costa (1998). A Relação Terapêutica: Transferência, Contratransferência e Aliança Terapêutica. In A. Cordioli (Ed), *Psicoterapias Abordagens Atuais*, (pp.67-75). Porto Alegre: Artmed
- Doretti, L. (2008). A transferência no paciente narcisista. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 5, 212-223.
- Ehrenreich, J. H., (1989). Transference: One Concept or Many? *Psychoanalytic Review*, 76(1), 35-65.
- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1901-1905/1969). *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. Compilações, (Vol. 7) . Imago: Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1911-1913/1969). *Caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Compilações, (Vol. 12). Imago: Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1914-1916/1996). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago: Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1920/1969). Além do princípio do prazer. Imago: Rio de Janeiro
- Gill, M., (1982). *Analysis of transference. Vol.II Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. New York: International University Press.
- Hobson, R. P. & Kapur R., (2005). Working in the transference: Clinical and research perspectives. *The British Psychological Society*, 78, 275-293. doi: 10.1348/147608305X25801
- Jacobs, T. J. (2002). Secondary Revision: On Rethinking the Analytic Process and Analytic Technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 3-28.
- Klein, M. (1952). The Origins of Transference. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 33, 433-438.
- Kohut, H. (1971). *ANÁLISE DO SELF*. Imago: Rio de Janeiro
- Laplanche, J. & Pontalis J.-B. (1967/2007). *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. 5^e Édition, Quadrige.
- Little, M. I. (1981/1993). *Transference Neurosis and transference Psychosis*, Jason Aronson Inc.: London
- Müller, T. (2004). On Psychotic Transference and Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(2), 415-452.

- Kernberg, O. (1987). Essential papers on transference, *Ego psychology : object relations theory approach to the transference* (pp. 492-510). International Universities Press: New York.
- Rosenfeld, H. (1952). Transference – Phenomena and transference analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 452-464.
- Rosenfeld, H. (1986). *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiricos*. Imago: Rio de Janeiro.
- Santos, M. A. (1994). A Transferência na Clínica Psicanalítica: A abordagem Freudiana. *Temas em Psicologia*, 2, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.
- Searle H. F. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 4,. 249-281.
- Winnicott, D. W. (1955). Da pediatria à psicanálise, *Variedades clínicas da transferência*. Francisco Alves: Rio de Janeiro

ARTIGO EMPÍRICO

**PADRÕES DE TRANSFERÊNCIA E MECANISMOS DE DEFESA AO LONGO DO
PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO. DOIS ESTUDOS DE CASO SISTEMÁTICOS**

Resumo

Enquadramento: O conceito de transferência tem sido central para a psicanálise e para a psicoterapia psicodinâmica desde de que Freud começou a escrever sobre este tema. Devido ao facto de existir pouca investigação empírica sobre padrões de transferência e ainda menos sobre a relação entre padrões transferenciais e padrões defensivos. O **objectivo** deste estudo é compreender se existe mudança no padrão transferencial perante mudanças no padrão defensivo. **Método:** Foram estudadas 2 pacientes com conflitos intrapsíquicos distintos em psicoterapia de orientação dinâmica durante dois anos e avaliadas no início, 6, 12, 18 e 24 meses. Os padrões transferencias foram identificados através da LTC a partir de quatro sessões gravadas em áudio para cada um dos cinco períodos de avaliação. Os padrões defensivos foram identificados através da DSMR. **Resultados:** O padrão transferencial não se alterou independentemente do padrão defensivo das pacientes ser mais ou menos maduro. **Conclusões:** O padrão transferencial tende a ser mantido, os pacientes “agarram-se” à percepção que têm tanto do terapeuta como do outro mesmo que as evidencias contrariem essa percepção.

Palavras-chave: *transferência, mecanismos de defesa, psicoterapia psicodinâmica*

Abstract

Aim: The concept of transference has been central to the psychoanalysis and to the psychodynamic psychotherapy since that Freud began to write on this theme. Due to the existence of a lack in research about transference patterns and even less about the relation between transference patterns and defensive patterns, , we established that the main objective of this study was to understand if there is a change in the transferential pattern when we are faced with changes in defensive pattern. **Method:** We studied two patients with distinct intrapsychic conflicts in psychodynamic psychotherapy over the course of two years and evaluated at the beginning, 6, 12, 18 and 24 months. Transference patterns were identified from recorded audio sessions using the the *LTC for each of the five periods of evaluation*. Defensive patterns were identified using the DSMR. **Results:** The transference pattern has not changed regardless if the defensive pattern of patients is more or less mature. **Conclusions:** The transference pattern tends to be maintained, the patients hold on to the perception that they have both of the therapist as of the other even if the evidence is contrary to this perception.

Keywords: *transference, defense mechanisms, psychodynamic psychotherapy*

Introdução

Existe uma enorme literatura teórica e clínica sobre o conceito e o fenômeno da transferência. Contudo é difícil encontrar consenso nessa literatura sobre o que é exactamente a transferência (Gill, 1982/1995; Gabbard & Westen, 2003; Levy & Scala, 2012; Høglend & Gabbard, 2012; Michels, 2007; Frances & Perry, 1983; Binder & Strupp, 1997; Bateman & Fonagy, 2007). Assim, o conceito de transferência por nós utilizado neste estudo, foi o da American Psychoanalytic Association (1990), onde a transferência é definida como “o deslocamento para um relacionamento interpessoal atual, dos padrões de sentimentos, pensamentos e comportamentos, originalmente experienciados na relação com as figuras significativas durante a infância”.

Descobertas relacionadas com as representações de vinculação (Brumbaugh & Fraley, 2006, 2007, cit in Levy & Scala 2012), mecanismos de projeção (Mikulincer & Horesh, 1999, cit in Levy & Scala 2012) e a transferência tal como ela opera no quotidiano (Andersen & Beck, 1998, cit in Levy & Scala 2012), têm implicações para o entendimento dos processos transferenciais e para a prática clínica. A pesquisa existente sobre os processos transferenciais é escassa, e embora alguns autores se tenham dedicado a esta pesquisa (e.g. Luborsky & Cristis-Christoph, 1990 & Curtis et al, 1994), muito do entendimento que existe sobre a transferência deriva da observação clínica (Bradley, Heim & Westen, 2005). De acordo com Carter (1996), a transferência como conceito é elusivo, complexo e difícil de operacionalizar o que pode justificar a escassez de pesquisa. Contudo, embora exista uma insuficiência de estudos empíricos sobre os processos transferenciais tem existido, ao longo do tempo, por parte dos investigadores um esforço para desenvolver instrumentos que meçam o constructo. Dos instrumentos psicométricos desenvolvidos especificamente para estudar o fenómeno transferencial destacam-se a *Intensity of Transference Scale (ITS)* (Luborsky, Graff, et al., 1973, cit in Bradley, Heim, & Westen, 2005), que é um instrumento psicométrico que permite pontuar determinados segmentos da terapia relativamente às manifestações de transferência, a *Missouri Identifying Transference Scale (MITS)* (Multon, Patton & Kivlighan, 1996), permite detetar as reações para com o terapeuta no que respeita à transferência positiva e negativa, o *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)* (Westen, 2000, cit in Bradley, Heim, & Westen, 2005), avalia os padrões transferenciais em psicoterapia (para fins clínicos e de investigação) e finalmente a *Transference Work Scale – TWS* (Ulberg, Svein & Høglend, 2014), que é um instrumento concebido para avaliar a interação do tempo, da categoria e da valência das interpretações da transferência nas sessões.

Os estudos feitos ao nível da transferência têm procurado fornecer evidências empíricas sobre os efeitos de a trabalhar, contudo de acordo com Høglend (2014), são demasiado heterogéneos para serem analisados tanto através de médias como de meta-análises. Os estudos que têm sido efetuados procuram relacionar o constructo com variáveis, como o insight, as relações de objeto, a aliança terapêutica, as perturbações da personalidade, o género e a duração da terapia (Zilcha-Mano, McCarthy, Dinger & Barber, 2014; Høglend, Hersoug, Bøgwald, Ulberg, Svein, et al., 2011; Johansen, Høglend, Ulberg, Svein, et al., 2010; Ulberg, Johansson, Marble, Høglend, 2009; Høglend, Johansson, Marble, Bøgwald, Amlo, 2007; Bradley, Heim & Westen, 2005; Gelso, Kivlighan, Wine, et al, 1997). Os estudos incidiram sobretudo no impacto que a interpretação da transferência tem sobre as variáveis já mencionadas. Vários autores, (Cierpka, et al., 2007; Kächele, Schachter, & Thomä, 2008; Kernberg, 2006), apelam para o desenvolvimento de estudos empíricos e conceituais que abordem conceitos psicanalíticos e o processo terapêutico, procurando evitar a improdutividade teórica, melhorar os métodos de operacionalização de constructos, e investigar os processos inerentes às psicoterapias psicanalíticas.

Existe uma lacuna na investigação empírica no que respeita à relação dos padrões transferenciais e os mecanismos de defesa. Existe um único estudo que trata este tema, realizado por Ulberg, Amlo, Hersoug e Johnsen (2014), os autores tinham como objetivo explorar os níveis de sentimentos (e.g. aborrecimento, sonolência, cansaço, indiferença, distância) que provocam distanciamento no terapeuta. A análise das sessões mostrou que existem diferenças entre os processos (e.g. mecanismos de defesa, transferência, grau de afiliação e interdependência nos diálogos) e a evolução do tratamento. Concluíram que um elevado nível de distanciamento por parte do terapeuta tem um efeito negativo no processo terapêutico e nos seus resultados. Terapeutas distantes demonstram pobre interação e menos resposta à interpretação da transferência e dos mecanismos de defesa.

Existe uma enorme literatura teórica e clínica sobre o conceito e o fenómeno da transferência. Contudo é difícil encontrar consenso nessa literatura sobre o que é exactamente a transferência (Gill, 1982/1995; Gabbard & Westen, 2003; Levy & Scala, 2012; Høglend & Gabbard, 2012; Michels, 2007; Frances & Perry, 1983; Binder & Strupp, 1997; Bateman & Fonagy, 2007). Assim, o conceito de transferência por nós utilizado neste estudo, foi o da American Psychoanalytic Association (1990), onde a transferência é definida como “*o deslocamento para um relacionamento interpessoal atual, dos padrões de sentimentos, pensamentos e comportamentos, originalmente experienciados na relação com as figuras significativas durante a infância*”. Desta forma estabelecemos como objetivo neste estudo

compreender se existe mudança no padrão transferencial perante mudanças no padrão defensivo.

Método

Participantes

Paciente 1

A paciente 1, tem 36 anos, é solteira, vive sozinha e é licenciada. Refere que nunca havia procurado apoio psicológico, mas que o facto de ter terminado uma relação amorosa há cerca de um mês e meio e, estar desempregada há um ano e quatro meses, a deixou muito abalada. O seu pedido foi clarificado ao transmitir a necessidade de ultrapassar a sua elevada dependência nas relações amorosas e o estado de mal-estar generalizado em que se encontrava. 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, comer compulsivamente e baixa autoestima. É a mais nova de uma fratria de três irmãos, exprimindo alguns sentimentos de inferioridade e ciúmes em relação aos mesmos. Refere que a mãe sempre teve preferência pelo irmão e o pai pela irmã. A relação com os pais é descrita como pouco afetuosa, atribuindo sobretudo à figura materna essa falta de afeto, tendendo 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 em sua 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. Segundo o terapeuta, o seu funcionamento psíquico apresenta traços histéricos e alguns traços de dependência.

Paciente 2

A paciente 2 tem 57 anos, é casada, tem a 3ª classe. Teve três filhos, e um dos filhos (o do meio), faleceu há 16 anos, no entanto, não explica como. A paciente tem um irmão, sendo ela a filha mais nova. É filha de pai desconhecido, devido à variedade de parceiros da mãe. O facto de a mãe ter problemas de álcool fez com que, desde muito cedo, tivesse de cuidar da casa e do irmão. Viveu abandonos sucessivos por parte da mesma, vindo trabalhar sozinha para Lisboa com 12 anos. Ao referir-se à sua infância salienta que esta foi dura, pois por volta dos 6 anos todas as tarefas de casa estavam a seu cargo e lhe eram exigidas pela mãe.

Vive com o marido, o filho mais novo e a sogra, mulher castigadora que sempre exerceu uma influência repressiva sobre a paciente. Apresenta várias problemáticas relacionadas com a saúde física: diabetes, hipertensão, apneia do sono. No momento em que procura apoio psicológico a paciente encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Passado poucos meses a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde faleceu pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa na paciente, uma vez que durante toda a vida a sua sogra afirmou que não gostaria de acabar a vida num lar de idosos. No entanto, o seu discurso é muito factual, demonstrando alguma dificuldade em nomear/associar os afetos às experiências passadas.

O trabalho sempre foi um meio da paciente se refugiar dos seus problemas. Apesar do cansaço, inerente à sua atividade, refere que esta é uma forma de ter um escape para a situação familiar diária. As relações familiares são um pouco conflituosas, 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 a paciente interrompe a análise devido à sua mudança para outra cidade. Segundo o terapeuta, a principal problemática parece assentar num luto adiado do filho, associado a traços obsessivos e depressivos.

Terapeuta

O terapeuta de ambas as pacientes possui 3 anos de experiência, e a sua formação é em Psicologia Clínica no ISPA-IU. A sua experiência inclui doze anos como analisando de Grupoanálise e Psicanálise, bem como, formação em psicoterapia breve e de apoio, supervisionada 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. Até à data, existem cerca de 60 sessões de acompanhamento da paciente 1 (24 meses), e 40 da Paciente 2 (18 meses), sendo que, em ambos os acompanhamentos ocorreram faltas e períodos de interrupção para férias. A paciente 2, por motivos de mudança para outra cidade, fez *dropout* da terapia, pelo que apenas foram recolhidos dados até ao 18º mês de terapia.

Instrumentos

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*) (Anexo A), 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. A principal finalidade deste instrumento é servir como guia para elaboração de um diagnóstico psicodinâmico que permita o planeamento 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.

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)

Para aceder à variação dos mecanismos de defesa ao longo do processo psicoterapêutico, foi utilizado como instrumento a *Defense Mechanism Rating Scales-DMRS*

(Perry, 1990). O manual da *DMRS* (Perry, 1990) explica detalhadamente como identificar mecanismos de defesa a partir de transcrições de sessões, bem como, de gravações de sessões em áudio. Na sua versão atual (5ª ed.), a *DMRS*, é composta pela definição de 28 mecanismos de defesa, incluindo a função de cada um e comentários sobre como discriminá-los de outras defesas.

Segundo Perry, e colaboradores (2009), vários estudos levaram a uma hierarquização consensualmente aceite, sendo exemplos desta hierarquização o *Defensive Functioning Scale no DSM-IV* (A.P.A., 1994), e a *Defensive Mechanism Rating Scales- DMRS* (Perry, 1990). Na *DMRS* (Perry, 1990) foram incluídos 28 mecanismos defensivos de acordo com o seu nível de adaptabilidade e maturidade.

Estão previstos os seguintes níveis de funcionamento das defesas: I- Maduras: 7. Nível mais adaptado (maduro) - afiliação, altruísmo, antecipação, humor, assertividade, auto-observação, sublimação, supressão. II- Neuróticas: 6. Obsessivas - intelectualização, isolamento dos afetos, anulação. 5. Outras defesas de nível neurótico- (a) recalçamento, dissociação, (b) formação reativa, deslocamento. III- Imaturas: 4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) - desvalorização, idealização, onipotência. 3. Nível de evitamento - negação, projeção, racionalização. Embora não consista numa defesa de evitamento, a fantasia autística é incluída neste nível. 2. Nível de distorção de imagem maior (*borderline*) - clivagem da imagem dos outros, clivagem da imagem do próprio, identificação projetiva. 1. Defesas de ação - agir (*acting out*), hipocondria (pedido de ajuda/rejeição/queixa), e agressão passiva. De acordo com Perry, e colaboradores (2009), a *DMRS* ainda não contempla uma secção completa de defesas de nível psicótico relativamente à produção de uma listagem de cotação das mesmas, sendo que estas se encontram em revisão por parte dos autores.

O manual da *DMRS* (Perry,1990) determina uma forma de avaliação qualitativa e outra quantitativa dos mecanismos de defesa. De acordo com o procedimento estabelecido para a avaliação qualitativa, os avaliadores treinados devem identificar os mecanismos defensivos predominantemente utilizados pelo paciente, numa escala qualitativa de três pontos na qual: 0 - corresponde à ausência de ocorrência do mecanismo; 1 - à sua presença provável; e 2 - à sua presença definitiva. De acordo com Perry, (1990), na avaliação quantitativa da *DMRS*, o investigador identifica o uso de cada mecanismo defensivo assim que este ocorre na sessão. Após este completar a avaliação, o número total de vezes que determinada defesa foi identificada é multiplicada pelo peso da sua categoria, que vai de 7 (nível maduro/mais adaptado) a 1 (nível mais imaturo/menos adaptado), sendo depois

dividido pelo número total de defesas encontradas, resultando numa percentagem individual para cada defesa em específico. Após esta operação a percentagem total de defesas em cada nível defensivo forma a base para o que os autores denominam “perfil defensivo”, o qual representa a natureza do funcionamento do paciente em determinado momento do processo terapêutico, e pode ser comparado com o funcionamento do mesmo noutros momentos do processo terapêutico.

As pontuações de todas as defesas são reunidas pela pontuação do *Overall Defensive Functioning – ODF*. Este número varia de 1.00 a 7.00, conforme o grau de adaptação do funcionamento defensivo do paciente. De acordo com Lingardi e colaboradores (2010), em várias amostras clínicas, de sessões completas, as pontuações situam-se normalmente entre 2.5 e 6.5. Assim, as pontuações aproximadas do Funcionamento Defensivo Geral podem ser categorizadas da seguinte forma: 1 – Pontuações abaixo de 5.0 são associadas a perturbações da personalidade, depressões severas, e a condições borderline; 2 – Pontuações situadas entre 5.0 e 5.5 são associadas a personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas; 3 – Pontuações de 5.5 até 6.0 remetem para funcionamentos neuróticos saudáveis; 4 – Pontuações acima de 6.0 são associadas a funcionamentos superiores.

A validade psicométrica da *DMRS*, e a sua capacidade de discriminação de diferentes perturbações e níveis de funcionamento fazem com que este seja um excelente instrumento ao nível da compreensão da evolução dos pacientes que realizam Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (Perry, et. al., 2009).

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 secção dos instrumentos. Esta lista foi construída a partir de duas listas/instrumentos já existentes.

De seguida efetuou-se um estudo aprofundado da lista *LTC*, e procedeu-se a uma fase de treino da identificação de padrões com a *LTC*. O treino consistiu na aplicação da *LTC* às 9 sessões do livro “*ANALYSIS OF TRANSFERENCE*” Volume II de Gill e Hoffman (1982/1989). O treino da *LTC* foi efetuado por dois avaliadores, que realizaram de forma independente as suas cotações. No final, as cotações de cada avaliador foram comparadas, tendo-se obtido um acordo interavaliadores de $r = 0.88$ (Anexo B).

Depois da fase de treino, foram analisadas gravações de sessões áudio de duas pacientes seguidas em Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica pelo mesmo terapeuta, por um

período de 24 meses no caso da paciente 1, e um período de 18 meses no caso da paciente 2 (Anexos C e D).

A avaliação dos padrões transferenciais foi feita através da *LTC*, foram selecionadas e analisadas 33 gravações áudio de sessões. No caso da paciente 1 as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 6º, 12º, 18º e três sessões do 24º mês, num total de 19 sessões. No que respeita à paciente 2 as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 4 sessões do 6º mês, 2 sessões do 12º mês e 4 sessões do 18º mês, num total de 14 sessões.

Para a análise das defesas foi escolhida a versão quantitativa da *DMRS*, pois segundo Perry (1990) esta versão é a mais indicada para estudos longitudinais que visam a deteção de mudança no processo psicoterapêutico. A cotação da *DMRS* foi realizada por 2 avaliadores independentes, que no final da cotação das sessões compararam as suas cotações chegando a um acordo e a uma cotação final, tal como é solicitado no manual do instrumento. Os dados da *DMRS* foram calculados segundo as fórmulas disponíveis no manual do instrumento.

Para evitar o enviesamento dos resultados os avaliadores quer da *LTC*, quer da *DMRS*, desconheciam o período a que pertenciam as sessões analisadas, durante a sua cotação, tendo tido apenas acesso a esta informação após o término da cotação das mesmas.

Resultados

Paciente 1

LTC – Padrões Transferenciais

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), procura que o terapeuta legitime que a paciente tem razão ao sentir-se preterida na fratria; sentimento de culpa (14), a paciente relaciona-se com o terapeuta esperando que este a desculpe; sente-se desinteressante e não reconhecida (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, 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, onde a paciente espera 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. De notar que, a rivalidade fraterna (34) e os sentimentos inconscientes de culpabilidade neurótica (13) também revelam alguma predominância ao longo do processo terapêutico desta paciente.

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 transferencial da paciente 1 (Anexo F)

DMRS – Perfil Defensivo

A figura 1 representa a média do *ODF* da paciente 1. O *ODF* da paciente no início da psicoterapia encontra-se no valor 4,02, mantendo-se os valores até aos 12 meses sem alterações significativas. Entre os 12 e os 18 meses há uma diminuição significativa, passando o valor do *ODF* dos 4,07 para os 3,83. Após este período, o valor médio aumenta consideravelmente entre os 18 e os 24 meses atingindo o seu valor mais elevado nesta fase 4,56. De notar que, todos os valores apresentados neste gráfico se encontram abaixo de 5,0, remetendo-nos para o facto de se estar perante uma perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi et al., 2010).

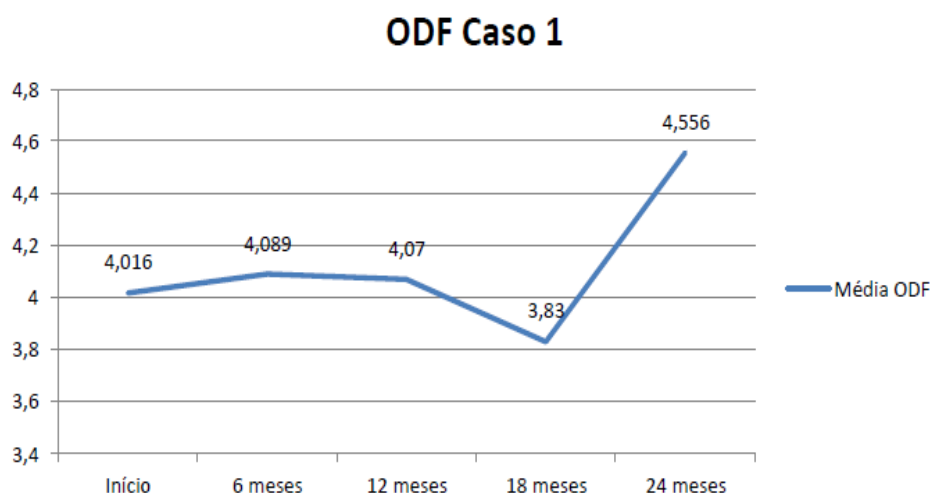


Figura 1 – Média do ODF paciente 1 (Anexo G)

Paciente 2

LTC – Padrões Transferenciais

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.

Início	6 meses	12 meses	18 meses
Não reconhecido	Racionalização	Não reconhecido	Racionalização
Racionalização	-	Racionalização	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Tabela 2 – Variação transferencial da paciente 2 (Anexo F)

DMRS – Perfil Defensivo

A figura 2 representa a média do *ODF* da paciente 2. O *ODF* da paciente no início da psicoterapia encontra-se no valor 4,37, sofrendo um aumento significativo aos 6 meses passando o valor do *ODF* a ser 5,21. Aos 12 meses volta a verificar-se uma diminuição significativa, sendo nesta fase o valor 4,61. Finalmente, aos 18 meses o valor do *ODF* volta a sofrer um aumento significativo (5,03), apesar dos valores não serem tão elevados como os registados aos 6 meses de terapia.

Podemos verificar que, no início e aos 12 meses de terapia, as pontuações apresentam-se abaixo de 5,0, remetendo-nos para uma possível perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi et al., 2010). Contudo, aos 6 e aos 18 meses, as pontuações ultrapassam os 5,0, o que, segundo Lingiardi e colaboradores (2010), pode remeter para personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas.

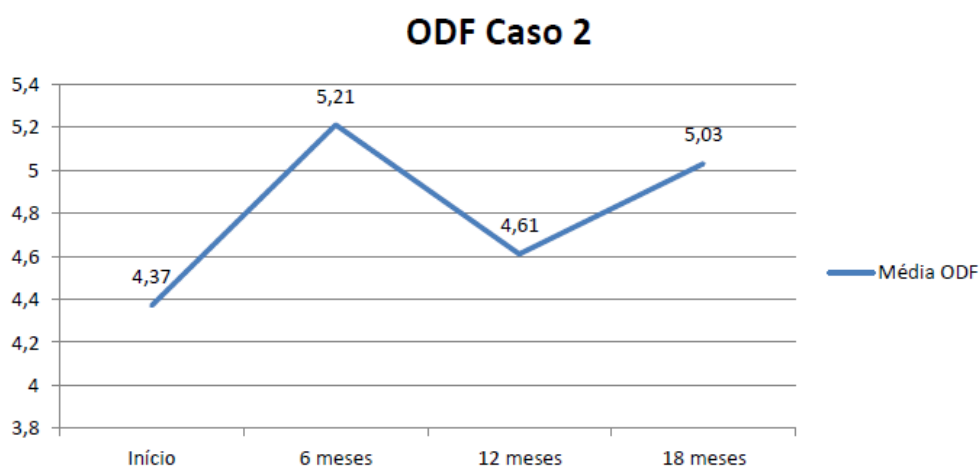


Figura 2 – Média do ODF paciente 2 (Anexo G)

Discussão

O objetivo do presente estudo foi compreender se existe mudança no padrão transferencial quando estamos perante um padrão defensivo mais primitivo ou mais maduro.

Na análise dos resultados da paciente 1, verifica-se que os níveis globais de funcionamento defensivo (*ODF-DMRS*) demonstram que após um período de estabilidade, entre o início e os 18 meses, as defesas se tornaram mais adaptadas/maduras aos 24 meses. Quando relacionamos estes dados com os dados obtidos na *LTC*, constatamos que o padrão transferencial não se alterou independentemente do padrão defensivo da paciente ser mais maduro ou primitivo.

No que respeita à análise dos resultados da paciente 2, aos 6 meses o seu funcionamento defensivo (*ODF-DMRS*) evidenciava ser mais adaptado. O acentuado decréscimo verificado no *ODF (DMRS)* aos 12 meses, pode estar relacionado com um período de dois meses em que a paciente esteve sem terapia, bem como com a morte da sogra e com a incapacidade de elaborar essa morte, reativando sentimentos passados de perda que não foram elaborados (morte do filho). Contudo após os 12 meses o *ODF (DMRS)* volta a evidenciar uma maior adaptação/maturidade dos mecanismos de defesa. Aos 18 meses o aumento do *ODF (DMRS)* pode ser atribuído a um período em que a paciente começou a sentir-se mais valorizada e respeitada, devido ao facto de ter adotado uma nova atitude face à família e à conquista de mais tempo para si, podendo também evidenciar algum progresso no processo terapêutico. Quando relacionamos estes dados com a *LTC*, verifica-se que o padrão transferencial não se alterou independentemente do padrão defensivo apresentado pela paciente ser mais ou menos maduro.

O facto de não existir alteração do padrão transferencial nas pacientes estudadas independentemente do padrão defensivo ser mais ou menos primitivo, é corroborado pela literatura, pelo que os nossos resultados vão ser fundamentados numa perspectiva teórica, visto este ser o primeiro estudo onde estes dois construtos são abordados e operacionalizados desta forma. Neste sentido, de acordo com Gabbard e Westen (2003), a mudança dos padrões apresentados depende de vários fatores. O primeiro é a durabilidade das mudanças frente a poderosas circunstâncias de vida que podem exercer uma atração em direção a antigas soluções, que por sua vez, dependem da extensão na qual essas circunstâncias aparecem podendo o paciente tê-las ou não sob controle. O segundo é até que ponto as mudanças são profundas e clinicamente significativas nos seus impactos sobre padrões previamente disfuncionais. Finalmente o terceiro é a capacidade do paciente para a auto-reflexão

consciente que lhe permite ignorar dinâmicas inconscientes uma vez reconhecidas. Outra das razões para conservação dos padrões transferenciais prende-se com o facto de estes serem uma forma familiar de lidar com o stress, de fornecer proteção e um sentimento de segurança durante os períodos de alta vulnerabilidade.

Gelso, Palma e Bathia (2013), referem que as reações transferenciais são persistentes e difíceis de modificar, o que sugere que a transferência é um processo de base conflitual e motivacional, visto ser originada com base em conflitos não resolvidos com as figuras significativas da infância, sendo estes conflitos reativados tanto na relação terapêutica como nas relações interpessoais quotidianas. A transferência é motivacional no sentido em que os pacientes se “agarram” à percepção que têm tanto do terapeuta como do outro apesar de existirem evidências que contrariam essa percepção.

Freud (1914/1976), sugere que a transferência ocorre para que o paciente (a) possa obter no presente a satisfação relativa ao que foi privado; (b) satisfaça a tendência à repetição; (c) evite memórias dolorosas e assustadoras.

Tendo em conta a complexidade temática da transferência, parece-nos difícil analisá-la na sua totalidade, pois o conceito de transferência na atualidade abarca as variáveis subjetivas do paciente, do terapeuta, bem como o diverso material que é produzido por ambos no decorrer da terapia. Assim, consideramos que os dados obtidos não podem ser generalizados, pois dizem apenas respeito a duas pacientes, e a um terapeuta, o que constitui uma limitação. Nesse sentido, sugere-se a utilização de um maior número de participantes, de sessões analisadas, bem como intensificar a pesquisa que relacione estes dois constructos de forma a alargar a possibilidade de confirmar e generalizar os resultados obtidos, para que desta forma possamos entender melhor e de forma mais profunda o impacto dos processos e padrões transferências.

Referências

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. *American Psychiatric Press*, 751-757. Washington, D.C.
- Bateman, A., Fonagy, P., (2007). The use of transference in dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*, *164*, 680.
- Binder, J., Strupp, H., (1997). “Negative Process”: a recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clin Psychol Sci Pract*, *4*, 121-139.
- Bradley R., Heim A., & Westen D. (2005). Transference patterns in psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *Journal of Psychiatry*, *186*, 342 – 349.
- Carter, J., (1996). Measuring Transference: Can We Identify What Have Not Defined? *Journal of Counseling Psychology*, *27*(3), 257-258.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology* *40*, 209-220.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., et al. (1994). The Plan Formulation Method. *Psychotherapy Research*, *4*, 97-207.
- Force, O. T. (Ed.). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*.
- Frances, A., Perry, S., (1983). Transference interpretation in focal therapy. *Am J Psychiatry*, *140*, 405-409.
- Freud, S., (1914/1976). *Recordar, repetir e elaborar. Obras Completas* (pp.193-203). Vol. XII. Rio de Janeiro. Imago, Edição Standard Barsileira.
- Gabbard, G., Westen, D., (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal*, *84*, 823-841.
- 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. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.209.
- Gelso, C. J., Palma, B. & Bhatia (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. doi: 10.1002/jclp.22043.
- Gilliéron, E., (1996/2001). *A primeira entrevista em psicoterapia* (pp.117-118). Lisboa: Climepsi Editores.

- Gill, M., (1982/1995). *Analysis of transference. Vol.I Theory and Technique*. 8th Edition. International University Press.
- Gill, M., & Hoffman, I., (1982/1989). *Analysis of transference. Vol.II Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. 5th Edition. International University Press.
- Høglend, P., (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 171(10), 1056-1066.
- Høglend, P., Gabbard G., (2012). *When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? a review of empirical research, in Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp.449-467). New York: Edited by Levy A., Ablon J. Kächele, H.
- Høglend, P., Hersoug, A. Bøgwald, K.-P., Ulberg, R., Svein, A. & et al. (2011). Effects of Transference Work in the Context of Therapeutic Alliance and Quality of Object Relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 697 – 706. doi: 10.1037/a0024863.
- Høglend, P., Johansson, P., Marble, A., Bøgwald, & Amlo, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2, 162-174. doi: 10.1080/10503300701194206.
- Johansen, P., Høglend, P., Ulberg, R., Svein, A. & et al. (2010). The Mediating Role of Insight for Long-Term Improvements in Psychodynamic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 438 – 448. doi: 10.1037/a0019245.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2008). Psychoanalytical therapy process research. In H. Kächele, J. Schachter & H. Thomä (Eds.), *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*, (pp. 10-35). New York: The Analytic Press.
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 919-926.
- Levy, K., & Scala, W. (2012). Transference, Transference Interpretations, and Transference-Focused. *American Psychological Association*, 49(3), 391 – 403. doi: 10.1037/a0029371
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190-218.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books.
- Michels, R., (2007). The theory of therapeutic action. *Psychoanal Q*, 76, 1725-1733.

- Moore, B., Fine B., (1990). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. New Haven: Yale University Press.
- Multon, K. D., Patton, M. J. & Kivlighan, D. M. (1996). Missouri Identifying Transference Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 3, 243-252, American psychological Associations.
- Norte, P. (2014). *Avaliação de Processos de Mudança em Psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Perry, J., (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School.
- Perry, J., Beck, S., Constantinides, P., & Foley, J., (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales: Four hypotheses, four cases. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*, C., 6, pp., 121-152.
- Sousa, A. (2012), *Contratransferência e Mecanismos de Defesa - Indicadores de Mudança no Processo Psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrada em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ulberg, R., Amlo, S., Hersoug A., & Johnsen H.-S., (2014). The Effects of the Therapist's Disengaged Feelings on the In-Session Process in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 5, 440-451. doi: 10.1002/jclp.22088.
- Ulberg, R., Svein A. & Høglend, P. (2014). Manual for Transference Work Scale; a micro-analytical tool for therapy process analyses. *BMC Psychiatry*, 291, 1-14.
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A. & Høglend P. (2009). Patient Sex as Moderator of Effects of Transference Interpretation in a Randomized Controlled Study of Dynamic Psychotherapy. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2, 78-86.
- Zilcha-Mano, S., McCarthy, K., Dinger, U. & Barber J. (2014). To What Extent Is Alliance Affected by Transference? An Empirical Exploration. *American Psychological Association*, 3, 424-433. doi: 10.1037/a0036566.