Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

ENTRE DOIS MUNDOS:

NARRATIVAS DE PSICOTERAPEUTAS SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA

Francisca Pinto Camelo Lobo Pereira

Outubro 2013

Francisca Pinto Camelo Lobo Pereira
Presidente: Doutor Nuno Miguel Soares Gaspar
Arguente: Doutor Joaquim Luís Braga dos Santos Coimbra
Orientadora: Doutora Maria Emília Teixeira Costa
Classificação: 19 valores

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria Emília Costa (F.P.C.E.U.P).

"*in older healing practices such as shamanism, woundedness is seen not as evidence of vulnerability but as the mark of knowledge… The wound validates the healer's ability to move "between the world's" — the world of the well and the world of the ill, for it is in the bridging of these world's that the healing power lies.*"

(Halifax, 1982, p. 84, *in* Hayes, 2002, p. 9)

RESUMO

O psicoterapeuta, como indivíduo que apresenta conflitos ou questões não resolvidas ao longo da sua história de desenvolvimento que poderão influenciar a sua gestão da prática clínica, pode ser distinguido pelas suas diferentes fases de desenvolvimento, caracterizadas por desafios e necessidades distintos. Tendo em conta a inevitabilidade da Contratransferência e a parca investigação que existe sobre narrativas do psicoterapeuta perante estes processos, urge a necessidade de entender as implicações clínicas da sua manutenção, afetadas pela percepção de diferentes graus de mestria. O principal objetivo deste trabalho foi uma análise descritiva e comparativa de psicoterapeutas Aprendizes e Sénior sobre: a manutenção dos processos de Contratransferência, partindo dos cinco fatores presentes no Countertransference Factors Inventory (Capacidade de Auto Insight, Capacidade de Auto Integração, Empatia, Manutenção da Ansiedade e Conceptualização de Competências); as diferentes manifestações contra transferenciais (Comportamentais, Cognitivas e Emocionais) que possam surgir; e os efeitos percecionados pelos psicoterapeutas sobre a manutenção desses processos no decurso da relação psicoterapêutica. Partindo de um guião de entrevista semiestruturado, entrevistaram-se três psicoterapeutas de cada grupo, e através de uma abordagem metodológica qualitativa procurou-se analisar as narrativas dos participantes relativamente à manutenção da Contratransferência. Os principais resultados sugerem a centralidade do fator de Capacidade de Auto Insight motor reflexivo de auto-ajuda na consciencialização das diferentes dinâmicas presentes em consulta; a Capacidade de Auto Integração associada à confrontação com questões de identificação com o cliente ou com episódios da sua história de desenvolvimento; a Empatia foi analisada como importante na compreensão dos *timings* e necessidades do cliente, mesmo que partindo de processos mais intuitivos; a Manutenção da Ansiedade, associada a um maior distanciamento emocional, e a Conceptualização de Competências como estando relacionada com a Empatia e a Manutenção da Ansiedade, favorecendo um reenquadramento do diagnóstico. As manifestações comportamentais focaram-se em comportamentos excessivamente afetivos ou hostis, as cognitivas, vivenciadas na evocação invasiva de clientes que despertam maior preocupação, as emocionais, no caso dos Aprendizes, associadas ao medo, angústia e ansiedade e nos Sénior à irritação. Os efeitos da manutenção foram percecionados como benéficos para a relação psicoterapêutica, potenciando a aliança entre os dois intervenientes, mas sem uma gestão de reações contra transferenciais em consulta o processo psicoterapêutico foi prejudicado.

Palavras-chave: Contratransferência, Manutenção, Manifestações, Efeitos, Psicoterapeuta.

ABSTRACT

The psychotherapist as a person who has conflicts or unresolved issues throughout their developmental history that may influence their management of clinical practice, can be distinguished by their different developmental stages, characterized by different challenges and needs. Given the inevitability of countertransference and the scant research that exists on the narratives psychotherapist before these processes, there is an urgent need to understand the clinical implications of its maintenance, affected by the perception of different degrees of mastery. The main objective of this study was descriptive and comparative analysis of Apprentices and Senior psychotherapists on: maintenance of countertransference processes, based on the five factors present in the Countertransference Factors Inventory (Self-Insight, Self- Integration, Empathy, Anxiety Management and Conceptual Skills); the different manifestations of countertransference (Behavioral, Cognitive and Emotional) that may arise, and the effects perceived by psychotherapists on the maintenance of these processes in the course of the psychotherapeutic relationship. Starting from a semistructured interview guide, three psychotherapists in each group were interviewed, and through a qualitative methodological approach sought to analyze the narratives of the participants in relation to the maintenance of Countertransference. The main results suggest the centrality of Self-Insight in reflective processes that in self-help, raising awareness of the different dynamics present in psychotherapy; Self Integration was associated with confronting issues of identification with the client or with episodes of its developmental history; Empathy was analyzed as important in understanding the client's needs and timings, even though starting from intuitive processes; the Anxiety Management was associated with greater emotional detachment, and Conceptual Skills as being related to Empathy and Anxiety Management, encouraging a diagnosis' reframing. Behavioral manifestations have focused on overly affectionate or hostile behaviors; the cognitive ones were experienced in evoking invasive memories from clients who arouse the greatest concern; the emotional, in the case of Apprentices, were associated with fear, anguish and anxiety and in Senior's irritation. Maintenance's effects of were perceived as beneficial to the psychotherapeutic relationship, strengthening the alliance between the two parties, but in management's absence of countertransferencial reactions the psychotherapeutic process was impaired.

Key words: Countertransference, Maintenance, Manifestations, Effects, Psychotherapist

RESUMÉE

Le psychothérapeute comme un individu qui présente conflits ou questions non résolues pendant son histoire dévèloppemental qui pourront influencée sa gestion de la pratique clinique, peut être distingué par ses différentes phases dévèloppementaux, caractérisées pour défis et besoins distinctifs. Prenant en compte l'inévitabilité de la Contre-transference et l'insuffisant investigation qu'il y a sur les narratives du psychothérapeute devant leur procédés, pousse à besoin de comprendre les implications cliniques de sa gestion, affecté par la perception de différents niveaux de maîtrise. Le principal but de cette travail est une analyse descriptive et comparative de psychothérapeutes débutants et Senior sur: gestion de les procédés de Contre-transference, partant de cinq facteurs présents dans la Countertransference Factors Inventory (Capacité de Auto Insight, Capacité de Auto Intégration, Empathie, Gestion de l' Anxiété e Conceptualisation de Compétences ; les différents manifestations de Contre-transference (Comportementaux, Cognitifs et Émotifs) que puissent apparaître; et les effets perçu par les psychothérapeutes sur la gestion de les procédés pendant le décors de la relation psychothérapeutique. Avec un guide d'entretien semi-structuré, on a interviewé trois psychothérapeutes de chaque groupe, et par l'entremise de une démarche méthodologique qualitative, on a cherché analyser les narratives des participants sur la gestion de la Contre-transference. Les principaux résultats indiquent le centralité du facteur de Capacité de Auto Insight comme motif de auto-aide dans la prise de conscience de différentes dynamiques présente dans la consultation; la Capacité de Auto Intégration associé à confrontation avec questions d' identification avec son client ou avec moments de son histoire dévèloppemental; l'Empathie a été analysé comme importante dans la compréhension des timings et besoins du client, même quand on part de processus plus intuitifs; la Gestion de l'Anxiété, associé à un plus grand détachement émotif, et la Conceptualisation de compétences comme étant liés à Empathie et Gestion de l'Anxiété, profitant un encadrement du diagnostic . Les manifestations comportementaux ont focalisé sur comportements excessivement affectifs ou hostiles, les cognitive, éprouvés sur l'évocation invasive de clients qui donnent plus préoccupation, les émotives, dans le cas des débutants, associés au crainte, angoisse et anxiété et dans les Senior à irritation. Les effets de la gestion ont été identifiés comme avantages pour la relation psychothérapeutique, améliorant l'alliance parmi les deux intervenants, mais sans une gestion de réactions de Contre-transference dans la consultation où le processus psychothérapeutique a été endommagé.

Mots-clés: Contre-transference, Gestion, Manifestations, Effets, Psychothérapeute.

Agradecimentos (ou como andar aos ombros de Gigantes)

À Maria Emília Costa, pela presença constante, pela inesgotável fonte de saber e de partilha: pelo modelo de Professora, Psicóloga e Mulher que encontrei no mundo académico. Por me acolher com uma doçura sem precedentes.

A todas as pessoas com quem trabalhei em processos de psicoterapia que, sem saber, fizeram de mim uma pessoa e psicoterapeuta [*wounded healer*] um bocadinho menos "ferida".

A todos os Participantes que entrevistei para este trabalho, pela sua capacidade de partilhar de forma tão genuína temas tão difíceis, ensinando-me a cada minuto de conversa.

Ao Xumiii… (viste?, escrevi o teu nome direito e tudo!), por ser das pessoas mais prestáveis que já conheci; ao Moshinho, por me ajudar a pensar tantas vezes quantas as que me fez rir; à Helena de Carvalho e ao João Barreto, pela enorme generosidade na discussão e partilha de saber; ao Zé Miguel, pelo revigorante humor negro e à Inês pela tradução atenta; à Gisa, pela ajuda incansável; à Francisca, por me guiar em terras nepalesas com um carinho inesgotável.

À Mafalda, Sr. Daniel, Sr. Fernando (e à senhora "Silêncio por Favor"), por tornarem a nossa biblioteca um dos sítios mais bonitos e acolhedores da faculdade.

Ao Júlio: por ter sido decisivo na minha paixão e escolha pela psicoterapia. Pelas horas tarde dentro no Guarany com um café numa mão e um livro na outra. Assim, como seria sempre para ter sido.

Aos amigos: a família que eu escolhi. Em particular aos amigos da faculdade: obrigada por tornarem um pátio que evoca o sistema prisional no sítio onde os momentos mais extraordinários podem acontecer. Obrigada pela genuína Equipa, e pela coragem partilhada de sabermos rir-nos da vida e de nós próprios.

João, Aninhas e Miriam: Obrigada por tornarem o coração um lugar-comum (e as vossas casas também, para todos os efeitos!). Obrigada por acreditarem em mim, tantas vezes, mais do que eu própria, e por me ensinarem que mesmo que a vida às vezes seja um inferno… *What matters the most is how well you walk through the fire*. (C. Bukowski).

Ao Xico e ao Fidos, porque abraçar-vos é sempre chegar mais perto daquilo que ainda não sou. Por permanecerem e porque as palavras não são necessárias.

À minha Mãe, ao meu Pai e ao meu Irmão, porque por mais casas que possa habitar, vocês serão sempre, sempre, sempre: o meu chão.

If I have seen further it is by standing on the shoulders of giants. (Isaac Newton)

– aos ombros e ao colo, tantas vezes que não dá para contar ou dizer: obrigada.

Índice

Introdução 1

Capítulo I. O psicoterapeuta e a inevitabilidade de crescer e viver: a constância da contratransferência 4

1. O que é a contratransferência? 5
   1.1. Origem do conceito 5
   1.2. As diferentes concepções de contratransferência 5
      1.2.1. Do passado para o presente: uma definição integrativa e centrada no psicoterapeuta 7

2. Conceitos associados à manutenção de processos de contratransferência 9
   2.1. Sentir, fazer e pensar a contratransferência 9
      2.1.1. Reações internas e reações externas 10
      2.1.2. Contratransferências crónica e aguda 11
   2.2. A manutenção dos processos de contratransferência e o efeito de *dupla hélice* 12
   2.3. A inevitabilidade de crescer e viver: o psicoterapeuta como *wounded healer* 13
   2.4. O percurso de desenvolvimento do psicoterapeuta e a influência da sua experiência pessoal em psicoterapia 14
      2.4.1. O psicoterapeuta Aprendiz: entre a insegurança e o investimento 15
      2.4.2. O psicoterapeuta Sénior: entre a apatia e a empatia 16
   2.5. Pertinência do estudo 16

Capítulo II: Metodologia 18

1. Enquadramento metodológico do estudo 19
   1.1. Características de diferentes fases do percurso de desenvolvimento do psicoterapeuta que poderão influenciar a manutenção dos processos de contratransferência 19
   1.2. Introdução ao CFI – *Countertransference Factors Inventory* 20

2. Objetivos do estudo e enquadramento da metodologia utilizada 22
3. Método 25
   3.1. Participantes 25

3.2. A entrevista como procedimento da recolha de informação 25
3.2.1. Análise de conteúdo 27

Capítulo III: Apresentação e discussão dos resultados 28

1. A manutenção da Contratransferência 29
1.1. Capacidade de Insight 30
1.2. Capacidade de Auto Integração 32
1.3. Empatia 34
1.4. Manutenção da Ansiedade 37
1.5. Conceptualização de Competências 40
2. As diferentes manifestações da Contratransferência 42
2.1. Manifestações Comportamentais 42
2.2. Manifestações Cognitivas 43
2.3. Manifestações Emocionais 44
2.4. Manifestações Viscerais 46
3. Os efeitos da Manutenção da Contratransferência 46
4. Outros temas emergentes 50

Capítulo IV: Conclusão 52

Referências Bibliográficas 61

Anexos 65

Índice Anexos

Anexo I – Guião das Entrevistas 66

Anexo II – Definição de cada Categoria de Análise e respetivas Subcategorias

INTRODUÇÃO

"*Research, like almost everything else in life, has autobiographical roots.*"

(Siedman, 1991, p. 24)

Boaventura Sousa Santos escreveu: "*Hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber viver. Para isso é necessária uma outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos.*" (1988), p.11). Em retrospetiva, o que me conduziu a investigar a Contratransferência foi a minha paixão pela psicoterapia, mas porquê a opção de estudar este fenómeno em particular?

Dos primeiros contactos com a prática clínica em Psicologia ficou-me o assombro que é a exposição a uma realidade que, ainda que nos seja paralela, pela intimidade do contexto em que é apresentada, interliga-se inevitavelmente com a nossa história, a evocação das nossas memórias, as figuras significativas da nossa vida; o outro acaba sempre, em última análise, por surgir como uma possibilidade daquilo que podíamos, ou não, ter sido. E Boaventura Sousa Santos ressoa, de novo, na minha cabeça: "*A ciência é, assim, autobiográfica.*"[1] (*idem*, p.19).

Tornou-se deste modo claro, para mim, que a psicoterapia, inserida numa realidade relacional intensa e à imagem da natureza humana dos seus intervenientes, acontece num palco cujos bastidores guardam um sem fim de pistas não-verbais, personalidade, estilo cognitivo e valores que tornam os sentimentos e as reações (dos clientes para com os psicoterapeutas, e vice-versa) (Jaffe, 2011) parte do que vai acontecendo nos atos que compõem esta peça.

A zona de encontro narrativo em que se insere a busca de um novo sentido de autoria para o cliente exige a imersão em zonas de construção de existência e participação mútuas do cliente e do psicoterapeuta (Fernandes & Gonçalves, 2001). Esta mutualidade participativa abre uma margem valiosa de importância para a consideração do psicoterapeuta e da sua subjetividade como elementos essenciais do processo psicoterapêutico, o que tem sido consensual na investigação (Beutler, Williams, Wakefield, & Entwistle, 1995; Fruggeri, 1992; Gergen, 1999; Horner, 1995; Rennie, 1994ª; 1994b; 1998; Rennie & Toukmanian, 1992, *in idem*). Este espaço comum em psicoterapia invalida,

[1] Contextualizando a citação de Santos (1988): "*Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para a considerar melhor que as explicações alternativas da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia. A razão por que privilegiamos hoje uma forma de conhecimento assente na previsão e no controlo dos fenómenos nada tem de científico. É um juízo de valor. A explicação científica dos fenómenos é a auto-justificação da ciência enquanto fenómeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiográfica*." (p.19)

naturalmente, a imagem tradicional do psicoterapeuta como sendo neutro, imparcial ou impessoal, sendo que, de acordo com Orlinsky & Rønnestad (2005), os que se identificam com este registo parecem ser também aqueles que se sentem relativamente ineficazes no trabalho que desenvolvem.

No entanto, a imagem de um psicoterapeuta humano e pessoal tem sido pouco considerada na literatura, o que inclui aqui a referência a fenómenos como o da Contratransferência, primeiramente definida por Freud como inegavelmente prejudicial ao decorrer do processo psicanalítico (Gelso & Hayes, 2007). Tendo em conta esta perspetiva inicial pejorativa da Contratransferência, se nada de bom poderia surgir da sua existência, e o psicoterapeuta não conseguiria evitar por completo a sua ocorrência, então ignorá-la surgia como uma necessidade. Até que, felizmente, há cerca de duas décadas o interesse neste fenómeno ganhou terreno, abrindo portas a novas definições e perspetivas (*idem*) que incluem a Contratransferência como fenómeno integrante de um processo psicoterapêutico.

Desta forma, aprofundar conhecimentos sobre a Contratransferência foi também, inegavelmente, um processo de reflexão sobre os meus próprios conflitos e formas de estar como psicóloga, algo que, vim a perceber, é recomendado a todos os psicoterapeutas como forma de potenciar as suas capacidades de gestão positiva deste fenómeno (Hayes et al., 1991), e desta forma o *conhecimento das coisas* pode ser complementado com o *conhecimento de nós próprios* (Santos, 1988).

Neste estudo a Contratransferência será abordada partindo de uma conceção *Integrativa* e centrada no psicoterapeuta (Gelso & Hayes, 1998, *in* Hayes & Gelso, 2002), que enfatiza o efeito de *Dupla Hélice*: como o nome indica, a manutenção deste fenómeno (ou a sua ausência) poderá favorecer ou prejudicar o decurso da relação psicoterapêutica, o que nos conduz a uma necessidade de ampliar os nossos conhecimentos relativamente a fatores e características do psicoterapeuta associadas a uma boa manutenção do mesmo. O facto de a definição Integrativa de Contratransferência implicar "*reações internas e externas do terapeuta moldadas a partir dos seus conflitos ou vulnerabilidades atuais ou passados"* (Gelso & Hayes, 2007, p.25) acarreta também uma visão do psicoterapeuta como sendo, à semelhança de qualquer um de nós, possuidor de vulnerabilidades que o tornam sensível a determinadas questões que possam surgir no seu contexto de trabalho, sendo que a capacidade de reconhecer no outro emoções que o próprio já experimentou o tornarão, inclusivamente, mais capaz de ajudar: e aqui entra o conceito de *Wounded Healer*[2] (Jackson, 2001).

Sabemos também que diferentes fases de desenvolvimento acarretam diferentes desafios e aquisições ao longo da vida, e que na psicoterapia a vida pessoal e profissional

[2] (Conceito a ser definido e explorado no Capítulo I).

se encontram interligadas (Rønnestad e Skovholt, 2003). Desta forma, pareceu interessante tentar perceber de que forma é que as características destas diferentes fases se poderiam relacionar com a manutenção de processos de Contratransferência por psicoterapeutas em fases marcadamente diferentes das suas vidas – optou-se então por estudar a manutenção dos processos de Contratransferência comparando dois grupos: os *Aprendizes* (1,5 a 3,5 anos de experiência clínica) e os *Sénior* (mais de 25 anos de experiência).

Este estudo começará no primeiro Capítulo (*Introdução Teórica*) por apresentar diferentes concepções de Contratransferência que foram surgindo ao longo do tempo, focando-se na definição Integrativa proposta por Gelso & Hayes (1998, *in* Hayes & Gelso, 2002). Segue-se uma explicação das diferentes manifestações de Contratransferência, de conceitos associados à sua manutenção (como o de *Dupla Hélice*, acima mencionado) e relação desta com os seus efeitos na relação psicoterapêutica. Também a Contratransferência como demonstração das vulnerabilidades e conflitos internos do psicoterapeuta (*Wounded Healer*) será analisada, partindo-se para uma exploração das caraterísticas associadas às duas fases de desenvolvimento (propostas por Rønnestad e Skovolt, 2005) que iremos comparar na manutenção destes processos, e serão expostos alguns dos dados que tornam este estudo pertinente.

O segundo Capítulo gera-se em torno da *Metodologia*, em que será explicada a opção metodológica que procura interligar os conceitos apresentados no capítulo anterior, sendo apresentados os principais objetivos do estudo, a metodologia de recolha de dados (feita aqui a partir de *entrevistas*) e de análise da informação recolhida (*análise de conteúdo*).

Seguidamente haverá uma *Apresentação e Discussão de Dados* obtidos, interpretando-os em torno de uma proposta integrativa de interligação e reflexão dos conceitos sobre os quais recaiu o estudo.

Finalmente serão apresentadas as principais conclusões, dificuldades e limitações encontradas nesta pesquisa, a par de sugestões que se considerem pertinentes para estudos futuros.

CAPÍTULO I.

O PSICOTERAPEUTA E A INEVITABILIDADE DE CRESCER E VIVER:

A CONSTÂNCIA DA CONTRATRANSFERÊNCIA

1. O que é a contratransferência?

1.1. Origem do conceito

Quando Freud, por volta de 1905, tentava analisar as razões que teriam levado Dora a desistir do processo de psicanálise que andava a acompanhar, apercebeu-se que, para além dos símbolos analisados através das interpretações dos sonhos da paciente, outros fatores de expressão de material inconsciente eram importantes. Entre estes insere-se o processo de Transferência, que teve aqui a origem do seu desígnio: associado a impulsos e fantasias que despertariam e seriam tornados conscientes durante o progresso da análise, apresentava a particularidade de levar a que o analista fosse "substituído" por uma "pessoa anterior", à medida que o leque de experiências psicológicas era vivido, aplicadas não como pertencendo ao passado, mas dirigidas ao analista no presente momento (Freud, 1905, *in* Falchi & Nawal, 2009, p. 116). Freud foi mais longe, introduzindo conceitos como o da Transferência positiva e negativa, incluindo neste tópico a "compulsão para a repetição" (como forma de repetição do passado através da transferência); eventualmente, partindo da importância das vivências passadas do terapeuta no processo de psicanálise, que impediam o médico [*physician*] de ter uma visão objetiva e distanciada relativamente ao objeto de terapia, terá chegado àquela que seria a introdução ao conceito de Contratransferência.

N'*As Perspetivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica* lê-se: "*Tornamo-nos cientes da 'contratransferência' que, nele,* [referindo-se ao analista] *surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a Contratransferência em si mesmo, e a sobrepujará.*", avançando que "*nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas*", e que portanto, caso este não fosse capaz de produzir resultados numa consequente e profunda auto análise, deveria "*desistir, imediatamente, de qualquer ideia de tornar-se capaz de tratar pacientes pela análise.*" (1910/1924, p. 3); em suma, esta seria uma transferência do terapeuta à transferência do cliente (Gelso & Hayes, 2002). A existência de um processo de Contratransferência era assim considerada um impedimento a um bom processo de análise, sendo o terapeuta visto à imagem de um cirurgião que incisivamente põe de lado os seus sentimentos, "*incluindo o da simpatia humana*", e concentrando-se apenas em trabalhar o processo analítico da forma mais hábil possível (Freud, 1910/1959, p. 327).

1.2. As diferentes concepções de contratransferência

A partir da introdução de Freud ao conceito de Contratransferência, outros foram surgindo, nomeadamente: a *conceção clássica*, *totalista*, *complementar*, *relacional* e *integrativa*.

Nos últimos cem anos, a Contratransferência evoluiu de um constructo restrito, que a concebia como uma transferência do analista para o cliente, para ser agora concebido como

um fenómeno relacional (Hayes et al., 2011), criado em conjunto e permanentemente presente no processo psicoterapêutico (Gabbard, 2001). Epstein e Feiner (1988, *in* Hayes & Gelso, 2001, 2002, 2007) apresentam quatro propostas de concepções do fenómeno da Contratransferência que, ao longo dos anos, antecedem o modelo que servirá de guia conceptual através deste estudo.

O posicionamento da Contratransferência como algo indesejável, proposto inicialmente por Freud, enquadra-se na *conceção clássica*, em que este é visto unicamente como potencial fonte de conflitos na relação terapêutica e de distorções na percepção do analista (Friedman & Gelso, 2000), podendo inclusivamente ser vista, à luz da época, como tema tabu (Gelso & Hayes, 2002).

No entanto, a autoanálise – ou reflexão sobre a influência da própria estrutura psicológica no processo terapêutico –, quer dentro da corrente psicanalítica, quer fora dela, não deve ser vista como um fim, mas sim como um instrumento que deverá orientar a reflexão crítica e a autodescoberta do terapeuta. Neste caso, é dada particular relevância à interpretação da Contratransferência, na qual a própria dinâmica inconsciente e/ou emocional do analista ou do terapeuta, os seus próprios complexos e resistência internas se tornam visíveis. Estamos então perante a *conceção totalista*, que surgiu por volta da década de 50, tendo sido desenvolvida nos anos subsequentes (Gelso & Hayes, 2002; Kernberg, 2004) – aqui, todas as reações emocionais do terapeuta em relação ao paciente são consideradas fenómenos de Contratransferência, já não sendo vistos como indesejáveis, mas como algo a ser compreendido e, em certos casos, partilhado e analisado dentro da relação terapêutica. Curiosamente, esta posição face à Contratransferência ganhou popularidade quando psicoterapeutas psicodinâmicos começaram a trabalhar frequentemente com clientes com perturbações mais severas (Hunt, 2003), como é o caso de perturbações *borderline* e narcisistas – nestes casos, os terapeutas normalmente (senão inevitavelmente) experienciam reações emocionais $_{\text{intensas}}$ – e portanto, partindo do princípio que com algumas populações este tipo de reações seriam $_{\text{não}}$ só naturais como esperadas, então seria útil pensar na Contratransferência como um processo mais abrangente, possivelmente inevitável e que valeria a pena conhecer melhor (Gelso & Hayes, 2002).

Na *conceção complementar* (*idem*), a Contratransferência é vista como uma reação à transferência do paciente ou ao seu estilo relacional. Nesta perspetiva, já não se procura tanto evitar ou analisar o processo contra transferencial, mas sim devolvê-lo ao paciente na forma de uma reação emocional adequada. Por exemplo, no caso de um paciente que tenha dificuldade em estabelecer relações de confiança e que apresente reações transferenciais "negativas", o terapeuta deverá, em princípio, não apenas evitar reagir de modo semelhante,

mas também medir cada passo no sentido de procurar encontrar um ritmo e uma forma de desenvolver a confiança que não seja percebida como intrusiva ou ameaçadora.

Uma quarta e última perspetiva, mais recente e *relacional*, enquadra a Contratransferência como sendo um processo mutuamente construído pelo cliente e pelo psicoterapeuta, já que necessidades, conflitos não resolvidos e comportamentos de ambos poderão contribuir para manifestações contra transferenciais durante o processo psicoterapêutico (Mitchell, 1993, *in* Hayes et al., 2011).

Todas as definições de Contratransferência têm em comum a noção de que esta envolve sentimentos do psicoterapeuta baseados nas reações do cliente (Gelso & Hayes, 2001). No entanto, como os mesmos autores referem, é importante notar que tanto na literatura como no contexto da prática clínica estas quatro definições vão sendo usadas, sem que por vezes seja claro qual destas, ou que combinação das quatro se pretende utilizar (Hayes et al., 2011). A acrescentar a isto, as quatro primeiras definições têm limitações importantes: a conceção *clássica*, pela sua perspetiva negativa do conceito de Contratransferência, fecha portas à exploração do fenómeno e das inevitáveis reações emocionais do psicoterapeuta, focando-se quase exclusivamente na transferência; a conceção *totalista* corre o risco de tornar o conceito de Contratransferência descartável, reportando-se a todas as reações emocionais do psicoterapeuta, ignorando importantes diferenças no amplo leque destas, incluindo as que se referem a reações que envolvem conflitos não-resolvidos do profissional; finalmente, a conceção *complementar*, ao focar-se apenas nas reações do psicoterapeuta ao estilo relacional ou características do cliente, não valoriza o suficiente a importância das defesas e mecanismos de defesa do psicoterapeuta (Friedman & Gelso, 2000; Gelso & Hayes, 2002). Finalmente, a conceção *relacional*, tal como a *totalista*, não valoriza o suficiente a personalidade do psicoterapeuta, incluindo o seu próprio estilo interpessoal e conflitos latentes (Hayes et al., 2011).

Assim, a definição que de seguida é apresentada engloba as características mais proeminentes das quatro concepções acima revistas, apresentando-se como uma alternativa conciliadora e *Integrativa* do complexo conceito que representa a Contratransferência.

1.2.1. Do passado para o presente: uma definição de contratransferência integrativa e centrada no psicoterapeuta

A definição mais atual dos processos de Contratransferência concebe estes processos como integrantes das relações terapêuticas, e várias propostas teóricas foram surgindo sobre o assunto (Gelso & Hayes, 1998, *in* Hayes & Gelso, 2002); no entanto, os estudos sobre as consequências da manutenção consciente de um processo de Contratransferência

mostram que esta poderá ser utilizada de modo a servir (ainda mais eficazmente do que antes de ter surgido) as necessidades e interesses do cliente. Por exemplo, a relação terapêutica poderá sair fortalecida depois de uma discussão entre psicoterapeuta e paciente sobre as suas manifestações de transferência e/ou de Contratransferência; o *self-disclosure*, inclusivamente, quando intencional e oportunamente utilizado poderá ser uma boa ferramenta para aliar ao processo psicoterapêutico a par da consciência dos processos de Contratransferência que foram ocorrendo – Myers & Hayes (2006) constataram que quando a relação psicoterapêutica era sólida, os psicoterapeutas eram avaliados positivamente quando usavam o *self-disclosure* em consulta, quando comparados com o não uso do mesmo –; para além disso, é genericamente aceite pelos psicoterapeutas a ideia de que a Contratransferência poderá ser uma útil fonte de informação acerca do cliente (Gabbard, 1995), podendo ajudar o psicoterapeuta a empatizar com o cliente (Singer and Luborsky, 1977, *in* Kachele et al., 2013). Em suma, citando Kernberg (2004), "*o pêndulo parece ter oscilado na direção oposta àquela que, em retrospetiva, parece ter sido uma atitude fóbica precoce em relação à contratransferência*" (p. 168), ou, nas palavras de Thoma & Kachele, (1994ª, *in* Kachele et al., 2013), este conceito começou como uma "Cinderela" nos meados da história da psicanálise, para vir a tornar-se uma "princesa radiante" (p.1).

A definição Integrativa do conceito de Contratransferência, proposta por Hayes e Gelso (2002; 2007), será aquela por que nos guiaremos neste estudo, e a partir da qual procuraremos descrever os principais constituintes dos processos de Contratransferência. De acordo com os autores, esta é normalmente definida através das "*reações internas e externas do terapeuta moldadas a partir dos seus conflitos ou vulnerabilidades atuais ou passados"*. (p.25, *idem*).

Antes de mais, ainda que os elementos centrais de uma relação terapêutica sejam inevitavelmente construídos em conjunto (a Contratransferência foi, de resto, um dos elementos incluído no modelo tripartido da relação psicoterapêutica (Gelso et al., 2012) como sendo passível de ser generalizada e interligando todas as relações psicoterapêuticas), se este processo existe, ainda que seja influenciado por características pessoais do cliente ou pelo seu contexto, terá de incluir necessariamente alguma vulnerabilidade privada do psicoterapeuta, já que a Contratransferência é aqui conceptualizada como uma manifestação de assuntos não resolvidos do psicoterapeuta, e não como todas as reações deste ao cliente (Friedman & Gelso, 2000).

Nas vulnerabilidades que o psicoterapeuta apresenta, o "*blind spot*" [*ponto cego*], ou "*soft spot"*, será algo que pelas suas características pessoais, relacionadas com algum assunto íntimo por resolver ou enfrentar, se torna difícil de antever pelo psicólogo. Estas reações serão assim desencadeadas (*triggered*) por ações ou palavras, ou mesmo por

aspetos circunstanciais que envolvem o cliente – em inglês, *triggers* [ou "gatilhos"]: eventos na terapia ou características do cliente (como sejam atributos físicos, interpessoais ou mesmo intrapsíquicos, como sintomas de uma psicopatologia em particular (Dougall, 2010)) que dizem respeito ou ativam conflitos não-resolvidos ou vulnerabilidades do psicoterapeuta. Se estes conflitos pertencerem ao seu passado, poderão incluir conflitos de desenvolvimento que surgiram em idades precoces, processos de luto, processos transitivos ou afetivos mal resolvidos; mas também conflitos atuais, como a perda de uma relação ou de um emprego (Gelso & Hayes, 2007).

Friedman e Gelso (2000) definem o comportamento contra transferencial como sendo a incapacidade para fazer a manutenção ou controlo de assuntos não resolvidos do psicoterapeuta, o que conduz à sua manifestação durante o processo psicoterapêutico. Assim, ainda que sentimentos contra transferenciais ou reações internas sejam vistos como naturais, inevitáveis e não necessariamente prejudiciais ao processo psicoterapêutico, a literatura aponta para que a ausência de manutenção de processos de Contratransferência resulte em efeitos adversos no desenlace da psicoterapia (Gelso & Hayes, 2001), já que a confrontação, por parte do psicoterapeuta, da sua própria vulnerabilidade através das narrativas do cliente poderá eventualmente conduzir a reações pouco adequadas às necessidades deste.

2. Conceitos associados à manutenção de processos de Contratransferência

2.1. Sentir, fazer e pensar a contratransferência

As manifestações mais comuns de processos de Contratransferência não podiam deixar de ser referidas, e aqui serão apresentadas três formas de esta se manifestar: afetiva, comportamental e cognitiva.

De acordo com os estudos feitos sobre o tema, a ansiedade parece ser a resposta afetiva mais comum quando os conflitos pessoais do psicoterapeuta interferem com o processo psicoterapêutico (Gelso & Hayes, 2007). No entanto, os estados afetivos como a raiva, o aborrecimento, a tristeza, a felicidade ou a excitação sexual poderão incluir-se neste tópico (Hayes et al., 1998, *in idem*), sendo importante também salientar que a existência destes sentimentos não indica necessariamente a manifestação de Contratransferência, podendo antes ser vistos como um convite à introspeção sobre as suas origens, já que a experiência interna do psicoterapeuta poderá constituir uma pista importante, não só para o funcionamento do processo como também para o funcionamento do próprio cliente (Hayes et al., 2011). Reich (1960, p. 392, *in* Gelso & Hayes, 2001) conclui que, na presença destas respostas afetivas, o psicoterapeuta deve estar "alerta para os seus próprios sentimentos, pare para os investigar, e depois analise o que se está a passar".

Ao nível da manifestação comportamental de um processo de Contratransferência, alguns comportamentos supracitados (o evitamento de algum tema em consulta, excesso de perguntas, ou um sub/sobre envolvimento nas consultas (Dadlani, 2010)), poderão manifestar-se, mais concretamente, através, por exemplo, de momentos de silêncio desadequado, *daydreaming* [ou *sonhar acordado*, relacionado com uma evasão da atenção do psicoterapeuta do contexto de consulta], ou falar, apoiar, ou sugerir em demasia (Gelso & Hayes, 2007, p. 45); mas também numa retirada emocional do envolvimento no processo (Hayes, 1991). Um comportamento mais grave estará relacionado com agressões ou hostilidades por parte do psicoterapeuta em resposta a clientes provocantes – de acordo com Kernberg (2004), a importância da Contratransferência como fonte de informação varia também de acordo com a gravidade da patologia do cliente, sendo que quanto mais intensa, regressiva e primitiva for a transferência, mais as reações contra transferenciais se tornarão visíveis.

Cognitivamente, a Contratransferência poderá manifestar-se através da distorção de alguns conteúdos; por exemplo, Cutler (1985, *in* Gelso & Hayes, 2007), constatou que quando os clientes mencionavam conteúdos relacionados com assuntos não-resolvidos dos psicoterapeutas, estes tendiam a confundir a frequência com que estes mencionavam esses tópicos, mas cognições sob a forma de recordações intrusivas de conteúdos do processo psicoterapêutico também foram encontradas (Gelso et al., 1995, *in* Friedman, 2000).

2.1.1. Reações internas e reações externas

Tendo sido exposta a definição Integrativa de Contratransferência que nos servirá de guia e as diferentes formas de manifestação da mesma, falta-nos ainda distinguir os conceitos de reação contra transferencial Interna e Externa: enquanto a primeira se relaciona com sentimentos, emoções, pensamentos ou sensações corporais, a segunda tem sobretudo a ver com o comportamento verbal e/ou não verbal em relação ao paciente (Gelso & Hayes, 2007).

Estas reações contra transferenciais internas poderão ser identificadas quando este sentir, por exemplo, que a sua capacidade empática por determinado cliente diminui consideravelmente em ocasiões concretas, que se sente muito aborrecido ou desconfortável perante determinados assuntos (tendendo a evitá-los, por exemplo, ou preenchendo a consulta com conselhos ou questões ou através de uma postura artificial de “perito”, mais frequente no caso de um jovem psicoterapeuta, pela suscetibilidade à falta de confiança pessoal na sua competência como profissional (Rønnestad & Skovholt, 2003, *in* Carvalho, 2011)) – tudo isto poderá indiciar que, internamente, este profissional pode estar a passar pela ativação de um conflito interno de Contratransferência (Hayes & Gelso, 1991). Relativamente às manifestações físicas que poderão ser sentidas num processo de

Contratransferência, também traduzidas através do termo *Acting Out*[3] (Gelso & Hayes, 2007), podem concretizar-se em níveis mais ou menos altos de ansiedade, sub/sobre envolvimento no processo, evitamento de alguns assuntos – pela mudança de tópico ou pelo excesso de questões colocadas ao cliente que não terão necessariamente que ver com o processo terapêutico – ou, em último caso, no abandono do caso em mãos.

Por norma, quando os psicoterapeutas sentem que a sua ação foi prejudicial ao trabalho psicoterapêutico, relacionam esta percepção com o facto de reconhecerem que houve uma manifestação física, externa, das suas reações internas ao processo de Contratransferência em questão: e a ausência de consciência imediata dessas reações internas reduz as suas hipóteses de manutenção de tais sentimentos. Esta situação poderá, no entanto, criar um paradoxo, já que por vezes as reações internas só serão descobertas na presença de uma externalização que as canalize para um âmbito detetável, como a linguagem ou manifestações físicas facilmente assinaláveis, (ruborizar, suar, dificuldade em manter o contacto ocular, agitação motora, …).

2.1.2. Contratransferência crónica e aguda

Desenvolvendo a definição acima apresentada, é também importante situar outra distinção-chave da Contratransferência: Contratransferência Crónica e Contratransferência Aguda. A Contratransferência Aguda inclui as reações do terapeuta a circunstâncias específicas com clientes específicos (Reich, 1951, *in* Gelso & Hayes; 2002): de acordo com Reich, este tipo de Contratransferência seria baseado numa identificação com o cliente, reforçando a assertividade do psicoterapeuta de forma a satisfazer o seu próprio desejo de se tornar mais assertivo. No entanto, o foco da reação contra transferencial não precisa necessariamente de ser o da identificação com o cliente, podendo o psicoterapeuta deixar de ouvir o cliente em consulta por este estar a relatar um assunto que para si não está resolvido, ou sentir-se deprimido como reação a um comportamento agressivo por parte do cliente, por evocar a partir dele memórias de um pai agressivo também.

A Contratransferência Crónica reflete uma necessidade do psicoterapeuta que já é tão habitual que se tornou parte da sua estrutura de personalidade – Gelso & Hayes (2002) dão o exemplo de um psicoterapeuta que percepcione qualquer tipo de agressividade por parte dos clientes como uma projeção de necessidades de agressividade não resolvidas em si próprio, ou de uma psicoterapeuta que seja excessivamente apoiante dos seus clientes como forma de obter o apoio que sente não ter tido ao longo da sua história de desenvolvimento.

[3] *Acting-Out* poderá aqui ser traduzido como *externalização* de reações contra transferenciais internas por parte do psicoterapeuta, potenciada pela ausência de reconhecimento das emoções que determinado processo psicoterapêutico possa estar a desencadear (Hayes & Gelso, 2007).

2.2. A Manutenção dos processos de contratransferência e o efeito de *dupla hélice*

Hayes e Gelso (2007), afirmam que se um psicoterapeuta deseja evitar por completo reações contra transferenciais, só tem duas opções: "*transcender a condição humana ou deixar de ver clientes.*" (p.94). Urge assim compreender melhor como se processam as emoções e reações associadas ao conceito, mas também aspetos associados à manutenção do mesmo.

Portanto, para além de inevitáveis, sabe-se também que as reações contra transferenciais por si só influenciam o resultado do processo psicoterapêutico (Hayes, Gelso & Hummel, 2011), e ainda que os sentimentos contra transferenciais sejam atualmente vistos como potencialmente benéficos ao processo psicoterapêutico, a ideia comum a todas as definições do constructo é a de que estas reações devem ser reguladas, moduladas, ou, de uma forma ou outra, ser objeto de manutenção por parte do psicoterapeuta (Goldfried, 1982; Lazarus, 1989; Meichenbaum & Gilmore, 1982, *in* Hayes et al., 1991) – assim, se há a possibilidade de facilitar e favorecer a aliança psicoterapêutica através da manutenção da Contratransferência, é necessário fazer um uso e cultivo criterioso dessa capacidade como profissional clínico: na sua essência, é assim que se pretende definir a 'manutenção' deste processo (Hayes & Gelso, 2007).

De acordo com os estudos realizados, a manutenção da Contratransferência aparenta poder resultar em duas direções distintas: se ignorada, poderá conduzir o terapeuta a reações contra transferenciais indesejadas, mas se for feita uma manutenção consciente desta, poderá vir a servir de valiosa fonte de *insight*, favorecendo o próprio processo terapêutico (Gelso & Hayes, 2002). Este processo reflete efeitos de potencial benefício ou prejuízo, entrelaçados sob o mesmo conceito, como uma hélice – o que originou o termo *Dupla Hélice* (Epstein & Feiner, 1988, *in* Gelso & Hayes, 2001). Gelso & Hayes (2007) sugerem o exemplo prático: "*Relativamente a efeitos obstrutivos, aponta-se para uma terapeuta demasiado imersa nas suas questões contra transferenciais de força e independência para conseguir relacionar-se com o seu cliente dependente. No entanto, no lado positivo, repararam que a terapeuta era capaz de fazer uso das suas necessidades contra transferenciais de ser cuidadora e uma boa mãe, sendo apropriadamente apoiante e paciente com a cliente.*" (p. 47).

Sobre os efeitos que a Contratransferência tem na relação terapêutica, sabemos, antes de mais, que este é ainda um terreno com muito para explorar: em 2007, o único estudo que havia investigado diretamente os possíveis efeitos da Contratransferência no resultado psicoterapêutico chegou a uma complexa associação entre os dois: em casos em que exista uma boa aliança terapêutica, (que está também presente frequentemente em casos de sucesso), a relação poderá tolerar ou mesmo melhorar a partir da manutenção de manifestações de Contratransferência; no entanto, se a aliança for pobre, a

Contratransferência poderá contribuir diretamente para um mau resultado psicoterapêutico (Hayes & Gelso, 2007). E apesar da pouca teoria e pesquisa empírica feita no sentido de perceber esta questão, também as características pessoais dos terapeutas se revelam essenciais na manutenção destes fatores: vários autores concluíram que terapeutas mais ansiosos terão mais tendência a evitar o afeto do cliente, a recordar-se erroneamente do material discutido em sessão, e a ignorar os sentimentos dos clientes em relação a si próprios (Gelso & Hayes,1991); num dos primeiros estudos sobre os efeitos da Contratransferência na relação psicoterapêutica, resultados evidentes mostraram uma relação inversa entre a manutenção da Contratransferência e o comportamento evitante do psicoterapeuta (Hayes, Rilker & Ingram, 1997; Friedman & Gelso, 2000), sendo que a partir de uma manutenção bem sucedida, este será capaz de melhor lidar com sentimentos conflituais que surjam e terá menor probabilidade de exibir comportamentos contra transferenciais (Hayes et al., 1991).

Se as reações do psicoterapeuta se encontram dentro de uma amplitude normativa, poderão ser manobradas favorecendo a compreensão da comunicação do cliente (Langs, 1976, *in* Falchi & Nawal, 2009), contextualizando-a não só na reintegração da sua história e questões pessoais envolvidas no contexto contra transferencial, como também no reflexo dos efeitos que determinados comportamentos do cliente poderão ter sobre os que com ele interagem no espaço exterior à psicoterapia.

2.3. A inevitabilidade de crescer e viver: o psicoterapeuta como *Wounded Healer*

A intimidade do ambiente do contexto da psicoterapia desperta, inevitavelmente, sentimentos e reações por parte do cliente relativamente ao seu psicoterapeuta, e vice-versa (Jaffe, 2011), e no que concerne à Contratransferência, pelo menos sentimentos, emoções, pensamentos ou sensações corporais face ao contexto em que lida com os seus clientes, são inerentes a todo o psicoterapeuta, na medida em que qualquer indivíduo passará por problemas de desenvolvimento que nem sempre soube resolver – o que, sabemos, faz parte de um natural processo de maturação. Todos os psicoterapeutas poderão então ser considerados *wounded healers* [curadores feridos] – "*Genericamente falando, a contratransferência interna é inevitável. Isto acontece porque nós, terapeutas, somos todos "wounded healers", não importa quanta terapia ou análise tenhamos feito. O processo de crescer e viver deve criar questões não resolvidas e vulnerabilidades.*" (Gelso & Hayes, 2007, p. 29).

Potencialmente, este poderá ser um aspeto muito positivo, na medida em que a empatia será ampliada pela sensação (re)conhecida de já se ter passado, não necessariamente pela situação concreta apresentada pelo cliente, mas pela emoção por ela despertada no mesmo. Sem a vivência de experiências emocionalmente exigentes, a ligação empática de um psicoterapeuta relativamente ao seu cliente seria, muito

provavelmente, nula **–** Jackson (2001) defende que a noção de *wounded healer* se refere ao modo como o sofrimento e vulnerabilidade do *curador* poderão contribuir crucialmente para a sua *capacidade de curar*, na medida em que as suas experiências pessoais de *doença* permaneceram de forma prolongada sob a forma de atitudes e sensibilidades (re)conhecidas em problemas pessoais análogos que poderão auxiliar uma maior compreensão daqueles que procuram ajudar (p.1, *in* Gelso & Hayes, 2007). Yalom (2002) corrobora esta perspetiva, afirmando que é a capacidade que têm os *wounded healers* de empatizar com as *feridas* do cliente que os torna eficazes, e talvez seja por isso que participam com maior empenho no *processo de cura*.

Rønnestad e Skovholt (2003), ao entrevistar psicoterapeutas com mais anos de experiência, tiveram acesso a relatos de como vivências pessoais se entrelaçavam com as suas vidas pessoais e profissionais, sendo relatada, por exemplo, a inevitabilidade de como a sua vida familiar por vezes era negativamente influenciada pela sobrecarga de trabalho, mas também sobre o modo como algumas experiencias, como a do divórcio, tinham alterado inclusivamente a sua perspetiva como psicoterapeuta face aos clientes que entretanto apresentavam o mesmo problema quando chegavam à consulta. Sobre este entrecruzamento das duas áreas na vida de um psicoterapeuta, houve ainda quem afirmasse: "*Aprendes muito, tanto dos teus filhos como dos teus clientes*" (p.24).

O período que vai desde o momento da preparação académica até à reforma pode chegar a durar meio século, quase uma vida inteira, e Rønnestad e Skovholt (1995) perguntaram-se, referindo-se ao modo como os aspetos pessoais do psicoterapeuta influenciam o seu funcionamento profissional: o que é que acontece durante esse tempo?

2.4. O percurso de desenvolvimento do psicoterapeuta e a influência da sua experiência pessoal na psicoterapia

A influência dos elementos pessoais ou de processos subjetivos presentes nas relações e experiências humanas na psicoterapia tem sido vista como fonte de erro na investigação, que deve ser eliminada ou controlada (Orlinsky & Rønnestad, 2005); para além disso, a avaliação do impacto de diferentes níveis de experiência em psicoterapeutas constitui um desafio metodológico formidável (Lambert & Ogles, 2004, *in* Rønnestad & Ladany, 2007).

Como consequência desta subvalorização da componente pessoal na psicoterapia, o estudo dos *psicoterapeutas* parece escapar permanentemente a um olhar mais atento, tendo sido reconhecido que este é, de facto, uma variável negligenciada na pesquisa em psicoterapia (Special Series, 1997, *in* Orlinsky et al., 1999), em detrimento das

psicoterapias: como se estes, “quando adequadamente treinados, fossem mais ou menos mutáveis” (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

No entanto, há um interesse crescente no estudo do percurso de desenvolvimento do psicoterapeuta (Rønnestad & Skovholt, 2003; Magalhães & Matos, 2010), que mostra que há de facto diferenças relativamente a grupos de diferentes ‘faixas etárias’ profissionais. Neste sentido, Rønnestad e Skovolt (2005), estabeleceram seis fases distintas de desenvolvimento dos psicoterapeutas ao longo da sua carreira profissional, pressupondo que em cada fase sejam adquiridas determinadas competências, sendo cada uma destas marcadas também por diferentes exigências, dificuldades e aquisições. A tipologia apresentada pelos autores aponta para seis etapas: o novato (*novice*, 1 mês a 1.5 anos); aprendiz (*apprentice*, 1.5 a 3.5 anos); graduado (*graduate*, 3.5 a 7 anos); estabelecido (*established*, 7 a 15 anos); maduro (*seasoned*, 15 a 25); senior (*senior*, 25 a 55 anos) (*idem*).

Pensou-se que seria interessante relacionar de que forma é que a manutenção de processos de Contratransferência se assume, ocorrendo em fases de desenvolvimento distintas dos psicoterapeutas. Assim, este estudo será direcionado para um exercício comparativo de dois grupos em fases distantes de experiência clínica: o psicoterapeuta aprendiz (*apprentice*) e o psicoterapeuta sénior (*senior*), ou perito, alertando para a indispensabilidade de interpretar com algum distanciamento crítico a seleção destes dois grupos, como sendo sobretudo de carácter informativo, fornecendo possíveis marcadores de duas fases particularmente distintas de desenvolvimento.

2.4.1. O psicoterapeuta aprendiz: entre a insegurança e o investimento

Já Freud (1910/1959), dirigindo-se aos *eminentemente práticos* e seus diversos pontos de vista sobre o resultado da psicoterapia, falava de dois estágios pelos quais estes passariam: o do entusiasmo, pelo súbito aumento das suas capacidades como profissionais, e o da depressão, pelas enormes dificuldades que por vezes impediam os seus esforços. De facto, as inseguranças associadas a uma prática profissional ainda recente, sobretudo se associadas a elevadas expectativas de *performance*, apontam para uma marcada auto-centração e dependência de validação externa (Carvalho, 2011). Os primeiros anos de prática clínica são um desafio que implica um investimento em que, por vezes, a gradual emergência de um sentido de identidade profissional poderá evidenciar aspetos da vida pessoal destes psicoterapeutas novatos (Magalhães & Matos, 2010), envolvendo alterações relativas à identidade, autoconhecimento e autoconfiança dos mesmos, sendo que estas alterações parecem relacionar-se ao início do trabalho clínico com clientes (Silva, 2012).

Deste modo, uma maior compreensão do processo de desenvolvimento do psicoterapeuta mostra-se importante, na medida em que o tipo de exigências por que passa o psicólogo novato ou aprendiz poderá originar um impacto negativo que se traduz, por exemplo, numa sensação de incompetência, *burnout* ou esgotamento (Goodyear et al., 2003; Rønnestad & Skovholt, 2003; Theriault & Gazzola, 2008, *in* Grafanaki, 2010).

2.4.2. O psicoterapeuta sénior: entre a apatia e a empatia

A Fase do *Profissional Sénior*, correspondendo ao acumular de pelo menos 25 anos de experiência em psicoterapia, acaba por corresponder também a uma etapa de desenvolvimento que na vida do psicoterapeuta poderá implicar perdas, tanto no domínio pessoal como profissional.

Nesta fase de *expertise*, o profissional poderá, a par de uma noção mais concreta das limitações da prática psicoterapêutica, passar por um menor investimento na prática clínica, sentindo maior apatia intelectual e perceções de estagnação de desenvolvimento, a par de "*sentimentos de frustração face à emergência de novos conhecimentos que são sentidos enquanto repetições de conhecimento anterior.*" (Carvalho, 2011, p. 71); no entanto, a possibilidade de transmissão de conhecimentos a gerações mais jovens de profissionais poderá ser decisiva na ampliação de sentimentos de valorização pessoal. A sua marcada experiência parece alargar a sua capacidade de compreender e comunicar com o cliente, a par de uma valorização da componente empática, mais do que da componente intelectual, na relação terapêutica (*idem*).

2.5. Pertinência do estudo

J. A. Hayes et al. (1998, *in* Gelso & Hayes, 2007), numa investigação qualitativa com psicoterapeutas peritos perceberam que estes relatam ter passado por pelo menos uma reação contra transferencial (interna ou externa) em pelo menos 80% das suas sessões. No entanto, e ainda que se reconheça que reações contra transferenciais precisam de ser reconhecidas, abordadas e objeto de manutenção (Peabody & Gelso, 1982; Robbins & Jolkovski, 1987, *in* Hayes, Rilker & Ingram, 1997) para que tanto reações internas como externas se possam tornar potencialmente positivas para a relação e processo psicoterapêutico, há muito pouca pesquisa disponível sobre o que os psicoterapeutas, de facto, fazem com casos específicos de Contratransferência de forma a gerir estas reações (Gelso & Hayes, 2007), apesar da sua inevitabilidade (pelo menos, das reações internas) durante a experiência clínica.

Um dos raros estudos existentes sobre os efeitos da Contratransferência no resultado final do processo psicoterapêutico mostra uma complexa relação entre os dois, sendo necessário maior aprofundamento destes processos que são, por si só, de uma grande

dificuldade de estudo (Gelso & Hayes, 2007). Para além disso, a pesquisa sobre que características particulares do psicoterapeuta poderão apoiar a uma melhor regulação e manutenção dos processos de Contratransferência tem sido também escassa (Hayes et. al, 1991), e a componente pessoal do psicoterapeuta subvalorizada face a outras componentes da psicoterapia – é importante investir num maior conhecimento sobre o que fazer, concretamente, de modo a gerir estes processos de forma benéfica para o processo psicoterapêutico, prevenindo reações contra transferenciais do psicoterapeuta que possam vir a prejudicar o decurso do mesmo (Gelso & Hayes, 2007).

Sabe-se também, apesar da escassez de estudos sobre o assunto, que efetivamente a manutenção de processos de Contratransferência exige uma autoanálise cuidada do psicoterapeuta, como ponte para a promoção de *insight* do profissional para compreensão não só de que aspetos da sua vida o conduzem a reações menos adequadas relativamente àquele cliente ou questão em particular (*idem*) e de como poderá lidar com elas, mas também de que forma é que as suas reações contra transferenciais não poderão constituir um dado importante no reconhecimento de como aquele cliente se comportará num contexto exterior ao da psicoterapia, favorecendo a aliança psicoterapêutica desse caso clínico através da manutenção da Contratransferência.

Depois de expostos estes problemas, resta concluir que a pertinência deste estudo se baseia no facto de ser tão desafiante quanto necessário tentar perceber de que formas poderá ser gerida a Contratransferência, de modo a prevenir reações danosas: seja para a relação terapêutica, para o cliente ou mesmo para o psicoterapeuta (Gelso & Hayes, 2007). A par disso, e sabendo-se que algumas características particulares dos psicoterapeutas se mostram essenciais para regulação ou manutenção de processos de Contratransferência (Hayes et al., 1991), procurar-se-á fazer uma análise diferencial e comparativa sobre as diferenças entre as estratégias de manutenção utilizadas por psicoterapeutas Peritos e Aprendizes, aprofundando a interligação entre estas diferentes fases de desenvolvimento na vida pessoal e profissional do psicoterapeuta, bem como a influência que estas terão na sua prática clínica.

CAPÍTULO II:

METODOLOGIA

Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada.

Boaventura Sousa Santos (1988, p.18)

1. Enquadramento metodológico do estudo

Para uma melhor compreensão da Metodologia apresentada neste estudo, será importante não só rever mais detalhadamente o estudo das diferentes fases de desenvolvimento do psicoterapeuta realizado por Orlinsky & Rønnestad (2005), como introduzir o CFI – *Countertransference Factors Inventory* (Van Wagoner et al., 1991), importante auxiliar deste estudo na análise das características dos psicoterapeutas que podem ser úteis na manutenção dos processos de Contratransferência.

1.1. Características das diferentes fases do percurso de desenvolvimento do psicoterapeuta que poderão influenciar a manutenção da contratransferência

A comparação transversal de psicoterapeutas em diferentes etapas realizada por Orlinsky & Rønnestad (2005) numa abordagem quantitativa reveste-se de alguma complexidade e toca extensivamente os mais variados aspetos relacionados, por exemplo, com as características pessoais dos psicoterapeutas ou com as razões que os conduziram à escolha dessa profissão. Foca-se nomeadamente o facto de, ao longo do tempo, se ter verificado um incremento cada vez maior relativamente à percepção cumulativa de evolução na prática psicoterapêutica, um aumento de mestria e de experiência de maior eficácia na prática psicoterapêutica (Carvalho, 2011).

Os profissionais a passar por uma fase de iniciação à prática são, segundo Farber (1990, *in* Magalhães & Matos, 2010) os mais passíveis de sofrer de exaustão, relacionada seja com o envolvimento emocional excessivo, a par de um grande medo de errar, com a especificidade daquele laço terapêutico em particular ou mesmo ou com a dificuldade em lidar com processos de Contratransferência. Esta dificuldade encontra-se associada tanto ao envolvimento emocional excessivo (que conduz, por exemplo, a uma identificação frequente/intensa com a problemática do cliente) como à fronteira ainda ténue entre o seu *self* e o do outro. Para além disso, esta é uma fase de definição tanto profissional como pessoal, e as duas encontram-se intimamente ligadas.

Assim, apesar de sabermos pouco acerca de como formar psicoterapeutas, para podermos identificar, fazer a manutenção e usar os processos de Contratransferência de forma útil para o processo terapêutico (Gelso & Hayes, 2007), a verdade é que este grupo de psicoterapeutas pouco experientes tem associada à sua pouca experiência uma miríade

de características que os torna particularmente vulneráveis à Contratransferência: "*Terapeutas com uma grande necessidade de aprovação (Bandura et al., 1960) e necessidade de cuidar (Mills & Abeles, 1965), níveis baixos ou excessivamente altos de empatia (Peabody & Gelso,1982), baixo nível de consciência de sentimentos contra transferenciais (Robbins & Jolkovski, 1979), e uma maior ansiedade (Beery, 1970; Gamsky &Farwell, 1966; Haccoun & Lavigueur, 1979; Russell & Snyder, 1963; Yulis & Kiesler, 1968) mostraram exibir mais comportamentos contra transferenciais*" (Wagoner et al., 1991, p. 418-419).

Neste sentido, o profissional sénior (ou *expert clinician*, como designado por Hickman et al. (2009)), terá à partida desenvolvido mais ferramentas do que o primeiro grupo na manutenção da Contratransferência, a partir de uma abordagem integrativa própria que já conseguiu pôr em prática, e por isso será importante aprender a partir destes profissionais. Mas nem tudo o que a experiência traz ajuda necessariamente à prática: de acordo com Orlinsky e Rønnestad (2005), esta fase poderá incidir sobre uma altura de perdas tanto a nível familiar como profissional; o acumular de tantos anos de experiência e de noções mais concretas de quais são os limites de ação do seu trabalho poderá conduzir a um menor investimento na prática, maior apatia intelectual (reforçada pela sensação de repetições consecutivas do conhecimento emergente que vai surgindo face ao já conhecido) e à sensação de estagnação de desenvolvimento, que eventualmente poderão influenciar a manutenção de processos de Contratransferência. A fase *sénior* pauta-se também pela importância que adquire nesta altura a transmissão de conhecimentos aos estudantes e profissionais mais jovens.

1.2. Introdução ao CFI – *Countertransference Factors Inventory*

Van Wagoner, Gelso, Hayes & Diemer (1991), colocaram a seguinte questão de investigação: será que um terapeuta reconhecidamente excelente possui características que lhe permitem moderar sentimentos de Contratransferência de modo a que estes não contaminem o processo? (p. 412). Nesse estudo, psicólogos que outros acreditavam ser peritos no seu trabalho foram cotados pelos colegas como tendo valores significativamente mais altos do que os seus colegas nos seguintes fatores (Wagoner et al., 1991; Hayes et al., 1997): *auto-insight*, *manutenção da ansiedade*, *capacidades conceptuais*, *empatia* e *auto-integração*. Estes são então os cinco grandes fatores que constituem o *Countertransference Factors Inventory* (CFI), instrumento quantitativo que servirá como guia para qualitativamente se proceder a uma análise do conteúdo das entrevistas, de modo a identificar diferentes formas de gerir a Contratransferência.

O primeiro fator está relacionado com a *Capacidade de Insight* do psicoterapeuta, que os autores relacionam com a máxima de Platão, *Know Thyself*, (que poderá ser grosseiramente traduzida como *conheça-se a si mesmo*) – é sugerido que o psicoterapeuta

que valorize a reflexão e que procure conhecer-se a si mesmo terá maiores probabilidades de lidar com Contratransferência de modo a que esta não seja prejudicial, ou conseguindo mesmo transformá-la numa aliada terapêutica. A capacidade de Insight implicará, entre outras, a capacidade de refletir sobre os seus sentimentos, incluindo o reconhecimento dos seus sentimentos negativos, consciência de áreas pessoais de conflitos não resolvidos, o reconhecimento de limites nas suas próprias competências clínicas e a capacidade de colocar a hipótese de se considerar a si próprio uma possibilidade de impedimento à própria psicoterapia (Hayes et al., 1991).

O segundo fator será o da *Capacidade de Auto-integração* do psicoterapeuta, relacionada com a habilidade de integrar as suas características e história pessoais, de modo a distinguir, com o máximo de clareza possível onde começa a sua identidade e onde começa a do cliente, tentando não "viver a sua vida" através das narrativas do outro e focando-se naquele caso, específico e idiossincrático. Ao mesmo tempo, estas fronteiras não devem estar tão delimitadas que não permitam ao terapeuta ser empático. Assim, esta característica implica, por exemplo, restringir-se de uma identificação excessiva com os conflitos dos clientes, a par de capacidade de autonomia e sentido estável de identidade, mas ainda assim ser capaz de usar as suas próprias experiências passadas para compreender o cliente (*idem*).

O terceiro fator será o da *Empatia*, "*ou a capacidade para parcialmente se identificar com, ou colocar-se a si mesmo nos 'sapatos do outro'*" (Hayes et al., 2011, p. 89). Se o psicoterapeuta for assoberbado pelas emoções do cliente dificilmente conseguirá lidar apropriadamente com a situação, servindo como base segura para os desequilíbrios do outro – isto implicará por conseguinte a capacidade para pôr de lado o intelecto e "sentir" com o cliente, compreendendo-o intuitivamente, sendo capaz de ver as coisas da sua perspetiva, mas conseguir ao mesmo tempo afastar-se da experiência emocional do cliente e compreender o que se está a passar, interpretando para além do conteúdo manifesto das verbalizações do cliente, alcançando o seu conteúdo latente.

O penúltimo fator prende-se com a *Manutenção da Ansiedade*, ligada à capacidade para reconhecer, tolerar e mesmo aprender a partir da ansiedade de alguém (Gelso & Hayes, 2007), deixando-se tocar (mas não afetar) pela ansiedade, aprendendo a manuseá-la com benefícios para a relação terapêutica e para o problema que o cliente coloca. O psicoterapeuta deverá ser capaz de não se sentir perturbado pela ansiedade ou muito ansioso durante o processo psicoterapêutico, sentindo-se confortável na presença de sentimentos fortes dos outros e possuindo autoconfiança.

Finalmente, a *Conceptualização de Competências* será uma boa forma de contrapor capacidades humanas e empáticas ao conhecimento teórico que a manutenção de

processos de Contratransferência exige, mesmo numa análise autorreflexiva, enquadrando o reconhecimento das emoções em técnicas eficazes de manutenção de estratégias psicoterapêuticas: como escrevem Gelso & Hayes, "*a teoria em conjunção com a consciência pessoal é a chave para o uso terapêutico da contratransferência*" (p. 280, 2002). Isto poderá ser feito através da capacidade de identificar dinâmicas na relação psicoterapêutica e interligar "fios" de material dos clientes, conceptualizando a dinâmica da relação psicoterapêutica em termos do passado do cliente, aplicando uma orientação teórica aos casos (Hayes et al., 1991).

Resta apenas referir que, para além da consulta do CFI como apoio à análise categorial da manutenção dos processos de Contratransferência (aqui descritos com maior minúcia), também o *Countertransference Behavior Inventory* (CBI) (Friedman & Gelso, 2000) foi utilizado como ponto de referência para análise das manifestações contra transferenciais.

2. Objetivos do estudo e enquadramento da metodologia utilizada

A grande dificuldade da manutenção da Contratransferência surge sobretudo na raiz da sua essência: torna-se verdadeiramente complexo gerir reações enraizadas nos conflitos inconscientes dos terapeutas, mais do que apenas atribuíveis a clientes com características mais difíceis de 'manusear' (Hayes, 2004, *in* Davidtz, 2007); da mesma forma que determinadas áreas de conflito parecem ser atingidas menos frequentemente em terapeutas mais "saudáveis" e com maior *capacidade de auto-insight* (Hayes et al., 1991) – daí que a concretização de fatores positivamente decisivos na sua manutenção seja útil para a mesma. A literatura indicia, por exemplo, que a *empatia* em psicoterapeutas parece estar inversamente relacionada com comportamentos contra transferenciais (Baehr, 2004; J. A. Hayes et al., 1997; Peabody & Gelso, 1982, *in* Gelso & Hayes, 2007); que psicoterapeutas com maior *capacidade de auto-integração* (laços de vinculação mais estáveis e com maior capacidade de diferenciação) tendem a ter menos reações contra transferenciais (Gelso et al., 1995; J. A.Hayes et al., 1997; Rosenberger & Hayes, 2002, *in idem*) e melhores resultados nos processos terapêuticos que acompanham (Gelso et al., 2002, *in idem*). No entanto, pouca teoria e ainda menos pesquisa empírica tem sido desenvolvida como tentativa de resposta à possibilidade de haver características particulares que facilitam a regulação e a manutenção dos processos de Contratransferência (Hayes et al., 1991).

Ainda que haja uma dificuldade acrescida no estudo das perceções dos psicoterapeutas *sénior* (o facto de, eventualmente, mencionarem nas entrevistas mais aquilo que é socialmente esperado da sua classe profissional do que o seu efetivo modo de lidar com a Contratransferência (Wagoner et al., 1991)), a verdade é que o acrescento deste grupo na amostra, sendo significativamente diferente da dos psicólogos *aprendizes*, poderá gerar uma interessante comparação dos dois grupos e das diferentes formas de gerir

processos de Contratransferência. As representações dos psicoterapeutas pareceram quase sempre encerradas numa mística inacessível a um público (como o dos psicólogos que começam agora as suas experiências práticas)[4] e como tal seria importante abrir uma janela à transmissão de conhecimento dos mais experientes aos que ainda agora começaram. Como já foi sendo estabelecido (cf. Capítulo I), as pesquisas até agora desenvolvidas indiciam que tanto o psicoterapeuta como o fenómeno da Contratransferência têm sido variáveis relativamente ignoradas na literatura, mas ainda assim revestem-se de uma enorme importância.

Entendemos que a pesquisa na manutenção da Contratransferência, através de uma metodologia qualitativa que procura investigar características de psicólogos *aprendizes* e *sénior* que a poderão influenciar, é marcadamente pertinente. Ainda muito pouco se sabe, tanto sobre os diversos estádios de desenvolvimento do psicoterapeuta (ainda que os estudos sobre a manutenção desta pelos *sénior* já exista em número superior), como sobre os fatores associados ao processo de Contratransferência e à sua gestão, sendo portanto esta a grande problemática a que este estudo se propõe a investigar.

Assim, partindo de uma metodologia qualitativa, o principal objetivo deste estudo é o de compreender, através de uma análise comparativa entre os dois grupos acima mencionados:

1) Como foi feita a gestão e manutenção de processos de Contratransferência no decurso de processos de psicoterapia, nomeadamente no que respeita a:

- Se o psicoterapeuta já se deparou com uma situação de Contratransferência, como é que esta surgiu (que *triggers*[5] foram identificados) e como foi feita a sua manutenção, partindo dos cinco fatores presentes no CFI (Capacidade de Auto-Insight, Capacidade de Auto-Integração, Empatia, Manutenção da Ansiedade e Conceptualização de Competências);
- De que forma é que o psicoterapeuta entende a importância destes fatores na manutenção dos processos de Contratransferência;
- Diferenças e/ semelhanças na manutenção dos processos de Contratransferência entre os psicoterapeutas Novatos e Sénior, de que forma é que as características distintivas de cada grupo influenciaram a manutenção destes processos, e como é que estas diferenças se manifestaram no decurso da psicoterapia.

2) Quais as manifestações (Comportamentais, Cognitivas e Emocionais) contra transferenciais mais frequentes:

[4] *"Tem sido difícil gerar e reter uma sabedoria colectiva e cumulative acerca da pessoa do terapeuta porque esta informação é transmitida tão pouco frequentemente em fóruns públicos (ex:. Simpósios, workshops, e livros e artigos profissionais)."* (Gelso & Hayes, 2007, p. 113)

[5] Cf. Capítulo I: *triggers* [ou "gatilhos"] referem-se a eventos na terapia ou características do cliente que dizem respeito a ou ativam conflitos não-resolvidos ou vulnerabilidades do psicoterapeuta.

- De que forma é que estas manifestações se poderão relacionar com uma maior ou menor experiência clínica e consequente percepção de mestria em psicoterapia.

3) Qual a percepção do impacto da Contratransferência no desenvolvimento do processo/aliança psicoterapêuticos:

- Proceder a uma apreciação global da conotação (positiva ou negativa) atribuída aos efeitos da manutenção da Contratransferência durante o processo na aliança psicoterapêutica estabelecida.

Neste sentido, são as histórias (no sentido de narrativas pessoais e específicas da díade cliente-terapeuta que se estabeleceu em determinado processo terapêutico) da manutenção dos processos de Contratransferência que nos interessa estudar, já que quando as pessoas transmitem os seus relatos, selecionam automaticamente os detalhes dessas experiências que por alguma razão se tornaram importantes na sua consciência, refletindo significados que lhes são atribuídos – "*O próprio processo de transformar a experiência na linguagem é um processo gerador de significados.*" (Vygotsky, 1987, *in* Seidman, 1991). Quando se pretende explorar um processo desta complexidade, importa entender como é que os participantes constroem significados das suas experiências, procurando, mais do que uma generalização dos resultados encontrados, relatos fidedignos destas, até porque o nosso objeto de estudo, em última análise, é a relação psicoterapêutica, imbuída de uma idiossincrasia não só inevitável como desejada e fundamental para a compreensão do processo de Contratransferência – e nesse sentido, dizem Lincoln & Guba: "(…) *o entrevistado humano pode ser um instrumento maravilhosamente inteligente, adaptável e flexível, que pode responder às circunstâncias com competência, tato e compreensão*" (p. 107 *in* Siedman, 1991, p.16).

Gelso & Hayes (2007) apelidam a metodologia qualitativa na pesquisa sobre a Contratransferência como "*the new kid on the block*" (p. 143), já que é parca a investigação da área nestes moldes metodológicos, falando de como esta implica entrevistar a fundo um pequeno número de psicoterapeutas (este estudo recai precisamente sobre estas diretrizes), pretendendo alcançar determinadas respostas que um tradicional estudo quantitativo, ainda que passível de generalizações a uma maior população, não poderia encontrar. Por exemplo, que problemas (neste caso, relacionados com a Contratransferência) surgiram com alguns clientes, que características tinham esses clientes e como é que lidaram com eles (Gelso et al., 1999; J. A. Hayes et al., 1998; Hill et al., 1996; Williams et al., 1997, *in* Gelso & Hayes, 2007), procurando uma compreensão do fenómeno (a Contratransferência) em circunstâncias específicas e irrepetíveis, de acordo com a perspetiva dos participantes (psicoterapeutas *aprendizes* e *sénior*). Por conseguinte, muitos dos processos acima mencionados como integrantes de características passíveis de influenciar positivamente a

manutenção de processos de Contratransferência constituem qualidades que terão de ser avaliadas subjetivamente, por não serem "medidas" palpáveis, entrelaçadas em padrões interpessoais afetivos e dinâmicos (Rasting & Beutel, 2005, *in* Kachele, 2013), e intimamente relacionadas com características pessoais dos psicoterapeutas, que pretendemos analisar a partir de uma comparação dos seus diferentes níveis de experiência profissional.

3. Método

3.1. Participantes

Os participantes chamados a participar no estudo teriam de responder às seguintes características: psicoterapeutas (especificamente com formação em Psicologia), a exercer atualmente prática clínica em psicoterapia (pretendiam-se narrativas atuais, para excluir, tanto quanto possível, a possibilidade de obter narrativas cristalizadas e excessivamente influenciadas pela desejabilidade da classe profissional). Para além disso, partindo da tipologia apresentada por Orlinsky & Rønnestad (2005), procuraram-se psicoterapeutas *aprendizes*: neste caso, psicoterapeutas sem supervisão formal (ou seja, já com o estágio profissional terminado) desde há 1,5 a 3,5 anos. A literatura sugere que os *novatos* eram a única etapa que entendia a *supervisão* como sendo um fator de influência mais importante do que a *experiência clínica*. Assim, para diminuir a interferência do primeiro fator optou-se por contactar psicoterapeutas que exercessem prática clínica há pouco tempo, mas que já não se inserissem num processo de supervisão formal, daí a opção pela segunda e não pela primeira tipologia referidas por Orlinsky & Rønnestad (*idem*). Os psicoterapeutas *sénior* deveriam exercer psicoterapia clínica há pelo menos 25 anos.

A seleção dos participantes foi realizada *por conveniência*, e foram entrevistados 6 psicoterapeutas (3 *aprendizes* e 3 *sénior*), sendo que cada grupo incluía um elemento do sexo masculino e dois do sexo feminino. O grupo dos psicoterapeutas *aprendizes* apresenta idades entre os 26 e os 28 anos (*M*=26,6), e apresenta uma média de anos de prática clínica sem supervisão formal de 2 anos (*M*=2,2), que varia dos 1,5 aos 3 anos. O grupo dos psicoterapeutas *sénior* apresenta idades entre os 49 e os 56 anos (*M*=53), e apresenta uma média de anos de prática clínica de 29 anos, que varia dos 25 aos 34 anos.

3.2. A Entrevista como procedimento da recolha de informação

Inserida numa proposta metodologicamente qualitativa, a entrevista é então um ótimo método de exploração dos sentimentos e cognições subjacentes aos relatos dos sujeitos que selecionamos, tendo em conta o objetivo da investigação. Temas sociais e educacionais são abstrações baseadas nas experiências do dia-a-dia dos indivíduos, e se o ser humano tem em si a capacidade única de simbolizar as suas experiências através da linguagem

(Seidman, 1991), é essencial neste contexto de investigação traduzir e agrupar os conceitos que os participantes que escolhemos vêm como mais significativos – e aqui entra o desafio que a investigação qualitativa preencherá melhor do que a quantitativa: a de contar histórias através da ciência, ou de fazer ciência através das narrativas dos sujeitos – "*Pode a ciência aprender a contar boas histórias?*", questiona Peter Reason (1981, *in idem*).

Tendo em conta que o objetivo primeiro deste estudo seria o de entender de que forma é que a experiência profissional e pessoal em psicoterapia influencia as perceções e reações (comportamentos, emoções ou pensamentos) dos psicoterapeutas relativamente às situações em que surge a Contratransferência, e de que forma é que estas diferenças se manifestaram nos processos psicoterapêuticos, através de uma análise de conteúdo baseada na grelha dos cinco fatores presentes no CFI, as entrevistas serviam claramente objetivos específicos. Por conseguinte, o guião da entrevista (construído de raiz) foi semi-estruturado, mantendo assim a possibilidade de respostas abertas e de perguntas flexíveis, mas sendo conduzido a partir de questões que já tinham sido objeto de preparação, planeamento e estruturação.

O guião foi constituído por sete perguntas (cf. Anexo I), começando por apresentar sumariamente os cinco fatores de manutenção de Contratransferência presentes no CFI (Van Wagoner et al., 1991), e a proposta de definição Integrativa de Contratransferência (Hayes e Gelso, 2007). De seguida, focaram-se fatores que o participante achasse que teriam sido determinantes para o surgimento da Contratransferência, partindo para a gestão que o mesmo considera ter feito desse processo e para a possível identificação de características pessoais que considerasse terem sido importantes para a manutenção desse processo e, por fim, que percepção tinha da relação/aliança psicoterapêutica resultante do mesmo. É importante aqui apontar a importância de algumas limitações deste tipo de narrativas, como a da desejabilidade social do psicoterapeuta relativamente à sua eficácia/mestria profissional, e também a da memória, (particularmente no caso dos psicoterapeutas *sénior*), já que estas narrativas incluíram por vezes a evocação de episódios selecionados pelos participantes que aconteceram há anos.

De modo a potenciar a validade da entrevista, realizaram-se entrevistas experimentais com um psicoterapeuta *aprendiz* e um psicoterapeuta *sénior*, e os seus reparos e sugestões foram tidos em conta para uma melhoria do guião – o facto de o conceito de Contratransferência ser relativamente pouco conhecido e reunir pouco consenso na sua definição foi aqui essencial, na medida em que o *feedback* destes dois entrevistados nos elucidou, por exemplo, para a necessidade de incluir uma definição do conceito *a priori*, antes de dar início à entrevista propriamente dita. No que concerne ao processo de recolha de dados, os objetivos do estudo foram primeiramente explicados aos participantes, tendo

sido também garantida a confidencialidade dos dados obtidos através da gravação *áudio* das entrevistas. Estas foram realizadas individualmente, num ambiente calmo e isolado à escolha dos participantes (quase sempre no seu contexto de trabalho), para garantir que se encontravam confortáveis para relatar episódios que comprometiam também aspetos de confidencialidade relativamente ao seu trabalho em psicoterapia.

3.2.1. Análise de Conteúdo

Uma metodologia qualitativa, como visto acima, contraria uma visão mecanicista da ciência que contrapõe a especificidade do ser humano, prevista nas ciências sociais (Sousa Santos, 1988). Desta forma, partindo da recolha de entrevistas feitas aos participantes deste estudo, procurou-se uma análise do conteúdo que, usando como terreno de eleição o código linguístico nestas integrado, pela sua função heurística potenciasse uma *atitude exploratória* e a *propensão da descoberta* (Bardin, 1977, p.30). Depois de transcritas as entrevistas, procedeu-se à exploração do material a partir de uma análise categorial, cujo objetivo se centrou na identificação e categorização organizadas das questões e temáticas mais frequentes e centrais para a discussão das questões que foram sendo apresentadas aos participantes. Apesar de, de acordo com Bardin (*idem*), a técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e objetivos almejados ter de ser "*reinventada a cada momento*" (p. 31), à semelhança daquilo que foi feito na construção do guião da entrevista, houve categorias já preparadas (como a análise da manutenção dos processos de Contratransferência a partir dos cinco fatores descritos no CFI), mas houve também questões que, pela sua relevância para os participantes, surgiram como temas emergentes. Esta categorização foi organizada a partir de categorias, subcategorias e seus componentes (cf. Quadro 1.), podendo a definição de cada uma das categorias e subcategorias ser revista em Anexo (II.). A fase final da análise de conteúdo das entrevistas foi realizada através do tratamento de dados (a análise categorial realizada através do programa *NVivo 10*), sua inferência e interpretação, discriminados no capítulo seguinte.

Categorias	Subcategorias
Manutenção da Contratransferência	Capacidade de Insight Capacidade de Auto Integração Empatia Manutenção da Ansiedade Conceptualização de Competências
Manifestações da Contratransferência	Comportamentais Cognitivas Emocionais Viscerais
Efeitos da Manutenção da Contratransferência	

Quadro 1. Sistema de categorias e subcategorias (Cf. Anexo II para consulta da Definição de cada Categoria e respetivas Subcategorias.)

CAPÍTULO III.

ENTRE DOIS MUNDOS:

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo pretende, partindo das categorias e subcategorias que serviram de base à análise do conteúdo discursivo das entrevistas realizadas, expor as experiências subjetivas de manutenção da Contratransferência dos participantes[7]. Esta apresentação (descritiva e comparativa) dos resultados e consequente discussão decorrerá de acordo com a ordem dos objetivos do estudo expostos anteriormente.

1. A manutenção da contratransferência

De acordo com a definição integrativa de Contratransferência que aqui irá ser utilizada (cf. Capítulo I), as reações dos psicoterapeutas relacionadas com os seus próprios conflitos exigem estratégias diferentes de ação, mais difíceis de gerir do que as que são atribuíveis apenas a comportamentos desafiadores dos clientes (Hayes, 2004). No entanto, poucos estudos foram desenvolvidos no sentido de perceber mais aprofundadamente como é feita a manutenção dos processos e reações contra transferenciais relacionados com os seus conflitos internos (Davidtz, 2007), sendo a gestão dos mesmos considerada determinante para um resultado positivo da psicoterapia (Gelso & Hayes, 2002; Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002; Rosenberger & Hayes, 2002, *idem*).

Assim, antes de mais, importa perceber que todos os participantes entrevistados revelaram já ter passado por um ou mais processos psicoterapêuticos que percebidos como contra transferenciais. Estes diferentes episódios foram despertados por questões não resolvidas dos psicoterapeutas, mas também por casos em que a Contratransferência era influenciada por características dos clientes, o que foi considerado passível de ser incluído na nossa definição Integrativa de Contratransferência (para considerações mais alargadas sobre este tópico, consultar a nota de rodapé[8]).

Desta forma, entre os participantes Aprendizes e Sénior, identificaram-se processos de Contratransferência acionados (*triggered*) por identificação ou reação do psicoterapeuta às características físicas e/ psicológicas do cliente (N1, S1, S2) ou por comparação entre a sua família e a dele (N3, S2), e episódios da história de desenvolvimento de ambos (N2, S2). Mas a Contratransferência também foi identificada como acontecendo por reação a características específicas da estrutura daquele processo psicoterapêutico, como atrasos e desmarcações sucessivas das sessões pela cliente (N1), a características particulares da problemática apresentada pelo cliente (N1, N2, N3, S1, S2, S3) ou da sua personalidade (S1, S3). De acordo com Hayes (2004), é comum a Contratransferência surgir a partir

[7] *A* e *P* referem-se às iniciais de cada grupo de participantes (*A* = *Aprendiz*, e *S* = *Sénior*), e o número que se segue à numeração de cada entrevista (ex:. *S2* corresponde ao segundo Sénior a ser entrevistado).

[8] "*The catalyst for having one's issues stirred may very well be some client characteristic or behavior, and in this way the integrative perspective is in keeping with the growing consensus that countertransference is shaped by both client and therapist factors (Gabbard, 1995). When a client characteristic or behavior evokes predictable therapist reactions, however, I do not see the need for invoking the term countertransference (as in the interpersonal notion of "objective" countertransference; Kiesler, 2001). On the other hand, the notion of "subjective" countertransference, which recognizes that therapists perceive and react to clients in idiosyncratic ways, is quite similar to the integrative definition of countertransference in that it allows for the possibility that one of the sources of therapists' subjective reactions is their unresolved personal issues*." (Hayes, 2004, p. 23-24)

destas problemáticas, entre outras, fazendo jus à referência que deu o nome a este trabalho: inevitavelmente, o psicoterapeuta move-se "entre mundos" – entre as suas *feridas* que ainda não fecharam e as daquele que se apresenta perante si em consulta, pedindo apoio para a sua própria *cura*[9]. Serão então expostas as narrativas destes profissionais relativamente à sua percepção de como a Contratransferência foi identificada, gerida e refletida, partindo dos cinco fatores presentes no CFI.

1.1. Capacidade de Insight: *uma experiência refletida*

A Capacidade de Insight, o primeiro dos cinco fatores a ser analisado, surgiu destacou-se dos restantes pela assiduidade com que foi referido como essencial na manutenção de processos de Contratransferência: "*em primeiro lugar, análise, análise pessoal. Reflexão.*" (A1), congruente com a centralidade, nestes processos, com que é apresentada pela literatura (Gelso & Hayes, 2007; Reich, 1960, *in* Dadlani, 2010).

Tanto participantes Sénior como Aprendizes associaram este fator automaticamente à reflexão, integrando-o no processo psicoterapêutico como parte de uma "*uma experiência refletida. (…) não quer dizer que seja racionalmente, não é isso, é o pensar, é o elaborar, avançar … em nós próprios como psicoterapeutas …*" (S3). Esta reflexão mostra-se útil na "*tomada de consciência das minhas emoções (…) porque inevitavelmente estamos entre parêntesis, estamos a tomar consciência de valores, também, não é?*" (S1), o que remete para o *terceiro partido* que Anderson (1997) evoca[10], e para a necessidade de "*perceberes de onde é que vem o que estás a sentir*" (A1). Esta consciencialização é valorizada, na medida em que não só constitui informação preciosa sobre o processo psicoterapêutico (Yalom, 2007), como apoia a prevenção do *acting-out* de sentimentos contra transferenciais: "*precisamente por ser um tema que eu identifiquei que tenho de ter maior auto controlo, maior vigilância sobre mim própria, quando surge em consulta em ainda reflito melhor.*" (A2). De facto, Robertiello & Schoenewolf (1987, p. 289, *in* Hayes et al., 1991), referem que um maior conhecimento do psicoterapeuta daquilo que nele gera reações transferenciais poderá evitar que este se deixe assoberbar pelas mesmas, ou conduzir a uma maior prontidão na sua gestão. Esta consciência alargada dos seus próprios *triggers* contra transferenciais surge assim associada a uma percepção de um maior controlo, em consulta: "*se conseguires pensar sobre as coisas, não as ages, se estás a pensar sobre elas tens melhor controlo*" (A1). Os dois grupos encontraram nesta Capacidade também uma forma de auto-ajuda: "*o conseguir que o processo terapêutico avance daquele lado (…) também me ajuda a mim, está a ver? É uma espécie também de quase auto… auto consulta*" (S3). A possibilidade de, como indivíduos com vulnerabilidades idiossincráticas de que nem sempre se apercebem, os psicoterapeutas poderem crescer a partir de uma maior

[9] A utilização das expressões *feridas* e *cura* como integrantes do processo psicoterapêutico são aqui uma referência à metáfora explorada no Capítulo I, do psicoterapeuta como *Wounded Healer*.
[10] Por *third* party, Anderson (1997) refere-se ao *background* de experiências de desenvolvimento e características pessoais, inatas ou adquiridas, que influencia a postura de cada interveniente em psicoterapia, como se fosse um terceiro elemento do processo psicoterapêutico.

compreensão de si mesmos, implica "*uma abertura para ti próprio, e não teres grandes receios de lançar hipóteses sobre ti, porque (…) o que tu convidas o cliente a fazer, tens de ter abertura para fazer tu constantemente contigo*" (A1).

A reflexão foi também referida como essencial na necessidade de evoluir "*como psicoterapeutas*", nomeadamente, "*para perceber (…) porque é que era para mim tão difícil lidar com a frustração de não conseguir determinadas mudanças que provavelmente nenhum psicólogo conseguiria, porque a psicologia e a intervenção psicológica têm os seus próprios limites*" (A2). Estamos então perante a progressiva emergência de um sentido de identidade profissional, o que nos primeiros anos de prática clínica é uma tarefa importante (Magalhães & Matos, 2010).

Esta avaliação reflexiva foi aliada às avaliações formais e processuais da psicoterapia: "*isto é extremamente difícil no início, em que a pessoa ainda está tão atenta ao cliente, e temos de estar atentos a nós, (…). Isto é o que eu acho que é com a experiência que se adquire*" (S3). Neste testemunho, apercebemo-nos não só de como este processo se reveste de uma notável complexidade (exigindo uma prática e aperfeiçoamento graduais "*é um processo longo.*" (S3)), refletindo aquilo que Hayes (2002) definiu como a adoção de uma postura de "*atenção ligeiramente bifurcada*" (p. 98), em que o psicoterapeuta se concentra primariamente no cliente, mas conseguindo simultaneamente manter uma abertura à sua experiência interna[11]. Refletir sobre as dinâmicas emocionais em psicoterapia mostrou-se relevante, até porque a compreensão de causas das reações contra transferenciais foi, de acordo com quase todos os participantes, ponto de partida para o enquadramento das transferências do cliente: "*essa compreensão da minha própria reação ajuda-me a perceber (…) quase a transferência dele, não é?*" (S3); "*Quer dizer, o que é que os meus sentimentos me podem dizer da leitura deste caso, da compreensão desta personagem?*" (S1).

Por conseguinte, ainda que psicoterapeutas Aprendizes possam ter mais dificuldade em conjugar esta "atenção bifurcada" necessária para uma noção holística e sincrónica dos diferentes planos relacionais que operam em psicoterapia, estes pareceram de alguma forma compensar a sua falta de prática clínica com uma reflexão constante – "*eu normalmente saio das consultas a pensar no que é que senti, e como é que eu estou*", confirmando as dificuldades acrescidas na prática clínica como "*parte do receio do psicoterapeuta novato de como é que eu vou analisar esta transferência*" (A1). A reflexão foi também associada à 'bagagem' académica e de supervisão que receberam na sua formação ("*o estudo durante os cinco anos de mestrado para uma pessoa minimamente interessada despoleta reflexão sobre si própria*", podendo ser "*muito consolidada no ano de estágio"* (A2)), e a uma característica tida como inata "*por estrutura de personalidade*" (A1) reflexiva.

[11] Este processo é descrito no contexto da explicação de como o psicoterapeuta poderá usar as suas *feridas* ao serviço de outros, partindo da metáfora do *Wounded Healer* explorada no Capítulo I.

A supervisão e auto reflexão (elementos fundamentais aos candidatos a psicoterapeutas (Orlinsky & Rønnestad (2005)), associadas ao auto conhecimento e à auto ajuda, foram então, para os Aprendizes, consideradas essenciais para a manutenção dos processos de Contratransferência. No grupo dos psicoterapeutas Sénior a supervisão foi também referida, mas no sentido de ser útil como "*uma revisão mais constante*" que alguns modelos teóricos, como o psicanalítico, incitam com maior veemência*, "e nós tendemos um bocadinho a descurar isso, e eu acho que a supervisão, mesmo depois para os mais experientes, é um processo muito interessante e muito importante para ajudar a isto, não é?*" (S3).

A reflexão foi entendida como determinante na percepção de limitações clínicas, seja em fases de maior "*reatividade emocional*" (S1), que poderá influenciar a disponibilidade para a prática psicoterapêutica (como descrevem os psicoterapeutas peritos no estudo de Carvalho & Matos (2011)), "*perante situações de perda de pessoas muito significativas (…) durante um tempo não querer, preventivamente* [atender clientes com essas problemáticas]" (S3), seja pela confrontação com situações em que surgem impasses de ordem ética: "*se isso* [sentimentos amorosos por uma cliente] *por acaso começa a surgir, eu creio que de alguma forma o primeiro passo será tomar consciência disso*" (S2). Rønnestad & Skovholt (2001) enfatizam a reflexão continuada como essencial para uma prática ótima[12], o que foi sendo confirmado através da importância atribuída aos participantes, Aprendizes e Sénior, a este fator.

1.2. Capacidade Auto-Integração: *a única diferença entre mim e ti*

Fernandes & Gonçalves (2001) apontam para a frequência com que o processo de ativação mnésica do psicoterapeuta é ativado pelo processo de recordação do próprio cliente, o que sugere que a memória do psicoterapeuta constitui inevitavelmente um referencial de compreensão das narrativas do cliente. Neste sentido, a necessidade de o psicoterapeuta se diferenciar do cliente é essencial para que consiga "entrar no mundo interior do cliente" conseguindo, simultaneamente, monitorizar as suas próprias reações internas, gerindo a Contratransferência mais facilmente (Hayes, Riker & Ingram, 1997).

Ainda que uma grande identificação com o cliente possa ser vista como favorável "*porque era mais fácil pôr-me nos sapatos dele*" (A1), acontece que nem sempre é de fácil gestão: "*acho que esse foi dos meus maiores receios: eu acabo de ouvir a tua história, e a única diferença entre mim e ti é que estamos sentados em lados contrários aqui dentro, mas de resto, passamos pelo mesmo.*" (A1).

Os participantes foram descrevendo diversas situações em que a Capacidade de Auto-Integração (ou a ausência dela) se mostrou um fator determinante na manutenção ou

[12]"*We cannot emphasize enough that, to develop optimally, practitioners need to continually reflect on both their personal and professional experiences. Early life experiences, adult personal experiences, and client experiences need to be continually addressed and processed.*" (Rønnestad & Skovholt, 2001, p. 186)

surgimento de processos de Contratransferência. Uma das entrevistadas Sénior refere, por exemplo, como uma cliente que atendeu se parecia muito com uma familiar sua: "*o primeiro impacto visual e físico é de uma enorme semelhança*", mas também *"toda a temática, todo o estilo, toda a problemática vivencial*", o que faz com que a certa altura esta se veja *"confrontada, isto é tão engraçado, com quem é que eu me estou a relacionar?*" (S1). Neste caso, o fator de identificação pode favorecer uma tendência à aproximação (Hayes, 2004), surgindo inclusivamente o receio de "*estar a criar* [com a cliente] *uma intimidade psicoterapêutica demasiado rapidamente*" (S1), ou de se questionar sobre "*de que forma é que eu não ia projetar para a consulta e projetar para o cliente emoções que diziam respeito à minha história e à minha vivência pessoal*" (A2). Mas esta identificação é também referida como tendo o efeito contrário: "*nós temos dificuldades em lidar com pessoas se calhar que até identificamos nelas próprias questões que têm a ver connosco, com o nosso lado mais… obscuro*" (S2).

O impacto das reações contra transferenciais, positivas ou negativas, face a clientes ou histórias que, pelas suas características, se tornavam de fácil identificação com as suas, foram sendo referidas tanto por Sénior ("*irritava-me, havia ali… aspetos que de facto eu achava que tinham a ver (…) eventualmente, até com as minhas próprias experiências*"(S3)), como por Aprendizes, mas estes referiram com maior frequência a necessidade de distanciamento emocional: "*claramente não era a minha história, na qual eu me estava a perder, mas claramente não era eu, não era a minha mãe, não era a minha avó… e portanto tive de manter a distância emocional.*" (A3).

A dificuldade de auto-integração nesta história em a psicoterapeuta se "*estava a perder*", conduziu a que alguma da intervenção fosse dirigida, a dada altura, de acordo com as suas próprias necessidades – "*Esta palmadinha nas costas … à filha, não é? Se calhar fi-lo pela questão de… de me visualizar ali, não é? Por não querer que a senhora sofresse aquele agridoce… embora… fi-lo… fi-lo por mim*" (A3). De acordo com Friedman & Gelso (2000), este tipo de comportamentos contra transferenciais foram conceptualizados como refletindo um envolvimento excessivo por parte do psicoterapeuta, da mesma forma que quão menos bem integrados os sujeitos forem, maior tendência terão a confundir as necessidades do cliente com as suas, atuando este tipo comportamentos contra transferenciais centrados em si próprios (Hayes, Riker & Ingram, 1997).

No entanto, uma necessidade excessiva de distanciamento também poderá indiciar sobre envolvimento do psicoterapeuta, como forma de defesa da ansiedade que aquele cliente provoca em si (Friedman & Gelso, 2000). Neste sentido, foi curioso perceber, por exemplo, que o grupo de psicoterapeutas Aprendizes se mostrava muito menos recetivo ao *self-disclosure* como forma de gerir a Contratransferência na relação psicoterapêutica. Enquanto vários dos psicoterapeutas Sénior referem a utilidade ocasional desta gestão ("*quando se adequa… (…) é libertador, é clarificador, embora não ponha pontos finais.*" (S1)), os

Aprendizes referem, sobre este tipo de partilhas (como explicitar à cliente, num caso análogo ao da Sénior supracitada, que de facto lhe recorda uma familiar) que "*nunca partilhei… porque acho que poderia ajudar a criar uma relação mais próxima, mas também acho que tenho a relação bem estabelecida (…) além disso, poderia abrir um caminho que eu não quero, que é o de colocar-me no papel de cuidada, por isso tenho esse limite estabelecido*" (A2). Apesar de poderem clarificar em consulta que o cliente, por comportamentos transferenciais, lhes desperta determinado tipo de emoções, se estas se relacionam com uma identificação excessiva com a sua pessoa ou problemática colocam esta hipótese de parte *a priori*: "*é mais fácil de revelares… estás a ser agressiva, és uma pessoa agressiva, eu noto essa agressividade, estou a senti-la em mim, isso é algo em ti, o que é que me dizes disto… acho que é mais fácil do que, olha, no geral, nós os dois somos assim…* (risos)." (A1).

Uma possível explicação para esta postura menos flexível poderá estar relacionada com o facto de os primeiros anos de prática constituírem um período intenso de exploração de si e da profissão, em que a consciência da complexidade do trabalho clínico e do modo como a sua personalidade interfere no mesmo implica uma integração gradual das dimensões pessoal e profissional (Skovholt & Rønnestad, 1995). No entanto, a eventualidade de estas ainda não se encontrarem plenamente integradas poderá acarretar dificuldades acrescidas não só no que toca à manutenção de processos de Contratransferência (Farber, 1990, *in* Magalhães & Matos, 2010), como à exposição, em psicoterapia, de aspetos pessoais que, ainda que possam conscienciosamente ser utilizados como forma de melhorar a relação psicoterapêutica – o caso de um *self-disclosure* consciencioso (Myers & Hayes, 2006) – são vistos por este grupo como potencialmente vulnerabilizáveis. Duas das grandes fontes de *stress* para o jovem psicoterapeuta apontadas por Skovholt e Rønnestad (2003) foram precisamente o facto de estes apresentarem *fronteiras emocionais pobres ou rigidificadas* e a *percepção de um self frágil e inconsistente*, o que poderá sugerir a necessidade de, em contexto psicoterapêutico, marcar de forma mais inflexível a linha que separa o psicoterapeuta *pessoa* do *profissional*, enquanto o psicoterapeuta Sénior se sentirá, eventualmente, mais confortável na gestão deste tipo de limites. As diferenças no conforto com o *self-disclosure* dos dois grupos poderão ser explicadas pelos resultados do estudo de Orlinsky & Rønnestad (2005), que concluiu que psicoterapeutas sucessivamente mais experientes tornaram-se mais afirmativos e menos reservados na variável relacional em psicoterapia, tornando-se também mais investidos na energia e tempo despendidos na constituição de um ambiente estimulante e apoiante para os seus clientes.

1.3. Empatia: *Know by heart*

Apesar da dificuldade em definir o conceito (Feller, 2003), a empatia[13] implica, por parte do psicoterapeuta, uma capacidade de tradução apurada e consequente adaptação das narrativas do cliente, aproximando-se tanto quanto possível da sua vivência interna[14] (Kitron, 2011), sem perder a noção de que aquela *não é* a sua narrativa[15].

Neste sentido, a empatia foi percebida como a capacidade de quase 'antecipar o cliente' ("*eu percebia muito bem o que é que ele estava a passar, (…) aliás às vezes eu antecipava, ou a fazer questões ou a dirigir em consulta, porque (…) conseguia perceber o que é que ele me ia dizer quase em antemão.*" (A1)), o que acaba por ter um efeito apaziguador no psicoterapeuta, da mesma forma que "*perceber um conjunto de mecanismos de defesa que ele desenvolveu hoje em torno de necessidades não preenchidas (…) protege-me, dá uma certa serenidade do ponto de vista do contacto com os clientes.*" (P1). A literatura sugere que as interpretações (neste último caso, apoiadas pela Conceptualização de Competências) são uma forma de compensar falhas empáticas do psicoterapeuta pelo cliente, que quando reconhecidas, conduzem a uma exploração produtiva de explicações alternativas para as mesmas (Kitron, 2011). Assistimos, por isso, a uma necessidade de aproximação conceptual por parte do psicoterapeuta a uma grelha de leitura dos comportamentos e emoções do cliente que lhe seja reconhecível, ou compreensível. Tendo em conta que o processo de compreensão em psicoterapia, implicará uma dinâmica de mútua imersão no universo do outro (Anderson, 1997), a Conceptualização de Competências e a Empatia poderão ser compreendidas como complementares, sobretudo se tivermos em conta que, na manutenção de processos de Contratransferência, a empatia se mostra inversamente relacionada com o comportamento contra transferencial (Hayes, Riker & Ingram, 1997). Esta relação de conceitos poderá ser traduzida como *diagnostic empathy*, que destaca a compreensão intelectual do psicoterapeuta da experiência de outra pessoa (Hayes, 2004).

Por conseguinte, esta aproximação à vivência do cliente foi associada pelos Sénior à possibilidade de relativizar reações transferenciais do cliente mais intensas, relacionadas, por exemplo, com paixões pelo psicoterapeuta – "*as pessoas estão frágeis (…) porque no fundo as pessoas não se vão apaixonar por alguém que não fazem a mínima ideia quem é, não é?*" (P3). O mesmo psicoterapeuta entende a possibilidade de, para o cliente, ser importante perceber através do *self-disclosure* "*que sou humano, que sou psicólogo mas que sou uma pessoa com problemas como toda a gente*" (P3), aproximando-se da experiência de *ser* cliente em psicoterapia; e aqui, já se destaca a *affective empathy*, relacionada com a capacidade de se colocar no lugar do outro (*idem*).

[13] (De em-+grego *pathos*, «estado de alma» +- *ia*) (Infopédia, 2003-2013).
[14] *"(…) being empathic means leading the patient as reader to the patient as author, reauthorizing and reappropriating his selfhood*" (Ricoeur, 2004, *in* Kitron, 2011, p.18)
[15] "*To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the "as if" quality – this is empathy, and this seems essential to therapy.*" (Rogers, 1957, p. 99, *in* Feller, 2003)

Particularmente nos participantes Sénior, a empatia foi surgindo ligada a respostas intuitivas ("*à medida que o tempo vai passando também somos cada vez mais nós próprios, digamos assim, e vamos sendo mais capazes de confiar noutras sensibilidades que temos, noutras intuições que temos, noutras emoções que temos, e dar sentido a estas emoções*" (S1)), que poderemos relacionar com aquilo a que Rogers (1986, *in* Zeeck, 2012) chamou "*inner, intuitive self*", do qual o psicoterapeuta se acerca quando existe uma presença próxima com o cliente. Mas o conceito surgiu também como parte da personalidade dos entrevistados, "*que é de facto esta* [capacidade] *de me pôr no ponto de vista do outro*" (S3).

Este fator distingue-se particularmente dos restantes pelo modo como emerge do discurso dos participantes como aquele que poderá ser considerado o fator poético[16] da relação psicoterapêutica, na medida em que, sendo elemento constante no processo, foi sobretudo representado através do "não-dito" em psicoterapia: aquele que é passível de ser *sentido* mas não necessariamente *traduzível*. A importância de uma sensibilidade que, para além de racional, é sensitiva, poderá explicar-se através dos desafios emocionais e interpessoais destes processos relacionais (Safran & Muran, 2000, *in* Zeeck et al., 2013) que não se explicam apenas conceptual ou teoricamente. Torna-se importante para os psicoterapeutas *saber* através do que *sentem* ("*Know by Heart*"), o que foi sendo descrito pelos entrevistados. "*Bom, havia ali coisas que me incomodavam, não é? E que eu achava que ela acabava também por sentir um pouco isso de alguma forma*" (S3); "*Isto nunca foi falado, mas provavelmente deve ter sentido que aquele espaço era para análise e que já me podia trazer também coisas que tinha pensado em casa*" (A1).

Nesta medida, *sentir* as necessidades dos clientes torna-se elemento essencial da tomada de decisão na "intersubjetividade mútua"[17] (Cooper, 2005) do processo psicoterapêutico, nomeadamente no que toca à compreensão de disponibilidades para exploração de determinados assuntos ou de emoções *não-ditas* mas *sentidas*, possivelmente provenientes de conflitos não resolvidos do próprio psicoterapeuta que afetem a relação: "*acho que às vezes tentar avançar sem pôr aquilo* [o que incomodava a psicoterapeuta relativamente àquele cliente] *em ordem, primeiro, os próprios clientes notam (…), por exemplo, nota-se algum constrangimento às vezes, alguma coisa que estava a fluir e de repente, não (…) agora, isto é muito veiculado emocionalmente, muito mais do que racionalmente*" (S3).

Por conseguinte, a empatia encontra-se relacionada pelos dois grupos com uma maior percepção das necessidades e *timings* do cliente: "*aquela mulher sentia muito, e eu compreendia perfeitamente isso, porque o que ela precisava era também de se autonomizar daquela relação, portanto de aprender a amar-se*" (S1); "*eu sabia que ainda era preciso ir a uma camada*

[16] "*Poetry is what gets lost in translation*" (Robert Frost, 1959).

[17] "(…) *one is both affecting the other and being affected by the other; one extends oneself out to the other and is also receptive to the impact of the other.*" (Jordan, 1991, p. 82, *in* Cooper, 2005)

mais funda, (…) e aí a cliente ainda não estava preparada para analisar logo os pais" (A1). Como descrito por Ghent (2001, *in* Kitron, 2011), parte da natureza transformacional da empatia decorre precisamente da capacidade do psicoterapeuta de reconhecer as necessidades do cliente, ainda antes da exploração destas.

Por fim, é curioso relatar o modo como uma das psicoterapeutas Aprendizes refere utilizar uma estratégia que a própria apelida de "*cruel*" para conseguir um maior distanciamento emocional relativamente a uma população em particular com que costuma trabalhar ("*tenho uma maneira de tentar encontrar na vida delas alguma culpa, por aquilo que lhes aconteceu. E então… acreditar… isto é uma coisa cruel, certamente, mas se calhar é a forma que encontrei de me desvincular…*" (A3)). No entanto, quando refere um outro tipo de população (com que também sente bastante frustração ao trabalhar), consegue identificar-se e empatizar, na medida em que "*estas mulheres poderemos ser nós certamente, qualquer uma delas. Em determinados momentos se calhar nós sentimo-nos não enquanto J., mas...enquanto mulher.(…) E...sim, estas questões tocam-me. Tocam-me.*" (A3), o que a impede de utilizar estratégias de evitamento que incluem a culpabilização do cliente pela situação em que se encontra: "*nas vítimas tenho outra dificuldade, porque nem sempre elas fazem alguma coisa… Então… (Risos). Obriga-me a criar outras estratégias…*" (A3). A empatia parece então não só facilitar a manutenção de processos de Contratransferência, como estar inversamente relacionada com comportamentos contra transferenciais de evitamento (Hayes, Riker & Ingram, 1997) que distanciam o psicoterapeuta do cliente, como é o caso da compreensão bloqueada [*blocked understanding*] do cliente (Hayes, 2004).

1.4. Manutenção da Ansiedade: *como se estivéssemos a ir ao quadro em pequenos*

A ansiedade parece ser uma dificuldade constante sentida por psicoterapeutas durante a sua prática profissional (Zeeck et al., 2012), sendo consistentemente apontada como frequente quando os seus conflitos não resolvidos são ativados em consulta (Gelso & Hayes, 2007), constituindo um indicador útil e confiável de Contratransferência (Cohen, 1952, *idem*).

Um dos participantes referiu este sentimento de forma particularmente ilustrativa, enquadrando-a num tipo de Contratransferência "*típica de quem está a começar*": "*ficamos mais ansiosos à custa disso, mais nervosos, quase como se estivéssemos a ir ao quadro quando somos pequenos.*" (A1). De facto, a ansiedade foi das manifestações mais frequentemente referidas pelos psicoterapeutas Aprendizes, o que se entende na medida em que os primeiros anos de prática clínica são verdadeiros desafios no que toca a lidar com "*o receio de como intervir, quando intervir, quando confrontar, quando não confrontar, ouvir determinado tipo de coisas e saber que é uma resistência da pessoa, ou uma racionalização, uma defesa dela, queres intervir logo mas teres receio de se hás de fazer ou não (…)*" (A1). Estando sujeitos ao permanente receio de que

"o desafio situacional exceda as suas capacidades" (a definição de ansiedade sentida durante as sessões de psicoterapia (Orlinsky & Rønnestad, 2005)), a Capacidade de manutenção da ansiedade em processos de Contratransferência refere-se ao modo como o psicoterapeuta é capaz de minimizar a influência da ansiedade, durante e para além da terapia (Hayes et al., 1991).

Os psicoterapeutas Aprendizes mostraram a necessidade de enquadrar reações contra transferenciais (nomeadamente, reações a transferências emocionais de clientes) em quadros de diagnóstico ou de conceptualização do caso: ("*e foi ao fim de 'x' consultas que me começava a aperceber que estava tenso, que pensei, não, tens razão nesta avaliação que estás a fazer, ela está a precisar de deitar esta agressividade cá para fora, e não sabe lidar com a agressividade, e por isso mesmo está a passar lá para fora tácita*" (A1); ou "*lembro-me que naquela consulta, naquele momento, depois de ouvir isso o meu coração disparou, eu fiquei com medo, mas (…) tentei racionalizar e disse ele só me está a testar, passa à frente*" (A2)). Neste último caso, a psicoterapeuta referia-se a um cliente *borderline*, que considera ter sido o seu único caso em que um processo contra transferencial terá tido um efeito negativamente "*drástico*". De facto, poderá haver vulnerabilidades específicas dos psicoterapeutas a determinados tipos de patologias como a *borderline* (Davidtz, 2007), cujos processos transferenciais são mais regressivos e primários, ampliando as reações contra transferenciais (Kernberg, 2004). Reações emocionais como a ansiedade excessiva (Gelso & Hayes, 2007) poderão ser geradas em processos psicoterapêuticos com clientes com este tipo de perturbações, mas esta é também (associada ao medo do desconhecido), uma das maiores fontes de *stress* para os jovens terapeutas (Rønnestad & Skovholt, 2003). Uma das participantes Sénior, referindo-se também a uma cliente *borderline* que atende, referiu que apesar de esta ser "*claramente violenta, agressiva, e agressiva por interposta pessoa em consulta*", da sua parte "*não há agressividade, o que há é sempre a tentativa de … direcionar, focalizar na relação. (…) vamos falar de nós, vamos falar da nossa relação, vamos falar do que se passou, vamos falar do que receou, vamos falar da interpretação das minhas palavras*" (S1), o que reflete uma capacidade ampliada de lidar com a transferência desta cliente, face à experiência da Aprendiz anteriormente referida.

Apesar de podermos considerar a percepção de experiência acumulada como um fator facilitador da manutenção de processos de Contratransferência, por acarretar à partida uma pela perspetiva aprofundada, melhorada e alargada da disciplina (Skovholt, 2004), Orlinsky & Rønnestad (2005) referem que reações como o evitamento de compromisso terapêutico em casos em que se sintam desconfortáveis estarão mais relacionadas com a personalidade do psicoterapeuta do que com a sua idade, o que aqui poderá ser ilustrado pelo discurso de um dos participantes Sénior: "*Posso dizer que se me começo a sentir*

incomodado, às vezes até posso ser um pouco mais duro, olhe, felizmente há muita gente que gosta desta forma de eu ser, paciência" (S2).

Mas ainda relativamente ao grupo dos Aprendizes, foi visível a premência da racionalização de emoções muito fortes sentidas em consulta, fazendo transparecer "*uma postura segura durante a consulta, por muito que não estejamos* [seguros]", o que poderá ser compreendido como parte integrante da busca de uma identidade profissional, em que a autonomia e o sentido de responsabilidade para com o cliente se incluem como competências desenvolvidas nos desafios iniciais da prática clínica (Orlinsky & Rønnestad, 2003), como se vê de seguida: "*a pessoa tem de sentir em nós um esteio, um barco, alguém que é um porto seguro, portanto nós temos que mostrar que sabemos o que estamos a fazer, (…) eu creio que consegui controlar bem* [a ansiedade] *mesmo porque estava consciente disso, acho eu.*" (A1).

No entanto, esta necessidade de 'assumir' uma profissão que implica a vivência de emoções fortes envolve necessariamente um maior distanciamento como forma de manutenção da ansiedade sentida inicialmente: "*o sofrimento nos primeiros casos foi tal, que me obrigou a adaptar-me (…) e hoje consigo proteger-me e gerir-me, e acho que sou melhor psicóloga por isso, porque não tento substituir* [as figuras significativas do cliente]" (A2), tendo este sido um dos processos de *coping* mais referidos pelos Aprendizes: "*se calhar são aquelas* [características para boa manutenção de processos de Contratransferência] *que considero como as mais… mais importantes, se calhar, neste processo intenso, distanciar-me um bocadinho da situação*" (A3). De facto, este grupo aparenta, na literatura, ser aquele em que uma prática 'desligada' [*disengaged*] atinge o seu pico, diminuindo depois sucessivamente até atingir níveis muito baixos no grupo dos psicoterapeutas Sénior (Orlinsky & Rønnestad, 2005), o que poderá estar relacionado com a exaustão que processos como os contra transferenciais produzem nesta fase de desenvolvimento (Farber, 1990, *in* Magalhães & Matos, 2010).

No grupo dos Aprendizes é também referida a importância da supervisão como forma de superar medos com acompanhamento, "*era um medo (…) Que eu estava disposta a desafiar, e ainda bem, é uma das primeiras coisas que fiz no meu estágio curricular.*" (A2), desafiando os seus próprios limites de forma controlada, e "*tendo a oportunidade de me experimentar a mim protegendo o cliente*" (A2). O reconhecimento de *triggers* que tornarão o psicoterapeuta vulnerável a certos tipos de clientes ou de problemáticas que o próprio identifica como não estando plenamente resolvidas implica alguma capacidade de reflexão. Por proporcionar uma antecipação desses momentos, a reflexão (associada a um clínico mais bem sucedido e competente (Jaclyn, 2013)) poderá servir de 'amortecedor' a possíveis reações contra transferenciais, diminuindo o seu impacto na terapia: "*porque consigo distanciar-me do que é a minha experiência*", ainda que isso possa *"implicar algum sofrimento, por estar a tocar em temas que são delicados para mim.*" (A2).

Por parte dos entrevistados Sénior, assistimos sobretudo a uma tentativa de que as reações transferenciais e contra transferenciais informem do ponto de vista positivo a intervenção psicoterapêutica. Apercebemo-nos de uma profunda confiança no processo psicoterapêutico, característica identificativa do retrato do psicoterapeuta perito (Skovholt, 2003), que, por oposição à dificuldade notada nos Aprendizes em encetar neste tipo de gestão psicoterapêutica, favorece a capacidade de partilha com o cliente: "*em muitos momentos é interessante, ele perceber isso, já reparou que fala de uma maneira que provoca em mim esta… e aí, eu explicitamente posso falar com ele sobre isso, e acho que isso ajuda, não é?*" (S3).

1.5. Conceptualização de Competências: *Zoom-out*

O domínio emocional na relação psicoterapêutica é de grande importância, na medida em que será difícil conceber qualquer tipo de psicoterapia sem que haja pelo menos alguma empatia por parte do psicoterapeuta (Gelso & Hayes, 2007). No entanto, a Conceptualização de Competências é também crítica, designadamente no que concerne à tomada de decisões na presença de estagnação ou impasses no processo, ou mesmo na presença de Contratransferência (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002, *in* idem). Consequentemente, este fator foi sendo referido como 'rede de apoio' neste contexto, tanto por participantes Sénior ("*estava justamente a estudar um determinado modelo teórico, e portanto achava que as coisas estavam todas a fazer muito sentido, digamos assim, no meio de muitas vezes certa ambiguidade, certas incertezas…*" (S1)) como por Aprendizes ([sobre a dificuldade em trabalhar com determinada população clínica:] "*Se calhar no início fazia um bocado isso, como é que ela consegue aceitar?* [mas] *(…) se formos buscar lá atrás na história vamos encontrar o mesmo modelo na mãe, na avó, e coloca-se uma hipótese, uma explicação, daquilo que ela viveu em infância*" (A2)).

Também os dois grupos foram capazes de conceptualizar teoricamente as suas próprias reações contra transferenciais a partir de alguma reflexão sobre "*os vários planos e os vários níveis de relação, digamos assim não é? Que operam na consulta*" (S1). A transferência do cliente, ainda que possa ser vista apenas como um reflexo do seu mundo intrapsíquico, é aqui entendida no contexto da "*psicologia a dois*" [*two person psychology*], como esquema estimulado e promulgado pela relação que este mantém com o psicoterapeuta (Gelso & Hayes, 1998; Richardson, 1997, *in* Friedman & Gelso, 2000) – "*E no meio desses nervos apercebi-me do que é que estava a acontecer, que transferência é que ela estava a atuar em mim (…) de certa forma está a repetir uma espécie de padrão de menina mimada, de filha única, (…) este padrão ambivalente e evitante*" (A1). Por conseguinte, a manutenção da Contratransferência poderá também ser feita enquadrando as reações transferenciais na relação psicoterapêutica.

Mas os participantes descreveram como foram enquadrando conceptualmente as suas próprias emoções, que serviram de pontos de referência para a compreensão de que estariam a passar por um processo de Contratransferência: esta psicoterapeuta Sénior expõe que não só se encontrava numa fase de maior "*reatividade emocional, (…) dado a questões profissionais de excesso de trabalho, mas pessoais também*" (S1), como a problemática apresentada se associava a questões de "*afirmação de poder*" (S1), a que esta era particularmente suscetível, nomeadamente pela evocação mnésica gerada pela experiência com a população com que trabalhou no local onde estagiou, no último ano do curso. A literatura sugere, efetivamente, que psicoterapeutas exibiam menos comportamentos contra transferenciais quando eram capazes de se conhecerem e de conceptualizar cuidadosamente o cliente no processo psicoterapêutico, ainda que a conceptualização de competências, por si só, fosse insuficiente para prevenir a manifestação destes comportamentos (Robbins and Jolkovski, 1989, *in* Hayes, 2004). Em suma, o ideal seria que estes pudessem estar atentos aos seus sentimentos contra transferenciais e simultaneamente usar uma estrutura teórica para compreender as suas reações aos clientes (Latts & Gelso, 1995, *in* Gelso & Hayes, 2007). Da mesma forma, Gelso at al. (2002) concluíram que psicoterapeutas capazes de manter fronteiras emocionais relativamente aos clientes, controlar a sua ansiedade e conceptualizar as dinâmicas, tanto do cliente como da relação psicoterapêutica, seriam particularmente capazes de favorecer o crescimento do cliente, ainda que para tal fosse necessário que as três variáveis apresentassem níveis relativamente próximos em magnitude, o que nos indica, de novo, que nenhum destes fatores será por si só suficiente.

A Conceptualização de competências parece apoiar também a humanização da figura ameaçadora de clientes que, por apresentarem problemáticas de maior gravidade despoletam reações negativas intensas (Gelso & Hayes, 2007), nem sempre fáceis de gerir: "*no início, é a perplexidade, não é?* (…) *Depois, é claramente daquelas situações que exigem diagnóstico. Porque depois há aqui inclusivamente atitudes manipuladoras, obviamente há aqui sintomas de carácter histriónico, não é, portanto há um conjunto, enfim, alargado de material que é preciso entender.*" (S1), o que também permite ao psicoterapeuta "*compreender um pouco melhor* [o cliente]*, mesmo com algumas dificuldades de empatia, obviamente*" (S1), o que poderá ajudar a conter reações contra transferenciais (*idem*).

Quando, fruto de um processo contra transferencial mais intenso, o psicoterapeuta se apercebe de que talvez precisasse de reformular o diagnóstico até ali colocado, a Conceptualização de competências também se mostra útil: "*achei que o estar a ler, se quiser, o comportamento dela de forma relativamente estreita, estava digamos a prejudicar a situação, e portanto o que procurei fazer foi alargar mais (…) o quadro de informação (…) fazer um zoom-out*" (S3). Inicialmente, esta participante refere como quando "*há alguma coisa que nos gera alguma*

ansiedade, inquietação, ou isso… isto também nos… estreita muito o foco, não é?", reconhecendo como por vezes o envolvimento emocional excessivo que os processos psicoterapêuticos despertam podem dificultar a compreensão destes comportamentos por parte do psicoterapeuta.

A conceptualização teórica como fruto de constante atualização é referida por uma participante Sénior ("*Eu noto perfeitamente quando, por razões mais profissionais aqui (…) leio mais sobre o assunto (…) também as leituras, também contribuem, não é?*" (S3)), sendo que os psicoterapeutas peritos são caracteristicamente curiosos, o que conduzirá à necessidade de aprendizagem constante (Skovholt, 2004), ainda que na literatura a esta fase de desenvolvimento sejam simultaneamente associadas circunstâncias de apatia intelectual e perceções de estagnação de desenvolvimento (Carvalho, 2011, p. 71).

No entanto, estes descreveram de forma mais formal as estratégias utilizadas em psicoterapia ("*utilizei a Contratransferência como uma estratégia de mudança em consulta*" (N2)) enquanto os Sénior o fizeram mais informalmente, mesmo quando descreviam exatamente os mesmos processos que o grupo anterior ("*Portanto, uma parte substancial da psicoterapia é a falar sobre isto* [sobre manutenção da Contratransferência em consulta], *é a falar sobre este género de situações, não é?*" (S1), o que talvez se compreenda não só pelo percurso académico recentemente terminado, como também pela (ainda) crescente diferenciação e personalização da prática (Carvalho & Matos, 2011) e pela menor flexibilidade de atuação.

2. As diferentes manifestações da Contratransferência

2.1. Manifestação Comportamentais – *fiz tudo para que ele não voltasse*

O comportamento contra transferencial é um dos elementos estruturantes das reações da Contratransferência, e distingue-se das reações internas e dos sentimentos contra transferenciais (Gelso & Carter, 1985; Robbins & Jolkovski, 1987, *in* Friedman & Gelso)**,** na medida em que implica necessariamente uma manifestação identificável em consulta, ou *Acting Out*[18]. As manifestações comportamentais que refletem processos de Contratransferência mais referidos ao longo das entrevistas focaram-se, no caso do grupo Sénior, na criação de uma "*intimidade psicoterapêutica*" associada, mais do que à empatia, à "*questão da simpatia*": "*e interrogava-me… mas R., estás a simpatizar demais com esta pessoa*" (S1). No entanto, na valência oposta da *simpatia*, foi descrita hostilidade – "*acho que da forma*

[18] O comportamento contra transferencial positivo é o comportamento do psicoterapeuta que tende a ser apoiante, mas apresenta uma qualidade fusional ou dependente. Os itens relacionados com este tipo de comportamentos são tidos como indesejáveis e provavelmente provenientes de conflitos, e baseados em abordagens desadequadas. Da mesma forma, o comportamento contra transferencial negativo implica comportamentos do psicoterapeuta de alguma forma punitivos, evitantes ou agressivos. (Friedman & Gelso, 2000). Importa ainda referir, para esclarecimento de detalhes relativos ao critério da análise das entrevistas, que ainda que vários comportamentos do psicoterapeuta possam refletir, por exemplo, um sobre envolvimento no caso (como o suporte excessivo do cliente ou demonstrações excessivas de afeto), o que determina se estes são ou não provenientes de um processo de Contratransferência é o que, no psicoterapeuta, estimulou estes comportamentos (Gelso & Hayes, 2007).

como agi houve agressividade, eu senti que havia, (…) portanto tive alguma dificuldade em conter esta agressividade" (S1); no entanto, esta nem sempre foi descrita de forma explícita, como sugere o discurso de S2, sobre queixas de clientes de falta de afetividade da sua parte: "*Se uma pessoa chega aí e você está a falar da sua vida e me diz uma coisa dessas, se calhar não, mas o que é que eu posso fazer? Não posso fazer festas aos meus clientes, de que é que estava à espera?.*" – a retirada do psicoterapeuta perante circunstâncias causadoras de maior desconforto é notória, e este comportamento evitante considerado pela literatura como sendo uma das mais frequentes operacionalizações de comportamentos contra transferenciais (Cutler, 1958, *in* Hayes et al., 1991), a par dos comportamentos hostis. Mas ainda sobre os comportamentos de evitamento de S2, será interessante considerar que a manutenção de processos de Contratransferência por parte dos psicoterapeutas é tida como inversamente relacionada com reações contra transferenciais (Hayes, Riker & Ingram, 1997), e que este, tendo sido o participante que relatou manifestações mais agressivas face a situações "*incómodas*" em psicoterapia, foi simultaneamente aquele que considerou passar menos vezes por estas, a par de uma ausência de reflexão assumida nestes temas ("*não é uma coisa que eu vulgarmente reflita*").

No grupo dos Aprendizes apenas uma das participantes referiu abertamente a tentativa de, sobretudo numa fase mais inicial da prática, "*compensar lacunas que essas pessoas tinham na sua vida social e familiar, o que criava algum impedimento à psicoterapia porque às tantas (…) eu percebi que às tantas me estava a substituir a elas, quando não é esse o papel do psicólogo*". A2 menciona também que, no único caso de Contratransferência que aponta ter tido um desfecho negativamente "drástico", depois de se ter sentido ameaçada por um cliente, a sua reação foi ser "*super confrontativa com ele e depois da consulta percebi que inconscientemente fiz tudo para que ele não voltasse, e ele não voltou.*" Estes exemplos vão de encontro ao facto de reações contra transferenciais hostis ou excessivamente apoiantes serem consideradas prejudiciais aos resultados da psicoterapia (Singer & Luborsky, 1977, *in* Hayes et al., 1991), tendo, neste último caso, sido decisivos para o seu desfecho – o cliente não voltou a aparecer.

2.2. Manifestações Cognitivas – *não desligo tão facilmente*

Os dois grupos referiram frequentemente aquela que parece ser uma das causas da vulnerabilidade ao *burnout* daqueles que trabalham na área da saúde mental (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgmart, & Kristensen, 2002; Dlugos & Friedlander, 2001, *in* Carvalho & Matos, 2013): serem invadidos por recordações cognitivas de preocupações relativas a casos em psicoterapia, mesmo quando afastados do seu contexto profissional, o que parece ser fruto de um sobre envolvimento emocional: [sobre a sua particular vulnerabilidade a casos de abuso sexual, por ter amigos que já passaram por isso] "*são casos mais pesados, não vou para casa da mesma forma, ou desligo tão facilmente*" (N2); ou [sobre a psicoterapia com clientes com uma

problemática com que tem maior dificuldade de auto-integração] "*aqui de facto tem que haver muito trabalho de casa, o que pode implicar algum sofrimento, por estar a tocar em temas que são delicados para mim*". No entanto, o contacto com vítimas de violência doméstica, por exemplo, gera questões como a descrita por N3: "*todo o fim de semana estava ansiosa que chegasse segunda feira para poder ligar e saber como é que ela estava, enquanto pensava nalguma forma de a conseguir tirar de casa*".

A permanência cognitiva das problemáticas de consulta apresentadas pelo grupo Sénior acaba por ter um tónus menos intenso ao nível da ansiedade, como é o caso dos Aprendizes, para se refletir numa necessidade de maior reflexão e conceptualização do caso, quando de alguma forma este se interliga com conflitos seus não resolvidos – "*estas consultas foram muito espaçadas, (…) e portanto durante aqueles períodos eu refletia muito relativamente a esta relação com este homem*" (S1); "*muitas vezes, sobretudo quando faço duas ou três consultas fico muito tempo a pensar, depois, penso muitas outras vezes antes de estar outra vez com aquela pessoa, na situação e no caso.*" (S3). Esta ansiedade, mais marcada nos Aprendizes do que nos Sénior, tanto em consulta (Orlinsky & Rønnestad, 2005) como fora dela, indicia o contraste presente entre o contínuo receio de *performance* de uns e a presença confiante dos mais experientes (Rønnestad & Skhovolt, 2003), que se refletirá naquilo que questionam, mais tarde, sobre o que fizeram em consulta, aquilo que um dos Aprendizes define como sendo "*este questionar-me, pôr-me em causa, o que é que se passou ali, quem é que falhou, o que é que falhou, porque é que as coisas correram assim.*" (A1).

2.3. Manifestações Emocionais – do medo à irritação

Os sentimentos contra transferenciais são vistos como inevitáveis no processo psicoterapêutico, sem que necessariamente o prejudiquem, sendo inclusivamente passíveis de ser utilizados pelo psicoterapeuta para melhor compreender as dinâmicas que vão sendo operadas em consulta (Friedman & Gelso, 2000), fornecendo grelhas de leitura, por exemplo, sobre padrões de comportamento dos clientes através das transferências que estes atuam no espaço de psicoterapia. No entanto, se o psicoterapeuta não estiver consciente destes sentimentos, estes poderão ser atuados e potencialmente prejudicar o processo psicoterapêutico, como já foi sendo visto, por exemplo, na análise das Manifestações comportamentais da Contratransferência.

Quando os psicoterapeutas percebem, em consulta, determinados aspetos como sendo pessoalmente ameaçadores, a ansiedade (o sentimento mais frequente quando o psicoterapeuta está na presença de conflitos seus pessoais) torna-se uma consequência natural (Gelso & Hayes, 2007). Estes dados foram coerentes com a frequência com que os Aprendizes referiram sentir angústia (associada, nomeadamente, a processos geradores de dificuldade de Auto-integração: "*é complicado perceber logo de onde é que vem essa… essa*

angústia, se é nossa ou se é do cliente" (A1); [a evocação cognitiva de um conflito seu, por contacto com o conflito do cliente, desperta] "*Alguma angústia, porque não há uma escolha definitiva, e não é uma escolha fácil, não é?*" (A2)). A par desta, o receio ou medo ([associados à inexperiência:]"*quereres intervir logo mas teres receio de se hás de fazer ou não, ficamos mais ansiosos à custa disso*" (A1); "*no início tinha medo de atender clientes ou em processo de divórcio, ou com um divórcio muito recente*" (A2)) foram também referidos, mas a *frustração* (*"para já fico extremamente frustrada em imensas situações*" (A3)) também teve ligar de destaque. Neste caso, a psicoterapeuta refere-se ao trabalho com a população de vítimas de violência doméstica, mas A2 descreve ter sentido também, nesta fase inicial de trabalho em que descobria os limites da intervenção psicoterapêutica ter sentido "*se calhar um sentimento de algum fracasso e de dívida para com o outro*". Finalmente, a raiva também desenrolou aqui um papel importante, mais associado a clientes particulares do que a receios de *performance*: "*Eu fiquei possesso por ter vindo de manhã à custa disso, fiquei possesso*", "*isto realmente fez-me ficar zangado*" (A1); "*nestas situações de humilhação ou de violência sexual (…) despertam-me sentimentos maus, não é? Raiva*" (A2).

Este primeiro grupo, evidenciando um referencial às emoções sentidas no decurso de processos de psicoterapia bem mais alargado do que os psicoterapeutas Sénior, referiu-se sobretudo ao receio, medo, angústia e ansiedade como sendo fatores relacionados com a sua inexperiência na prática. A prática clínica inicialmente *mitificada* (Carvalho & Matos, 2011, p. 785), através de processos *stressores* que colocam em causa estas expectativas excessivamente altas, colocam o Aprendiz sobre elevados níveis de ansiedade, sobretudo quando associadas a processos contra transferenciais que dificultam a Capacidade de auto-integração. No entanto, a reflexão a que estes estados de ansiedade potencialmente conduzem ("*este questionar, pôr-me em causa*" (A1)) são potenciadores, de acordo com Nelson (1996, *in idem*), à conversão da experiência no *expertise*.

Das emoções descritas pelos participantes Sénior, passaram, por exemplo, pela referência a situações de possível paixão ("*eu gostar muito de uma cliente, já tive… porque não é muito fácil lidar*" (S2)), de preocupação (relacionada com a evocação cognitiva dos casos acima vista), ou de ansiedade, mas a irritação foi, de longe, a emoção mais nomeada. "*Estou a ficar um bocadinho incomodada com isto, não é? E incomodada também com o meu nível de incerteza*", e "*lembro-me de um casal que tive em que o marido me irritava solenemente*" (S1); [sobre aquilo em que refletia, depois da consulta:] "*Porque é que isto, e até coisas mais de emoções, porque é que isto me irrita*" "*lembro-me que isso me irritava um pouco com a situação…. Como é que ela não vê mas…irritava-me, havia ali…*" (S3).

Hayes et al. (1998, *in* Gelso & Hayes, 2007), referem que nas entrevistas a oito psicoterapeutas experientes, durante 127 sessões, em pelo menos metade das sessões estes referiam sentir raiva, aborrecimento, tristeza, carinho, sendo que entre estes, outros

sentimentos como excitação sexual ou felicidade poderão ser indicadores de processos de Contratransferência. Esta fase de desenvolvimento, ainda que com maior acumulação de anos de prática e consequente mestria, está, como as outras, suscetível aos desafios e tensões inerentes a esta profissão (Rønnestad & Skhovolt, 2001), nomeadamente à irritação, que por várias vezes aqui foi sendo referida, sobretudo no que toca a características de clientes que, de alguma forma, os confrontavam com as suas próprias vulnerabilidades internas. Apesar de tudo, este último grupo, em contraste com os Aprendizes, pelo menor destaque dado às manifestações emocionais sentidas em processos de Contratransferência, pareceu ter uma atitude mais flexível, seja em relação aos limites da sua intervenção e das suas próprias características pessoais (uma das características integradas no retrato do psicoterapeuta perito (Skovholt, 2003)), seja relativamente à condição de *incerteza* (a capacidade de tolerar uma compreensão não imediata) a que estarão inevitavelmente sujeitos nesta profissão (Anderson, 1997).

2.4. Manifestações Viscerais – *dei por mim todo encolhido no sofá*

Na análise das manifestações contra transferenciais houve uma subcategoria emergente, que pareceu relevante salientar, pelo modo como se distinguiu das restantes: as manifestações viscerais, como o nome indica, estão relacionadas com a manifestação das emoções no *corpo* dos participantes: ligadas a sentimentos como a ansiedade ou o medo, salientam-se pelas reações fisiológicas, graficamente descritas, dos participantes (com particular ênfase dado pelos Aprendizes): "*dei por mim ao fim de cinco ou seis consultas todo encolhido no sofá, tenso, os músculos das pernas e das mãos tensos, apertado contra o sofá, no verão, com as costas todas molhadas*" (N1), "*lembro-me que naquela consulta, naquele momento, depois de ouvir isso o meu coração disparou, eu fiquei com medo*" (N2). Mas uma das psicoterapeutas Sénior referiu também como determinadas problemáticas em consulta geram "*muito uma emoção de não gosto, não me apetece às vezes coisas muito… não é?*" (S3), referindo-se a uma sensação primária de desconforto que "*às vezes é quase visceral"*. Da mesma forma que a ansiedade foi sobretudo referida pelos Aprendizes, entende-se que estas manifestações viscerais tenham sido mais vezes referidas pelos mesmos, na medida em que dificuldades em gerir o tónus emocional serão provavelmente mais marcadas nos momentos iniciais da prática psicoterapêutica (Carvalho & Matos, 2011).

3. Os efeitos da manutenção da Contratransferência

Apesar de não ser claro de que forma é que a aliança psicoterapêutica influencia os resultados em psicoterapia, comportamentos transferenciais e contra transferenciais parecem ser fatores que a influenciam (Ackerman & Hilsenroth, 2001, 2003; Ligiero & Gelso, 2002; Sauer, Lopez, & Gormley, 2003, *in* Davidtz, 2007). Os efeitos percecionados, tanto pelos participantes Aprendizes como pelos Sénior, relativamente à manutenção da

Contratransferência nos processos psicoterapêuticos ou na aliança psicoterapêutica deles resultantes foram maioritariamente positivos, e todos os participantes reconheceram a necessidade de fazer uma gestão deste processo na sua presença.

A manutenção da Contratransferência percecionada como tendo resultado positivamente foi sobretudo associada a um fortalecimento da aliança psicoterapêutica, tanto por psicoterapeutas Aprendizes como Sénior. Por sua vez, os últimos relacionaram o fortalecimento da relação psicoterapêutica com um aumento do à vontade dos clientes no espaço psicoterapêutico, que se mostraram mais genuínos ("*ele foi progressivamente mais sincero, mais genuíno*" – S1) e confortáveis para se expor ("*creio que de facto desbloqueou ali muita coisa (…) e que ela ali começou a falar desse trauma do passado (…) creio que lhe falei dessas minhas reações e muita coisa abriu ali*" – A1). A genuinidade, um dos dois elementos que compõem a *real relationship* descrita por Gelso et al. (2012)[19], é tida como a autenticidade dos dois elementos da relação psicoterapêutica um para com o outro, que auxiliará a vontade do cliente de partilhar sentimentos que anteriormente eram negados ao espaço psicoterapêutico, apoiando um processo mais eficaz (Gelso, 2011).

Consequentemente, também é referido um incremento da intensidade das emoções exploradas em consulta, ("*com o falar desta Contratransferência (…) quando já estava preparada para isso, falou-se dos pais, e então nessa consulta foi mesmo… foi intensa, muito intensa, mais pequena que todas as outras consultas*" – A1), e de uma compreensão da díade de que ambos estariam a encarar o processo de forma igualmente investida ([sobre a relação terapêutica entre si e a cliente ter saído fortalecida a partir da discussão, em consulta, das emoções e impasses sentidos pela psicoterapeuta] "*Acho que é mais verdadeira. Acho que é uma relação muito forte, emocionalmente muito investida da parte dela, de facto (…) é uma situação portanto de grande intimidade*" – S1; "*eu acho que um dos fatores que contribuiu fortemente para a aliança terapêutica (…) é mesmo o cliente perceber que há ali um trabalho de tentativa de ajudar, de compreender, de avançar, de… não é?*" – S3). Importa também dizer que a intimidade, correlacionada com a genuinidade ou autenticidade, parece ser tão importante quanto os fatores técnicos para o *mutative power* [poder de mudança] da psicoterapia (Gelso, 2011, p. 30), por mover importantes trocas afetivas e emocionais na díade psicoterapêutica; e que a aliança psicoterapêutica foi por diversas vezes contextualizada no sentido de remeter para a *working aliance* referida por Gelso (*idem*), como sendo reflexo de que ambos os intervenientes se encontram a colaborar no processo psicoterapêutico: "*digamos que teve um bom desfecho, em termos de envolvimento… o desfecho em termos de: (…) vale a pena tentar envolver-se, tentar investir*" (S1). Partindo da perspetiva do psicoterapeuta, importa adir que a colaboração entre psicoterapeuta e cliente foi percebida, pelos primeiros, como sendo uma

[19] Gelso e colaboradores (Gelso & Carter, 1985, 1994; Gelso & Hayes, 1998; Gelso & Samstag, 2008, *in* Gelso et al., 2012), desenvolveram um *modelo tripartido* da relação psicoterapêutica, que especifica três componentes gerais e interligados comuns a todas as relações psicoterapêuticas: a aliança psicoterapêutica (*working alliance*), a configuração transferência [do cliente] - contratransferência [do psicoterapeuta], e a relação real (*real relationship*).

das dimensões centrais usadas na construção das suas experiências de sucesso terapêutico (Fernandes & Gonçalves, 2001), e portanto se estes participantes subentenderam, a partir desta partilha mais íntima e genuína, um aumento da colaboração entre ambos, isso influenciará a sua percepção do resultado final do processo psicoterapêutico.

Desta perspetiva relacional da psicoterapia, um maior envolvimento emocional das duas partes parece ter conduzido a mais possibilidades de *self-disclosure* por parte do psicoterapeuta e ao desenvolvimento da sua própria genuinidade em consulta (*idem*), o que os participantes definiram como tendo criado "*mais margem de manobra para (…) problematizarmos os medos e as angústias dela de forma mais aberta, (…) para a confrontação (…) E portanto, mais forte, neste sentido.*" (S1), e portanto possível catalisador do incremento da aliança psicoterapêutica. Sobre a discussão com o cliente dos seus sentimentos ou reações contra transferenciais e a sua influência na relação terapêutica, dizem dois dos participantes: "*quem está sentado à minha frente também gosta de perceber (…) que sou psicólogo aqui mas que sou uma pessoa com problemas como toda a gente, com dificuldades*" (S2); "*às vezes, com alguns deles depois até conversamos as coisas, não é?*" [sobre a possibilidade de conversar, em consulta, sobre momentos em que se sentiu um impasse terapêutico, mesmo que não explicitado, e] "*explicitado ou menos explicitado acho que reforça a aliança terapêutica…*" (S3). É curioso também perceber que este tipo de partilha, em consulta, poderá ser apercebida por ambas as partes como um acontecimento processualmente importante em psicoterapia, o que favorece uma aproximação dos dois participantes (Martin, 1992; Martin & Selmaczoneck, 1988, *in* Fernandes & Gonçalves, 2001), já que o psicoterapeuta providencia um modelo de vulnerabilidade e autenticidade ao cliente terapeuticamente benéfico (Myers & Hayes, 2006). No entanto, a maior frequência com que os psicoterapeutas Sénior referem a possibilidade de *self-disclosure* em consulta como uma das formas de manutenção dos processos de Contratransferência parece refletir a maior probabilidade de resolver um problema com o cliente, referida por Orlinsky & Rønnestad (2005).

No entanto, a impossibilidade de gestão de sentimentos e reações contra transferenciais por parte do psicoterapeuta foi exposta como tendo resultado no abandono do processo psicoterapêutico pelo cliente ("*acho que houve um processo de Contratransferência claro e que houve uma influência negativa em consulta porque eu não consegui fazer a gestão do que o cliente provocou em mim*" – A2), ou na decisão, por parte do profissional, de reencaminhamento do caso, (referida por dois dos participantes Sénior), o que põe término à relação psicoterapêutica. Relativamente a casos em que as manifestações contra transferenciais se tenham tornado difíceis de gerir, um dos participantes Sénior refere que, apesar de terem surgido muito raramente, há sempre "*aquela saída, que é… olhe, eu acho que as coisas não estão a correr muito bem neste processo, se calhar a responsabilidade é minha, se*

calhar é por falta de competências minhas ou de jeito para lidar com isto, vamos ver se lhe arranjamos algum colega que realmente o ajude a superar esta situação." (S2), havendo honestidade quanto ao reconhecimento dos seus limites de ajuda: "*Obviamente passar um caso é sempre … para o cliente é sempre uma situação um bocadinho difícil, não é? (…) em certas situações de vida mais difíceis para mim mesma, (…) eu não aceito casos muito diretamente relacionados com essas temáticas*" – S3.

Estas duas grandes possibilidades de desfecho, sumarizadas no discurso dos participantes, remetem-nos para o efeito de *Dupla Hélice* (Epstein & Feiner, 1988, *in* Gelso & Hayes, 2001), descrito no primeiro Capítulo: partindo destes exemplos, apercebemo-nos de que a manutenção das reações contra transferenciais (aqui refletida no *self-disclosure* do psicoterapeuta quanto à transferência do cliente ou a situações de impasse terapêutico) se mostrou benéfica para o processo psicoterapêutico, mas que a falta de regulação das mesmas foi prejudicial à terapia. Este efeito negativo foi observado numa recusa, à partida, do psicoterapeuta em atender aquele caso específico pela problemática que este apresentava, *"porque ainda estava eu própria, longe de estar bem com aquilo, e portanto dificilmente capaz de estar a ajudar*" – S3.

Mas a incapacidade *in loco* de gerir sentimentos e *acting-out* contra transferenciais (colocando em causa o trabalho psicoterapêutico, por servir as necessidades do psicoterapeuta, e não as do cliente (Gelso et al., 2002; Gelso & Hayes, 2002)) e prejudiciais ao processo, conduziu também ao abandono do cliente da psicoterapia. Uma das participantes refere, sobre o mesmo caso em que o efeito da Contratransferência foi definido como "*negativo*" de "*uma forma mais visível, mais… drástica*": "*naquela consulta eu fui super confrontativa com ele e depois da consulta percebi que inconscientemente fiz tudo para que ele não voltasse, e ele não voltou*" – A2).

Ou seja, para além da necessidade prévia de uma boa aliança para que a manutenção destes processos seja tolerada e possivelmente benéfica para o decurso da psicoterapia (Hayes & Gelso, 2007), esta análise conduz-nos à eventualidade de a própria manutenção poder conduzir a um aumento da aliança psicoterapêutica (Gelso & Hayes, 2002), pela dinâmica de investimento afetivo acrescido que introduz na relação entre o cliente e o psicoterapeuta. No entanto, os episódios em que a gestão de sentimentos contra transferenciais não foi feita – por inaptidão de auto *insight* sobre a reação que estaria a ter naquele momento em consulta (como foi o caso de A2), ou reconhecimento de limites que conflitos não resolvidos impõem às suas capacidades terapêuticas naquele momento (cf. S3) – resultaram, no primeiro caso, num *drop-out* do cliente, e no segundo, de uma impossibilidade de criação, logo à partida, de uma relação psicoterapêutica.

Finalizando a análise da percepção do impacto da Contratransferência no desenvolvimento do processo/aliança psicoterapêuticos, tanto o grupo de psicoterapeutas Aprendizes como Sénior reconheceram que houve efeitos positivos e negativos decorrentes da manutenção da Contratransferência, nomeando com maior preponderância situações em que esta terá sido benéfica. Apesar disso, determinadas questões não resolvidas foram assumidas pelos participantes como entraves, à partida, de uma atuação clínica eficaz, rejeitando por isso os casos que pudessem sugestionar estas mesmas questões. Esta resolução de abandono precoce, este "morrer de véspera", poderá sugerir uma baixa expectativa quanto às suas capacidades de manutenção de processos de Contratransferência, apesar de mencionarem diversos casos em que estes terão sido bem geridos.

4. Outros temas emergentes

Para além das questões nucleares acima analisadas com maior pormenor, importa mencionar outros temas emergentes que os participantes foram destacando como relacionados com a Contratransferência.

Um deles terá sido a **supervisão**, ainda muito presente no discurso dos psicoterapeutas Aprendizes como fonte de aprendizagens e de confronto apoiado com a realidade, apoiando um *Healing Involvement* (Orlinksy \& Rønnestad, 2005, p.185) no contacto inicial com a prática. Também duas psicoterapeutas peritas referiram, por um lado, a influência desta experiência para o seu desenvolvimento, e por outro, a sua importância, mesmo para os mais experientes. Desta forma, confirmando a centralidade da supervisão para psicoterapeutas em formação (Magalhães & Matos, 2010) e a sua influência na qualidade, relação e resultado psicoterapêuticos (Rønnestad & Skovholt, 2003), esta dimensão mostrou-se também relevante para um grupo de profissionais que, apesar de já consagrados nos anos de experiência acumulada, continuam a refletir sobre as influências deste acompanhamento: no passado (através das marcas de desenvolvimento que este possa ter deixado), no presente (informalmente supervisionados por colegas que se tornam importantes fontes de reflexão – "*pensar e ou discutir com outras pessoas, conversar casos, discutir casos, (…) acho que ajuda imenso*") e no futuro (partindo do princípio que a sua prática poderia ser otimizada se investisse numa supervisão formal, "*mais estruturada*" e contínua, que "*mesmo sem ser* [à base d]*a psicanálise é muito possível*" (S3).

Também a questão da **identidade profissional** foi surgindo ao longo das entrevistas, sendo que o grupo dos Aprendizes evidenciou essencialmente algumas das limitações que foram sentindo na prática inicial, cuja reflexão conduziu, por exemplo, à exploração de razões que os terão conduzido à escolha da Psicologia como profissão – "*Ser psicólogo para mim, na minha história de vida, na minha identidade, é a forma que encontrei de contribuir para um*

mundo com o qual eu me identifico mais" (A2) – de resto, estas são questões centrais para o jovem psicoterapeuta, que refletem a constante interligação entre a dimensão pessoal e profissional da prática psicoterapêutica como "*oportunidade capaz de estimular, nos terapeutas, a reorganização dos significados em relação a si, aos outros e ao mundo*" (Magalhães & Matos, 2010, p.786). A exigência deste trabalho foi também referida diversas vezes ("*E esta é a dificuldade de trabalhar com pessoas, não é? O nosso trabalho não são folhas, não são máquinas, não é?*" (A3)), nomeadamente no que toca à necessidade de lidar com o fator "incerteza", que por vezes provoca "*angústia*", "*porque cada pessoa que nos aparece é uma espécie de novo, um desconhecido*" (A1). No entanto, e ainda que a perplexidade pela natureza humana também tenha surgido por parte dos Sénior ("*É evidente que há sempre situações que… que nos tocam muito profundamente, não é? (…) como é que eu faço? O que é que eu faço?*"(S2)), esta é encarada de uma perspetiva menos angustiada e mais reflexiva. "*Eu penso muitas vezes assim, (…) como é que o ser humano é tão perfeito? Ou seja, como é que as pessoas (…) se desenvolvem, aprendem em conjunto as estratégias, a regulação emocional, cognitiva, relação com os outros, crescimento, construção da identidade, porque nós ali vemos que tudo correu mal.*"(S1)), o que favorecerá também a relativização do próprio conceito de sucesso na psicoterapia: "*As mudanças são muitas? Não. (…) há mudanças, reconheço que há, agora (…) Se é um caso em que tem sido eficaz a psicoterapia ou é um caso de sucesso? Aí, aí temos de definir os pontos de sucesso e de eficácia.*" (S1). Um dos elementos Sénior refere-se inclusivamente à psicoterapia como sendo uma área "*inesgotável! Nunca mais acaba. (…) é uma área fascinante*"(S3), confirmando a perspetiva de desenvolvimento e progresso constante presente nesta profissão (Orlinsky et al., 1999). Mas esta não deixa de ser uma profissão cujo impacto emocional precisa de ser relativizado, sobretudo numa fase inicial, ou o psicoterapeuta correrá o risco de apresentar altos níveis de *stress*, que poderão inclusivamente influenciar uma prática menos investida (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Assim, como disse uma das Aprendizes, "*é isso que eu sinto relativamente aos processos das reações que a psicoterapia causa em mim, que às vezes causa reações muito negativas e às vezes muito positivas, como a vida.*" (A2).

O último dos grandes temas recorrentes espelha a importância dada por todos os psicoterapeutas entrevistados à **relação psicoterapêutica** como constituinte central da psicoterapia e dos processos que esta encerra, de formas nem sempre facilmente traduzíveis, mas definitivamente sentidas pelos psicoterapeutas (e, de acordo com estes, pelo cliente também): "*É mais o processo em si mesmo, e eu acho que isto o cliente de maneiras diferentes, com certeza, mas sente*" (S3). Esta *imersão* na relação entre os dois elementos conduz inclusivamente a que a consulta possa ser, "*para um observador externo (…) qualquer coisa de difícil compreensão*", tornando-a um espaço em que se opera a relação humana de uma perspetiva de "*grande intimidade*" (S1), em que a dimensão relacional emerge como importante fonte de informação sobre os resultados do processo psicoterapêutico.

CAPÍTULO IV:

CONCLUSÃO

"*We seem to make risky excursions into existential* dasein*, which means "being there"*".

Kundera, M. (1984)

A pertinência de um aprofundamento da compreensão destes processos foi sendo reforçada ao longo da análise e conclusões deste trabalho: a assiduidade dos processos de Contratransferência ao longo do percurso profissional dos psicoterapeutas entrevistados foi devolvida como tendo sido catalisadora de emoções, evocação de memórias passadas, confrontação com características suas (pessoais e profissionais), e reflexão sobre o papel e limites da psicoterapia. Ainda que nem sempre a definição do conceito tenha sido clara para os participantes, todos referiram já ter sido influenciados por processos psicoterapêuticos que de alguma forma, por se relacionarem com conflitos seus não resolvidos, despertaram emoções de difícil manutenção.

Partindo dos cinco fatores expostos no CFI para análise dos discursos dos participantes sobre a manutenção da Contratransferência, a Capacidade de Insight foi particularmente valorizada pela sua utilidade na avaliação informal dos processos psicoterapêuticos sob a forma de reflexão continuada. Esta reflexão do psicoterapeuta incide sobre o modo como as suas características pessoais moldam a sua perspetiva da relação psicoterapêutica, do cliente, e das dinâmicas que nesta se inserem. Uma maior consciencialização das suas fragilidades e consequentes reações internas contra transferenciais, através do auto conhecimento, sugeriu favorecer um maior controlo das manifestações comportamentais de Contratransferência. A reflexão, aplicada a uma capacidade ampliada de compreensão das diferentes variáveis que interferem no processo psicoterapêutico, foi referida como sendo fonte de auto ajuda, tanto a nível pessoal (através de um maior auto conhecimento da interligação dos eventos em psicoterapia com a sua identidade pessoal, funcionando como fator de resolução introspetiva de alguns conflitos não resolvidos) como a nível profissional, seja apoiada pela supervisão (formal, no caso dos psicoterapeutas Aprendizes, e informal, no caso dos Sénior), seja pelo gradual reconhecimento das suas limitações clínicas.

No que toca à Capacidade de Auto-Integração, as narrativas dos participantes evidenciaram duas grandes tendências nas reações a processos de Contratransferência que gerassem a evocação de semelhanças entre as características ou episódios de desenvolvimento do psicoterapeuta com as do cliente: por um lado, a identificação poderá tender a uma aproximação excessiva, ou por outro lado, gerar alguma irritação e dificuldade na confrontação, em consulta, com esses mesmos temas. Os Aprendizes mostraram uma maior necessidade de distanciamento emocional na presença de dificuldades de Auto-Integração, referindo, por exemplo, alguma tendência a confundir as suas próprias

necessidades com as do cliente, agindo em consulta centrados em si próprios. No entanto, uma necessidade excessivamente marcada de distanciamento pôde também evidenciar sobre envolvimento do psicoterapeuta, o que foi implicitamente analisado através do desconforto evidenciado dos Aprendizes na utilização do *self-disclosure* em consulta, por oposição a uma postura mais confortável e flexível dos Sénior relativamente a esta questão. Isto poderá explicar-se pela ainda inconsistente integração, por parte dos mais novos, das dimensões pessoal e profissional, e portanto uma maior disjunção das duas poderá ser mais confortável, sobretudo na manutenção de processos de Contratransferência, que tantas vezes são portadores de uma carga emocional significativamente inquietante nesta fase.

A Empatia foi vista pelos participantes como uma forma de quase antecipar as necessidades do cliente em psicoterapia, o que foi percebido como sendo apaziguador para o psicoterapeuta, nomeadamente no que concerne à compreensão e relativização das reações transferenciais do cliente, que muitas vezes geram reações contra transferenciais, internas ou externas. A Empatia foi referida como função complementar da Conceptualização de Competências (*diagnostic empathy*) (Hayes, 2004), mas também como motor de uma dimensão intuitiva em consulta (presente particularmente nas narrativas dos Sénior), que implica que o psicoterapeuta *sinta* as necessidades do cliente e as dinâmicas relacionais em consulta (*affective empathy*) (*idem*) (o que parece ser importante, por exemplo, para uma melhor percepção dos *timings* do cliente no processo ou impasses psicoterapêuticos). Esta dimensão, *sentida* mas não necessariamente *traduzível* foi relacionada com a complexidade da *intersubjetividade mútua* do processo psicoterapêutico (Cooper, 2005), e a intimidade que proporciona em psicoterapia pareceu obstar comportamentos contra transferenciais de evitamento em consulta, influenciando positivamente a manutenção destes processos.

A Manutenção da Ansiedade, cuja necessidade (refletida, por exemplo, pela necessidade de distanciamento emocional já referida) se mostrou mais presente no grupo dos psicoterapeutas Aprendizes, foi relacionada com a Conceptualização de competências na medida em que esta última apoia um enquadramento teórico das reações contra transferenciais (enquanto reações a transferências do cliente) em quadros de diagnóstico do mesmo. Especialmente na presença de patologias potenciadoras de reações contra transferenciais mais intensas (como a *borderline*) a ansiedade foi fortemente sentida, ainda que, dos dois grupos, o dos participantes Sénior pareça ter sido capaz de fazer uma melhor manutenção da ansiedade. No entanto, importa referir que a personalidade do psicoterapeuta também poderá influenciar a gestão da ansiedade na manutenção de processos contra transferenciais. Também a Capacidade de Insight foi aqui valorizada na medida em que um maior conhecimento dos seus *triggers* e das suas fragilidades, antecipando as dificuldades que poderão surgir, servirá como 'amortecedor' da dimensão de

reações contra transferenciais em contexto de consulta. O grupo dos Aprendizes racionalizou frequentemente as emoções mais intensas, através, por exemplo, da vontade de aparentar uma postura segura, mesmo que não a sentisse, o que poderá relacionar-se com a necessidade de maior autonomia e sentido de responsabilidade, particularmente importantes nesta fase. Os Sénior, por seu lado, aparentaram uma maior confiança na sua capacidade de manutenção destes processos, já reconhecendo o seu próprio estilo comportamental em psicoterapia perante determinado tipo de clientes, o que favorecerá uma antevisão das dificuldades encontradas e consequente manutenção da ansiedade na presença da Contratransferência. A supervisão mostrou-se um fator importante, no caso dos Aprendizes, para um confronto apoiado com os primeiros desafios clínicos.

A Conceptualização de competências foi sobretudo mencionada como “rede de apoio” para o enquadramento teórico dos comportamentos transferenciais do cliente e das suas próprias reações contra transferenciais. Assim, a manutenção da Contratransferência neste fator passou pela capacidade de enquadrar as reações contra transferenciais na relação psicoterapêutica através de estratégias processuais apoiadas conceptualmente, ainda que este fator, por si só, pareça insuficiente: o Auto Insight (como forma de auto-supervisão) e a Empatia (como forma de compreensão dos *timings* e necessidades do cliente) são complementares neste processo. A Conceptualização de competências pareceu também apoiar uma humanização da figura ameaçadora, pela ansiedade que gera, de alguns clientes, sendo importante como forma de reformulação de um diagnóstico, até ali excessivamente influenciado pela carga emocional negativa. Finalmente, este fator foi referido como sendo fruto de uma constante atualização teórica, e discursado pelos Aprendizes com uma linguagem mais tecnicista do que por parte dos Sénior, o que eventualmente estará relacionado não só com um academismo ainda próximo, mas também pela parca personalização da prática psicoterapêutica, ainda em formação.

Quanto às diferentes Manifestações contra transferenciais, as manifestações Comportamentais observaram-se sobretudo em dois polos distintos: através de uma aproximação e intimidade afetiva excessiva (relacionada com a identificação, pelo psicoterapeuta, do cliente com figuras ou episódios significativos da sua história de desenvolvimento); ou através de comportamentos hostis e confrontativos ou evitante perante o medo, e o desconforto. De qualquer das formas, estes comportamentos foram considerados prejudiciais ao processo psicoterapêutico.

As manifestações Cognitivas evidenciaram-se num sobre envolvimento emocional, que conduziu essencialmente a uma dificuldade dos psicoterapeutas em “desligar-se” do caso já fora do seu contexto, nomeadamente na presença de clientes que caracteristicamente lhes provocavam desconforto, fosse pela sua história, personalidade ou

interação em consulta. Esta evocação permanente e invasiva do processo psicoterapêutico fora do contexto de consulta apareceu associada a uma carga emocional intensa e negativa (como a ansiedade ou a preocupação), sobretudo por parte dos Aprendizes que, a acrescentar ao *stress* a que um psicoterapeuta já está à partida sujeito, colocam particularmente em causa o seu desempenho como profissionais.

As manifestações Emocionais da Contratransferência surgiram como fonte de informação sobre as dinâmicas relacionais em psicoterapia, sendo que os Aprendizes nomearam frequentemente emoções como a ansiedade, o medo e a angústia, relacionadas com casos em que sentiram dificuldade de auto-integração ou de inexperiência, com o receio de não agir, em consulta, de acordo com a performance ideal. Os psicoterapeutas Sénior, por seu lado, foram nomeando emoções como paixão ou preocupação pelo cliente, mas a que mais se salientou foi a irritação (eventualmente, fruto do *burnout* a que esta fase de desenvolvimento está sujeita); ainda assim, mostraram ter uma postura mais flexível face às emoções que a psicoterapia neles desperta, relativizando os seus limites de intervenção clínica e o estatuto de *incerteza* a que estarão inevitavelmente sujeitos nesta profissão. Encerrando a análise das manifestações contra transferenciais, referiu-se ainda uma subcategoria emergente: a das manifestações viscerais. Refletindo um tipo de manifestação mais primária das emoções no corpo, foram associadas à ansiedade, medo e angústia, particularmente com os Aprendizes, o que poderá estar relacionado com a maior dificuldade que estes apresentam, quando comparados com os Sénior, na gestão do tónus emocional associado, por exemplo, a reações transferenciais dos clientes mais difíceis de gerir.

O terceiro e último objetivo desta análise seria o de perceber de que forma é que a manutenção dos processos de Contratransferência foi perspetivada, de acordo com os participantes, no resultado do processo psicoterapêutico. Inferiu-se então que o *Efeito da Dupla Hélice* (Epstein & Feiner, 1988, *in* Gelso & Hayes, 2001) se refletiu no modo como a manutenção das reações contra transferenciais foi benéfica, mas na ausência da regulação das mesmas mostrou-se prejudicial. Na maior parte dos casos, entendeu-se que estes tiveram uma resolução positiva, na medida em que a própria manutenção da Contratransferência fortaleceu a aliança psicoterapêutica, pela geração de uma maior genuinidade e envolvimento das duas partes no processo, o que conduziu também a um maior investimento e intensidade das emoções exploradas em consulta. Em suma, o incremento da intimidade sentida em consulta (a partir, por exemplo, do *self-disclosure* do psicoterapeuta sobre as suas emoções contra transferenciais, sendo referido com maior incidência pelos Sénior, mais flexíveis quanto a este aspeto do que os Aprendizes) conduziu a um maior foque processual na dimensão relacional em consulta, aumentando a percepção da aliança psicoterapêutica. No entanto, quando os efeitos da manutenção da Contratransferência foram perspetivados como negativos, o abandono da psicoterapia pelo

cliente terá acontecido depois da incapacidade de gerir manifestações comportamentais em consulta pelo psicoterapeuta, ou pela recusa, à partida, de trabalhar com clientes que, pela problemática apresentada, gerassem uma maior reatividade emocional da sua parte, normalmente reconhecerem como limitação clínica a incapacidade de lidar ainda com determinadas questões, como o luto. Concluindo, não só a aliança psicoterapêutica já deverá estar estabelecida, como a própria manutenção de processos contra transferenciais poderá, de acordo com as narrativas dos participantes, favorecer o resultado do processo de psicoterapia.

Outros temas emergentes ao longo da análise de discurso dos participantes foram: a importância da supervisão (ainda muito presente nas impressões dos Aprendizes, e referida por estes nos seus moldes mais tradicionais, e pelos Sénior de forma mais informal, como a partilha e discussão de casos com colegas também experientes); a identidade profissional, essencial para o jovem psicoterapeuta como fonte de constante reflexão sobre a interligação das dimensões pessoal e profissional (Carvalho & Matos, 2010), bem como para descoberta das limitações clínicas da sua profissão, mas também para os mais experientes, que evidenciaram a prática psicoterapêutica como uma área em que a aprendizagem não termina nunca, espelhando o conceito da psicoterapia como um projeto de *lifelong learning* – "*I always wonder what I am becoming that I haver not yet been*". (Anderson, 1997, p.265). Finalmente, os processos de Contratransferência e a psicoterapia em si foram sendo sempre expostos, por todos os participantes, como relacionais, dinâmicos e afetivos, o que veio a sublinhar a perspetiva (presente, aliás, em cada categoria e subcategoria analisadas), de que a prática clínica, com os *Wounded healers*, se faz "*tanto com o coração como com a mente*" (Orlinsky & Rønnestad, 2005, p.163).

Mas também é importante não esquecer as limitações que um estudo desta natureza apresenta: esta foi uma proposta de relação de conceitos nem sempre fáceis de interligar, até porque a própria definição de alguns (como a Contratransferência (Hayes, et al., 2011), a Empatia (Kitron, 2011) ou a Relação psicoterapêutica (Gelso at al., 2012)) se reveste de uma complexidade considerável, estando ainda aberta a debate. O facto de nem sempre ser claro aos entrevistados, ainda que com uma proposta de definição inicial, do conceito de Contratransferência, por vezes dificultou a discussão do termo durante as entrevistas – o que, apesar de tudo, serve como incentivo à importância de um maior investimento no tema, na investigação e no âmbito da formação académica (Gelso & Hayes, 2007).

Este estudo, de natureza qualitativa, não teve como objetivo uma generalização dos seus dados, ainda assim, as dificuldades marcadas em conseguir contactar profissionais nestas fases de desenvolvimento (muitos dos psicoterapeutas recentemente formados ainda não exercem, ou já exercem há mais do que 3,5 anos, e não foi fácil encontrar

psicoterapeutas Sénior que ainda exercessem e/ se mostrassem disponíveis), e portanto pode-se considerar que esta amostra é relativamente reduzida. No entanto considera-se, para todos os efeitos, que "*num texto (…) o lugar dos elementos é mais importante do que o seu número*" (Bourgelin, 1971, *in* Bardin, 1977, p.204). Ainda sobre as características desta amostra, sendo a Contratransferência um tema que à partida incide sobre as fragilidades e vulnerabilidades do psicoterapeuta, há que apontar o facto de os entrevistados poderem já à partida, estar sensibilizados para essa questão, mostrando-se esta amostra mais disponível relativamente à partilha destes aspetos do que a generalidade desta população; e ainda assim, mesmo estes participantes poderão ter tido um discurso por vezes direcionado para uma certa desejabilidade social daquilo que acreditam ser esperado pela sua classe profissional. Finalmente, a última grande limitação estará relacionada com o facto de, para todos os efeitos, este discurso espelhar apenas a perspetiva do psicoterapeuta sobre a relação e dinâmicas psicoterapêuticas, o que nos conduz à sugestão de, em estudos futuros, se poder investir numa recolha de dados também relativos à perspetiva do cliente. Para além disso, uma amostra maior seria também recomendada, e seria interessante ponderar a possibilidade de gravar, com suporte áudio mas também visual, consultas que pudessem mais tarde ser objeto de análise de manifestações e reações contra transferenciais, já que, como podemos inferir, o psicoterapeuta nem sempre terá total consciência das suas manifestações externas em consulta – este poderia ser um dado importante à investigação na área. Seria ainda importante investir numa exploração mais detalhada de como é que, estratégica e processualmente, se poderão gerir processos de Contratransferência: ainda que a idiossincrasia deste evento rejeite, à partida, "receitas" universais, pudemos assistir a alguns padrões de gestão destes processos que poderão ser documentados de forma mais sistemática.

Ao longo deste trabalho as inúmeras implicações que a manutenção da Contratransferência poderá ter na prática clínica foram sendo referidas. No entanto, nunca é demais recordar que, para todos os efeitos, as reações contra transferenciais (internas e externas) foram tidas como frequentemente sentidas pelos participantes do estudo, ainda que determinados casos, naturalmente, os tenham marcado de forma mais incisiva, seja pela intensidade de emoções que neles despertaram, seja pela infelicidade do desfecho negativo consequente à dificuldade em gerir este processo. No entanto, e ainda que a inevitabilidade da Contratransferência esteja sempre presente, as suas manifestações nem sempre foram percetíveis aos olhos destes psicoterapeutas, o que nos alarma e conduz à reincidência do foco na necessidade de maior capacidade de reflexão e ampliação dos conhecimentos sobre a Contratransferência. A supervisão poderá ser um dos estímulos indicados para apoiar o psicoterapeuta a aceitar o que sente, discutindo estratégias de gestão e interpretando o comportamento do cliente de forma apoiada, prevenindo

manifestações prejudiciais da Contratransferência em consulta (Gelso & Hayes, 2007). Em diversos países, como os EUA, entende-se que psicoterapeutas em etapas iniciais da sua profissão devem ser acompanhados por tutores que servem como auxiliares da análise do trabalho que vão desenvolvendo, de forma a fazerem uma manutenção mais cuidada e atenta de, por exemplo, reações internas de Contratransferência que surjam (Gelso & Hayes, 2002). Considerando que o desenvolvimento do psicoterapeuta acontece enquanto processo progressivo de integração do *self* pessoal e profissional, (e portanto o intercâmbio de conhecimentos entre psicoterapeutas novatos e peritos deverá assumir uma importância fundamental, e a partilha das suas diferenças profundamente construtiva, para os dois lados), é paradoxal quando nos confrontamos com uma prática psicoterapêutica muitas vezes solitária, cuja partilha é direcionada maioritariamente para os colegas de trabalho muitas vezes em fases de desenvolvimento semelhantes.

É indiscutível a complexidade das dinâmicas subjacentes aos processos psicoterapêuticos, enraizando-se desde as primeiras interações entre psicoterapeuta e cliente, "*na verdade, desde antes do seu primeiro encontro, sob a forma de esperanças, medos e expectativas fantasiados*" (Gelso, 2011, p.4). Desta forma, a inevitabilidade dos processos de Contratransferência assume-se como parte integrante de um psicoterapeuta que necessariamente se move *entre mundos*, procurando gerir a forma como assimila as *feridas* daquele que encontra perante si, ao mesmo tempo que tenta potenciar as suas capacidades de *cura* através do reconhecimento, no outro, de dores que também tem, ou já teve. A dimensão relacional da psicoterapia transfere para o psicoterapeuta o risco de vir a ser influenciado pelo seu ofício, considerado uma jornada de aprendizagem e crescimento pessoal ao longo da vida (Anderson, 1997), e expõe-no à coragem de, diariamente, se observar, dentro e fora dos processos em que se insere, como num cosmorama.

Por isso, a manutenção de um processo de Contratransferência não deixará nunca de exigir um exercício de inteligência e reflexão crítica ao psicoterapeuta que, obrigado a mover-se *entre dois mundos*, ficará sempre sujeito ao desgaste que tamanha tarefa implica. No entanto, entendemos que a Contratransferência *pode* ser melhor compreendida, *pode* ser gerida, e *pode* resultar num processo psicoterapêutico mais rico, esclarecedor e clarificador, tanto para o cliente como para o psicoterapeuta, e os dois poderão, ainda que em percursos paralelos, desenvolver-se a partir da mesma dinâmica relacional e afetiva.

Nem todas as reações ou manifestações contra transferenciais poderão ser antecipadas ou geridas da forma ideal, até porque instância da psicoterapia, como forma especial de relação humana (Mahoney, 2003) que é, impede a criação de rotinas e assume inclusivamente uma postura de *incerteza* como forma de alargar o espaço em que o cliente pode ser compreendido (Anderson, 1997).

Mas o psicoterapeuta, assumindo o risco que a impossibilidade de um conhecimento total (de si mesmo e do cliente) e procurando arriscar-se *entre dois mundos*, pode fazer da sua *presença* genuína a ponte para a sua maior fonte de ajuda: ao outro e a si próprio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, Harlene. (2002). *Conversation language, and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books, 1997.

Bardin, Laurence (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: 70.

Carvalho, Helena Maria Ribeiro Moura de. (2011). *À procura da Base Segura: contributos da história profissional e desenvolvimental dos psicoterapeutas*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth: A qualitative interview study. *Counselling Psychotherapy Research, 5*(2), 87-95.

de Carvalho, H., & Matos, P. (2011). Ser e Tornar-se Psicoterapeuta Parte I: Diálogo entre Experiências Pessoais e Profissionais. *Psicologia: Ciência E Profissão, 31*(1),80-95

de Carvalho, H., & Matos, P. (2011). Ser e Tornar-se Psicoterapeuta Parte III: Diálogo entre Experiências Pessoais e Profissionais. *Psicologia: Ciência E Profissão, 31*(4), 778-799.

Davidtz, J. *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference* (January 1, 2007). *Electronic Doctoral Dissertations for UMass Amherst.* Paper AAI3275802.

Douglas, Jennifer L. (2010). *The influence of client socioeconomic status on counselors' attributional biases and objective countertransference reactions*. Tese de doutoramento, The Graduate Faculty of The University of Akron

Falchi, V., & Nawal, R. (2009). Transference, countertransference and interpretation: The current debate. *European Journal of Clinical Hypnosis; 9*(1), 11-18.

Feller, C. (2003). The Importance of Empathy in the Therapeutic Alliance. *Journal Of Humanistic Counseling, Education & Development, 42* (1), 53-61.

Fernandes, E. & Gonçalves, Ó. Encontro de narrativas terapêuticas: memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.I, Nº1, pp.53-72, 2001.

Freud, S. (1910) – As perspetivas futuras da terapêutica psicanalítica, em http://www.freudonline.com.br/livros/volume-11/vol-xi-5-as-perspectivas-futuras-da-terapeutica-psicanalitica-1910/

Freud, S. (1910/1959). The future prospects of psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed.), (1978) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 11, p. 87-172). London: Hogarth Press.

Friedman, S. M. & Gelso, C. J. (2000). The Development of the Inventory of Countertransference Behavior. J*ournal Of Clinical Psychology*, Vol. 56(9), 1221–1235 (2000)

Foddy, William – Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta Editora, 1996. (Métodos e técnicas). ISBN 972-8027-54-0

Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *The International Journal Of Psychoanalysis, 76*(3). 475-485.

Gelso, C. J. (2002). Countertransference Management and Therapy Outcome: An Initial Evaluation. *Journal Of Clinical Psychology, 58 (7),* 861-867

Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington, DC US: American Psychological Association.

Gelso, C. J., & Hayes, A. J. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy; 38*(4)

Gelso, J. & Hayes, J. (2007) *Countertransference and the Therapist's Inner Experience Perils and Possibilities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

Gelso, C. J., Kivlighan, D.r., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., &… Markin, R.D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal Of Counseling Psychology, 59*(4), 495-506.

Grafanaki, S. (2010). GUEST EDITORIAL: 'Counsellors in training': Journeys of professional transformation, *Counselling and Psychotherapy Research10*(3), 152.

Hayes, Jeffrey A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research,14*(1), 21-36.

Hayes, J. A. & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on Countertransference behavior. *Journal Of Clinical Psychology, 47*(2), 284-290.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports, 69* (1), 139-148. doi: 10.2466/PRO.69.5.139-148

Hayes, J. A., Riker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*(2), 145-153.

Hickman, E. E., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Schottenbauer, M. A. (2009). Psychotherapy integration as practiced by experts. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(4), 486-491.

Hunt, Michelle Saxen. (2003). *Understanding Countertransference with Patients with Borderline Personality Disorder: an Exploratory Quantitative Investigation*. Tese de doutoramento, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Department of Psychology.

Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013., em www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/empatia>.

Jaclyn, H. (2013). A Psychology Trainee's Experience of the Self-Reflection Process. *Professional Psychology Doctoral Projects*. Paper 25.

Jaffe, J., & Diamond, M. O. (2011). *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients.* Washington, DC, US: American Psychological Association.

Jeffrey A. Hayes. Playing With Fire: Countertransference and Clinical Epistemology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 32, No. 1, Spring 2002

Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C., & Buchholz, M. B. (2013). Countertransference as object of empirical research?, International Forum of Psychoanalysis, DOI:10.1080/0803706X.2012.737933

Kernberg, Otto F. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press, 2004.

Kitron, D. (2011). Empathy – The Indispensable Ingredient in the Impossible Profession. *Psychoanalytic Inquiry, 31* (1), 17-27.

Magalhães & Matos (2010). Nos Trilhos do Jovem Psicoterapeuta: Um Estudo Qualitativo. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010; pp. 774-788

Mahoney, M. (2003). Constructive psychotherapy – a practical guide. New York; Guilford Press.

Myers & Hayes (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 173–185.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York, NY US: Oxford University Press.

Orlinksy, D. E., & Rønnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth.* Washington, DC US: American Psychological Association.

Orlinsky, M., Rønnestad, M.H., Gerin, P., Willutzki, U., Dazord, A., Ambühl, H., Davis, J., Davis, M., Botennans, J., Cierpka, M., Aapro, N., Buehheim, P., Bae, S., Davidson, C., Friis-]orgensen, E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northeut, T., Parks, B., Scherb, E., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., & SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a colaborative international study. *Psychotherapy Research 9*(2) 127-153.

Rihacek, T., Danelova, E., & Cermak, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research, 22*(5), 556-569.

Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal Of Career Development, 30*(1), 5-44.

Seidman, I. E. – Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences. New York; Teachers College Press, 1991. ISBN 0-8077-3074-2

Silva, Ana Isabel Gil. (2012). *Trabalhar com experiência imediata: um estudo qualitativo sobre os processos de mudança e desenvolvimento dos terapeutas*. Tese de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa.

Skovholt, Thomas M. (2003). *Master therapists: exploring expertise in therapy and counseling*. Boston: Pearson, 2003.

Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development.* Oxford England: John Wiley & Sons.

Sousa Santos, Boaventura (1987). *Um Discurso sobre as Ciências*. Edições Afrontamento: Porto, 1988.

Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(3), 411-421.

Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY US: HarperCollins Publishers.

ANEXOS

Anexo I.

Guião das Entrevistas

Entrevistas

1.

Bom dia/ Boa tarde:

Chamo-me Francisca Pereira e estudo na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação na Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Maria Emília Costa.

Encontro-me a neste momento a estudar que factores poderão influenciar a manutenção de processos de CT numa relação psicoterapêutica.

Pesquisa recente indica que há cinco grandes factores que poderão actuar positivamente sobre a manutenção de um processo de CT, nomeadamente:

- *Capacidade de Insight* (capacidade do terapeuta de valorizar a reflexão, procurando conhecer-se a si mesmo)

- *Capacidade de Auto-integração* (habilidade de integrar as suas características e história pessoais, focando-se naquele caso específico e idiossincrático)

- *Empatia* (capacidade de se colocar no lugar do outro, sem no entanto ser assoberbado pelas emoções do cliente)

- *Manutenção da Ansiedade* (*capacidade para reconhecer, tolerar e mesmo aprender a partir da ansiedade de alguém* (pp. 48, Gelso & Hayes, 2007), aprendendo a manuseá-la para benefício da relação terapêutica)

- *Conceptualização de Competências* (enquadrando o reconhecimento das emoções em técnicas eficazes de manutenção de estratégias terapêuticas)

Assim sendo, gostaria de conversar consigo sobre algum(ns) momento(s) em que na sua prática clínica esta situação tenha surgido e sobre o modo como lidou com ela.

2.

Partindo do princípio que a CT é por norma um processo ou momento definido por "reacções internas e externas do terapeuta moldadas a partir dos seus conflitos ou vulnerabilidades actuais ou passados." (pp.25, Hayes & Gelso, 2007), já experienciou

alguma vez uma relação terapêutica que, por alguma razão, lhe tenha despertado emoções cuja permanência foi mais complicada?

2. (a) *– se o entrevistado não concordar com a definição que acima dou, peço para clarificar aquilo que ele entende por processo de CT.*

3.

Dessas experiências houve alguma que tivesse percepcionado como sendo fruto de uma CT?

4.

Que factores pensa terem despertado esses sentimentos?

5.

Como geriu essa situação dentro do processo terapêutico?

6.

Há alguma característica pessoal que pensa ter sido importante para uma manutenção desse processo de CT? Porquê?

7.

Como percepciona a relação/aliança terapêutica resultante desse processo?

Muito obrigada!

Todo o conteúdo desta entrevista será confidencial.

Anexo II

Definição de cada Categoria de Análise e respetivas Subcategorias[20]

Capacidade de Auto-Insight

- consciência dos seus sentimentos provocados por clientes
- capacidade de refletir sobre os seus sentimentos
- consciência de fantasias suas despertadas/provocadas por clientes
- consciência de áreas pessoais de conflitos não resolvidos
- reconhecimento dos seus próprios sentimentos negativos
- compreensão de como os seus próprios sentimentos o motivam na terapia
- vontade de se considerar a si próprio uma possibilidade de impedimento à terapia
- consciência do impacto pessoal que tem sobre os outros
- compreensão de fatores na sua vida que moldaram a sua própria personalidade
- reconhecimento de limites nas suas próprias competências clínicas
- capacidade de auto-compreensão a um nível íntimo

Capacidade de Auto-Integração

- classifica como os próprios sentimentos se relacionam com os sentimentos do cliente
- distingue entre as necessidades dos clientes e as suas próprias necessidades
- reconhece limites entre o self e os outros
- restringe-se de uma identificação excessiva com os conflitos dos clientes
- possui uma forte capacidade de auto-observação
- possui sentido estável de identidade
- gere necessidade de aprovação
- usa as suas próprias experiências passadas para compreender o cliente
- tende a resolver os seus próprios conflitos

[20] Para revisão da versão original do instrumento, consultar: Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(3), 411-421.

- possui equilíbrio psicológico

- possui capacidade de autonomia

Manutenção da Ansiedade

- sente-se confortável na presença de sentimentos fortes dos outros

- conforto consigo próprio

- conforto com a proximidade dos outros

- tende a não ficar excessivamente ansioso na presença dos problemas dos clientes

- possui confiança a trabalhar com a maior parte dos clientes

- possui autoconfiança

- tende a não sentir grande ansiedade durante o processo psicoterapêutico

- tende a não se sentir perturbado pela ansiedade

Empatia

- capacidade de se afastar da experiencia emocional do cliente e compreender o que se está a passar

- perspicácia na compreensão do cliente

- capacidade para se identificar com a experiência interior do cliente

- habilidade de ver as coisas do ponto de vista do cliente

- capacidade de ir para além do conteúdo manifesto das verbalizações do cliente, alcançando o seu conteúdo latente

- capacidade de estar emocionalmente em sintonia com os clientes

- capacidade para compreender os clientes intuitivamente

- capacidade para perceber a preparação do cliente para explorar determinados assuntos

- capacidade para classificar as emoções do cliente acuradamente

- capacidade para pôr de lado o intelecto e “sentir” com o cliente

- capacidade para avaliar a severidade das questões do cliente

Conceptualização de Competências

- capacidade de conceptualizar o seu próprio papel na relação psicoterapêutica

- capacidade de identificar dinâmicas na relação psicoterapêutica

- capacidade de interligar “fios” de material dos clientes

- capacidade de conceptualizar a dinâmica da relação psicoterapêutica em termos do passado do cliente

- capacidade de conceptualizar os casos profundamente

- capacidade de aplicar orientação teórica aos casos

- reconhecimento de semelhanças entre clientes atuais e passados

- capacidade para reformular diagnóstico inicial se requerido pelo material do cliente