

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Personalidade do/a paciente e contratransferência do/a psicoterapeuta em contexto clínico: *scoping review*

Lucas Ferreira Pimentel

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Personalidade do/a paciente e contratransferência do/a psicoterapeuta em
contexto clínico: *scoping review***

Lucas Ferreira Pimentel

Outubro 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Cidália Duarte*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

“Até cortar os próprios defeitos
pode ser perigoso – nunca se sabe
qual é o defeito que sustenta
nosso edifício inteiro.”

Clarice Lispector

Resumo

A noção de contratransferência foi desenvolvida por Freud em 1910 como uma influência do/a paciente sobre o inconsciente do/a analista, no entanto, esta tomou contornos mais complexos e controversos face à perspectiva original, destacando-se quatro grandes perspectivas: clássica, totalística, complementar e integrada. Tendo em vista a *contratransferência objetiva*, foi realizada uma pesquisa sistemática – *systematic scoping review* – com objetivo de mapear as respostas emocionais típicas dos/as psicoterapeutas a nível desenvolvimental; das personalidades que compõem os *clusters*; e do efeito mediador dos sintomas. **A nível desenvolvimental**, foi verificado que quanto mais severo o nível de organização da personalidade, mais o/a psicoterapeuta se sente impotente, desorganizado/a, sobrecarregado/a e menos capaz de desenvolver uma aliança terapêutica satisfatória, sendo os preditores mais significativos a resposta emocional desamparada, positiva/satisfatória (invertido) e sobrecarregada. **A nível dos clusters**, o Cluster A encontra-se positivamente associado com a resposta emocional criticada/maltratada. O Cluster B está significativamente associado a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada, desamparada/inadequada, positiva (inversamente), sexualizada e criticada/maltratada. O Cluster C está associado a uma resposta emocional parental/protetora. **A nível das personalidades**, os resultados foram discutidos e relacionados com aspetos psicodinâmicos a partir da teoria. Quanto ao **efeito mediador dos sintomas**, a gravidade dos sintomas dos/as pacientes está positivamente associada a uma resposta emocional criticada/maltratada, desamparada/inadequada, sobrecarregada/desorganizada e especial/envolvida. Ainda, encontra-se negativamente associada a uma resposta parental/protetora, positiva/satisfatória e desengajada. Concluiu-se que a contratransferência se configura como um recurso com utilidade clínica quando reconhecida e bem manejada pelo/a psicoterapeuta à medida que transmite informações acerca das relações de objeto do/a paciente.

Palavras-chave: personalidade, contratransferência, resposta emocional.

Abstract

The notion of countertransference was presented by Freud in 1910 as an influence of the patient on the analyst's unconscious. However, this took on more complex and controversial contours compared to the original definition, with four major perspectives standing out – classical, totalistic, complementary and integrated. In view of objective countertransference, a systematic search was carried out – systematic scoping review – in order to map the typical emotional responses of psychotherapists at the developmental level; the personalities that make up the clusters; and the mediating effect of symptoms. At the developmental level, it was found that the more severe the level of personality organization, the more the psychotherapist feels powerless, disorganized, overloaded and less able to develop a satisfactory therapeutic alliance, with the most significant predictors being helpless, positive emotional response/ satisfactory (inverted) and overloaded. At the cluster level, Cluster A is positively associated with the criticized/mistreated emotional response. Cluster B is significantly associated with an emotional response that is overloaded/disorganized, helpless/inadequate, positive (inversely), sexualized, and criticized/mistreated. Cluster C is associated with a parental/protective emotional response. At the level of personalities, the results were discussed and related to psychodynamic aspects from the theory. In terms of the mediating effect of symptoms, the severity of patients' symptoms is positively associated with a criticized/mistreated, helpless/inadequate, overloaded/disorganized and special/involved emotional response. Still, it is negatively associated with a parental/protective, positive/satisfactory and disengaged response. It was concluded that countertransference is a clinically useful resource when recognized and well managed by the psychotherapist, as well as transmitting information about the patient's object relations.

Keywords: personality, countertransference, emotional response.

Resumé

La notion de contre-transfert a émergé de Freud en 1910 comme une influence du patient sur l'inconscient de l'analyste. Cependant, cela a pris des contours plus complexes et controversés par rapport à la perspective d'origine, avec quatre perspectives majeures qui se démarquent - classique, totaliste, complémentaire et intégrée. En vue d'un contre-transfert objectif, une recherche systématique a été effectuée - une revue de portée systématique - afin de cartographier les réponses émotionnelles typiques des psychothérapeutes au niveau du développement ; les personnalités qui composent les clusters ; et l'effet médiateur des symptômes. Au niveau du développement, il a été constaté que plus le niveau d'organisation de la personnalité est sévère, plus le psychothérapeute se sent impuissant, désorganisé, surchargé et moins capable de développer une alliance thérapeutique satisfaisante, les prédicteurs les plus significatifs étant l'impuissance, la réponse émotionnelle positive/satisfaisant (inversé) et surchargé. Au niveau du cluster, le cluster A est positivement associé à la réponse émotionnelle critiquée/maltraitée. Le groupe B est significativement associé à une réponse émotionnelle surchargée/désorganisée, impuissante/inadéquate, positive (inversement), sexualisée et critiquée/maltraitée. Le cluster C est associé à une réponse émotionnelle parentale/protectrice. Au niveau des personnalités, les résultats ont été discutés et liés aux aspects psychodynamiques de la théorie. En termes d'effet médiateur des symptômes, la gravité des symptômes des patients est positivement associée à une réponse émotionnelle critiquée/maltraitée, impuissante/inadéquate, surchargée/désorganisée et spéciale/impliquée. Pourtant, il est négativement associé à une réponse parentale/protectrice, positive/satisfaisante et désengagée. Il a été conclu que le contre-transfert est une ressource cliniquement utile lorsqu'il est reconnu et bien géré par le psychothérapeute, tout en transmettant des informations sur les relations d'objet du patient.

Mots-clés: personnalité, contre-transfert, réponse émotionnelle.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Método.....	4
2.1. Critérios de elegibilidade	4
2.2. Fontes de informação	4
2.3. Estratégia de busca.....	4
2.4. Seleção de estudos.....	4
2.5. Extração de dados	5
3. Resultados	6
3.1. Características dos estudos.....	6
3.2. Características dos/as psicoterapeutas	6
3.3. Características dos/as pacientes	6
3.4. Avaliação da personalidade dos pacientes	7
3.5. Avaliação das reações dos/as psicoterapeutas.....	7
3.5.1. Nível de organização da personalidade (<i>Level of personality organization</i>).....	7
3.5.2. Nível do <i>cluster</i> (<i>Cluster level</i>).....	8
3.5.3. Perturbações de personalidade do/a paciente e reações do/a psicoterapeuta	8
3.6. Mediação dos sintomas	10
4. Discussão	11
5. Conclusão	18
Referências bibliográficas.....	20
Tabelas.....	27

1. Introdução

A noção de contratransferência foi desenvolvida por Freud em 1910 como uma influência do/a paciente sobre o inconsciente do/a analista. Trata-se de “the whole of the analyst's unconscious reactions to the individual analysand – especially to the analysand's own transference” (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 67). Sendo assim, o/a psicanalista deve estar a ser analisado/a continuamente no decorrer da sua função para tratar os seus “pontos cegos” (Gabbard, 2001; Lemma, 2016), de modo a ter condições psíquicas para cumprir a sua função de espelho (*blank screen*) no decorrer de uma análise.

Contudo, no período entre 1948-1958, a contratransferência tornou-se objeto de investigação dos/as psicanalistas pós-freudianos e tomou contornos mais complexos e controversos face à perspetiva original (Tansey & Burke, 1989). Neste sentido, destacam-se quatro grandes perspetivas – clássica, totalística, complementar e integrada (Freud, 1910; Heimann, 1950; Kernberg, 1965; Racker, 1957; Gelso & Hayes, 2007). Entre as suas especificidades e controvérsias, consensos: trata-se de um fenómeno inevitável; é uma criação conjunta (*joint creation*) entre psicoterapeuta e paciente; trata-se de uma informação útil quando reconhecida e elaborada pelo/a psicoterapeuta e utilizada no tratamento; e uma ameaça a este quando não é reconhecida (Gabbard, 2001; Kiesler, 2001; Norcross, 2001).

A **perspetiva clássica** (Freud, 1910) destaca que a contratransferência revela *aspectos conflituosos* do/a psicoterapeuta que são desencadeados durante o processo. Neste sentido, cabe a este/a procurar resolução para o bom prosseguimento do processo psicoterapêutico/analítico. Neste paradigma, a contratransferência configura-se como um obstáculo para o tratamento na medida que se tratam de conflitos internos do/a analista (resistências, complexos) que devem ser superados (Freud, 1910). Como foi recomendado por Freud (1912), o/a analista deve deixar de lado os seus afetos e a sua paixão de ser humano tal como um cirurgião com objetivo de realizar a sua função da forma mais competente possível.

Posteriormente, emergiu a **perspetiva totalística** (Heimann, 1950; Kernberg, 1965) onde se tem em conta a *resposta emocional total* do/a psicoterapeuta ao paciente. À vista disso, esta nem sempre está relacionada com aspetos do passado do/a psicoterapeuta e pode ser utilizada como porta de entrada para o inconsciente do/a paciente à proporção que se revelam modelos relacionais que estão subjacentes às relações interpessoais deste/a. Para Heimann (1950), trata-se de “reconhecer e dominá-la” em detrimento da ideia de “superá-

la” (*overcome*), como foi referido por Freud (1910). Deste modo, a contratransferência reveste-se como um recurso útil para melhor entendimento do/a paciente.

A **perspetiva complementar** (Racker, 1957) destaca que a contratransferência *complementa* a transferência do/a paciente. Trata-se de uma “dança psicológica” (Gelso & Hayes, 2007) onde o estilo de relação do/a paciente combina aspetos do/a psicoterapeuta que impele certos tipos de respostas e vice-versa. Essa dinâmica costuma estar permeada pela identificação projetiva à medida que o/a psicoterapeuta se identifica com o que foi projetado – contraidentificação projetiva – e comporta-se de acordo com o objeto projetado (Ogden, 1982; Gabbard, 1989). Sendo assim, cabe ao/à psicoterapeuta identificar quais reações são precipitadas pela transferência e utilizar essa informação para melhor compreensão do/a paciente (Gelso & Hayes, 2007).

A **perspetiva integrada** (Gelso & Hayes, 2007) propõe que a contratransferência pode constituir-se como recurso útil, bem como um obstáculo a depender do quanto o/a psicoterapeuta reconhece e utiliza tal informação para um melhor entendimento do/a paciente. Neste paradigma, a contratransferência está enraizada nos conflitos e vulnerabilidades do/a psicoterapeuta e divide-se em reações internas (sentimentos, emoções, pensamentos) e externas (comportamento verbal e não verbal) face ao/à paciente, contudo, quando reconhecidas e geridas, tais vulnerabilidades e conflitos promovem a empatia e conexão em detrimento de prejudicar o tratamento (Gelso & Hayes, 2007).

Ainda, Winnicott (1949) fez a distinção entre tipos de contratransferência – objetiva e subjetiva – e destaca a *contratransferência objetiva* quando ressalta reações previsíveis face a determinado tipo de situação. No seu artigo, verifica que a sua reação odiosa face a pacientes psicóticos trata-se menos de questões relacionadas com o/a analista e mais com comportamentos específicos do/a paciente que incitam determinados tipos de reações que possuem caráter universal/generalista (Kiesler, 2001).

Sendo assim, têm sido realizados estudos no sentido de verificar as contratransferências objetivas dos/as psicoterapeutas/analistas face aos *clusters* do DSM (DSM-IV: APA, 2000; DSM-V: APA, 2013) e respetivas personalidades que as compõem. Segundo Betan e colaboradores (2005), o Cluster A tende a evocar sentimentos no/a psicoterapeuta de ser *criticado* e *maltratado*, enquanto o Cluster B está associado à resposta emocional *sobrecarregada*, *desamparada*, *excitação sexual* e *desengajada*. O Cluster C é

caracterizado por respostas emocionais *protetoras*, o que promove maior conexão na relação terapêutica.

Num estudo mais recente (Gazzillo et al., 2018), a partir do *Psychodynamic Diagnostic Manual (Second Edition) (PDM-2)* (Lingiardi & McWilliams, 2017), foi verificado que o nível de perturbação da personalidade está positivamente associado à resposta emocional de *desamparo* e *sobrecarregada*; negativamente associada a respostas emocionais *positivas/satisfatórias*. A nível das personalidades, constatou-se que a resposta *parental* e *desengajada* está associada às personalidades esquizoides, ansiosas e dependentes; a resposta *parental* e *criticada* à personalidade narcisista; uma personalidade mais depressiva associa-se positivamente com uma resposta *parental* e negativamente com reações positivas; as respostas *parental* e *sobrecarregada* estão associadas com a personalidade contra-dependente e passiva-agressiva, bem como *criticada* para a última; a resposta *desengajada* está associada à personalidade obsessiva-compulsiva; a resposta *sobrecarregada* e *sexualizada* associa-se às personalidades histéricas/histrônicas; bem como a resposta *sexualizada* e *desamparada* à personalidade hipomaníaca.

Desta forma, partindo do entendimento de que a contratransferência é um fenómeno universal e transversal às diversas psicoterapias (Gelso & Hayes, 2007), tendo como foco a contratransferência objetiva (Winnicott, 1949; Kiesler, 2001), ressalta-se a pertinência do estudo deste fenómeno para o âmbito clínico quer ao nível da avaliação quer dar intervenção à medida que as reações emocionais do/a psicoterapeuta se configuram como informações pertinentes que traduzem padrões relacionais do/a paciente através dos seus objetos internalizados (Gelso & Hayes, 2007; Yakeley, 2014).

Posto isto, através de uma abordagem categorial à personalidade, foi realizada uma pesquisa sistemática – *systematic scoping review* (Peters et al., 2015; Munn et al., 2018) – com objetivo de mapear as respostas emocionais típicas dos/as psicoterapeutas a nível desenvolvimental (saúdável, neurótico, *borderline*, psicótico) (Kernberg & Caligor, 2005; Lingiard & McWilliams, 2017); dos clusters A, B e C (DSM-V; APA, 2013); das personalidades que compõem os *clusters*; e do efeito mediador dos sintomas. Posteriormente, realiza-se a discussão dos resultados através da literatura, relacionando as contratransferências objetivas com as características constitutivas das personalidades e os seus aspetos psicodinâmicos.

2. Método

Tendo em conta a extensão dos objetivos deste estudo, optou-se pela *systematic scoping review* como escolha metodológica para fornecer uma visão global das evidências disponíveis por meio do mapeamento e descrição destas (Peters et al., 2015). Recorreu-se ao guia proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) para organização das evidências, de modo a possibilitar a replicação do estudo (Munn et al., 2018).

2.1. Critérios de elegibilidade

Foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: (1) revistas analisadas por pares; (2) participantes com 18 anos ou mais; (3) ser psicoterapeuta; (4) presença de reações dos psicoterapeutas (CT objetiva) a pacientes específicos em psicoterapia individual; (5) informações sobre traços específicos de personalidade e/ou perturbações associadas com a reação do/a psicoterapeuta. Foram excluídos estudos (1) qualitativos; (2) adolescentes; (3) uso de estímulos artificiais; (4) impossibilidade de distinguir o profissional de saúde; (5) terapia *on-line* ou por telefone.

2.2. Fontes de informação

Os estudos foram identificados em bases de dados online de 2000 até ao presente sem restrições quanto à linguagem. A pesquisa sistemática foi realizada em 21 de julho de 2021 através da *Academic Search Ultimate* (40 resultados), *APA PsycArticles* (6 resultados), *APAPsychInfo* (54 resultados), *Psychological Behavioural Sciences* (15 resultados) via EBSCOHost.

2.3. Estratégia de busca

Foram utilizados os seguintes termos para as bases de dados: *personality disorder OR personality trait OR personality pathology AND clinician response OR clinician reaction OR clinician emotional response OR clinician emotional reaction OR clinician feeling*.

2.4. Seleção de estudos

Recorreu-se aos 115 artigos identificados dos quais restaram 73 após remoção de duplicados. Posteriormente, foram operacionalizados os seguintes passos: (1) análise do *abstract* que implicou à remoção de 57 estudos, restando 14 artigos; (2) análise do artigo completo, o que resultou na exclusão de 6 artigos devido à presença de adolescentes (n=3), estímulos artificiais (n=2), ausência de psicoterapeuta (n=1); (3) inclusão de 8 estudos para análise completa.

2.5. Extração de dados

Procedeu-se à extração dos seguintes dados para caracterização dos estudos (Tabela 1): autores/as e respetivos países; características dos/as psicoterapeutas: género, idade, orientação teórica e experiência clínica; características dos/as pacientes: diagnóstico, género, idade; duração do tratamento; instrumentos de medida para avaliação da contratransferência e perturbação de personalidade; desenho do estudo.

3. Resultados

Foram selecionados oito estudos para análise (figura 1). Abaixo encontra-se a descrição de forma pormenorizada.

3.1. Características dos estudos

Verificou-se que todos os estudos foram publicados em língua inglesa entre 2005 e 2018. Quanto à localidade, 7 estudos foram realizados em Itália (88%) (Colli et al., 2014; Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2017; Genova & Gazzillo, 2018) e 1 nos Estados Unidos (12%) (Betan et al., 2005). No que toca ao número de pacientes, verifica-se uma média de 174,5, desvio padrão de 87,49 e amplitude de 35-332. Referente aos/as psicoterapeutas, os valores estão equiparados, tendo em conta o desenho do estudo, neste sentido, ressalta-se que todos são transversais. Quanto ao número de sessões semanais, verificou-se a predominância de uma sessão/semana (Colli et. al., 2014; Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015; Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017) (75%), contudo, também pacientes a serem acompanhados/as duas e três vezes/semana (Gazzillo et al., 2015) e dois não especificaram (Betan et al., 2005; Genova & Gazzillo, 2018). Destaca-se que a média de meses de tratamento na altura da avaliação foi de 10,08 meses, sendo o mínimo de 4 meses (Tanzilli et al., 2017) e máximo de 19 meses (Betan et al., 2005; Gazzillo et al., 2015).

3.2. Características dos/as psicoterapeutas

Relativamente à orientação teórica, 678 são psicodinâmicos (49%), 469 são de orientação cognitivo-comportamental (34%), 173 declaram-se como ecléticos (12%) e 28 como ‘outras abordagens’ (2%). Referente à experiência clínica, verifica-se uma média de 9,28 anos (DP=2,82), sendo o mínimo de 3 anos (Betan et al., 2005), e o máximo de 13,7 anos (Gazzillo et al., 2015). Quanto à idade, constata-se a partir de cinco estudos (Colli et. al., 2014; Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017), uma média de 43,82 anos (DP=2,03). Quanto ao género, a amostra é maioritariamente feminina (55%, N=774). No que toca à etnia, 50% dos estudos o reportaram (Betan et al., 2005; Colli et. al., 2014; Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015), sendo 100% ‘brancos’ com excessão de um estudo em que se constatou 92,8% de ‘brancos’ (Betan et al., 2005).

3.3. Características dos/as pacientes

Referente à avaliação dos/as pacientes, verifica-se o uso do DSM-IV (eixos I e II) em 88% dos estudos (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et

al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2017), de modo que ressalta um diagnóstico misto. Apenas um estudo recorreu ao *Psychodynamic Diagnostic Manual (Second Edition) (PDM-2)* (Lingiardi & McWilliams, 2017) e ao Manual de Diagnóstico Estatístico (versão V) (DSM-V; APA, 2013) (Genova & Gazzillo, 2018). Ainda, destacam-se dois estudos onde todos os pacientes foram diagnosticados/as com perturbação de personalidade narcisista (NPD) sem comorbilidades associadas a outras perturbações (Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017).

3.4. Avaliação da personalidade dos pacientes

Um estudo recorreu ao DSM na sua quarta edição (DSM-IV; APA, 2000) (13%) (Betan et al., 2005). Três estudos utilizaram o *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Shedler & Westen, 2004, 2007) (38%) (Colli et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017). Dois estudos utilizaram o SWAP-200 e o *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994) em conjunto (25%), de modo a aferir o efeito mediador dos sintomas (Lingiardi et. al., 2014; Tanzilli et al., 2015). Um estudo avaliou através do *Psychodiagnostic Chart* (PDC; Gordon & Bornstein, 2012) conjuntamente com o *Psychodynamic Diagnostic Prototypes, Second Version* (PDP; Gazzillo et al., 2012) (13%) (Gazzillo et al., 2015). Por fim, um estudo aferiu a personalidade através do *Psychodynamic Diagnostic Prototypes, Second Version* (PDP-2; Gazzillo et al., 2015) (13%) (Genova & Gazzillo, 2018) que se encontra no *Psychodynamic Diagnostic Manual (Second Edition) (PDM-2)* (Lingiardi & McWilliams, 2017).

3.5. Avaliação das reações dos/as psicoterapeutas

Em todos os estudos, as reações dos/as psicoterapeutas foram avaliadas através de um questionário standardizado de autorrelato, *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Zittel & Westen, 2003; Betan et al., 2005).

3.5.1. Nível de organização da personalidade (*Level of personality organization*)

Dois estudos verificaram a reação do/a psicoterapeuta face ao nível de organização da personalidade do/a paciente (Gazzillo et al., 2015; Genova & Gazzillo 2018) onde constatou-se um consenso entre os autores. Foi verificado que, quanto mais severo o nível de organização da personalidade, mais o/a psicoterapeuta se sente impotente, desorganizado/a, sobrecarregado/a e menos capaz de desenvolver uma aliança terapêutica satisfatória. A nível da contratransferência objetiva, os preditores mais significativos foram a resposta emocional desamparada, positiva/satisfatória (invertido) e sobrecarregada.

3.5.2. Nível do *cluster* (*Cluster level*)

Foram identificados dois estudos a nível do *cluster* (Betan et al., 2005; Tanzilli et al., 2017). O *Cluster A* (paranóide, esquizoide e esquizotípico), encontra-se positivamente associado com a resposta emocional criticada/maltratada. O *Cluster B* (antisocial, *borderline*, histriónico e narcisista), está significativamente associado a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada, desamparada/inadequada, positiva (inversamente), sexualizada e criticada/maltratada (Betan et al., 2005). Somado a isto, foram constatadas diferenças significativas entre os/as pacientes com perturbação de personalidade narcisista com características associadas às personalidades que compõem o *Cluster B* e sem estas, de forma que foi ressaltado a resposta emocional de *desamparo/inadequação* e *sobrecarga/desorganização* referente ao primeiro grupo (Tanzilli et al., 2017). O *Cluster C* (evitante, dependente e obsessivo-compulsivo), está associado a uma resposta emocional parental/protetora (Betan et al., 2005).

3.5.3. Perturbações de personalidade do/a paciente e reações do/a psicoterapeuta

Oito estudos constataram associações entre as perturbações de personalidade e respostas emocionais do/a psicoterapeuta (figura 3).

A **personalidade paranoide** encontra-se associada a uma resposta emocional desamparada (Gazzillo et al., 2015), criticada/desvalorizada (Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), bem como hostil/raivosa, positiva/satisfatória (inversamente) (Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade esquizoide** associa-se a uma resposta emocional parental/protetora, bem como desengajada (Genova & Gazzillo, 2018; Tanzilli et al., 2015), desamparada/inadequada (Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), positiva e parental/protetora (ambas inversamente) (Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade esquizotípica** está associada a uma resposta desengajada (Lingiardi et al., 2014; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade antissocial** encontra-se associada a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada (Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2015), criticada/desvalorizada (Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), hostil/raivosa (Tanzilli et al., 2015). De modo inverso, positiva e parental/protetora (Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade borderline** está associada a uma resposta emocional desamparada/inadequada (Lingiardi et. al., 2014; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), sobrecarregada/desorganizada (Lingiardi et. al., 2014; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), especial/envolvida (Lingiardi et. al., 2014; Colli et al., 2014; Betan et al., 2005; Tanzilli et al., 2015), criticada/desvalorizada, hostil/raivosa, positiva (inversamente), parental/protetora (inversamente), desengajada (inversamente) (Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade histriónica** está associada a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015), sexualizada (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2015), positiva (inversamente) (Gazzillo et al., 2015), desengajada (Lingiardi et. al., 2014), desengajada (inversamente) (Colli et al., 2014).

A **personalidade narcisista** está associada a uma resposta emocional criticada/maltratada (Genova & Gazzillo, 2018; Tanzilli et al., 2015), parental/protetora (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015), hostil/criticada (Gazzillo et al., 2015), desengajada (Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017; Colli et al., 2014; Betan et al., 2005; Tanzilli et al., 2015), positiva/satisfatória (inversamente) (Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017), desamparada/inadequada (Tanzilli et al., 2017), hostil/raivosa (Tanzilli et al., 2017; Tanzilli et al., 2015), criticada/desvalorizada (Tanzilli et al., 2017; Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade evitante** associa-se a uma resposta emocional parental/protetora (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015; Lingiardi et. al., 2014; Colli et al., 2014); Tanzilli et al., 2015), desengajada (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015), positiva/satisfatória (Lingiardi et. al., 2014; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), especial/envolvida (Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015).

A **personalidade dependente** encontra-se associada a uma resposta emocional parental/protetora (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Colli et al., 2014), desengajada (Genova & Gazzillo, 2018; Gazzillo et al., 2015), desamparada/inadequada (Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), especial/envolvida (Tanzilli et al., 2015; Colli et al., 2014) e desengajada (inversamente) (Colli et al., 2014).

A **personalidade obsessiva** encontra-se associada a uma resposta desengajada (Genova & Gazzillo, 2018; Tanzilli et al., 2015) e especial/envolvida (inversamente) (Colli et al., 2014).

3.6. Mediação dos sintomas

Dois estudos (25%) relataram a mediação dos sintomas na resposta emocional do/a psicoterapeuta. Segundo Lingardi et al. (2014), a gravidade dos sintomas dos/as pacientes está positivamente associada a uma resposta emocional criticada/maltratada, desamparada/inadequada, sobrecarregada/desorganizada e especial/envolvida. Ainda, encontra-se negativamente associada a uma resposta parental/protetora, positiva/satisfatória e desengajada.

O estudo de Tanzilli et al. (2015) corrobora o autor supracitado ao constatar que a gravidade dos sintomas está positivamente associada a uma resposta emocional desamparada/inadequada, sobrecarregada/desorganizada, hostil/raivosa, criticada/maltratada e especial/envolvida e negativamente associada a uma resposta positiva, parental/protetora, sexualizada e desengajada. Não obstante, foi verificado que níveis superiores de funcionamento psicológico estão positivamente associados a resposta emocional positiva, parental/protetora e negativamente associados com o desamparo/inadequação, sobrecarregada/desorganizada, hostil/raivosa, criticada/maltratada, especial/envolvida, sexualizada e desengajada.

4. Discussão

O objetivo desta revisão foi mapear as respostas emocionais típicas dos/as psicoterapeutas a nível da organização de personalidade, dos *clusters* A, B e C, das personalidades que os compõem, bem como o efeito mediador dos sintomas nestas.

No que respeita ao nível de organização da personalidade, foi constatado que quanto maior a severidade no nível desta, maiores são as implicações na relação terapêutica (Gazzillo et al., 2015; Genova & Gazzillo 2018). Como foi sintetizado por Lingiardi e McWilliams (2017), a faixa *borderline* e psicótica tendem a despertar emoções intensas e negativas, enquanto as faixas neurótica e saudável estão associadas a uma parceria colaborativa devido a características constitutivas destas. Respetivamente, a *identidade difusa* proveniente da clivagem do ego (*splitting*) que resulta na falha em integrar aspetos contrastantes da experiência em um todo integrado, de modo que a relação se torna permeada pela instabilidade, implicando a tendência a agir para salvá-los (*acting-out* do/a psicoterapeuta); e um sentido de eu mais integrado e *função reflexiva* intacta que permite perspetivar dificuldades internas – conflitos bem localizados – e formas de mudança sem colocar em risco a unidade do eu, favorecendo a consolidação de uma aliança de trabalho positiva. Como foi discutido por Savvopoulos et al. (2011), a dinâmica entre clivagem (faixa *borderline*) e repressão (faixa neurótica) caracteriza o nível de desenvolvimento psíquico do paciente, bem como aponta a fase do processo psicoterapêutico à medida que o tratamento progride com efeitos sobre os mecanismos de defesa e estruturação do eu, influenciando a intensidade da resposta contratransferencial do psicoterapeuta.

Referente ao efeito mediador dos sintomas, foi verificado que a maior intensidade destes estão associadas a respostas emocionais negativas, tais como a sensação de desamparo, inadequação e sobrecarga emocional (Lingiardi et al., 2014; Tanzilli et al., 2015), de modo que torna o tratamento psicológico permeado pela instabilidade devido à inconsistência afetiva do paciente, dificultando a emergência de sentimentos de positivos. Contudo, os autores verificaram o efeito oposto quando a intensidade do sintoma é menor, com efeito, uma resposta emocional positiva e parental/protetora, o que promove a aliança terapêutica e facilita o manejo da contratransferência, melhorando o prognóstico (Lingiardi et al., 2014; Tanzilli et al., 2015; Hayes et al., 2011). Sendo assim, a maior intensidade do sintoma provoca reações contratransferenciais difíceis de manejar, o que complexifica o tratamento e piora o prognóstico (Hayes et al., 2011). Neste sentido, Røssberg et al. (2007, 2010), verificaram que a atenuação dos sintomas está associada à emergência de respostas

emocionais positivas, corroborando outros estudos (Hoffart & Friss, 2000; Holmqvist, 2000), o que indica uma mudança progressiva na contratransferência do psicólogo no decorrer do processo psicoterapêutico.

As evidências a nível dos *clusters* são consistentes e ressaltam o grau de afetos negativos associados ao *cluster A* e *cluster B*, nomeadamente, resposta emocional sobrecarregada/desorganizada, desamparada/inadequada, positiva (inversamente), sexualizada e criticada/maltratada, enquanto o *cluster C* tende a associar-se com uma resposta emocional parental/protetora (Betan et al. 2005; Tanzilli et al., 2017), o que corrobora o estudo de Røssberg et al. (2007) onde foi verificada diferenças significativas nas reações emocionais negativas entre os *clusters A* e *B* quando comparados ao *C*, bem como o de Johansen (1983) ao constatar as implicações das perturbações de personalidade *borderline* e narcisista em contexto hospitalar. Ainda, foi verificado que as personalidades que compõem o *cluster B* provocam reações negativas mais intensas que os *clusters A* e *C* (Colli et al., 2014; Thylstrup & Hesse, 2008). Destaca-se que subjacente a estas, opera-se a clivagem do *self* e dos objetos (Burnham, 1966; Gabbard, 1989), com efeito, o/a psicoterapeuta tende a ser desafiado nos seus próprios limites (e.g. *acting out*) ao trabalhar com as personalidades dos dois primeiros grupos devido a características constitutivas destas. Ainda, tais informações indicam o estilo e organização de personalidade ao ter em conta o tipo de transferência e contratransferência estabelecida (McWilliams, 2011; Gelso & Hayes, 2007).

A nível das personalidades, a **personalidade paranoide** encontra-se associada a uma resposta emocional desamparada, criticada/desvalorizada, hostil/raivosa e positiva/satisfatória (inversamente). Tendo em vista que o conflito central desta personalidade está em atacar x ser atacado e que os afetos centrais são medo, raiva, vergonha e desprezo, é recorrente o uso da projeção como mecanismo de defesa à proporção que afetos insuportáveis, impulsos e ideias são repudiados e consequentemente atribuídos aos outros (Lingiardi & McWilliams, 2017), substituindo uma ameaça externa por uma interna do/a paciente. Neste sentido, ressalta-se que o estilo cognitivo desta personalidade é inflexível e caracterizado pela busca incansável de significados escondidos que mascaram “a verdade” (Shapiro, 1965, in Gabbard, 2014). Sendo assim, é previsível que o/a psicoterapeuta seja interpretado como uma ameaça constante, de modo que o tratamento fica atravessado por respostas emocionais negativas devido às características psíquicas do/a paciente.

A **personalidade esquizoide** associa-se a uma resposta emocional parental/protetora, bem como desengajada, desamparada/inadequada, positiva e parental/protetora (ambas inversamente), o que retrata a fragmentação do *self* à proporção que exteriormente é demonstrado distanciamento afetivo, autosuficiência, distração, idiossincrasias e interiormente é sensível, carente emocionalmente e hipervigilante (Akhtar, 1987). Dentro do *continuum* esquizoide-esquizotípico (Gabbard, 2014), o primeiro não está associado à esquizofrenia (Kendler et al., 1981; Kety et al., 1976; Kendler 1995; Rosenthal, 1971), de forma que facilita o estabelecimento da aliança terapêutica e integração do *self* (Ridenour, 2016) à medida em que são elaborados aspetos inconscientes no tratamento psicoterapêutico. As respostas emocionais contraditórias vão ao encontro de dois tipos de ansiedades face ao objeto, especificamente, a proximidade que provoca sentimentos de engolfamento e fusão e a distância que produz o medo da perda e do colapso (Williams et al., 2005, in Gabbard, 2014).

A **personalidade esquizotípica** está associada a uma resposta emocional desengajada, o que pode estar associado ao distanciamento social e constrição afetiva provenientes de uma identidade difusa que se defende através do mecanismo de retirada (*withdrawal*) para fantasia e preocupações idiossincráticas (Gabbard, 2014; Lingardi & McWilliams, 2017), de modo que este funcionamento se repete na relação transferencial. Devido à propensão a episódios de psicose breve (Gabbard, 2014), verifica-se distorções cognitivas da realidade, nomeadamente, através de ideias de referência, crenças estranhas, ideação paranoide e experiências unusuais (McGlashan et al, 2005), o que pode promover a resposta emocional desengajada do/a psicoterapeuta.

A **personalidade antissocial** encontra-se associada a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada, criticada/desvalorizada, hostil/raivosa; de modo inverso, positiva e parental/protetora. De notar respostas emocionais de cariz negativo, o que ressalta dinâmicas psíquicas associadas à ausência de um objeto internalizado, por conseguinte, baixo funcionamento superegógico, resultando numa baixa propensão à ansiedade e depressão, uma vez que não são atravessados pela preocupação e remorso (De Brito & Hodgins, 2009, Meloy & Yakeley, 2014, in Gabbard, 2014). Tendo em conta que a aliança terapêutica pressupõe uma ligação emocional, o trabalho com este tipo de personalidade torna-se impossibilitado nos moldes comuns, requerendo hospitalização (Gabbard, 2014). Como mencionou Lingardi e McWilliams (2017), os afetos centrais são a raiva e inveja e o

mecanismo de defesa predominante é o controlo onnipotente, o que dá sustentação às respostas emocionais acima mencionadas.

A **personalidade *borderline*** está associada a uma resposta emocional desamparada/inadequada, sobrecarregada/desorganizada, especial/envolvida, criticada/desvalorizada, hostil/raivosa, positiva (inversamente), parental/protetora (inversamente), desengajada (inversamente). A variedade e tipos de respostas emocionais denotam as comorbilidades associadas a esta personalidade. Subjacente a estas, encontram-se relações de objeto e representações do *self* permeadas pela persecutoriedade à medida que é empregado clivagem e identificação projetiva como mecanismos de defesa predominantes provenientes de uma identidade difusa (Gabbard, 1989, 2001, 2014; McWilliams, 2011). Soma-se a isto a dificuldade com a mentalização, sentido de continuidade prejudicado e um estilo de vinculação inseguro (tipo D: desorganizado), o que resulta na dificuldade de tolerar e regular afetos face às figuras de apego (Fonagy et al., 2000; Liotti, 2004; Lingardi & McWilliams, 2017). Tal como referiu Colli et al (2014), esta personalidade desperta reações heterogêneas e intensas, resultando na sensação de incompetência, inadequação e frustração durante as sessões, de modo que o/a psicoterapeuta se encontra constantemente desafiado.

A **personalidade *histérica/histriónica*** está associada a uma resposta emocional sobrecarregada/desorganizada, sexualizada, positiva (inversamente), desengajada, desengajada (inversamente). Posso inferir que a resposta emocional de desengajamento relaciona-se com um estilo cognitivo impressionista – global, difuso e pobre em detalhes (Shapiro, 1965, in Gabbard, 2014) – para se defender dos detalhes subjacentes que levam a camadas mais profundas que o/a paciente quer evitar (Horowitz, 1977, 1997, 2011, in Gabbard, 2014; Lingardi & McWilliams, 2017), o que pode gerar no/a psicoterapeuta a sensação de que é difícil conectar-se com o/a paciente. As respostas emocionais de sobrecarga/desorganização, desengajada (inversamente) e sexualizada relacionam-se de forma mais intensa com o subtipo histriónico devido à presença de mecanismos de defesa primitivos (clivagem e idealização) e relações de objeto de cariz diádico que é caracterizada pelo apego, masoquismo e paranóia (Gabbard, 2014).

A **personalidade *narcisista*** está associada a uma resposta emocional desengajada criticada/maltratada, parental/protetora, hostil/criticada, positiva/satisfatória (inversamente), desamparada/inadequada, hostil/raivosa, criticada/desvalorizada, o que pode ser explicado pela sensação de vazio interno que resulta na necessidade de afirmação constante do seu

valor e importância através de uma conduta arrogante repleta de fantasias de poder e grandiosidade (Lingiardi & McWilliams, 2017). Deste modo, explicam-se as respostas emocionais de hostilidade, crítica e de desamparo à proporção que o/a paciente ataca quando se percebe vulnerável, o que o remete a afetos associados à vergonha, humilhação e inveja (Gabbard, 1989), dificultando a construção da aliança terapêutica (Rønningstam, 2012) devido à flutuação na empatia e insensibilidade (Baskin-Sommers et al. 2014). Importa ainda referir o subtipo hiper-vigilante (Gabbard, 1989) – associado a alta sensibilidade às reações dos outros e timidez/inibição, o que pode explicar uma resposta emocional de cariz protetivo e parental, contudo, as respostas emocionais negativas são predominantes (Tanzilli et al. 2015).

A **personalidade evitante** associa-se a uma resposta emocional parental/protetora, desengajada, positiva/satisfatória, especial/envolvida, tendo em conta que costuma apresentar-se de forma submissa e apreensiva, onde está subjacente a vergonha associada à autoexposição (Lingiardi & McWilliams, 2017; Gabbard, 2014), de forma que o/a paciente desperta sentimentos associados à proteção (Genova & Gazzillo, 2018). A resposta desengajada tende a estar associada ao subtipo contrafóbico devido a características constitutivas desta, nomeadamente, o evitamento da vulnerabilidade e do pedido de ajuda, bem como através do uso constante da racionalização como mecanismo de defesa aos afetos subjacentes (Lingiardi & McWilliams, 2017). Ainda, encontra-se associado a uma forma de defesa para com sentimentos de sobrecarga emocional (Genova & Gazzillo, 2018) a fim de evitar a ansiedade subjacente.

A **personalidade dependente** encontra-se associada a uma resposta emocional parental/protetora, desengajada, desamparada/inadequada, especial/envolvida e desengajada (inversamente), o que se mostra coerente com a constituição desta personalidade visto que a motivação central é obter e nutrir relações de suporte e uma necessidade de cuidado excessiva (Bornstein, 1992) que pode conduzir o/a psicoterapeuta a uma posição de autoridade/mestre (Bugas & Silberschatz, 2000; Gabbard, 2014), o que é consistente com a resposta emocional parental/protetora (Genova & Gazzillo, 2018). De notar que a contratransferência tende a ser inicialmente benigna, seguidamente de uma sensação de peso e irritação (Lingiardi & McWilliams, 2017), o que pode explicar o envolvimento inicial e desengajamento posterior. Ainda, tal personalidade possui subtipos, nomeadamente, o passivo-agressivo e contradependente que configuram possibilidades de variação das respostas emocionais devido à negação da dependência destes e reforço contínuo de uma

pseudoindependência pode dificultar o estabelecimento da aliança terapêutica (Lingiardi & McWilliams, 2017).

A **personalidade obsessiva-compulsiva** encontra-se associada a uma resposta desengajada e especial/envolvida (inversamente). Tratam-se de respostas emocionais coerentes com características constitutivas desta personalidade, nomeadamente, um funcionamento que se defende das emoções através de um comportamento rígido e uso constante da intelectualização, o que caracteriza o uso predominante da formação reativa nas relações interpessoais e um conflito interno inconsciente – submissão x rebelião contra autoridade – no âmbito intrapessoal (Lingiardi & McWilliams, 2017). Como referiu Gabbard (2015), “as the patient wanders farther and farther afield from the original point, the therapist may lose track of thread that links the patient’s associations and may begin to “tune out” the patient” (p. 585). Neste sentido, face à resposta emocional de desengajamento, é recomendado o uso da contrantransferência negativa como fonte de informação a fim de intervir na relação paciente-terapeuta para explorar sentimentos subjacentes ao modo defensivo do paciente (Ulberg et al., 2014).

Ainda, cabe ressaltar o efeito quanto à orientação teórica do/a psicoterapeuta. Os estudos (75%) demonstraram que os resultados são independentes desta (Betan et al., 2005; Lingiard et al., 2014; Colli, 2014; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017), o que foi corroborado por outros estudos (McIntyre et al., 1998; Dahl et al., 2014; Røssberg et al. 2007, 2008). Contudo, ressaltou-se a experiência do/a psicoterapeuta como fator significativo (Tanzilli et al., 2017), o que corrobora o estudo de Brody e Farber (1996) quando destaca que maior experiência clínica torna o psicoterapeuta mais confortável com suas próprias reações emocionais face às dos pacientes. Deste modo, tais resultados revestem-se de pertinência e relevância para os/as psicólogos/as clínicos/as das diversas linhas teóricas visto que foi verificada a consistência entre os resultados apresentados, especificamente, as comorbilidades associadas aos *clusters* A e B em comparação ao C (Røssberg et al., 2007; Johansen, 1983; Colli et al., 2014; Betan et al., 2005; Tanzilli et al., 2017); a maior gravidade dos sintomas como *trigger* para respostas emocionais associadas ao desamparo e sobrecarga e menor gravidade associada a respostas positivas/satisfatórias, bem como, a mudança progressiva da resposta emocional associada à atenuação dos sintomas (Røssberg et al., 2007, 2010; Hayes et al., 2011; Hoffart e Friss, 2000; Holmqvist, 2000; Lingiard et al., 2014; Tanzilli et al., 2015); o nível de organização da personalidade que denota o tipo de funcionamento psicológico, nomeadamente, baseado na clivagem dos

objetos e do *self* ou na repressão, o que traz implicações práticas para a direção do tratamento (Savvopoulos et al., 2011; Gazzillo et al., 2015; Lingardi & McWilliams, 2017; Genova & Gazzillo, 2018); por fim, as características de cada personalidade associadas às contratransferências objetivas que devido ao seu caráter universal, transmitem informações acerca das relações de objeto do paciente, o que favorece o processo de avaliação e intervenção psicológica através de uma matriz dinâmica do funcionamento deste (Winnicott, 1949; Kiesler, 2001; McWilliams, 2011; Gabbard, 2014; Lingardi & McWilliams, 2017; Gelso & Hayes, 2007; Genova & Gazzillo 2018).

5. Conclusão

Conclui-se que o uso da contratransferência se configura como um recurso relevante para a prática clínica, contudo, quando esta é reconhecida e bem manejada pelo/a psicoterapeuta. Neste sentido, ressalto a importância da psicoterapia pessoal do/a psicólogo/a clínico/a uma vez que num *setting* terapêutico se encontram dois objetos internos que ressoam entre si (Gelso & Hayes, 2007) e se este não está consciente das suas vulnerabilidades (*blindspots*), pode comprometer o processo psicoterapêutico quando se liga ao/à paciente através das suas fragilidades narcísicas mal elaboradas, prejudicando a mudança de posição subjetiva quando o/a psicólogo/a se encontra impotente face a intervenções necessárias que confrontam os seus próprios sintomas. Como foi sintetizado por Hayes et al. (2011), quanto mais bem elaborados os conflitos intrapsíquicos do psicoterapeuta, maior probabilidade de este utilizar a contratransferência terapeuticamente, bem como, quando não resolvido, maior probabilidade de prejudicar o tratamento. Deste modo, a potencialidade do uso da contratransferência está em reconhecer-se nesta, geri-la através de uma função contidora, identificar mecanismos subjacentes à matriz relacional do paciente para devolvê-la “processada” (Ogden, 1982; Gabbard, 1989; Safran & Muran, 2003; Gabbard, 2014), o que para além do conhecimento teórico, exige travessia em psicoterapia pessoal tendo em conta a reflexão, sustentação e devolução dos afetos que podem ressoar com aspetos internos do psicólogo. Neste sentido, penso que este estudo destaca a importância do uso da subjetividade ao ter em consideração os sentimentos desencadeados durante a avaliação e intervenção, convocando a dimensão experiencial do psicoterapeuta e exigindo mais deste enquanto pessoa para além da sua técnica, o que “em tempos de manualização do tratamento, esse trabalho delicado pode exigir não menos proteção do que uma espécie em extinção” (tradução nossa)¹ (Barreto & Matos, 2018, p. 436).

Finalmente, no que toca às limitações deste estudo, destaca-se que a associação da contratransferência objetiva com as personalidades é recente, pelo que existe uma quantidade de evidências limitadas e maioritariamente localizadas em Itália (Stefana, 2020), de modo que aponta para a necessidade de replicação noutros países a fim de verificar a consistência destes resultados em outros contextos socioculturais. Ainda, o presente estudo objetivou mapear as evidências de forma a identificar características psicodinâmicas

¹ “In times of treatment manualization, such delicate work may require no less protection than an endangered species.” (Barreto & Matos, 2018, p. 436).

relacionadas à contratransferência objetiva e discuti-las a partir dos conceitos/definições da literatura (*scoping review*) (Peters et al., 2015), entretanto, no futuro pode-se realizar uma revisão com maior variedade de estudos, de forma a sintetizar os resultados e discuti-los a partir de parâmetros mais rigorosos, nomeadamente, através da avaliação de sua viabilidade, significância, adequação e eficácia (*systematic review*) (Munn et al., 2018).

Referências bibliográficas

- Akhtar S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother*, 41(4), 499-518. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.499>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association.
- Barreto, J. F., Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*. 25(3), 427-439. [10.1002/cpp.2177](https://doi.org/10.1002/cpp.2177)
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: from clinical and empirical perspectives. *Personality disorders*, 5(3), 323–333. <https://doi.org/10.1037/per0000061>
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *The American journal of psychiatry*, 162(5), 890-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>.
- Bornstein R. F. (1992). The dependent personality: developmental, social, and clinical perspectives. *Psychol Bull*, 112(1), 3-23. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.3>
- Brody, E. & Farber, B. (1996). The effects of therapist experience and diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 33, 372-380. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Bugas, J., & Silberschatz, G. (2000). How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(1), 64–70. <https://doi.org/10.1037/h0087676>
- Burnham, D. L. (1966) The Special-Problem Patient: Victim or Agent of Splitting? *Psychiatry*, 29(2), 105-122. <https://doi.org/10.1080/00332747.1966.11023457>

- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *The American journal of psychiatry*. 171(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Dahl, H. S., Rossberg, J., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. & Hersoug, A. G. & Perry, J., Ulberg, R & Høglend, P. (2014). Long-Term Effects of Analysis of the Patient-Therapist Relationship in the Context of Patients' Personality Pathology and Therapists' Parental Feelings. *Journal of consulting and clinical psychology*. 82(3), 460-471. <https://doi.org/10.1037/a0036410>
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90—R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217–248). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70146-5)
- Freud S. (1910). *The future prospects of psychoanalytic therapy*. Standard Edition 11. Hogarth Press.
- Freud, S. (1912) *Recommendations for physicians practising psychoanalysis*. Standard Edition 12. Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1989). Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry*, 146(4), 444-451. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.444>
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin*. 53(6), 527-532. PMID: 2819295
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (Fifth Edition)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gabbard, G.O. (2001), A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J. Clin. Psychol.*, 57, 983-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gazzillo, F., Lingardi, V., & Del Corno, F. (2012). Towards the validation of three assessment instruments derived from the PDM Axis P: The Psychodynamic Diagnostic

- Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265(8), 1–16.
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M., & McWilliams, N. (2015). Clinicians' Emotional Responses and Psychodynamic Diagnostic Manual Adult Personality Disorders: A Clinically Relevant Empirical Investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/a0038799>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Genova, F. & Gazzillo F. (2018). Personality Organization, Personality Styles, and the Emotional Reactions of Treating Clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(3), 357-392. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.3.357>
- Gordon, R.M. & Bornstein, R.F. (2012). The Psychodiagnostic Chart (PDC): A Practical Tool to Integrate and Operationalize the PDM with the ICD or DSM; <https://sites.google.com/site/psychodiagnosticchart/>
- Gordon, R.M., & Stoffey, R.M. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart (PDC). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 123–129. <https://doi.org/10.1521/bumc.2014.78.1.1>
- Hayes J. A., Gelso C. J., Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84. [10.4324/9780429475931-3](https://doi.org/10.4324/9780429475931-3)
- Johansen K. H. (1983). The impact of patients with chronic character pathology on a hospital inpatient unit. *Hosp Community Psychiatry*, 34(9), 842-846. <https://doi.org/10.1176/ps.34.9.842>
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M., Strauss, J. S. (1981). An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia: II. The Relationship Between Schizotypal Personality Disorder and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 38(9), 982–984. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780340034003>
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1995). Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study: Their factor structure and familial

- relationship with psychotic and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 296–303. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950160046009>
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38–56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114–156). Guilford Press.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F., Jacobsen, B. (1976). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic. *Behav Genet*, 6(3), 219-225. [10.1007/BF01065721](https://doi.org/10.1007/BF01065721)
- Kiesler, D. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of clinical psychology*, 57, 1053-1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- Laplanche J. and Pontalis J.B. (1967). *The Language of Psychoanalysis*. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy*. WILEY Blackwell.
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (Second Edition) PDM-2*. The Guilford Press.
- Lingiardi, V., Tanzilli, A., & Colli, A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy*, 52(2), 228–237. <https://doi.org/10.1037/a0037919>
- Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41, 472-486. [10.1037/0033-3204.41.4.472](https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472)
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Bender, D., Stout, R.L., Yen, S., Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders:

- toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 162(5), 883-889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883>
- McIntyre, S. & Schwartz, R. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 54, 923-931. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F)
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process, Second Edition*. The Guilford Press.
- Munn, Z. & Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Norcross, J. (2001). Introduction: In search of the meaning and utility of countertransference. *Journal of clinical psychology*, 57, 981-982. <https://doi.org/10.1002/jclp.1064>
- Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson.
- Peters, M., Godfrey, C. M., & Khalil, H., Mcinerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*. [10.1097/XEB.0000000000000050](https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050)
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303–357. <https://doi.org/10.1080/21674086.1957.11926061>
- Ridenour, J. (2016). Psychodynamic model and treatment of schizotypal personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*. 33, 129-146. <https://doi.org/10.1037/a0035531>
- Ronningstam, E. (2012). Alliance Building and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of clinical psychology*. 68(8), 943-953. <https://doi.org/10.1002/jclp.21898>
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J., Schulsinger F. (1971). The adopted-away offspring of schizophrenics. *Am J Psychiatry*. 128(3), 307-311. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.3.307>

- Røssberg, J. I., Karterud S., Pedersen G., Friis S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Røssberg, J. I., Karterud S., Pedersen G., Friis S. (2008). Specific Personality Traits Evoke Different Countertransference Reactions. *The Journal of nervous and mental disease*. 196(9) 702-708. [10.1097/NMD.0b013e318186de80](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318186de80)
- Røssberg, J. I., Karterud S., Pedersen G., Friis S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research* 178, 191–195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.019>
- Safran, J., & Muran J.C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press
- Savvopoulos, S., Manolopoulos, S., Beratis, S. (2011). Repression and splitting in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 92(1), 75-96. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00363.x>
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350–1365. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1350>
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41–55. <https://doi.org/10.1080/00223890701357092>
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Analytic Press, Inc.
- Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F., & Lingardi, V. (2015). Factor Structure, Reliability, and Validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/per0000146>
- Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L. & Lingardi, V. (2015). Clinician Emotional Response Toward Narcissistic Patients: A Preliminary Report. *Research in psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. 18(1), 1-9. DOI: 10.7411/RP.2014.023
- Tanzilli, A., Muzi, L., Ronningstam, E. & Lingardi, V. (2017). Countertransference when working with Narcissistic Personality Disorder: An empirical investigation.

Psychotherapy Theory Research & Practice. 54(2), 184-194.
<https://doi.org/10.1037/pst0000111>

Thylstrup, B. & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry* 8(21). [10.1186/1471-244X-8-21](https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-21)

Ulberg, R., Amlo, S., Hersoug, A. G., Dahl, H.S. & Høglend, P. (2014). The Effects of the Therapist's Disengaged Feelings on the In-Session Process in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 440-451.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22088>

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, 69-74.

Yakeley, J. (2014). Psychodynamic psychotherapy: developing the evidence base. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 269–279. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.012054>

Tabelas

Estudo	País	Psicólogos/terapeutas	Pacientes	Duração do tratamento	Instrumentos de medida		Desenho do estudo
					Reação do terapeuta	Traços/perturbação de personalidade	
Betan et al. (2005)	EUA	N = 181 Psi = 141; Psiq = 40 F = 75; M = 106 Idade média = N/A Orientação teórica PD = 43; CC = 37; Ec = 55 Experiência clínica = pelo menos 3 anos	N=181 não-psicóticos Diagnóstico: (DSM-IV) (eixo I e II) F = $\pm 1/2$ M = $\pm 1/2$ Idade média = 40,5 anos	Média = 19 meses	TRQ	DSM-IV	CS
Colli et al. (2014)	Itália	N = 203 Psi = 132; Psiq = 71 F = 111; M = 92 Idade média = 43 anos Orientação teórica PD = 103; CC = 100 Experiência clínica = 10 anos	N = 203 não-psicóticos Diagnóstico: (DSM-IV) (eixo I e II) F = 118 M = 85 Idade média = 34 anos	Média = 6 meses	TRQ	SWAP-200	CS
Lingiardi et al. (2014)	Itália	N = 198 Psi = 65% ; Psiq = 35% F = 109; M = 89 Idade média = 42,9 anos Orientação teórica PD = 103; CC = 95 Experiência clínica = 10 anos	N = 198 Diagnóstico: DSM-IV (eixo I e II) F = 115 M = 83 Idade média = 33,9	Média = 5 meses	TRQ	SWAP-200 + SCL-90-R	CS
Tanzilli et al. (2015)	Itália	N = 35 Psi = 23; Psiq = 12 F = 20; M = 15 Idade média = 41,1 Orientação teórica PD = 19; CC = 16 Experiência clínica = 8 anos	N = 35 Diagnóstico: DSM-IV (eixo I e II) F = 14 M = 21 Idade média = 35,6 anos	Média = 5 meses	TRQ	SWAP-200	CS
Gazzillo et al. (2015)	Itália	N = 148 Psi = ; Psiq = F = 87; M = 61; sem indicação = 1 Idade média = N/A Orientação teórica PD = 61; CC = 15; Ec = 48; outras = 24 Experiência clínica = 13,7 anos	N = 148 Diagnóstico: DSM-IV (eixo I e II) F = 82 M = 67 Idade média = 36,7 anos	Média = 19 meses	TRQ	PDC + PDP (PDM-2)	CS
Tanzilli et al. (2015)	Itália	N = 332 Psi = 70%; Psiq = 30% F = 180; M = 152 Idade média = 47 anos Orientação teórica PD = 169; CC = 163 Experiência clínica = 10 anos	N = 332 Diagnóstico: DSM-IV-TR (eixo I e II) F = 174 M = 158 Idade média = 40 anos	Média = 5 meses	TRQ	SWAP-200 + SCL-90-R	CS
Tanzilli et al. (2017)	Itália	N = 67 Psi = 41; Psiq = 26 F = 38; M = 29 Idade média = 45,13 anos Orientação teórica PD = 39; CC = 28 Experiência clínica = 9,1 anos	N = 67 não-psicóticos Diagnóstico: DSM-IV (eixo I e II) F = 29 M = 38 Idade média = 37,2 anos	Média = 4 meses	TRQ	SWAP-200	CS

Genova & Gazzillo (2018)	Itália	N = 232 Psi = N/A; Psiq = N/A F = 154; M = 78 Idade média = Orientação teórica PD = 141; CC = 15; Ec = 70; Outros = 4 Experiência clínica = 10,5 anos	N = 232 não- psicóticos Diagnóstico: Mixed (PDM-2 & DSM-V) F = 137 M = 95 Idade média = 34,8 anos	Média = 17,7 meses	TRQ	PDP-2 (PDM-2)	CS
--------------------------	--------	---	--	--------------------	-----	---------------	----

Note: CB = Cognitive-behavioural; PD = Psychodynamic; CS = Cross-sectional; Ec = Eclectic; F = Female; M = Male; Psi = Psychologist; Psiq = Psychiatrists; TRQ = Therapist Response Questionnaire; PDM-2= Psychodynamic Diagnostic Manual-2; PDP-2 = Psychodynamic Diagnostic Prototypes-2; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; SWAP-200 = Shedler-Westen Assessment Procedure-200;

Figura 1: caracterização dos estudos

Tanzilli et al. (2017)		Betan et al. (2005)
Cluster A		Criticized/mistreated
		Overwhelmed/disorganized
Cluster B	Helpless/inadequate Overwhelmed/disorganized	Helpless/inadequate Positive (in reverse) Sexualized Disengaged Criticized/mistreated
Cluster C		Parental/Protective

Figura 2: *Cluster Level*

		Genova & Gazzillo (2018)	Gazzillo et al. (2015)	Tanzilli et al. (2015)	Lingiardi et. al. (2014)	Tanzilli et al. (2017)	Colli et al. (2014)	Betan et al. (2005)	Tanzilli et al. (2015)
Cluster A	Paranoid		Helpless				Criticized/Mistreated		Hostile/Angry Criticized/Devaluated Positive/Satisfying (in reverse)
	Schizoid	Parental/Prote ctive Disengaged					Helpless/Inadequate		Helpless/Inadequate Disengaged Positive (in reverse) Parental/Protective (in reverse)
	Schizotypal				Disengaged		Disengaged		Disengaged
Cluster B	Antisocial		Overwhelmed				Criticized/Mistreated		Hostile/Angry Criticized/Devaluated Overwhelmed/Disorgani zed Positive (in reverse) Parental/Protective (in reverse)
	Borderline				Helpless/Ina dequate Overwhelme d/Disorganiz ed Special/Over involved		Helpless/Inadequate Overwhelmed/Disorgani zed Special/Overinvolved	Special/Overinvolv ed	Helpless/Inadequate Overwhelmed/Disorgani zed Special/Overinvolved Criticized/Devaluated Hostile/Angry Positive (in reverse) Parental/Protective (in reverse) Disengaged (in reverse)
	Histrionic	Overwhelmed/ Disorganized Sexualized	Overwhelmed Sexualized Positive (in reverse)		Disengaged		Disengaged (in reverse)		Sexualized
	Narcissistic	Criticized/mist reated Parental/prote ctive	Parental Hostile/Criticized	Disengaged Criticized/Mis treated Positive (in reverse)		Helpless/Inadeq uate Positive/Satisfyi ng (in reverse) Hostile/Angry Criticized/Deval ued Disengaged	Disengaged	Disengaged	Hostile/Angry Criticized/Devaluated Disengaged

Cluster C	Avoidant	Parental/protective Disengaged	Parental Disengaged	Positive Parental/Protective	Positive Special/Overinvolved Parental/Protective	Parental/Protective Special/Overinvolved Positive/Satisfying
	Dependent	Parental/protective Disengaged	Disengaged Parental		Helpless/Inadequate Special/Overinvolved Parental/Protective Disengaged (in reverse)	Parental/Protective Special/Overinvolved Helpless/Inadequate
	Obsessive-Compulsive	Disengaged			Special/Overinvolved (in reverse)	Disengaged

Figura 3: *Personality Organization*

Measures		Genova & Gazzillo (2018)	Gazzillo et al. (2015)	Tanzilli et al. (2015)	Lingiardi et al. (2014)	Tanzilli et al. (2017)	Colli et al. (2014)	Betan et al. (2005)	Tanzilli et al. (2015)
Clinical Data Form (CDF; Westen & Muderrisoglu, 2003)	Informações sociodemográficas	X							
Clinical Data Form (Westen, Shedler, 1999; Westen, Shedler, Durrett, Glass, Martens, 2003)	Informações sociodemográficas							X	
Clinical Questionnaire	Informações sociodemográficas DSM IV axis I			X	X	X	X		X
Therapist Response Questionnaire (TRQ; Betan et al., 2005)	Resposta emocional do psi	X	X	X	X	X	X		X
Countertransference Questionnaire (Zittel & Westen, 2003)	Resposta emocional do psi							X	
Psychodynamic Diagnostic Prototypes, Second Version (PDP-2; Gazzillo et al., 2015)	Nível de organização da personalidade (H-N-B-P)	X							
	Perturbação de Personalidade								
Psychodiagnostic Chart (PDC; Gordon & Bornstein, 2012)	Nível de organização da personalidade (H-N-B-P)		X						
	Sete capacidades (PDM P axis)								
Psychodynamic Diagnostic Prototypes, Second Version (PDP; Gazzillo et al., 2012)	Perturbação de personalidade		X						
Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Shedler & Westen, 2004, 2007; Shedler, Westen & Lingiardi, 2014; Westen & Shedler, 1999, 1999b)	Perturbação de personalidade			X	X	X	X		X
DSM IV (Axis II)	Perturbação de personalidade							X	
Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994)	Gravidade dos sintomas (GSI: Global Severity Index)				X				X
Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976)	Ajustamento geral dos pacientes a nível social e ocupacional					X			

Figura 4: Instrumentos de medida

Traduções das Contratransferências Objetivas

- 1. Criticized/Devalued:** Criticada/desvalorizada
- 2. Criticized/mistreated:** Criticada/maltratada
- 3. Disengaged:** Desengajada
- 4. Helpless:** Desamparada
- 5. Helpless/Inadequate:** Desamparada/inadequada
- 6. Hostile/Angry:** Hostil/raivosa
- 7. Hostile/Criticized:** Hostil/criticada
- 8. Overwhelmed:** Sobrecarregada
- 9. Parental/Protective:** Parental/protetora
- 10. Positive:** Positiva
- 11. Positive/Satisfying:** Positiva/satisfatória
- 12. Sexualized:** Sexualizada
- 13. Special/Overinvolved:** Especial/superenvolvida