



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

RELAÇÃO ENTRE PERFIS  
PSICOPATOLÓGICOS DE ADOLESCENTES E  
REACÇÕES CONTRATRANSFERENCIAIS EM  
CONTEXTO PSICOTERAPÊUTICO

CLAUDIA SOFIA TRINDADE ANTUNES

N.º 13436

Orientador da Dissertação:

Prof. Doutor Nuno Torres

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Nuno Torres

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Nuno Torres, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus Avós, agradeço *ab imo pectore*. Por tudo o que sou e por tudo o que posso vir a ser.

Aos meus Pais que me transmitiram importantes lições de Vida e à minha Irmã, que sempre me apoiou com a sua grande amizade, inteligência e sensibilidade.

Ao Dr. Nuno Torres pela sua Humanidade, Sabedoria Académica, Cordialidade, Disponibilidade e Bom Humor, que foram cruciais para a realização deste trabalho e que acima de tudo, me inspiraram para futuros estudos relacionados com este tema.

Não queria de deixar de agradecer a todos os outros professores (as), que ao longo destes anos deixaram em mim, enquanto aluna, a sua marca de forma indelével, quer pela sua maneira de pensar a Psicologia, quer pela sua Personalidade, que me motivaram e me abriram novos Horizontes pessoais e académicos:

Victor Amorim Rodrigues, Joana Robalo, Maria Teresa dos Santos Neves, Luís Silva Pereira, Manuel Eduardo, Luís Sousa Ribeiro, António Coimbra de Matos, Miguel Tecedeiro, Pedro Martins e Teresa Aleixo.

Agradeço também a todos os funcionários do ISPA-IU, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Sara Belo, pela sua enorme compreensão, simpatia e disponibilidade; aos funcionários da Reprografia pela sua extrema simpatia e atenção, aos funcionários da Biblioteca, nomeadamente pela paciência que tiveram comigo ao longo destes anos.

Por último à Dona Lina, que, apesar de já não estar algum tempo nesta Instituição, nunca irei esquecer a sua ajuda académica, que foi preciosa e imprescindível nos primeiros três anos do Ispa e que acima de tudo, deixou muitas saudades pela sua simpatia, olhar meigo e uma vontade de ajudar fora de série

## RESUMO

A Contratransferência, tem sido gradualmente reconhecida pelo seu papel crucial no processo psicoterapêutico e em particular, no trabalho com Adolescentes, cujo fenómeno é particularmente notório, devido à interação com adolescentes e seus familiares, que fazem emergir respostas contratransferenciais mais intensas e complexas nos psicoterapeutas, comparativamente ao trabalho com adultos. O objectivo deste trabalho, é testar as correlações existentes entre os perfis contratransferenciais dos psicoterapeutas no trabalho com adolescentes, em função dos perfis psicopatológicos dos pacientes. Esperamos que 1) as psicopatologias de Externalização (YSR), estejam associadas com Perfis Contratransferenciais Negativos e 2) as psicopatologias de internalização (YSR) estejam associadas a perfis contratransferenciais positivos.

Os participantes deste estudo são constituídos por dois grupos: o primeiro foi formado por 8 psicoterapeutas, aos quais foi aplicado o *Countertransference Questionnaire* (CTQ) – adaptado à população portuguesa por Gomes (2008), após a 5ª sessão com o/a paciente. O segundo grupo foi constituído por 48 adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, com uma média de 15.2 anos, dos quais 23 eram rapazes, tendo sido aplicado o questionário *Youth Self Report*, na fase de avaliação psicológica (entre a 1ª e a 3ª sessão).

Verificou-se uma maioria de correlações positivas significativas entre as escalas de ambos os instrumentos.

Este estudo aponta para uma correlação significativa entre os factores contratransferenciais e diversas psicopatologias de internalização e externalização.

**Palavras-Chave:** Contratransferência, Psicoterapia, Adolescência.

## ABSTRACT

Countertransference has been gradually recognized for its fundamental role in psychoanalytic process, particularly in the work with Adolescents, where this phenomenon is much more intense and complex in comparison to the work with Adults; because of the interaction that takes place with adolescents and their families. The aim of this study, is to test the correlations between the psychotherapist's countertransference profiles, in their work with adolescents, and the syndromes profiles of the patients. We hope that 1) the externalization syndromes (YSR) will be correlated with negative countertransference profiles (CTQ) and 2) the internalized syndromes will be associated with positive countertransference profiles.

The participants of this study, were 8 psychotherapists and 48 adolescents with ages between 12 and 18, (with a mean of 15.2 years, which 23 of them were boys), constituting two groups. To the first group, i.e., the 8 psychotherapists, was applied the Countertransference Questionnaire, after the 5<sup>th</sup> session with the patients. To the second group, i.e., the 48 adolescents, was applied the Youh Self Report, while the psychological evaluation occurred (between the 1<sup>st</sup> and the 3<sup>rd</sup> sessions).

In the present work, a majority of positive significant correlations were verified between the scales of both instruments.

This current study, suggests a significant correlation between the countertransference factors and the varied internalized / externalized psychopathologies.

**Keywords:** Countertransference, Psychotherapy, Adolescence.

## ÍNDICE

CAPA -----	I
VERSO DA CAPA -----	II
AGRADECIMENTOS -----	III
RESUMO -----	IV
ABSTRACT -----	V
ÍNDICE -----	VI
ÍNDICE DE TABELAS -----	VIII
INTRODUÇÃO -----	1
I. REVISÃO DE LITERATURA	
1.1. Introdução à Temática Abordada neste Trabalho -----	2
1.2. A Origem do Conceito de Contratransferência -----	3
1.3. A Evolução do Conceito: Principais Contributos na 1ª Metade do Século XX -----	6
1.4. A Evolução do Conceito: Principais Contributos na 2ª Metade do Século XX - Perspectiva Kleiniana -----	10
1.5. Principais Perspectivas da Contratransferência na Actualidade -----	23
1.6. A Contratransferência em Adolescentes: da Origem Conturbada até aos Dias de Hoje -----	24
1.6.1 Alguns Estudos Recentes sobre a Contratransferência em Adolescentes -----	28
1.7. Objectivo deste Estudo -----	31
II. MÉTODO	
2.1. Instrumentos:	
<i>Countertransference Questionnaire</i> -----	32
<i>Youth Self Report</i> -----	34
2.2. Participantes -----	35
2.3. Procedimento -----	35

III.	RESULTADOS -----	36
IV.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	40
V.	CONCLUSÃO -----	44
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	46
VII.	ANEXOS	
	Anexo I: Questionário de Contratransferência (CTQ) -----	50
	Anexo II: Correlações entre as Escalas do YSR -----	51
	Anexo III: Correlações entre as Escalas do CTQ -----	52
	Anexo IV: Correlações entre as Escalas do YSR e CTQ -----	53

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	-----	45
Tabela 2	-----	45
Tabela 3	-----	47

## INTRODUÇÃO

Com este trabalho, propomo-nos abordar a temática da contratransferência não apenas numa perspectiva teórica, mas igualmente empírica. Para tal, a presente dissertação, estrutura-se em torno de dois momentos fundamentais: um momento de revisão de literatura teórica e no segundo momento, de investigação.

No primeiro momento iremos expôr, inicialmente, a origem do conceito de Contratransferência, os seus primórdios e a sua progressiva evolução conceptual do ponto de vista Kleiniano. Aqui, iremos explanar o seu desenvolvimento e progressivas elaborações a partir de uma ordem cronológica e, posteriormente, descreveremos este conceito aplicado aos Adolescentes, desde a sua origem até ao seu estado Actual. Terminamos este momento, com a descrição do objectivo deste estudo, bem como as hipóteses formuladas para a sua prossecução.

No segundo momento, com intuito de contribuirmos para uma melhor compreensão do conceito de Contratransferência no trabalho com Adolescentes e para uma melhor compreensão psicanalítica da sua utilização e papel no processo psicoterapêutico, apresentaremos a exposição da investigação empírica deste conceito, através da descrição do método e instrumentos utilizados, da apresentação dos resultados obtidos em tabelas respectivas, para posteriormente os discutir e realizar algumas considerações sobre os mesmos, encerrando, por fim, com as conclusões.

A pesquisa bibliográfica virtual foi realizada, mediante o recurso ao Centro de Documentação do ISPA-IU, EBSCO-HOST, em conjugação com o com o software informático *Microsoft Office Word 2007* – utilizando o sistema operativo *Microsoft Windows 7*.

## I. Revisão de Literatura

### 1.1. Introdução à Temática Abordada Neste Trabalho: Contratransferência

O Tema proposto para este trabalho, é o estudo da Contratransferência na prática psicoterapêutica com Adolescentes, dentro da perspectiva Kleiniana (e/ou pós-Kleiniana). Segundo esta perspectiva (Waska, 2008), o trabalho psicanalítico e/ ou psicoterapêutico visa ajudar o paciente a ficar gradualmente consciente da sua realidade intrapsíquica e com as suas formas de relacionamento da representação interna de si e dos outros – Objectos Internos. Nas técnicas Kleinianas praticadas ainda hoje, o foco terapêutico é o “aqui-e-agora” da relação *transferência - contratransferência*, na exploração contínua das ansiedades primárias do paciente e uma análise cuidada das defesas e fantasias.

Foi S. Freud em 1905, quem primeiro definiu o conceito de *Transferência*. Estipulou que este processo compreende novas edições de impulsos e fantasias do paciente, feitas emergir ou tornadas conscientes pelo psicanalista e/ ou psicoterapeuta, durante o processo psicanalítico ou psicoterapêutico; e têm a particularidade de substituem pela pessoa do psicanalista as pessoas significativas do Passado (Freud, 1905, cit. por Burgoyne & Sullivan, 1997).

Segundo Zimerman (2004), é um fenómeno inconsciente, em que o paciente transfere para o psicoterapeuta e/ ou psicanalista, sentimentos, crenças e padrões de relacionamento. Esse transferir, assume a forma de um processo denominado *Identificação Projectiva*, uma fantasia inconsciente, em que sentimentos de amor /ódio, bem como o desejo ou medo do conhecimento sobre o o *self* e o objecto, são projectados para o objecto interno e externo. Este processo pode levar à fantasia de:

- Re-internalizar um objecto danificado, que causa depressão ou medo;
- Re-internalizar um objecto hostil perigoso, que causa ansiedades persecutórias.

Pode ser também um meio de comunicação primitivo, levando a uma resposta emocional negativa do psicanalista e/ou psicoterapeuta e subsequente interação patológica entre ambos. Pode representar uma forma de adaptação, comunicação, defesa; cuja compreensão gradual por parte dos dois elementos, dos seus diversos significados e do seu lugar no funcionamento inconsciente do paciente, é crucial para o avanço do processo terapêutico.

Segundo, Hinshelwood (1997), a visão contemporânea a partir da perspectiva Kleiniana, sobre transferência e contratransferência, assenta na ideia de contenção /

*containing*, i.e., o paciente inconscientemente, pretende depositar ou transferir as suas experiências vivenciais (transferência), num contentor / *container*; nomeadamente as suas angústias E o psicanalista pelo processo da Introjecção, contém essas angústias e devolve essas experiências modificadas de forma a diminuir a sua intensidade (contratransferência).

Todas as noções sobre este conceito, evoluíram nos últimos cinquenta anos e abraçaram a realização de que a identidade do psicanalista inclui uma pessoa que sente e que é capaz de respostas emocionais. Que tem uma identidade pessoal além de uma identidade profissional e que ambas estão implicadas no bom e/ou mau trabalho psicanalítico. Existem diversas escolas além da Kleiniana que abraça esta noção de identidade pessoal do psicanalista, mas como é concebida esta pessoa?

O papel desempenhado pelo psicanalista e/ou psicoterapeuta, não é meramente profissional: desempenha também o papel consciente e/ inconsciente induzido pelo mundo interno relacional do paciente e ainda o da sua própria vida consciente e inconsciente que corresponde ao seu mundo objectal interno.

Dentro da perspectiva Kleiniana, os autores que pavimentaram pela primeira vez uma visão positiva, ou seja, útil no processo psicanalítico e os que expandiram o seu conceito de forma mais ou menos directa, foram: Winnicott, Heimann, Little, Money-Kyrle, Racker, Bion, Grinberg, Pick e Joseph, respectivamente (Waska, 2008). Iremos então abordar os seus contributos para a expansão do fenómeno contratransferencial, no próximo ponto deste trabalho.

A Contratransferência, o tema deste trabalho, é a combinação entre os conflitos psicológicos por resolver do psicanalista e/ou psicoterapeuta, com os seus sentimentos, crenças e fantasias que são induzidas, provocadas ou catalisadas pelo paciente, sob a forma de Identificação Projectiva, aquando da Transferência. Se não for notada ou trabalhada pelo psicanalista, estes estados contratransferenciais podem levar a respostas patológicas ou a situações de *acting out*.

Se for compreendida, então poderá servir como um conjunto de pistas para uma melhor compreensão do mundo interno do paciente. O psicanalista, através da interpretação, assinala estas manifestações do mundo interno do paciente, para que este o possa compreender, modificar e controlar, em vez de agir sem escolha consciente – *acting out* (Waska, 2008).

## 1.2. A Origem do Conceito de Contratransferência

Como vimos atrás neste trabalho, o estudo deste fenómeno, sempre esteve intimamente ligado ao da Transferência, pois um não existe sem o outro. A contratransferência, sempre foi considerada como um dos conceitos centrais no campo psicanalítico, no entanto a sua conceptualização, é uma das mais complexas e controversas entre as várias escolas psicanalíticas, tal como defende Zimmerman (2004).

São discussões que se prendem com as suas desvantagens ou vantagens no que concerne à possibilidade de ser um excelente instrumento da prática psicanalítica; a divergência entre a comunidade psicanalítica quanto ao facto da sua natureza ser unicamente inconsciente ou também consciente. Não obstante, este conceito continua plenamente vigente, tendo o seu interesse aumentado à medida que o seu uso tem sido cada vez mais generalizado e estendido a pacientes mais regressivos, i.e., com psicopatologias mais severas Zimmerman, 2004).

### *Sigmund Freud*

Segundo Zimmerman (2004) e Jacobs (1999), a primeira metade do século XX foi, bastante escassa no que diz respeito a estudos efectuados sobre a contratransferência. A ausência de produções sobre este conceito estará, provavelmente, associada ao medo e vergonha do psicoterapeuta em expor publicamente os seus sentimentos, pois tais manifestações eram encaradas negativamente, indiciando a necessidade de retomar a análise. Neste sentido, após um momento de expansão e sedimentação do paradigma psicanalítico clássico, surge gradualmente um desconforto com alguns aspectos teóricos e práticos, que resultará numa revolução e mudança paradigmática.

Segundo Zimmerman (2004), tal revolução só acontecerá com os contributos de autores como Heimann (1950) e/ou Racker (1953), os quais iremos apresentar mais adiante neste trabalho.

Foi S. Freud que mencionou pela primeira vez este termo, no Congresso de Psicanálise em Nuremberga, em 1910, com a denominação original de *Gegenübertragung*, o que alguns autores traduziram como sendo “transferência recíproca”. Nessa altura, Freud empregou este termo, para se referir à resistência inconsciente do psicanalista /psicoterapeuta, como sendo um obstáculo que o impedia de ajudar o paciente a lidar com áreas da psicopatologia que ele próprio não conseguia enfrentar.

Neste seu trabalho, “The future prospects of psycho-analytic therapy”, Freud conceptualizou este termo, com o propósito de oferecer conselhos técnicos a profissionais não-analisados que praticavam psicanálise, com o intuito de reduzir o perigo do envolvimento emocional e o *acting out* de psicoterapeutas, mais especificamente, o envolvimento erotizado (como nos casos de envolvimento de Jung e Ferenczi com algumas das suas pacientes), que temia que pudesse acontecer com os psicanalistas em geral.

Segundo Freud, a Contratransferência emerge no psicanalista, como um resultado da influência do paciente, nos seus sentimentos inconscientes; e nessa altura, requeriam que o psicanalista os reconhecesse para assim, resolver a contratransferência em si mesmo (Freud, 1910a).

No seu artigo de 1912, “Recommendations to physicians practising psycho-analysis” recomenda ao psicanalista, Freud defendia que o psicanalista deve adoptar o modo de trabalho de um médico-cirurgião; i.e., deve pôr de parte todos os seus sentimentos, mesmo a sua empatia humana e concentrar toda a sua força mental no processo psicanalítico ou psicoterapêutico. Acreditava que sem uma frieza emocional por parte do psicanalista, este seria vulnerável às resistências do paciente. Não obstante, defendia que este tinha de ajustar o seu inconsciente ao do paciente, no sentido de lhe ser sensível aos sentimentos inconscientes, tal como um Receptor Telefónico; que capta e transforma em ondas sonoras na linha telefónica, provenientes do Microfone Emissor (o paciente).

Mas para utilizar desta forma o seu inconsciente, o psicanalista não pode tolerar qualquer tipo de resistências em si mesmo (contratransferência); deve antes de se submeter a uma purificação psicanalítica para as resolver, de forma a evitar quaisquer falhas ou “blind spots” na sua percepção analítica.

Freud, no seu artigo “Observations on Transference-Love” (1915a), no qual ao apresentando um caso hipotético de uma paciente com um historial de paixões por psicanalistas, recomenda a consciencialização do fenómeno transferencial por parte do psicanalista, para que este perceba que tais sentimentos são causados pela situação analítica e não pelas suas qualidades pessoais - alertando, deste modo, para possíveis tendências para envolvimento amorosos com pacientes, semelhantes aos ocorridos com Ferenczi e Jung (Etchegoyen, 2004; Jacobs, 1999).

De acordo com Gabbard (1999), o silêncio relativo de Freud sobre esta temática não é um indicador do seu desinteresse, mas sim um sinal da sua preocupação e zelo para com a sua ainda jovem ciência.

Freud ao evitar falar das vulnerabilidades do psicanalista, não daria argumentos aos críticos da época. Este zelo pode justificar o facto de, embora a contratransferência ter tido um enfoque reduzido na obra freudiana, foi através da consciencialização da sua existência e dos seus perigos que fomentou a implementação da análise didáctica e subsequentemente à origem e fundação da instituição psicanalítica e do ensino e transmissão do pensamento psicanalítico (Coimbra de Matos, 2002).

Etchegoyen (2004), elabora uma reflexão relevante, no que concerne à importância da contratransferência para Freud. Para o autor, ainda que a contratransferência seja sempre mencionada por Freud como um obstáculo a ser ultrapassado, um estorvo que deveria ser removido através da auto-análise ou análise didáctica, não deixa de ser curioso o facto de na primeira vez que este aborda este tema, o fazer num artigo dedicado ao futuro da técnica psicanalítica. Etchegoyen (2004), advoga que “ (...) Freud presumia que a compreensão da contratransferência significaria um grande processo para a técnica psicanalítica” (Etchegoyen, 2004, p.156).

### **1.3. A Evolução do Conceito: Principais Contributos na 1ª Metade do Séc. XX**

As duas ideias freudianas dentro desta temática, correspondendo a primeira ao facto do psicanalista utilizar o seu inconsciente e a segunda, ao da contratransferência ser um obstáculo, acabaram por se interligar como se se tratassem de uma hélice dupla, ao longo do desenvolvimento histórico das concepções psicanalíticas sobre a Contratransferência e acabou por se estender também à teoria da cura psicanalítica (Epstein e Heiner, cit. por Wolstein, 1988).

Segundo Jacobs (1999), os comentários e *insights* de Freud sobre o conceito de contratransferência, apesar de parcos, foram muito importantes, porque serviram de base para duas correntes divergentes sobre este conceito. Um dos mais marcantes foi sobre a importância da análise e da supervisão do psicanalista (Freud, 1912), para resolver quaisquer conflitos intrapsíquico. Todos os psicanalistas apresentam limitações referentes ao seu carácter e personalidade e falhas “blind spots” impostas pelos seus conflitos intrapsíquicos, para a compreensão e resposta às comunicações do paciente. Via a Contratransferência como uma força inconsciente que emergia no psicanalista sendo um obstáculo para a percepção e compreensão das comunicações do paciente, no entanto, esta poderia ser resolvida pela

análise e supervisão contínua do psicanalista; esta visão negativista da contratransferência foi partilhada por outros autores (como iremos ver a seguir).

O seu segundo *insight* sobre este conceito (Freud, 1912), no entanto, serviu de raiz para a segunda visão sobre a contratransferência; a ideia de que esta não é apenas inevitável como também um caminho para a compreensão do inconsciente do paciente, pois Freud reconheceu que é necessária uma comunicação entre os inconscientes do paciente e do psicanalista e da transmissão de mensagens inconscientes entre ambos que vão ser essenciais para o processo psicanalítico. Esta ideia pavimentou o caminho para alguns autores que partilhavam esta ideia positiva da Contratransferência (Jacobs, 1999).

Foi Sándor Ferenczi, em 1919 (cit. por Jacobs, 1999), que depois de Freud, falou sobre este tema de forma mais directa sobre a sua inevitabilidade no setting psicanalítico e/ou psicoterapêutico, enfatizando a noção do seu valor para compreender o paciente.

No entanto, concordava com a visão freudiana de que esta necessitava de ser controlada e resolvida pelos psicanalistas e/ou psicoterapeutas; para que não inibisse ou constrangesse o processo de escuta activa ou atenção flutuante, que considerava essenciais para o entendimento empático entre ambos.

Para Zimerman (2001), a obra de Ferenczi foi pioneira no sentido de ter inspirado a Psicanálise contemporânea, nomeadamente em temas como a qualidade recíproca na díade psicanalítica, no uso da empatia por parte do psicanalista, na flexibilidade e elasticidade da técnica face às necessidades do paciente, na importância da personalidade do psicanalista como instrumento de cura psicanalítica, na introdução do conceito de introjecção e pelo utilização de sentimentos contratransferenciais na relação psicanalítica.

Adolph Stern em 1924, no seu artigo denominado “ On the Counter-Transference in Psychoanalysis”, define Contratransferência a partir do molde teórico da temática da Transferência do psicanalista para o paciente. Para o autor, o fenómeno contratransferencial tem a mesma origem que a transferência do paciente; ou seja, na parte reprimida, infantil do psicanalista. E pode emergir ao consciente pelas mesmas formas da transferência, no entanto, com o conhecimento teórico e experiência clínica, pode reduzir substancialmente a sua actividade. Segundo Stern (1924), durante o fenómeno transferencial, - quer se trate de uma transferência positiva ou negativa – ocorre uma mobilização de todos os impulsos libidinais e egóicos oriundos do paciente, agregados com o objectivo de induzir no psicanalista o desempenho do papel de uma *imago* – inconscientemente transferida pelo paciente. A contratransferência será deste modo, causada maioritariamente pelo fenómeno transferencial

conjugado com as resistências do psicanalista, manifestando-se através de falhas na manutenção da técnica psicanalítica.

Stern falou também de dois tipos de Contratransferência, quanto à sua origem: o primeiro quando esta advém dos conflitos intrapsíquicos e a segunda quando emerge em resposta à transferência do paciente; e é esta última que considerava útil para a compreensão do paciente sendo a primeira, considerada um obstáculo.

Theodor Reik, no seu artigo “Some remarks on the study of resistences”, publicado em 1924, aborda este conceito associando-o com a temática das resistências. O autor advoga que o fenómeno contratransferencial é de extrema importância para os psicanalistas e na sua opinião, defende que este tema não está devidamente focado na literatura na sua época. Descreve este fenómeno como o conjunto de sentimentos de impaciência, decréscimo de atenção ao paciente e alterações na técnica psicanalítica. Segundo Reik (1924), a contra-resistencia existe como outra forma de contratransferência mas que só surge em momentos de impasse terapêutico causado por uma resistência interna oriunda do paciente, levando o psicanalista e/ ou psicoterapeuta a contra-resistir através do seu desinteresse.

Balint e Balint em 1939, no seu artigo “On Transference and Counter-Transference”, consideravam que Contratransferência era a soma total de todos os comportamentos e atitudes do psicanalista dentro do setting psicanalítico. Acreditavam que a situação psicanalítica é o resultado de uma interação entre a transferência do paciente e a Contratransferência do psicanalista e deste modo, a personalidade do psicanalista poderia criar diferentes atmosferas psicanalíticas, exercendo uma influência decisiva sobre a transferência do paciente e consequentemente sobre os resultados psicoterapêuticos. No entanto, estes autores verificaram na prática clínica que a grande maioria dos seus pacientes, adaptaram-se a diferentes *settings* psicanalíticos e conservaram o seu próprio tipo de transferência quase imperturbáveis pela contratransferência do seu psicanalista. Defenderam que este facto implica que os psicanalistas empregaram as suas técnicas a favor dos objectivos psicoterapêuticos sem que estas sejam um campo de acção para as suas próprias emoções e sem interferindo com a aprendizagem do paciente sobre o seu inconsciente - não o do psicanalista.

Uma nova abordagem ao fenómeno contratransferencial é introduzida por Donald Winnicott (1949), no seu trabalho intitulado “Hate in the countertransference”, em que a partir do seu trabalho com pacientes psicóticos e anti-sociais, classificou este fenómeno em três formas:

- I. Sentimentos Contratransferenciais provenientes do Psicanalista e/ Psicoterapeuta, oriundos em relações e identificações nele reprimidas, que convergiam para a necessidade de retomar a auto-análise;
- II. Tendências e identificações características do psicanalista enquanto pessoa, que distinguem qualitativamente o seu trabalho em comparação com outros colegas;
- III. A Contratransferência Objectiva que compreende apenas os sentimentos reactivos à personalidade, atitudes e comportamentos do paciente.

Winnicott (1949), estabeleceu que no tratamento com pacientes psicóticos, induz no psicanalista, respostas contratransferenciais objectivas, tais como sentimentos de ódio, medo, e/ ou ansiedade, sendo imperativo que o psicanalista as acolha e as consciencialize como sentimentos objectivos, induzidos, sem os negar, para que depois possa, em tempo oportuno, utilizar no seu trabalho, num acto interpretativo.

No que concerne ao seu trabalho com pacientes neuróticos, estes sentimentos objectivos, como ódio, existem no psicanalista sob a forma latente, e o autor defende que estes também não devem ser negados – o psicanalista deve ser capaz de odiar objectivamente o paciente.

Segundo Wolstein (1988), Winnicott, conseguiu ir para além da visão tradicional da Contratransferência como obstáculo e *taboo*, apresentado um caso excelente para demonstrar a sua utilidade terapêutica, indicando que poderia ser uma excelente fonte de informação não apenas sobre o paciente, mas também sobre a evolução do trabalho psicoterapêutico. Deste modo, conseguiu:

- Demonstrar que esta evolução pode ser demonstrada pelos sentimentos contratransferenciais intensos quando objectivamente provocados pelo paciente, têm feedback do paciente e esta necessidade de feedback pode ser sinal de uma necessidade maturacional;
- Estabeleceu que o psicanalista necessita de realizar uma desintoxicação de sentimentos contratransferenciais intensos, para poder continuar a funcionar de forma constructiva com o paciente.

A primeira metade do século XX, foi bastante parca no que concerne a expansões do conceito de contratransferência: a grande maioria dos artigos publicados na época, mostram uma reiteração dos postulados freudianos, não tendo emergido nada em particular que tivesse acrescentado algo de novo ao conceito (Etchegoyen, 2004; Zaslavsky & Santos, 2006b).

Como advoga Etchegoyen (2004), era necessário que se associasse a noção de Freud sobre a contratransferência como obstáculo ao processo psicanalítico à ideia de Reik sobre a intuição como instrumento do psicanalista para aceder ao inconsciente do paciente; esta perspectiva, só mais tarde e fruto da influência Kleiniana é que iria chegar.

Para Zimerman (1999), a ausência de elaborações sobre este conceito estará possivelmente associada ao medo e vergonha em expor ao público e à comunidade psicanalítica da época, os sentimentos do psicanalista, pois tal exposição seria encarada como uma falha profissional e indicadora da necessidade em retomar a auto-análise. Não obstante, é de salientar que ao longo do tempo, foi emergindo uma necessidade de avaliar alguns postulados vigentes e deste modo, foi introduzida a noção da importância da dimensão pessoal do psicanalista por autores como Ferenczi em 1930, Balint & Balint em 1939 (cit. por Jacobs, 1999).

Etchegoyen (2004), refere Kuhn que em 1962, com a sua teoria sobre o conhecimento científico, estipula que a ciência evolui ciclicamente por crises; e deste ponto de partida, o autor defende que após um momento de expansão e sedimentação do paradigma psicanalítico clássico encabeçado por Freud, surge progressivamente um desconforto com alguns aspectos referentes à teoria e prática psicanalíticas que vão levar a uma revolução e mudança paradigmática. Tal revolução só acontecerá com os contributos de Heimann em 1950 e Racker em 1953 (dos quais iremos abordar mais à frente neste trabalho).

#### **1.4. A Evolução do Conceito: Principais Contributos na 2ª Metade do Séc. XX dentro da Perspectiva Kleiniana**

Como referimos anteriormente, decorridos mais de trinta anos depois da posição de Freud sobre este constructo, pouco mais foi escrito além da noção da Contratransferência como obstáculo ao processo psicanalítico/psicoterapêutico. No entanto, a partir da década de cinquenta surgiram inúmeros trabalhos em que o fenómeno contratransferencial deixou de ser concebido como obstáculo, passando a ser considerado como uma ferramenta para aceder e

compreender os conflitos inconscientes do paciente (Coimbra de Matos, 2002, Etchegoyen, 2004, Zimerman, 2004 a).

Para esta mudança paradigmática contribuíram alguns factores, como a mudança no próprio contexto histórico e cultural, em que, com a experiência da II Grande Guerra Mundial, veio a inclusão de outras tipologias de pacientes em tratamento, nomeadamente com psicopatologias mais graves (pacientes limítrofes, psicóticos e crianças), confrontando os psicanalistas da época com fortes emoções, tornando-se claras as respostas contratransferenciais (Jacobs, 1999).

Outro factor que contribuiu para esta mudança, foi a influência de conceitos teóricos inovadores, como a Identificação Projectiva (Klein, 1946, 1969, cit. por Etchegoyen, 2004).

Em 1946, foi introduzido o conceito de Identificação Projectiva por Melanie Klein no seu famoso artigo “ Notes on Some Schizoid Mechanisms” ao referir-se ao processo característico da posição esquizoparanóide, de clivagem de partes de *Self* e subsequente projectção das partes clivadas para um objecto.

Este processo é descrito como uma forma de ataque inconsciente por parte da criança em direção à mãe, em virtude de sentimentos sádicos, anais e uretrais, cuja finalidade seria a expulsão, de forma Projectiva, de partes clivadas do Ego para o interior da mãe. A projectção dessas mesmas partes clivadas teria assim a finalidade de atacar e controlar o objecto, eliminando a noção de separação e identificando-o com o mau *self*.

Klein refere em paralelo, o processo de clivagem e projectção das partes boas do *self*, defendendo-o como essencial para o estabelecimento de boas relações objectais e para a integração egóica, alertando, todavia, para os perigos do uso excessivo deste mecanismo (clivagem e projectção), pois poderia causar um empobrecimento do Ego e uma excessiva dependência ao Objecto representativo das partes boas do *self* (mãe e posteriores figuras significativas).

Apesar do conceito de Identificação Projectiva estar na fase embrionária nesta sua obra (como se pode constatar apenas ambiguidade dada ao nome do processo, i.e., por vezes refere-se a ele como identificação pela projectção e só uma vez como identificação Projectiva), a autora já se refere a este como vital para o desenvolvimento normal e/ou anormal das relações objectais.

O conceito de Identificação Projectiva foi crucial para o entendimento e aplicação clínica do conceito de contratransferência, relacionando-o com o primeiro e com o conceito de Transferência; pois a partir da perspectiva Kleiniana, a grande maioria dos pacientes

utilizam a identificação Projectiva como mecanismo de defesa, como meio de comunicação, vinculação e ainda como meio de agressão na sua relação com o psicanalista.

Deste modo, a Identificação Projectiva molda constantemente o processo transferencial bem como o contratransferencial (Waska, 2008).

Foram realizadas elaborações posteriores de seguidores da escola Kleiniana, associando este conceito como parte integrante ao estudo da contratransferência, entre os quais Jacobs (1999), destacou Bion (1954, 1962) e Grinberg (1962).

Com a legitimação dos sentimentos contratransferenciais e a valorização do papel das contratransferências negativas no tratamento de pacientes com psicopatologias mais graves,

Donald Winnicott (1949), demonstrou que a emergência desses sentimentos é necessária e parte essencial do tratamento e conseqüentemente, pavimentou o caminho para a mudança de perspectiva deste constructo, ou seja, para uma perspectiva positiva, i.e., útil e necessária no processo psicanalítico / psicoterapêutico. O passo libertador da visão negativista, foi dado por Heimann, um ano depois, no seu artigo “ On Countertransference” (Jacobs, 1999).

Neste capítulo iremos abordar apenas os contributos de autores Kleinianos, para não escapar ao âmbito do presente trabalho.

#### *Paula Heimann*

Heimann (1950), utilizou o termo contratransferência para abranger todos os sentimentos do psicanalista que este experiencia em relação ao paciente. Defendeu que a resposta emocional do psicanalista / psicoterapeuta ao paciente, dentro do setting psicanalítico, representa uma das mais importantes ferramentas para o seu trabalho; sendo um instrumento de pesquisa para o inconsciente do paciente.

Acreditava que a contratransferência era fundamentalmente, uma criação do paciente; em que as experiências subjectivas do psicanalista eram depositadas pelas projecções do primeiro. Deste modo, essas experiências subjectivas do psicanalista/ psicoterapeuta, podiam ser compreendidas como o material representativo de aspectos da mente do paciente, sendo assim um instrumento central para a pesquisa e compreensão do inconsciente deste último (Heimann, 1950).

Spillius (cit. por Gabbard, 1995), mencionou que Klein não considerou de forma auspiciosa a expansão do conceito de contratransferência por parte de Heimann, mostrando-se preocupada pela possibilidade da sua abordagem permitir aos psicanalistas culpar os seus

pacientes pelos problemas contratransferenciais. Klein, deste modo, reafirma a óptica freudiana sobre esta temática, mantendo o seu cepticismo em relação aos insights oriundos de Heimann.

#### *Margaret Little*

Um ano depois do artigo controverso de Heimann em 1950, surge o trabalho de Little, intitulado “ Countertransference and the patient response to it”, cujo objectivo foi o de explorar a natureza complexa da relação transferência – contratransferência e defendeu que inevitavelmente, esta relação contém uma mistura de elementos normais e patológicos oriundos do mundo intrapsíquico do paciente e do psicanalista. Acreditava também que no fenómeno contratransferencial, existia no psicanalista, além de conflitos intrapsíquicos, uma necessidade de reparação, causada pela sua agressão inconsciente ao paciente. Deste modo, existia no psicanalista o desejo ambivalente de cura, quer o desejo de manter doente o paciente (Jacobs, 1999).

Segundo Wolstein (1988), Little encarou o fenómeno contratransferencial como central no trabalho psicanalítico com pacientes severamente perturbados e defendia que era este fenómeno que fazia todo o trabalho; pois não era apenas o psicanalista o espelho do paciente, mas o paciente também o seria, ou seja, este último por vezes fica completamente consciente dos sentimentos reais no psicanalista, antes deste último, estipulando que por vezes a resposta do paciente pode conter uma parte da interpretação da contratransferência real para o psicanalista.

#### *Heinrich Racker*

Segundo Wolstein (1988), Racker com os seus trabalhos compilados na obra *Transference and Countertransference*, publicados em 1968, estudou este tema da forma mais completa que qualquer outro autor na literatura psicanalítica.

Tentando estudar de forma aprofundada a experiência contratransferencial, delineou pela primeira vez, uma explicação para o que se passa internamente no psicanalista /psicoterapeuta.

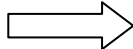
No seu primeiro artigo publicado em 1953, intitulado “ A contribution to the problem of the countertransference”, começa por estabelecer que o psicanalista tem em simultâneo, dois papéis no processo psicanalítico: primeiro o de intérprete de processos inconscientes e em segundo, o de objecto desses mesmos processos.

Em consequência deste facto, também a contratransferência tem um papel duplo: pode intervir como pode interferir. Pode ajudar, distorcer ou ocultar a percepção desses processos; ou ainda a percepção pode estar correcta, mas pode provocar uma reacção neurótica que pode limitar a capacidade de interpretação. Pode também afectar as suas atitudes e comportamentos, que por sua vez, irão influenciar a imagem que o paciente forma do primeiro. Deste modo, a contratransferência ao afectar a sua percepção e comportamento, influencia o paciente e especialmente a sua transferência. Neste seu trabalho, Racker define contratransferência, em paralelo com as noções de transferência normal e neurose de transferência; deste modo, estabeleceu que o fenómeno contratransferencial compreende o conjunto de todas as imagens, sentimentos e impulsos em relação ao paciente, tendo em conta que estes sejam determinados pelo passado e se a sua expressão for patológica é denominada de neurose de contratransferência, e é esta última, que perturba o trabalho psicanalítico.

Outro ponto central deste seu trabalho, é o facto de estabelecer a origem edipiana da neurose de contratransferência, tal como o processo transferencial; deste modo, acaba por diferenciar variados tipos de respostas contratransferenciais para os dois sexos, i.e., para pacientes do género feminino e masculino.

Racker (1953), falou também em dois tipos de contratransferência de acordo com a forma como o psicanalista transfere os seus objectos internos: de forma directa ou indirecta. A contratransferência directa é na situação em que o psicanalista transfere para o paciente como indivíduo e aqui estão incluídas a grande maioria de situações contratransferenciais. Na contratransferência indirecta, o psicanalista transfere os seus objectos introjectado para o paciente como se fosse para a Sociedade como um todo, ou um grupo social específico ou para outro sujeito além do paciente (e.g. outro psicanalista).

Racker no seu trabalho de 1957, intitulado “ The meanings and uses of countertransference”, estabeleceu que as reacções do psicanalista, podiam ser divididas em **complementares** e **concordantes**. A primeira, acontece quando os conflitos intrapsíquicos do analista são activados pelas projecções do paciente. Na segunda, o psicoterapeuta /psicanalista, identifica-se com a representação do *self* interno do paciente e aí, ocorre uma ligação empática entre ambos.

Predisposição para a Compreensão (A)  Identificação com o Ego do Paciente (a)

Id (A) com o Id (a)

Ego (A) com o Ego (a)

Superego (A) e com o Superego (a)

Consequentemente, o terapeuta pode ou não aceitar conscientemente todas estas identificações.

Segundo Racker (1957), estas Identificações acima enunciadas, podemos chamar de Concordantes e /ou Complementares. As primeiras são baseadas na ressonância do exterior com o interior; ou seja, reconhecer no outro o que é igual ao nosso e vice-versa. As segundas acontecem, quando o paciente trata o psicanalista como se fosse um objecto interno e em consequência, o analista sente-se tratado como tal e e identifica-se com esse objecto.

Existe uma relação entre estes dois tipos de Identificação: a Complementar vai depender do **grau** da Concordante; ou seja, consoante o grau de falha ou rejeição na identificação concordante por parte do psicanalista, vai-se reflectir na intensificação de algumas identificações complementares.

No caso de *agressividade* e *rejeição* do paciente, torna-se claro, que existe uma falha na Identificação Concordante e uma intensificação da Complementar (com o objecto rejeitante).

Para Racker, existem então dois tipos de Contratransferência:

C. Concordante – União aproximada ou identidade entre o paciente e as partes dos seus objectos internos: experiências, impulsos e defesas.

C. Complementar – uma relação de objecto muito parecida com as restantes; uma transferência real, em que o psicoterapeuta repete experiências passadas e em que o paciente representa objectos internos do analista.

A partir dos aspectos atrás enunciados, o autor considerou que levariam ao problema da dinâmica da Contratransferência- formulada primeiramente por Freud- no que diz respeito aos 3 principais elementos determinantes:

- 1) O Impulso em repetir as experiências infantis e primitivas;
- 2) Necessidade Libidinal
- 3) Resistência

As respostas contratransferenciais são regidas pela Leis do Inconsciente geral e individual e dentro delas, a Lei do Talião é especialmente importante. Em cada situação Transferencial (T) positiva, desencadeia uma resposta contratransferencial positiva (CT) e vice-versa.

É crucial que o psicanalista tenha consciência desta lei, para evitar o “afogamento” do processo psicanalítico: a entrada no círculo vicioso na neurose do paciente.

Segundo Racker (1957), as respostas Contratransferenciais, podem ser divididas em duas classes:

- I. Posições Contratransferenciais – acontecem quando o psicoterapeuta sente ansiedade ou raiva em relação ao paciente – respostas emocionais.
- II. Pensamentos Contratransferenciais - acontecem quando existe uma ligação inconsciente entre ambos, denominada de Simbiose Psicológica.

Simbiose Psicológica entre duas personalidades, significa que para cada constelação psicológica possível no paciente, existirá outra no psicanalista; e esta vai corresponder à constelação presente no paciente.

Estes pensamentos não representam perigo imediato na atitude comportamental do psicoterapeuta, desde que a sua atenção não deixe de ser flutuante.

A diferença principal entre as duas classes, não reside apenas na intensidade emocional de cada uma sentida no psicanalista (mais forte na primeira, porque existe uma identificação com o Id, Ego e Objectos do paciente). Reside antes de mais, no facto de terem uma origem diferente: na primeira, deriva do *acting out* do paciente e a segunda, os pensamentos espontâneos no psicoterapeuta, surgem da sua capacidade em perceber essa fantasia no paciente; ou seja, perceber que esta existe internamente.

Assim, o psicoterapeuta pode reagir pelo menos de duas formas: através da sua consciência das suas reacções ou através de *acting out*. Mas o que leva o psicanalista a reagir de um modo ou de outro?

Depende da sua própria neurose, na sua predisposição para a ansiedade, tipo de mobilização de mecanismos defensivos e especialmente na sua tendência para repetir comportamentos (*acting out*) em vez de os tornar conscientes.

Segundo Jacobs (1999), Racker explorou novas dimensões deste conceito, fazendo distinções muito importantes e demonstrou a sua complexidade, importância e acima de tudo, influenciou o trabalho de outros colegas. O seu estudo inovador deste constructo, foi influente por dois motivos, o primeiro tem a ver com o facto de ter fomentado e estimulado o seu estudo com o seu próprio trabalho e segundo, por ter demonstrado que era um fenómeno cujo impacto no processo psicanalítico era claramente profundo, levantando questões que nunca tinham sido até então colocadas.

#### *Roger Money-Kyrle*

Money-Kyrle, no seu trabalho publicado em 1956, intitulado “ Normal Counter-Transference and some of its deviations”, procurou definir contratransferência normal, saber de que modo e quais as condições que este processo é perturbado e por fim quais as perturbações que podem ser resolvidas de modo a que não levem ao término de um processo psicanalítico.

O autor estabeleceu que a contratransferência normal implica que o psicanalista e/ou psicoterapeuta, deve almejar o bem-estar do paciente, sem que fique envolvido emocionalmente nos seus conflitos intrapsíquicos. Implica também que, deve ter alguma tolerância sem que caia em julgamentos de valor (condenação, indulgência ou indiferença). Money-Kyrle (1956), defendeu que todos os processos normais de interacção humana, são mediados por processos intrapsíquicos denominados por Projecção e Introjecção. Mesmo numa conversa quotidiana, entre Emissor e Receptor, existe sempre a necessidade de colocar sentimentos no ouvinte, de forma a fazê-lo sentir mentalmente a experiência de vida do primeiro. Transpôs esta visão para o *setting* analítico, defendendo que o psicoterapeuta é o Receptor da perturbação do paciente e por isso, terá de ficar também ele perturbado – capacidade empática. Os mecanismos responsáveis são a Projecção – o paciente projecta a sua ansiedade para o psicoterapeuta - e a Introjecção – o psicanalista introjecta a ansiedade do paciente.

O processo normal no *setting* analítico, é caracterizado por ciclos contínuos destes dois mecanismos: à medida que o paciente fala, o terapeuta vai-se identificando introjectivamente e compreendendo-o, e irá reprojectar a sua compreensão, com a sua interpretação. Este processo falha, quando o paciente projecta algo que ainda não é compreensível para o analista e o ciclo fica interrompido - Impasse Terapêutico. O psicanalista, no Impasse, pode assumir uma resposta contratransferencial denominada de Esgotamento – experiencia sentimentos de perda de potência intelectual e um estado geral de confusão.

Para Money-Kyrle (1956), contratransferência normal, é quando o psicanalista sente que está em ligação com o paciente, i.e., quando estabelece um laço empático, movido por uma mistura de curiosidade científica e com necessidades de reparação. O que faz com que a o processo psicanalítico evolua, é o psicanalista ter actos repetidos de reconhecimento, na fase introjectiva, dos seus padrões emocionais que expressem determinadas fantasias inconscientes; o que causa uma falha na relação empática é uma quebra neste reconhecimento. Esta falha pode ser causada por algo ainda que cause medo ou angustia no psicanalista, porque ainda não está totalmente compreendida e resolvida no seu mundo interno.

Acredita ainda que a contratransferência pode ser positiva ou negativa, quando existe um excesso de sentimentos positivos ou negativos por parte do psicanalista em relação ao paciente; e é frequentemente um resultado indireto da emergência de frustrações quando um paciente perturbado não é compreendido e quando não podem ser dadas interpretações eficazes.

#### *Wilfred Bion*

Bion (1954, 1962), partiu do conceito de Klein de Identificação Projectiva, para dar sentido às suas experiencias clínicas com pacientes psicóticos (esquizofrénicos, neste caso). No seu trabalho “ Notes on the Theory of Schizophrenia” em 1954, Bion reflectiu sobre o processo de linguagem neste tipo de pacientes, outorgando a importância da contratransferência como fonte do material a ser utilizado nas interpretações com pacientes deste tipo. O autor estabeleceu ainda que na esquizofrenia, por influência dos processos de clivagem e projecção, a capacidade de pensamentos verbais encontra-se na maioria das vezes perdida ou alterada e as palavras acabam por ser coisas ou partes clivadas do paciente projectadas para o interior do psicanalista.

No seu trabalho de 1962, “ The Psycho-Analytic Study Of Thinking”, tomou como pedra basilar, o modelo mãe-bébé como analogia à relação psicanalista – paciente, denominando de modelo “continente-conteúdo” e deste modo, introduziu uma diferenciação importante no que concerne ao conceito de Identificação Projectiva, classificando-a como normal (com função comunicativa) e anormal (com uma intensidade excessiva e de natureza onipotente). O psicanalista (mãe), terá a função de captar e conter o material (medos e angustias), provenientes do paciente (bébé) através do processo de identificação projectiva, transformando-os dentro de si, para depois devolver esse mesmo material sob a forma de interpretação, para que o paciente os possa assimilar (Re-Introjecção), de forma adequada e tolerável ao seu psiquismo. Serão as falhas no processo de contenção e transformação por parte do psicanalista, que causarão a reintrojecção, não do material original, mas “um terror sem nome”, expressão denominada por Bion, ou seja, conteúdos não transformados e incapazes de ser pensados.

Segundo Zimerman (2004b), apesar das noções de Bion sobre a identificação Projectiva e o modelo continente-conteúdo tenham tido um impacto considerável na compreensão do fenómeno contratransferencial, o próprio Bion tinha cautela ao referir-se a este termo. Considerou que existia um risco de sobrevalorização do mesmo pelos psicanalistas, que poderia levar à justificação de todos os problemas como sendo projecções do paciente, e por isso, postulou que um dos aspectos essenciais do fenómeno contratransferencial, é o facto de ela ser inconsciente e acreditava que não se poderia fazer uso de algo inconsciente.

Segundo Jacobs (1999), Bion não se focou no fenómeno contratransferencial nos seus trabalhos, no entanto, em 1967, enfatizou a importância da psicologia do psicanalista no seu trabalho clínico. Conceptualizou a Psicanálise como uma partilha da vida emocional entre dois indivíduos que estão envolvidos numa relação intensa, em que as atitudes e valores do psicanalista estão continuamente a influenciar o material emergente do paciente (transferência). Bion (cit. por Jacobs, 1999), acreditava que os principais obstáculos num trabalho psicanalítico eram as fantasias onipotentes do psicanalista, a sua tendência em prender-se a teorias e ao seu conhecimento *a priori*. Falou também da necessidade do psicanalista em evitar a dor e para isso, focar-se em material menos problemático para si mesmo e para o paciente e nesse sentido, entrar num tipo de parceria que dificulta o progresso do processo psicanalítico. De forma indirecta, as noções de Bion influenciaram o pensamento de vários colegas, particularmente na escola Kleiniana e na escola Intersubjectiva no que diz

respeito ao efeito persistente das respostas contratransferenciais do psicanalista no processo psicanalítico.

### *Otto Kernberg*

Segundo Jacobs (1999), Kernberg em 1965 e em 1976, foi o autor que mais integrou no seu estudo sobre o fenómeno contratransferencial, vários pontos de vista de diferentes autores. A partir da perspectiva Kleiniana, da Teoria de Relações de Objectos, e dos trabalhos de Jacobson em 1964 sobre a relação entre *Self* e *Objecto*, Kernberg, desenvolveu uma visão complexa e criativa do conceito de contratransferência que ilustra como a noção de Identificação Projectiva pode ser interpretada dentro da abordagem da escola da Psicologia do Ego. Adicionalmente, enfatizou a noção de que conflitos por resolver do psicanalista, estimulados pelo material do paciente (transferência), constitui um elemento importante da resposta contratransferencial.

No seu artigo de 1965, intitulado “ Notes on Countertransference”, Kernberg contribuiu para a organização conceptual deste constructo, com a diferenciação de duas perspectivas sobre o conceito de contratransferência: a primeira denomina de Clássica que compreende a primeira abordagem encabeçada por Freud e seguida por outros autores como Reich em 1951, Glover em 1955, Fliess em 1953 (cit. por Kernberg, 1965). Esta abordagem estabelece que contratransferência é uma reacção inconsciente do psicanalista à transferência devido aos seus conflitos neuróticos por resolver e o este deve resolve-los através da sua própria psicanálise.

A segunda abordagem, o autor denomina-a de Totalística, tendo sido seguida por autores como From-Reichmann em 1950, Winnicott em 1949, Heimann e Little em 1951 e Racker em 1953 e 1957 (cit. por Kernberg, 1965). Esta escola de pensamento concebe este fenómeno como o conjunto de todas as reacções emocionais do psicanalista no tratamento psicanalítico; e as reacções conscientes e inconscientes ao paciente em tratamento, não são só reacções à sua realidade como à sua transferência, mas também às necessidades neuróticas e reais do próprio psicanalista. Esta segunda abordagem implica que estas reacções emocionais do psicanalista estão intimamente fundidas e apesar do fenómeno contratransferencial dever ser resolvido pelo psicanalista, é útil no sentido de contribuir para um maior entendimento do paciente.

Kernberg (1965), falou ainda no facto da contratransferência ser uma importante ferramenta de diagnóstico no processo psicanalítico, no sentido de dar informação importante

sobre o nível de regressão do paciente e da sua posição emocional predominante em relação ao psicanalista, bem como das mudanças que ocorrem nessa posição.

Estipulou que quanto mais intensa e prematura /regressiva for a resposta emocional do psicanalista /psicoterapeuta ao paciente, maior será a ameaça à sua neutralidade e mais caótica, flutuante será a sua natureza. Deste modo, maior será a probabilidade do psicoterapeuta estar na presença de um paciente com uma psicopatologia mais grave e portanto, transferência de carácter mais regressivo. No outro extremo do *continuum*, ao trabalhar com pacientes neuróticos e portanto com psicopatologias menos graves, as reacções destes serão mais espaçadas, menos intensas e menos ameaçadoras da neutralidade do psicanalista.

#### *Léon Grinberg*

Segundo Jacobs (1999), Grinberg em 1957, estendeu a perspectiva kleiniana sobre o conceito de contratransferência. O autor salientou que, em resposta às identificações projectivas do paciente, o psicanalista responde com as suas identificações projectivas. Tal como os outros autores kleinianos, Grinberg defendia que o fenómeno contratransferencial representava o mundo interno projectado do paciente.

No seu trabalho de 1962, “ On a specific aspect of countertransference due to the patient’s projective identification“, vai continuar com os estudos perpetrados por Racker, aprofundando-os, através da assimilação do conceito de Identificação Projectiva e de Contra-Identificação Projectiva, por si introduzido, diferenciando-o dos processos de identificação concordante e complementar de Racker, uma vez que a contra-identificação projectiva seria independente dos conflitos por resolver do psicanalista, sendo então, uma vivência das identificações projectivas do paciente. Esta será então o resultado da projecção, via identificação Projectiva, de material inconsciente rejeitado pelo paciente que ao ser elaborado pelo psicanalista, este irá reagir de forma concreta e real segundo o material captado, impelindo-o a transformar-se no que o paciente inconscientemente projecta.

#### *Irma Brenmam Pick*

Pick, em 1985 (cit. por Hinshelwood, 1999), estabeleceu uma relação entre a projecção da experiência do paciente com determinados aspectos do psicanalista, que denominou de Emparelhamento Mental ou “Mating of Minds”, uma expressão por si cunhada.

É esperado que o psicanalista tenha em atenção a este tipo de elo ou emparelhamento entre ele mesmo e o paciente, pois este não é um fenómeno específico de pacientes com psicopatologias mais graves; pois para Pick, existe um *equivalente psicológico* entre terapeuta e paciente, um estado mental específico que procura outro estado mental equivalente.

A autora postulou que para trabalhar e/ ou elaborar a contratransferência “ working through countertransference”, é necessário que o psicanalista considere crucial desenlaçar esse laço íntimo entre ambos, ou esse emparelhamento. Para levar a cabo esta tarefa, o psicanalista deve ter em consideração três aspectos:

- I. A sua própria perturbação emocional deve ser consciencializada e resolvida internamente antes de compreender os outros dois aspectos;
- II. Reconhecer a parte responsável pelo paciente que é responsável no emparelhamento;
- III. O efeito que o emparelhamento causa no paciente.

Depois de todos estes factores, terem sido descortinados, a contratransferência deverá funcionar como um aparelho Receptor de mensagens (Hinshelwood, 1999).

#### *Betty Joseph*

Segundo Hinshelwood (1992), Joseph determinou que a própria experiência do psicanalista / psicoterapeuta em sentir a experiência do paciente é muito importante; denominou-a de sensibilidade ou capacidade para sentir como o paciente é capaz de o fazer “ trazer para dentro da sua própria experiência ou transferência” no *setting* psicanalítico.

Segundo Gabbard (2005), Joseph estabeleceu que os sentimentos do psicoterapeuta, reflectem as tentativas do paciente em evocar-lhe sentimentos que eles mesmos não conseguem tolerar e que desse modo, levam o primeiro a ter uma resposta contratransferencial, que corresponde ao que o paciente projectou.

A autora defendia ainda que o psicanalista deve permitir-se a responder a essa pressão dos pacientes numa forma atenuada, porque lhe permite ficar consciente da natureza dos conteúdos projectados e interpretar o que se passa no mundo interno dos mesmos.

## 1.5. Principais Perspectivas da Contratransferência na Actualidade

Como foi descrito neste trabalho, o conceito de contratransferência, na sua curta e contestada existência, tem-se revelado de extrema importância para uma compreensão mais profunda das especificidades inerentes ao processo psicanalítico, tendo sido progressivamente construída, desde obstáculo a instrumento, remetendo para o carácter complexo de comunicação inconsciente, no qual a ideia de um psicanalista impessoal deixa de fazer sentido e o carácter relacional e *específico* da relação se evidencia.

Zaslavsky & Santos (2006b), referem a proveitosa influência criativa do conceito de contratransferência no desenvolvimento da teoria e técnica psicanalítica, uma vez que este, analogamente à transferência, se tornou um conceito a partir do qual outros conceitos podem ser pensados, construídos e estruturados (e.g., Identificação Projectiva, *Role Responsiveness*, *Enactment*, etc.).

O impacto do conceito terá, porém, dimensões que transcendem o próprio desenvolvimento da técnica, uma vez que, como referem, a própria teoria psicanalítica e o seu objecto de estudo é modificado, passando a deixar de se centrar numa psicologia individual para passar a considerar os aspectos dos dois elementos da díade e os laços que os unem – será neste sentido que poderemos falar da importância da contratransferência numa mudança paradigmática (Etchegoyen, 2004) no pensamento psicanalítico.

Um indicador do impacto do conceito no pensamento psicanalítico apresenta-se por uma progressiva convergência das variadas escolas psicanalíticas, como é referido por Gabbard no seu no seu trabalho “Countertransference: the emerging common ground” em 1995. O autor defende que, não obstante a existência de divergências teóricas entre as escolas, existe um reconhecimento generalizado de uma espécie de entendimento partilhado – um ponto de convergência comum – relativamente à utilidade da contratransferência como elemento técnico de compreensão do paciente.

Em contrapartida, para Hinshelwood (1999), a contratransferência tornou-se um ponto nodal na compreensão das divergências entre as escolas - para uma abordagem a estas divergências consulte-se a literatura apropriada (e.g., Hinshelwood, 1999; Zaslavsky & Santos, 2006b).

Nos tempos actuais, predomina, assim, uma noção generalizada da contratransferência como obstáculo, instrumento e campo; sendo que as maiores controvérsias se centram em questões como: o tipo de natureza dos fenómenos contratransferenciais (se apenas inconscientes, ou também pré-conscientes e conscientes); o perigo de confundir sentimentos

do analista como sendo do paciente; a sua utilidade ao serviço da empatia ou intuição; a utilização – ou não – de sentimentos contratransferenciais como material de interpretação; e a possibilidade de confissão, ao paciente, de sentimentos contratransferenciais (Zimerman, 2004a).

### **1.6. A Contratransferência em Adolescentes: Da Origem Conturbada até aos Dias de Hoje**

Segundo Marshall (1979), existe uma notória lacuna na literatura acerca da contratransferência em adolescentes. Estabelece que um dos principais factores se prendem com a influência de Anna Freud, que com o seu trabalho publicado em 1926, *Introduction to the Technique of Child Analysis* (cit. por Marshall, 1979), defendia que a neurose de transferência não poderia ser estabelecida com crianças, apesar de admitir que as reacções transferenciais poderiam ocorrer. Decorridos quarenta anos, em 1965, no seu trabalho *Normality and Pathology in Childhood* (cit. por Marshall, 1979), reverteu a sua posição, estabelecendo que a neurose de transferência poderia ocorrer, mas de forma diferente à dos adultos.

A visão negativa de Melanie Klein sobre a contratransferência, após a publicação do trabalho de Paula Heimann, publicado no *International Journal of Psychoanalysis* em 1950, foi outros dos factores que contribuíram para esta lacuna na literatura em torno deste tema. Klein discordou das idéias de Heimann, desaconselhando o seu uso exagerado e generalizado, que poderia atribuir, indiscriminadamente, aspectos próprios do psicoterapeuta ao paciente; desencorajando outros dos seus seguidores, que quisessem investigar este tema, (Marshall, 1978).

Baruch (1997), defende que existem duas visões: Pessimista e Optimista. Na primeira, Anna Freud foi a precursora, estabelecendo que o Adolescente, tem tendência a estabelecer uma relação dependente com o terapeuta, ao mesmo tempo que está a tentar desprender-se dos pais. Isto reflecte-se na dificuldade em se envolver num processo psicoterapêutico.

Winnicott, em 1966 (cit. por Baruch, 1979), partilhava também esta visão pessimista, estabelecendo que existia apenas uma cura para o adolescente e esta era a passagem do tempo e a passagem da adolescência para a Adulthood e que a única coisa que o terapeuta poderia fazer era esperar e “jogar” com esse tempo.

Na terapia com crianças e adolescentes os *blind spots*, enviesamentos e necessidades emocionais do analista, podem resultar em respostas emocionais e comportamentais inadequadas, intolerância, na necessidade de aceitação pelo paciente e ainda nas tentativas de o mudar, tal como defende Landreth (2002, cit. por Gil e Rubin, 2005). Metcalf (2003, cit. por Gil e Rubin, 2005). Defende ainda que as respostas contratransferenciais nos psicoterapeutas de crianças e adolescentes, excedem as dos adultos em intensidade, inadequação, etc.

Os autores que defendem uma visão Optimista, acreditam que os adolescentes são capazes de manter um tratamento psicoterapêutico, desde que estejam envolvidos nesse processo. O Sucesso Terapêutico, é directamente proporcional à capacidade do psicoterapeuta em compreender o impacto das mudanças desenvolvimentais na transferência do adolescente. Outros analistas salientam a importância em adaptar o método psicanalítico a adolescentes, tal como defende Bloch em 1995 (cit. por Baruch, 1997). Bloch, recomendou que o terapeuta quando fizesse interpretações, assumisse uma posição ao lado do Adolescente, quando este quisesse libertar-se da influência dos pais de modo a sentir-se autónomo e independente, em vez de ficar silencioso ou emocionalmente não responsivo.

Eissler em 1958 (cit. por Baruch, 1998), acreditava que o psicanalista teria de estar alerta à constante natureza mutável da psicopatologia do Adolescente, no que concerne à manifestação de diferentes condições clínicas, níveis de capacidade do ego e no fim, conseguir adaptar a sua técnica terapêutica indo de encontro às suas necessidades.

Segundo Tsiantis (2003), este atraso na literatura e subsequente investigação, tem a ver, de um modo geral, com um longo atraso no reconhecimento e aceitação da comunidade científica geral, da Neurose de Transferência na análise com crianças (tal como já foi referido anteriormente) e no facto dos primeiros psicanalistas infantis terem sido Educadores, contribuindo para a confusão entre o tipo de intervenção psicoterapêutica - meios pedagógicos e psicanalíticos. A intervenção pedagógica implicava que o terapeuta fosse um substituto dos pais e que gratificasse a criança (*gift giving*), indo de encontro às suas necessidades – esta abordagem não permitia manter distância e neutralidade psicanalítica.

Segundo Gil e Rubin (2005), a noção psicanalítica clássica de contratransferência, é conceptualizada como sendo uma relação recíproca entre a transferência do paciente e o inconsciente do psicoterapeuta. No entanto, no trabalho psicoterapêutico com crianças e adolescentes, não é assim tão linear, porque estes trazem consigo para o *setting*, todo o seu sistema: psicopatologia e a sua família, além da relação analítica. A Contratransferência do Terapeuta, neste contexto, não é apenas limitada às suas respostas inconscientes. Poderá ser

antes, uma resposta consciente cognitiva, comportamental e / ou afectiva a determinada característica da criança /adolescente ou à sua família.

Waksman, (1986, cit. por Gil e Rubin, 2005), alertou para o facto de os conflitos e/ou traumas de infância por resolver do analista, poderem contaminar o seu trabalho, quer com as crianças / adolescentes, quer com os seus pais. Já Rogers, (1995, cit. por Gil e Rubin, 2005), defendia que a contratransferência do analista, neste contexto, poderia afectar a sua própria estabilidade pessoal e profissional, bem como a relação psicoterapêutica.

Bradell (1992, cit. por Gil e Rubin, 2005), observou que, ao contrário dos adultos, faltam-lhes motivação consciente para o tratamento, mais orientados para a acção, pouco resistentes à frustração e por último, mas não menos importante, têm tendência ao *acting out* e facilmente recorrem a mecanismos de defesa primários, que conseqüentemente, activam reacções contratransferenciais mais intensas.

Segundo Sarles (1994), a contratransferência é um fenómeno que existe em cada encontro entre terapeuta e criança/adolescente e inclui o espectro completo de emoções e reacções como raiva, ansiedade, medos, inveja, alegria, amor e ódio. As reacções contratransferenciais específicas evocadas por estes pacientes, são tão variadas como as psicopatologias que apresentam; e claro que são induzidas tanto pelos Pacientes como pela sua Família (Gil e Rubin, 2005). Para Sarles, estas respostas e reacções não são tanto um perigo, mas um desafio inerente em terapia com estes sujeitos.

Schowalter (1985, cit. por Gil e Rubin, 2005), estabeleceu que a contratransferência, pode assumir variadas formas – em que o psicoterapeuta pode:

- a. Realizar um Diagnóstico precipitado ou desresponsabilizar-se de um plano terapêutico;
- b. Incluir, sub-incluir, ou sobre-incluir os pais no processo psicoterapêutico;
- c. Competir com os pais;
- d. Ter sentimentos excessivamente positivos ou negativos em relação a estes pacientes.

Brandell (1992, cit. por Gil e Rudin, 2005), observou terapeutas que experienciaram um leque de respostas contratransferenciais do tipo:

- a) Impotência
- b) Futilidade
- c) Frustração com os pais
- d) O desejo de protecção
- e) Confusão

- f) Fantasias de Salvamento
- g) Aborrecimento
- h) A necessidade de voltar a viver a infância de novo ou experiências da adolescência.

Marvasti (1992,cit. por Gil e Rubin, 2005), encontrou respostas contratransferenciais que incluíam relutância em explorar temas relacionados com abuso sexual, identificação com a vítima ou com o abusador, culpa e vergonha.

Segundo Baruch (1997), alguns autores têm desenvolvido investigação, acerca da distinção entre neurose infantil e perturbações primárias desenvolvimentais de Anna Freud.

Edgcumbe (1993, cit. por Baruch, 1997), partiu da noção de que quanto maior a for Lacuna no Desenvolvimento, menos efectiva será uma terapia cujo método assente apenas em interpretações do conflito e maior será a necessidade de desenvolver estratégias que reforcem a capacidade de tolerar a frustração. Expandiu estes conceitos no que diz respeito ao tratamento psicoterapêutico com o adolescente e mostrou a importância da distinção entre perturbações neuróticas e do desenvolvimento, aquando da avaliação da natureza e da extensão do progresso do adolescente. Assim, classifica *dois* tipos de interferência no desenvolvimento:

- I. Falha no desenvolvimento que se repercute na dificuldade em resolver problemas típicos na adolescência;
- II. Conflitos Activos Correntes, que podem ser específicos desta fase e/ou que podem ser reavivados de fases anteriores desenvolvimentais.

Segundo Baruch (1997), investigadores Piagetianos, estabeleceram que perturbações desenvolvimentais aquando das primeiras relações emocionais da criança, podem afectar negativamente mais tarde, a capacidade do Adolescente em regular as suas interações com o Meio a nível cognitivo e sobre a qualidade das suas representações mentais. Inhelder (1968, cit. por Baruch, 1997), estipulou que os factores emocionais, podem causar um sentimento de perda de auto-estima e reduzir a performance cognitiva do sujeito. Segundo Baruch (1997), a capacidade de reflectir sobre os seus próprios pensamentos e sentimentos envolve aspectos cognitivos complexos e por isso é plausível, que esta capacidade esteja pouco desenvolvida em adolescentes com um estilo de vinculação inseguro – desorganizado.

A maior parte dos adolescentes que sofrem experiências traumáticas, terão ainda mais inibida essa capacidade.

Em suma, adolescentes que cuja capacidade de pensar e reflectir sobre si mesmos esteja inibida devido a perturbações desenvolvimentais, podem não saber lidar com psicoterapias centradas na interpretação do conflito inconsciente (psicanalítica, e.g.).

### **1.6.1. Alguns Estudos Recentes sobre Contratransferência em Adolescentes**

**Betan et al. (2005)**, estudaram a relação entre os resultados do *Countertransference Questionnaire*, numa amostra aleatória de 181 psiquiatras e psicólogos norte-americanos e os *diagnósticos* (cotados pelos clínicos através do *Clinical Data Form* e o *Axis II Diagnosis*) de distúrbios de personalidade atribuídas por estes a pacientes (escolhidos de forma aleatória), que estivessem a tratar.

Apesar da especificidade de cada psicoterapeuta e de cada diade, o estudo aponta para uma correlação significativa entre os factores contratransferenciais e os distúrbios de personalidade, sugerindo que, para além do carácter idiosincrático da contratransferência do clínico (baseado nas sua história de vida pessoal e na interacção da dinâmica do clínico e paciente), existirá o que se poderá chamar de *Average Expectable Countertransference Responses* (Betan et al., 2005), aludindo para padrões contratransferenciais coerentes e previsíveis, que provavelmente se assemelharão a respostas vivenciadas por pessoas significativas da vida do paciente, reafirmando a utilidade da visão ampla da contratransferência, como um método útil para a compreensão da dinâmica do paciente, nomeadamente, no que se refere a padrões interpessoais repetitivos.

Os resultados do estudo revelaram que pacientes diagnosticados com distúrbios da personalidade do Grupo A (personalidades esquizóides, paranóides e esquizotípicas), apresentavam uma correlação significativa com o factor “Criticized/Mistreated”, revelando que os psicoterapeutas que trabalham com este tipo de personalidades se sentem criticados, desvalorizados e pouco apreciados. Pacientes do Grupo B (personalidades anti-sociais, borderline, histriónicas e narcísicas) despoletaram significativamente respostas contratransferenciais nos factores “Overwhelmed/Disorganized”, “Helpless/Inadequate”, “Sexualized”, “Criticized/Mistreated” e, negativamente, no factor “Positive”, revelando que os clínicos apresentam fortes emoções negativas (e.g., raiva, repulsa, ressentimento e ansiedade) ao lidar com pacientes deste grupo, sentindo-se incapazes de os ajudar, levando-os

muitas vezes a adoptar comportamentos evitantes face ao paciente. Curiosamente, os psicoterapeutas de pacientes deste grupo sentem, paralelamente aos sentimentos de repulsa e incapacidade, sentimentos de ordem sexual. Os pacientes do Grupo C (personalidades evitantes e dependentes) produziram respostas significativas no factor “Parental/Protective”, indicando um desejo de proteger e cuidar do paciente, que poderá relacionar-se com a dinâmica interna de pacientes deste grupo, que tendem a depender de figuras externas para a manutenção do seu auto-conceito.

Análises mais específicas (especificando a patologia ao invés de grupos), revelaram que pacientes com a psicopatologia *Borderline* da personalidade, apresentavam correlações significativas com o factor “Special/Overinvolved”; e que as personalidades Narcísicas apresentavam correlações significativas com o factor “Disengaged”, ao contrário de outros distúrbios de personalidade do seu grupo (Betan et al., 2005; Westen & Betan, 2009).

**Holmqvist & Armelius (1996)**, estudaram os sentimentos contratransferenciais de 224 psicoterapeutas psiquiátricos, que trabalharam em 21 casas de tratamento, utilizando uma escala de sentimentos de auto-preenchimento (*Feeling Word Checklist*), concluindo que alguns psicoterapeutas têm respostas emocionais semelhantes face a alguns tipos de pacientes.

**Holmqvist & Armelius (2000)**, estudaram as associações entre os sentimentos contratransferenciais (através da escala supra citada) de 163 funcionários de diversas casas de tratamento psiquiátrico e as classificações pessoais dos técnicos relativamente à sua auto-imagem, utilizando uma escala de Análise Estrutural do Comportamento Social (SASB), que se baseia na introjecção das imagens paternas e maternas. Os autores concluíram que os técnicos que habitualmente se sentiam autónomos e prestáveis face aos pacientes tinham uma imagem positiva da mãe introjectada; e que os técnicos que se sentiam rejeitantes, controladores e não-prestáveis tinham uma combinação de imagens negativas maternas e paternas.

**Holmqvist & Armelius (2006)**, estudaram os sentimentos de técnicos psiquiátricos de 21 casas de tratamento psiquiátrico, relacionando-os com:

- (1) o padrão habitual de sentimentos dos técnicos;
- (2) a estabilidade e a consistência de sentimentos face a pacientes específicos (padrão evocativo do paciente);
- (3) à interacção entre os dois factores.

Os resultados, indicaram que o padrão habitual de sentimentos dos técnicos e a interação entre o padrão habitual dos técnicos e o evocativo dos pacientes, era responsável pela grande parte da variância dos sentimentos dos técnicos – tendo o padrão evocativo dos pacientes evidenciado um peso inferior.

**Rossberg & Friis (2003)**, estudaram a relação entre respostas emocionais (através do FWC-58) de 253 funcionários de instituições psiquiátricas e as características agressivas e/ou suicidas de 207 pacientes. Os resultados demonstraram uma ocorrência superior de sentimentos positivos em detrimento dos negativos em relação aos doentes, sendo que os comportamentos suicidas e agressivos por parte dos pacientes apenas influíam nos valores das subescalas de contratransferência negativa.

**Rossberg, Karterud, Pedersen & Friis (2008)**, estudaram a relação entre as características de personalidade de um grupo de pacientes em tratamento por 1 dia (medidas através de um instrumento de auto-preenchimento, o *Circumplex of Interpersonal Problems*), o resultado do tratamento e as reações contratransferenciais de 11 terapeutas (através do FWC-58). Os psicoterapeutas e os pacientes preenchiam os instrumentos no início e no final do tratamento.

Os resultados demonstraram que os índices de sentimentos de rejeição e de alerta, por parte dos psicoterapeutas, apresentavam valores mais elevados no final do tratamento face a pacientes cujas personalidades apontavam para traços intrusivos, excessivamente dependentes, evitantes e manipulativos. No final do tratamento, pacientes cujos traços de personalidade, caracterizavam-se por traços dominadores e agressivos e correlacionavam-se, por parte das respostas dos psicoterapeutas, mais com índices de contratransferência negativa.

O estudo revelou, desta forma, uma forte relação entre os sentimentos contratransferenciais dos psicoterapeutas e os problemas interpessoais dos pacientes, tal como os classificavam na escala.

**Thylstrup & Hesse (2008)**, estudaram a possível relação entre as respostas emocionais de técnicos cuidadores (através do FWC-58) e as perturbações de personalidade de um grupo de pacientes dependentes de substâncias (através do DSM-IV and ICD-10 *Personality Disorder Questionnaire*).

Concluíram que a pacientes com transtornos do grupo B, estavam associadas a respostas emocionais de distância, por parte dos técnicos; com pacientes com transtornos do grupo C estavam associados, por parte dos técnicos, sentimentos de prestabilidade e auxílio; e com pacientes com transtornos do grupo A, não existia impacto emocional significativo nos técnicos.

### 1.7. Objectivo deste Estudo

O Objectivo deste trabalho, prende-se com o averiguar da possibilidade de existir uma correspondência ou correlação entre: os principais perfis contratransferenciais de uma amostra de Psicoterapeutas e perfis psicopatológicos de uma amostra de Adolescentes dos 11 aos 18 anos. Nomeadamente, ao reconhecer diferentes respostas contratransferenciais dos psicoterapeutas, pretendem-se identificar, quais as variáveis das pacientes associadas às primeiras.

Segundo esta linha de raciocínio, esperamos que as psicopatologias de externalização (classificadas no *Youth Self Report* como: *Rule-Breaking Behavior* e *Aggressive Behavior*), nos pacientes adolescentes, estejam correlacionadas com os variados tipos de respostas emocionais negativas dos psicoterapeutas (classificadas a partir do *Countertransference Questionnaire*). Esperamos também que as psicopatologias de internalização (*Withdrawn / Depressed*, *Somatic Complaints* e *Anxious / Depressed*), estejam correlacionadas com respostas emocionais positivas por parte do psicoterapeuta (classificadas como positivas no *Countertransference Questionnaire*).

Segundo Dupé e Normadin (2007), existe ainda escassa investigação sobre Contratransferência. No entanto, referem alguns estudos como o estudo de Goodwin em 1978 sobre tipos de funcionamento mental do terapeuta, concebidos como traços de personalidade e o de Hunt, Carr, Dagakis e Walker em 1985, sobre o emparelhamento cognitivo entre paciente e terapeuta. Referem ainda que a grande maioria dos estudos realizados não incidem sobre a forma como os processos mentais do terapeuta se desenrolam; apenas se debruçam sobre o seu acting *out* i.e., o que é observável.

Esperamos que este estudo contribua de algum modo para ajudar a clarificar o contributo específico do Psicoterapeuta, a partir do estudo da relação entre os diversos Perfis Contratransferenciais, com os Perfis Psicopatológicos de pacientes (neste caso, crianças e adolescentes).

## II. Método

### 2.1. Instrumentos

#### Countertransference Questionnaire

O Countertransference Questionnaire (Zittel Conklin & Westen, cit. por Gomes, 2006), foi adaptado para a população portuguesa por Gomes (2006) e é um questionário de auto-preenchimento destinado a clínicos/psicoterapeutas, que permite o registo psicométrico e normalizado (para fins clínicos e de investigação) da contratransferência num sentido amplo, ou seja, de respostas cognitivas, afectivas e comportamentais, experienciadas por um psicoterapeuta em interacção continuada com um paciente específico.

O questionário é composto por 79 itens, que são depois cotados individualmente através de uma escala tipo Likert de cinco valores (1=não é verdadeiro de todo, 3=de algum modo verdadeiro, e 5=bastante verdadeiro). Os itens foram elaborados com base em revisões de literatura (clínica, teórica e empírica), referentes à temática da contratransferência, tendo sido posteriormente analisados por vários clínicos experientes que os revisaram para que fossem claros e compreensíveis. Os itens avaliam uma ampla gama de respostas, desde sentimentos específicos (e.g., “I feel bored in sessions with him/her.”) a constructos complexos como o da Identificação Projectiva (e.g., “More than with most patients, I feel like I’ve been pulled into things that I didn’t realize until the session was over.”).

Este questionário, apresenta oito factores contratransferenciais independentes, coerentes com os dados clínicos e teóricos, uma vez que são representativos de diversas respostas dadas pelo clínico durante o processo psicoterapêutico; espelhando assim, uma combinação da dinâmica específica do psicoterapeuta, de respostas evocadas pelo paciente e da interacção da díade.

Os factores foram identificados por Betan, Heim, Conklin e Westen (2005), quando estudaram pela primeira vez, as propriedades psicométricas deste instrumento num estudo que envolvia uma amostra aleatória de 181 psiquiatras e psicólogos norte-americanos, fornecendo dados sobre a sua fiabilidade, validade e estrutura factorial.

1. **“Overwhelmed/Disorganized”** ou Avassalador / Desorganizado ( $\alpha$  de Cronbach de 0.90), com itens que expressam sentimentos e/ou comportamentos evitantes face ao paciente, bem como fortes sentimentos negativos como o medo, repulsa e ressentimento;
2. **“Helpless/Inadequate”** ou Impotente / Incapaz ( $\alpha$  de Cronbach de 0.88), com itens que descrevem sentimentos negativos de ineficácia, incompetência, ansiedade e desespero;
3. **“Positive”** ou Satisfatório / Positivo ( $\alpha$  de Cronbach de 0.86), que agrupa um conjunto de itens indicadores de uma boa aliança terapêutica e de uma relação próxima com o paciente;
4. **“Special/Overinvolved”** ou Especial / Excessivamente Envolvido ( $\alpha$  de Cronbach de 0.75), que inclui itens que descrevem o paciente como sendo tratado de forma especial em comparação a outros pacientes e de itens que apontam para problemas na manutenção dos limites do *setting* terapêutico, tais como a auto-revelação por parte do terapeuta, falta de rigor horário no início e final das sessões, e de sentimentos de culpa, responsabilidade e excesso de preocupação face ao paciente;
5. **“Sexualized”** ou Sexualizado ( $\alpha$  de Cronbach de 0.77), que inclui itens que descrevem sentimentos sexuais face ao paciente, bem como a presença de tensão sexual;
6. **“Disengaged”** ou Distanciado ( $\alpha$  de Cronbach de 0.83), que agrupa itens que descrevem sentimentos negativos de distração, aborrecimento, desinvestimento e irritação durante as sessões com o paciente;
7. **“Parental/Protective”** ou Parental / Protector ( $\alpha$  de Cronbach de 0.80), com itens descritores de sentimentos e desejos de protecção e cuidado, num estilo parental, que excedem consideravelmente os sentimentos positivos normais face a um paciente;
8. **“Criticized/Mistreated”** ou Criticado / Desvalorizado ( $\alpha$  de Cronbach de 0.83), incluindo itens que descrevem o sentimento de ser desvalorizado, inapreciado e criticado pelo paciente (Betan et al., 2005).

### Youth Self Report

O YSR (Achenbach, 1991), é um questionário de preenchimento individual, para ser aplicado a jovens com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos, com o propósito de avaliar as suas competências em determinadas áreas e os seus problemas comportamentais de uma forma padronizada. Foi desenhado para fornecer dados referentes a competências sociais e problemas comportamentais e ainda permitem realizar uma avaliação cognitiva, física de forma directa do pré e/ou adolescente.

Ao nível da sua organização conceptual, podemos referir que este instrumento faz parte de umas das três medidas empíricas do sistema multiaxial de Achenbach, sendo as outras o *Child Behaviour Checklist* (Achenbach, 1991) e o *Teacher Report Form* (Achenbach, 1991).

A avaliação das Competências Sociais, compreende duas subescalas: a escala das *Actividades* e a escala *Social*, que formam a *Escala Total de Competências*. Esta última ainda contem a media das performances académicas dos adolescentes.

A avaliação dos Problemas Comportamentais (*Problem Checklist*) é constituída por oito escalas sintomáticas:

1. **“Anxious/Depressed”** – sintomas ansiogénicos e depressivos;
2. **“Withdrawn / Depressed”** – sintomas referentes a uma inibição comportamental;
3. **“Somatic Complaints”** – sintomas somáticos;
4. **“Social Problems”** – sintomas referentes à problemas de conduta social, na relação com o Outro;
5. **“Thought Problems”** – sintomas referentes a problemas de raciocínio;
6. **“Attention Problems”** – sintomas referentes a problemas na atenção;
7. **“Rule-Breaking Behavior”** - sintomas referentes a problemas de comportamento delinquente;
8. **“Aggressive Behavior”** – sintomas referentes a problemas de comportamento agressivo.

Existe ainda uma escala adicional, que pode ser cotada apenas em rapazes, denominada de “Self-Destructive/Identity Problems”.

Estas oito escalas vão ser agrupadas em três escalas: *Internalizing Syndromes (INT)*, *Externalizing Syndromes (EXT)* e a na escala *Total Problems Scale (TP)*.

No grupo das psicopatologias de Internalização (INT), compreende a soma das pontuações das escalas:

- *Withdrawn*,
- *Somatic Complaints*
- *Anxious/Depressed*.

A Escala correspondente a psicopatologias de Externalização (EXT), consiste na soma das pontuações das escalas:

- *Rule-Breaking Behavior*
- *Aggressive Behavior*.

As escalas *Social Problems*, *Thought Problems*, e *Attention Problems*, não são incluídas nas escalas de Internalização e Externalização, no entanto, fazem parte na Escala Total de Problemas, que já contém todas as oito escalas sintomáticas.

## **2.2. Participantes**

Para poder realizar este trabalho, recolhemos uma amostra composta por um grupo de 8 psicoterapeutas e por outro grupo constituído por 48 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, numa instituição denominada *Espaço S* pertencente à Divisão de Juventude da Câmara Municipal de Cascais. Os adolescentes apresentavam uma média de idade de 15.2 anos, dos quais 23 eram rapazes.

## **2.3. Procedimento**

À amostra constituída pelo grupo dos oito psicoterapeutas, foi aplicado o *Countertransference Questionnaire* ou Questionário de Contratransferência – CTQ – adaptado à população portuguesa por Gomes (2008), após a 5ª sessão com o/a paciente.

Ao grupo dos 48 adolescentes, ou seja, aos pacientes, foi aplicado o questionário *Youth Self Report*, na fase de avaliação psicológica (entre a 1ª e a 3ª sessão).

Estes procedimentos fazem parte da monitorização da evolução de resultados psicoterapêuticos e do próprio processo psicoterapêutico, num protocolo assinado entre a Câmara Municipal de Cascais e o ISPA-Instituto Universitário.

O Consentimento Informado para recolha e utilização anónima e confidencial da informação para efeitos administrativos, faz parte do consentimento informado prestado aos jovens e seus pais pelo serviço *Espaço S*.

Foram aplicados 48 questionários YSR válidos aos pacientes e 45 questionários de Contratransferência – CTQ, uma vez que alguns pacientes não tinham ainda cumprido as 5 sessões mínimas para o CTQ à data da recolha de dados.

Foram excluídos pacientes com diagnósticos psicopatológicos como psicose ou deficiência intelectual, bem como questionários inválidos ou que tivessem sido aplicados fora das janelas típicas de avaliação descritas acima. De acordo com esta linha de pensamento, foram incluídos no estudo de hipótese entre associação de YSR com CTQ, um subgrupo de 36 pacientes com informação válida e típica em ambos os questionários YSR e CTQ.

Numa primeira fase, procurou-se introduzir os dados já previamente recolhidos, constituindo as bases de dados em Microsoft Excel (Office 2007), para depois serem submetidos a processamento estatístico, através do *software* informático IBM SPSS Statistics versão 21.

### III. RESULTADOS

Aquando do processamento estatístico, realizámos correlações de *Spearman* entre as variáveis em estudo. Em primeiro lugar, fizemos as correlações entre as escalas do YSR, em segundo lugar, as correlações entre as escalas do CTQ e em último lugar, testámos as hipóteses de associação entre as escalas do YSR e as escalas do CTQ. Os resultados estão nas tabelas a seguir apresentadas.

**Tabela 1 - Correlações entre as Escalas do Youth Self Report**

	AD.1	WD.1	SC.1	SP.1	TP.1	AP.1	RBB.1	AB.1	INT.1	EXT.1	TOT.1
<i>Anxious-Depressed (AD)</i>											
<i>Withdrawn-Depressed (WD)</i>	,301*										
<i>Somatic Complaints (SC)</i>	,467**	,407**									
<i>Social Problems (SP)</i>	,650**	,243	,405**								
<i>Thought Problems (TP)</i>	,652**	,297*	,624**	,584**							
<i>Attention Problems (AP)</i>	,629**	,329*	,378**	,407**							
<i>Rule Breaking Behavior (RBB)</i>	,201	,372**	,355*	,226	,380**	,402**					
<i>Aggressive Behavior (AB)</i>	,496**	,233	,360*	,559**	,603**	,500**	,642**				
<i>Internalizing Syndromes (INT)</i>	,826**	,653**	,816**	,597**	,712**	,601**	,380**	,493**			
<i>Externalizing Syndromes (EXT)</i>	,439**	,318*	,421**	,448**	,575**	,578**	,845**	,928**	,517**		
<i>Total Scale (TOT)</i>	,792**	,425**	,695**	,741**	,832**	,677**	,599**	,792**	,857**	,800**	

Como se pode verificar na Tabela 1, existem correlações moderadas a fortes significativas e positivas entre quase a totalidade das escalas do YSR.

**Tabela 2 - Correlações entre as escalas do Counter-Transference Questionnaire (CTQ)**

	Hostil/ Maltratado	I / I	P / S	P / P	A / D	E / E E	S
<i>Impotente/Incapaz (I/I)</i>	,494**						
<i>Positivo/Satisfatório (P/S)</i>	-,377**	,513**					
<i>Parental/Protector (P/P)</i>	-,073	-,106	,275*				
<i>Avassalador/Desorganizado (A/D)</i>	,457**	,048	,155	,461**			
<i>Especial/Excessivamente Envolvido (E/EE)</i>	-,023	-,216	,684**	,143	,311*		
<i>Sexualizado (S)</i>	-,024	,040	,173	,316*	,210	,390**	
<i>Distanciado (D)</i>	,119	,676**	,513**	-,113	-,212	-,365**	,007

Como se pode verificar na Tabela 2 (assinaladas a negrito para maior facilidade de leitura), existem correlações **positivas significativas** entre as escalas (por ordem decrescente de valor de *Pearson*):

- ,684 para a correlação entre as escalas *Especial / Excessivamente Envolvido* e *Positivo/Satisfatório*;
- ,676 para a correlação entre as escalas *Distanciado* e *Impotente / Incapaz*;
- ,494 para a correlação entre as escalas *Impotente / Incapaz* e *Hostil / Maltratado*;
- ,461 para a correlação entre as escalas *Avassalador / Desorganizado* e *Parental / Protector*;
- ,457 para a correlação entre as escalas *Avassalador / Desorganizado* e *Hostil / Maltratado*;
- ,390 para a correlação entre as escalas *Sexualizado* e *Especial / Excessivamente Envolvido*;
- ,316 para a correlação entre as escalas *Sexualizado* e *Parental / Protector*;
- ,311 para a correlação entre as escalas *Especial / Excessivamente Envolvido* e *Avassalador / Desorganizado*;
- ,275 para a correlação entre *Parental / Protector* e *Positivo / Satisfatório*.

É de salientar que existem paralelamente, correlações **negativas significativas** entre as escalas (segundo a ordem decrescente de valor de *Pearson*):

- ,513 para a correlação entre as escalas *Positivo / Satisfatório* e *Impotente / Incapaz*;
- ,513 para a correlação entre as escalas *Distanciado* e *Positivo / Satisfatório*;
- ,377 para a correlação entre as escalas *Positivo / Satisfatório* e *Hostil / Maltratado*;

- ,365 para a correlação entre as escalas *Distanciado* e *Especial / Excessivamente Envolvido*.

**Tabela 3 - Correlações entre escalas do YSR e escalas do *Countertransference Questionnaire***

	<i>Hostil/ Maltratado</i>	<i>Impotente/ Incapaz</i>	<i>Positivo/ Satisfatório</i>	<i>Parental/ Protector</i>	<i>Avassalador / Desorganizado</i>	<i>Especial/Excessivamente Envolvido</i>	<i>Sexualizado</i>	<i>Distanciado</i>
<i>Anxious/ Depressed</i>	,033	-,078	,180	-,149	,073	<b>,343*</b>	,032	-,236
<i>Withdrawn/Depressed</i>	<b>,589**</b>	<b>,487**</b>	-,229	,078	,195	,060	,202	<b>,302*</b>
<i>Somatic Complaints</i>	,070	,060	-,207	,019	-,074	,106	,176	,207
<i>Social Problems</i>	,073	,046	-,087	-,030	-,193	-,201	,033	,037
<i>Thought Problems</i>	,155	-,108	,074	,229	,078	-,013	,062	-,200
<i>Attention Problems</i>	,086	-,190	,012	-,100	,079	,205	,053	<b>-,308*</b>
<i>Rule-Breaking Problems</i>	,244	,051	-,094	,165	<b>,422**</b>	-,163	,243	-,021
<i>Aggressive Behavior</i>	,203	-,046	-,014	,200	,184	-,177	-,050	-,175
<i>Internalizing Syndroms</i>	,233	,120	-,025	-,072	,083	<b>,295*</b>	,152	,010
<i>Externalising Syndroms</i>	,203	-,056	,045	,147	<b>,298*</b>	-,086	,082	-,185
<i>Total Scale</i>	,225	-,023	-,011	,013	,159	,077	,093	-,163

Por último e no que concerne às duas hipóteses operacionalizadas atrás descritas (ver o cap. 1.7. deste trabalho), na Tabela 3, pode-se verificar que existem correlações **positivas significativas** entre as escalas de ambos os instrumentos aplicados (segundo a ordem decrescente do valor de *Pearson*):

- ,589 para a correlação entre a escala Withdrawn / Depressed do *Youth Self Report* (YSR) e Hostil / Maltratado do *Countertransference Questionnaire* (CTQ);

- ,487 para a correlaco entre a escala Withdrawn / Depressed (YSR) e a escala Impotente / Incapaz (CTQ);
- ,422 para a correlaco entre a escala Rule-Breaking Behavior (YSR) e a escala Avassalador / Desorganizado (CTQ);
- ,343 para a correlaco entre a escala Withdrawn / Depressed (YSR) e a escala Especial / Excessivamente Envolvido (CTQ);
- ,302 para a correlaco entre a escala Withdrawn / Depressed (YSR) e a escala Distanciado (CTQ);
- ,298 para a correlaco entre a escala Externalization Problems (YSR) e a escala Avassalador / Desorganizado (CTQ);
- ,295 para a correlaco entre a escala de Internalizing Problems (YSR) e a escala Especial / Excessivamente Envolvido (CTQ).

E no que diz respeito a correlaces **negativas significativas**, existe uma entre a escala Attention Problems (YSR) e a Distanciado (CTQ).

#### IV. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados atrás enunciados, estes apontam para a confirmação da nossa primeira hipótese enunciada, em que as psicopatologias de **externalização** classificadas no YSR, nomeadamente, *Rule Breaking Behavior* e *Aggressive Behavior*, estão associadas a respostas **contratransferenciais negativas**, i.e., respostas emocionais negativas dadas pelos psicoterapeutas, designadamente, estilos ou perfis Contratransferenciais classificadas pelo CTQ: Avassalador / Desorganizado, Impotente / Incapaz, Distanciado e Hostil / Maltratado. Esta hipótese, está espelhada na correlaco positiva significativa = ,298 entre a escala Externalizing Syndromes (YSR) e o Estilo Avassalador / Desorganizado (CTQ) e na

correlaco positiva significativa = ,422 existente entre a escala Rule-Breaking Problems (YSR) e na escala correspondente ao estilo Avassalador / Desorganizado (CTQ).

No que concerne à segunda hipótese por nós formulada, também os resultados sugerem que foi confirmada, em que problemas de **internalizao** classificados no YSR (Withdrawn / Depressed, Somatic Complaints e Anxious / Depressed), estão associados a respostas **contratransferenciais positivas** e / ou respostas emocionais positivas oriundas do psicoterapeuta designadas pelo CTQ, como os estilos ou perfis contratransferenciais: Positivo / Satisfatório, Parental / Protector, Sexualizado e Especial / Excessivamente Envolvido. Esta hipótese é reflectida, a partir da correlaco positiva significativa ( $r = 0,295$ ), entre a escala Internalizing Syndromes (YSR) e o estilo Especial / Excessivamente Envolvido (CTQ) e da correlaco positiva significativa ( $r = 0,298$ ), entre a escala Anxious / Depressed (YSR) e a escala relativa ao estilo contratransferencial Especial / Excessivamente Envolvido (CTQ).

Não obstante, no podemos deixar de mencionar, que surgiram alguns resultados curiosos, pois deixam antever a infirmao da segunda hipótese, no que concerne ao facto de existirem correlaco negativas significativas entre a escala **Withdrawn/Depressed Syndrome**, que faz parte da sub-escala de Internalizao do YSR, e estilos contratransferenciais **negativos** do CTQ.

Esta discrepância na confirmao / infirmao da segunda hipótese, deixa sugerir a possibilidade do referido síndroma, ir despoletar no psicoterapeuta, emoo negativas de grande intensidade e complexidade, como se pode constatar em perfis como Hostil Maltratado ( $r = 0,589$ ), Impotente / Incapaz ( $r = 0,487$ ) e Distanciado ( $r = 0,302$ ). Estes trs factores, respectivamente, 8, 2 e 6, fazem emergir sentimentos negativos como: desvalorizao, inapreciao e crítica (factor 8), ineficcia, incompetncia, ansiedade e desespero (factor 2); e por último, distrao, aborrecimento, desinvestimento e irritao (factor 6).

Segundo Coimbra de Matos (2002), a contratransferência, é uma reaco do inconsciente do psicanalista / psicoterapeuta que contm, além de elementos de transferência deste para o paciente, uma resposta *adaptada* à transferência do paciente para o psicanalista. A contratransferência total compreenderia, portanto, uma parte que é uma relao complementar da transferência, ou seja, uma identificao complementar como refere Racker (Racker, 1953). Quer isto dizer que, no processo contratransferencial, o psicanalista identifica-se com os objectos internos do paciente nele (psicanalista) projectados; espelhando-se nos sentimentos negativos classificados nos estilos contratransferenciais atrás descritos – Hostil / Maltratado, Impotente e Distanciado, face à transferência do paciente, neste caso, o síndrome Withdrawn / Depressed. Deste modo, compreende então, para além de uma

transferência do psicanalista, uma resposta *inconsciente* e mais ou menos adaptada à transferência do paciente. Segundo Coimbra de Matos (2002), teríamos de considerar, no processo contratransferencial, duas partes intimamente associadas:

- I. A transferência do psicanalista para o paciente ou simplesmente – aquilo que Freud reconheceu na contratransferência como obstáculo ao processo psicanalítico;
- II. Uma resposta inconsciente do psicanalista à transferência do paciente - contratransferência propriamente dita.

O autor refere ainda que para Freud o significado de contratransferência estava na resistência do psicanalista, enquanto que Heimann lançou as bases da utilização analítica deste processo, ou seja, para a compreensão da realidade psíquica do paciente. E como vimos anteriormente, Heimann (1950), defendia que o inconsciente do psicanalista compreendia o do paciente, e que a nível profundo, emerge à superfície na forma de sentimentos que o psicanalista nota em relação ao paciente; que neste caso, são os sentimentos negativos experienciados. Deste modo, este postulado de Heimann, poderá explicar a complexidade e intensidade dos sentimentos negativos atrás descritos face ao respectivo síndrome; mostrando o quão intrincado e complexo o processo contratransferencial pode ser e por vezes contraditório, tal como se observou nos resultados referentes à segunda hipótese.

Podemos inferir, que de acordo com os resultados, nem sempre os problemas ou psicopatologias de internalização podem estar associados a respostas positivas; dado o carácter mais ou menos intenso ou complexo das psicopatologias deste grupo; e porque a sua natureza ao ser menos objectiva, i.e., menos directamente observável comparativamente às de Internalização, poder fazer emergir respostas também oriundas do inconsciente do psicanalista e também mais complexas de analisar.

Esta discrepância no que diz respeito ao facto de nem sempre existir uma resposta contratransferencial positiva para problemas de internalização, foi reflectido na correlação positiva significativa ( $r = 0,343$ ), entre o perfil psicopatológico Anxious / Depressed (que pertence ao síndrome de problemas de internalização no YSR) e o perfil contratransferencial Especial / Excessivamente Envolvido (respostas emocionais positivas do CTQ).

Segundo Heimann (1950), o inconsciente do psicoterapeuta conhece o inconsciente do paciente; e responde-lhe de forma adaptada, ou melhor, conhece-lhe o inconsciente pela resposta dada. E se o psicanalista tomar consciência dessa resposta pelos sentimentos conscientes que vivencia em relação a ele, dispõe então de uma chave para a sua compreensão. Este postulado, pode explicar a correlação negativa significativa ( $r = -0,308^*$ ),

existente entre o perfil psicopatológico Attention Problems (pertencente ao grupo de problemas de internalização do YSR) com o perfil contratransferencial Distanciado; a relação entre a necessidade inconsciente de atenção do paciente que é projectada, interiorizada e reprojectada pelo inconsciente do psicanalista para o primeiro; em que este se mostra cada vez menos distanciado à medida que o paciente demonstra sintomas ou sinais de perturbações na atenção.

Apesar de todos estes aspectos aqui referidos, segundo Coimbra de Matos (2002), existe uma grande dificuldade na análise da contratransferência total; que é a de separar o material transferido do psicanalista para o paciente do que é efectivamente a resposta à transferência do paciente para o psicanalista; este é mais um aspecto que achamos que deve ser sempre tomado em consideração, e neste caso, em que se estabelecem as associações entre perfis psicopatológicos, sejam referentes a síndromas de externalização ou internalização, não é uma excepção.

No que concerne à resposta efectiva do psicanalista à transferência do paciente, Joseph Sandler em 1976 (cit. por Gabbard, 2005), cunhou o conceito de *Role Responsiveness*, para designar a tentativa do paciente em induzir um papel do seu padrão de relacionamento interno, afectando o seu comportamento, emoções e atitudes.

No entanto, este autor defendia que nem todos os sentimentos no psicanalista eram atribuídos ao que o paciente induzia no primeiro. Com a sua teoria psicanalítica sobre o Carácter, em 1981 (cit. por Gabbard, 2005), o autor acreditava que existiam alguns traços na personalidade e/ ou carácter do paciente, que evocariam respostas contratransferenciais para induzir determinados papéis relacionais internos, que desse modo, fomentavam a concretização de auto-profecias do primeiro. A resposta contratransferencial do psicanalista a este convite para esta “ dança de papéis”, pode variar de psicanalista em psicanalista; em que uns podem assumir esse papel actualizado pelo paciente, outros podem perceber essa tentativa e rejeitar desempenhar esse papel, de forma consciente ou inconsciente. Estes postulados de Sandler, podem ser uma das razões explicativas da natureza complexa e intrincada da associação entre os perfis psicopatológicos e os perfis contratransferenciais.

## V. CONCLUSÃO

A perspectiva de que o fenómeno contratransferencial representa uma criação conjunta que envolve as contribuições do psicanalista e do paciente, é na Actualidade, subscrita pelos psicanalistas seguidores da escola moderna Kleiniana, pela escola da Psicologia do Ego, pela escola Intersubjectiva, pela escola neo-freudiana britânica e lacaniana (Gabbard, 1995). Consequentemente, a contratransferência tem sido um ponto nodal para o abarcar de toda a pluralidade de divergências das diversas escolas psicanalíticas acima enunciadas. Se olharmos em retrospectiva, nas ultimas décadas do Séc. XX, os futuros fazedores da História da Psicanálise, irão designar este período como os “anos da contratransferencia”; pois foi nesta época que poucos conceitos psicanalíticos tiveram tanto enfoque e foram tão objecto de controvérsia, como a questão do papel deste fenómeno no processo psicanalítico (Jacobs, 1999).

A psicoterapia psicanalítica está assente numa rede complexa e subtil de interacções entre o psicanalista e o paciente; e a contratransferência enquanto transferência neurótica (narcísica ou psicótica), do psicanalista, é um obstáculo á compreensão psicanalista, desempenhando um papel de resistência deste último. Mas é também o melhor instrumento do psicanalista, quando bem utilizada, i.e., quando se torna a qualidade do psicanalista em identificar-se com as dificuldades do seu paciente para melhor perceber a sua realidade psíquica; é a identificação concordante ou Homóloga de Racker (Coimbra de Matos, 2002).

No entanto, se o psicanalista é incapaz de se identificar com os problemas do paciente, acaba, e.g., sexualizar a relação analítica ou apresentar uma reacção contratransferencial negativa. Neste sentido, acreditamos que, os psicoterapeutas cujos casos diagnosticados com psicopatologias pertencentes ao Síndroma “Withdrawn / Depressed”, necessitam de mais supervisão de forma a conquistarem essa mesma empatia ou identificação homóloga rackeriana.

Os resultados que confirmaram a nossa primeira hipótese formulada, estão em conformidade com o estudo de Rossberg & Friis (2003) (atrás mencionado neste trabalho), cujos resultados, demonstraram que os comportamentos suicidas e agressivos por parte dos pacientes apenas influíam nos valores das subescalas de contratransferência negativa; aspecto que vem ao encontro do resultados do presente trabalho, no sentido em que as psicopatologias

de externalização, estão geralmente associadas a respostas emocionais negativas por parte dos psicoterapeutas.

Segundo Betal et al (2005), as características psicopatológicas dos pacientes, estão significativamente correlacionadas com as reacções emocionais específicas dos psicanalistas e / ou psicoterapeutas; o estudo aponta para uma correlação significativa entre os factores contratransferenciais e os distúrbios de personalidade, e neste sentido, os resultados do presente trabalho, estão em conformidade com este aspecto.

Um último apontamento torna-se crucial, no sentido em que é necessária uma maior investigação sobre as correlacções existentes entre os perfis contratransferenciais e os resultados psicoterapêuticos, bem como na evolução e compreensão desses mesmos perfis, face a pacientes adolescentes, que sofrem do síndrome Withdrawn/Depressed Syndrome (YSR), devido à complexidade, intensidade e à natureza ambígua de respostas emocionais, que desencadeia nos psicanalistas e/ou psicoterapeutas, como foi referido anteriormente.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T., Rescorla, A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington VT: R.C.C.Y.
- Balint, A., & Balint, M. (1939). On Transference and Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 20, 223-230.
- Baruch, G. (1997). The process of engaging young people with severe development disturbance in psychoanalytic psychotherapy: patterns of practice . *Bulletin Of The Menninger Clinic*. Vol. 61(3).
- Betan, E., Heim, A., Conklin, C., Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *Am J Psychiatry*, Vol. 162, N.º 5.
- Bion, W. R. (1954). Notes on the Theory of Schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 113-118.
- Bion, W. R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Burgoyne, B., Sullivan, M. (1997). *The Klein-Lacan Dialogues*. Rebus Press: London.
- Coimbra de Matos, A. (2002). A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico. In A. Coimbra de Matos (Ed.), *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (1ª ed., pp. 29-48). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dubé, J., Normadin, L. (2007). Mental Activity and Referential Activity of Beginning Therapists: a construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal Of Psychotherapy*, Vol. 61, N.º 4.
- Etchegoyen, R. H. (2004). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Freud, S. (1910a). The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy [Electronic Version], 11. Retrieved 12 Outubro de 2012 from EBSCOhost Database.
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis [Electronic Version], 12. Retrieved 12 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database.
- Freud, S. (1915a). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III) [Electronic Version], 12. Retrieved 12 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database

- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76(3), 475-485.
- Gabbard, G. O. (1999). An overview of countertransference: theory and technique. In G. O. Gabbard (Ed.), *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment* (Vol. 18, pp. 1-25). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Gabbard, G. (2005). Joseph Sandler's Contributions To The Concept Of Countertransference. *Psychanalytic Inquiry*. Vol. 25, N.º 2.
- Gil, E., Rubin, L. (2005). Countertransference play: Informing and enhancing therapist self-awareness trough play. *International Journal Of Play Therapy*, 14 (2).
- Grinberg, L. (1962). On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 436-440.
- Gomes, A. (2008). Countertransference Questionnaire. Ispa-IU: Lisboa.
- Hinshelwood, R. (1997). Transference and Countertransference. In Burgoyne, B., Sullivan M. (Eds.). *The Klein-Lacan Dialogues*. Rebus Press: London.
- Hinshelwood, R. (1999). Countertransference. *International Journal Of Psycho-Analysis*. Vol. 80, N.º 4.
- Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 660-666.
- Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 571-584.
- Holmqvist, R., & Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490.
- Jacobs, T. (1999). Countertransference Past and Present: a review of the concept. *International Journal Of Psycho-Analysis*, Vol.80 (3).
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- Marshall, R. (1979). Countertransference in the Psychotherapy Of Children and Adolescents. *Contemporary Psychoanalysis*, Vol 15.
- Money-Kyrle, R. E. (1956). Normal Counter-Transference and Some of its Deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.

- Racker, H. (1953). A Contribution to the Problem of Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324
- Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Reik, T. (1924). Some Remarks on the Study of Resistances. *International Journal of Psycho-Analysis*, 5, 141-154.
- Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff Members' Emotional Reactions to Aggressive and Suicidal Behavior of Inpatients. *Psychiatr Serv*, 54(10), 1388-1394.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 196(9), 702-708.
- Sarles, R. (1994). Transference-Countertransference Issues with Adolescents: Personal Reflections. *American Journal Of Psychotherapy*, Vol.14 (1).
- Stern, A. (1924). On the Counter-Transference in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 11(2), 166-174.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8(1), 21.
- Tsiantis, J. (2003). *Countertransference in Psychanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Karnac Books: NY, London.
- Waska, R. (2008). Using Countertransference: Analytic Contact, Projective Identification and Transference Phantasy States. *American Journal Of Psychotherapy*, Vol. 6, N.º 4.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-74.
- Wolstein, B. (1988). *Essential Papers On Countertransference*. New York University Press: New York, London.
- Zaslavsky, J., & Santos, M. J. P. d. (2006b). Tendências Atuais da contratransferência. In J. Zaslavsky & M. J. P. d. Santos (Eds.), *Contratransferência: teoria e prática clínica* (pp. 30-55). Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (1999). Contratransferência. In D. E. Zimerman (Ed.), *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática* (pp. 347-357). Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. (2004). *Manual da Técnica Psicanalítica-uma revisão*. Artmed: Porto Alegre.

- Zimerman, D. E. (2004a). Contratransferência. In D. E. Zimerman (Ed.), *Manual de Técnica Psicanalítica - uma re-visão* (pp. 141-154). Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2004b). Transferência-Contratransferência. In D. E. Zimerman (Ed.), *Bion: da teoria à prática - uma leitura didática* (2ª ed., pp. 264-269). Porto Alegre: Artmed.
- Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). *Countertransference Questionnaire (CTQ) manual*. Retrieved 14 de Setembro de 2012, from <http://www.psychsystems.net/lab/Countertransference%20Questionnaire.pdf>.

## **ANEXO I**

## **ANEXO II**

## **ANEXO III**

## **ANEXO IV**





