UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CONTRATRANSFERÊNCIA E ALIANÇA TERAPÊUTICA NO INÍCIO DE PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE ADULTOS

Diogo de Bitencourt Machado

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães

Porto Alegre, outubro de 2014

DIOGO DE BITENCOURT MACHADO

CONTRATRANSFERÊNCIA E ALIANÇA TERAPÊUTICA NO INÍCIO DE PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE ADULTOS

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria, orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik e co-orientada pelo Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães.

Porto Alegre, Brasil

2014

CIP - Catalogação na Publicação

de Bitencourt Machado, Diogo
Contratransferência e aliança terapêutica no início de psicoterapia psicodinâmica de adultos / Diogo de Bitencourt Machado. -- 2014.
108 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.
Coorientador: Pedro Vieira da Silva Magalhães.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Psicoterapia. 2. Contratransferência. 3. Aliança terapêutica. 4. psicoterapia psicodinâmica. I. Laks Eizirik, Cláudio, orient. II. Vieira da Silva Magalhães, Pedro, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

COMISSÃO EXAMINADORA

RELATORA: Profª. Drª. Neusa Sica da Rocha UFRGS

AVALIADOR 1: Prof. Dr. Eugenio Horacio Grevet, UFRGS

AVALIADOR 2: Profª**.** Drª. Fernanda Barcelos Serralta, UNISINOS

SUPLENTE: Profª Drª. Márcia Kauer Sant´Anna, UFRGS

AGRADECIMENTOS

Uma série de pessoas foram importantes para a elaboração deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Cláudio Laks Eizirik, pela forma como fui recebido e com quem o convívio permitiu intenso aprendizado para minha formação como pessoa, psicoterapeuta e pesquisador.

Agradeço ao meu co-orientador, Pedro Vieira da Silva Magalhães, que atenciosamente me auxiliou em questões importantes deste trabalho.

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa, pelo apoio e amizade: Ana Margareth Bassols, Camila Piva da Costa, Charlie Severo, Daniela Kriger, Mariana Torres, Marina Gastaud, Pricilla Laskoski, Stefania Pigatto Teche e Rafael Wellausen.

Aos membros da banca, que aceitaram prontamente o convite: Neusa Sica da Rocha, Eugenio Horacio Grevet, Fernanda Barcelos Serralta e Márcia Kauer Sant'Anna.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria (PPGP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e seus professores pela oportunidade que me foi dada e por servirem de exemplo de competência e entusiasmo.

Aos professores do Departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), pela generosidade, interesse e apoio a este trabalho. Fica um agradecimento especial para àqueles com participação direta nele: Beatriz Frank Tavares, Carlos Alberto Bandeira, Catherine Lapolli e Laura Sigaran Pio de Almeida.

Ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pela receptividade e seu incentivo ao desenvolvimento da psiquiatria e psicoterapia.

Aos psicoterapeutas em formação das residências em psiquiatria da UFRGS e UFPEL que acreditaram na seriedade deste trabalho.

Ao Centro de Estudos Luiz Guedes, professores e colegas, que ajudaram no fortalecimento da minha identidade como psicoterapeuta e pesquisador.

Ao amigo e colega Fábio Monteiro da Cunha Coelho e sua esposa Taisa Merlin, pelo convívio, ensinamentos e amizade.

Aos amigos e colegas da disciplina de psiquitria da Universidade Católica de Pelotas, Gustavo Rosa e Ricardo Pinheiro.

Aos amigos que participam da minha vida e ajudaram de alguma forma com este trabalho: Luiz Hernani Saavedra, Giovana Barreto, Gabriel Vieira, Ana Paula Barboza, Daniel Kumpinski, Rodrigo Silveira, Ricardo Valente e Luciana Àvila.

Aos queridos membros do Grupo de Estudos de Psicoterapia de Pelotas: Eduardo Mascarenhas, Luis Felipe Hartmann, Mariana Donassolo, Matias Strassburguer, Pedro Abuchaim e Thiago Donassolo.

À secretária do PPG, Claudia Gabinski e do CELG, Maria Luiza Campos, que ajudaram incansavelmente em diversas situações.

Aos consultores em estatística do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS Luciano Santos Guimarães e Vânia Naomi Hirakata.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Aos pacientes da pesquisa e ao meu pacientes.

Aos meus alunos, que me instigam e motivam a seguir estudando.

À minha familia, deixo um especial agradecimento. Cito meus pais Aneti e Mário, irmãos Rafael e Bernardo, os sogros Jurandir e Eneida, a Neca e os pequenos Gabriel e Gustavo.

E um muito especial à Tita (Talita Martins), minha esposa, companheira, principal inspiração para tudo, responsável por um tamanho de efeito muito grande na minha vida e a melhor cirurgiã de orientação psicanalítica que se tem notícias.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS..... 8

RESUMO..... 9

ABSTRACT..... 11

APRESENTAÇÃO..... 13

INTRODUÇÃO..... 14

REFERÊNCIAS..... 16

REVISÃO DA LITERATURA..... 18

Revisão sistemática de estudos sobre contratransferência em psicoterapia de adultos..... 19

Uma breve revisão das revisões e meta-análises sobre aliança terapêutica..... 55

OBJETIVOS..... 76

RESULTADOS..... 77

Contratransferência e aliança terapêutica no início de psicoterapia psicodinâmica de adultos..... 78

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 98

ANEXOS..... 100

ABREVIATURAS E SIGLAS

AT – Aliança Terapêutica

CT - Contratransferência

MA- Meta-análise

RN- Revisão Narrativa

RS – Revisão Sistemática

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

PP – Psicoterapia Psicodinâmica

RESUMO

A literatura teórica e empírica indica que a aliança terapêutica (AT) é um elemento importante para uma psicoterapia bem sucedida em qualquer referencial. Contratransferência (CT) é um conceito de ampla utilização na prática clínica da psicoterapia, especialmente psicodinâmica e psicanalítica, porém menos estudada que AT. Os principais objetivos deste trabalho são identificar como CT se relaciona com a AT, as características dos pacientes, as características dos terapeutas, a sintomatologia em psicoterapia psicodinâmica (PP) de adultos.

Para cumprir tais objetivos, foram elaborados três artigos originais. Primeiramente, será apresentada uma revisão sistemática (RS) que mostra os principais achados de estudos que avaliaram o papel da CT nas diferentes abordagens psicoterápicas. Em seguida, será apresada uma revisão narrativa (RN) que contempla a história, revisões e meta-análises (MA) sobre AT nas psicoterapias, apresentando as principais considerações para a prática clínica. Para finalizar, será apresentado um estudo transversal que avaliou a relação entre CT e AT no início da PP de adultos, além da relação entre CT e variáveis demográficas da dupla, mecanismos de defesa, sintomatologia, funcionalidade e classe sócio-econômica.

Os resultados encontrados nas revisões são de que CT pode ser utilizada como fonte de informações sobre os pacientes e a evolução do tratamento, enquanto AT é um dos principais aspectos ligados a um tratamento efetivo, podendo ser influenciada por características do paciente como estilo de apego e cultura diferente à do terapeuta. O principal resultado encontrado na pesquisa foi a correlação negativa moderada entre a dimensão da CT que representa sentimentos de *distância* pelo paciente com a AT, especialmente a sub-dimensão o comprometimento do paciente com o tratamento. A

conclusão desta dissertação é que a AT é um aspecto bastante estudado e com importante relação com a evolução do tratamento, enquanto a CT, menos estudada, também é uma fonte de informações sobre o paciente, evolução do tratamento e qualidade da AT.

ABSTRACT

The theoretical and empirical literature indicates that the therapeutic alliance (TA) is a key for successful psychotherapy in any referential framework. Countertransference (CT) is a concept widely used in clinical practice of psychotherapy, especially psychodynamic and psychoanalytic, but less studied than TA. The main objectives of this study are to identify how CT and AT are related to patient and therapist characteristics, development of psychotherapy and how these two aspects relate to each other in psychodynamic psychotherapy of adults.

To obtain these goals, three original articles were elaborated. First, is presented a systematic review that shows the main findings of studies evaluating the role of CT in different psychotherapeutic approaches. Then, is showed a narrative review which includes the reviews and meta-analysis that address the TA in psychotherapies, presenting the main considerations to clinical practice. Finally, a cross-sectional study that assessed the relationship between CT and TA in the beginning of adults PP is presented, also the relationship between CT and demographic patient and therapist variables, and patient variables that were defense mechanisms, symptoms, functionality and socio-economic class.

The results found in reviews are that CT can be used as source of information about patients and the treatment outcome, while TA is one of the main aspects to effective treatment and may be influenced by patient characteristics, as attachment style and different therapist's culture. The main result found in the research was a moderate negative correlation between the dimension of CT that represents distance feelings toward patient with AT, particularly the sub-dimension that evaluates the working capacity of the patient. The conclusion of this dissertation is that TA is well studied and

has an important relationship with the evolution of treatment, while CT, less studied, is also a source of information about the patient, treatment outcome and quality of AT.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Contratransferência e aliança terapêutica no início de psicoterapia psicodinâmica de adultos”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de outubro de 2014. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura (artigos) e Objetivos;
2. Resultados (artigo);
3. Conclusões e Considerações Finais.

O TCLE e instrumentos estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do reconhecimento da importância dos conceitos CT e AT para a prática da psicoterapia. Ambos são atualmente considerados inerentes ao tratamento e ferramentas úteis.

CT não apresenta um conceito único e aceito por todos, no entanto em todos os casos, se refere como algo que pertence ao profissional que oferece atendimento, em especial suas emoções e surge a partir de uma situação de atendimento. Uma definição ampla da CT diz que ela é formada pelas reações, ideias, fantasias, sentimentos e interpretações do terapeuta em relação ao paciente (Manfredi, 1998). Uma outra definição é que são as reações emocionais em relação ao paciente que tem como base os conflitos do terapeuta (Fauth, 2006), ainda que existam diferentes definições.

A evolução da utilização da CT levou-a a tornar-se um dos conceitos fundamentais para a psicanálise e a PP (Eizirik & Lewkowicz, 2015), com extensa literatura clínica e poucas pesquisas (Gabbard, 2001). Passa cada vez mais a fazer parte dos elementos técnicos de outros referencias, como na TCC (Prasko et al., 2012; Fauth, 2006).

Atualmente, vem sendo incorporada por conceitos mais complexos e contemporâneos, como campo analítico, role-responsiveness, enactment, terceiro analítico, intersubjetividade, personagens da sessão e mundos possíveis, passando a servir como base para outros conceitos (Zaslavsky & Santos, 2005).

Em relação às pesquisas, um crescente volume de trabalhos vem surgindo, fortalecendo a utilização dos seus achados para a prática. Assim, existem diferentes estudos que avaliam alguma forma de CT, seja em settings clínicos quanto em laboratório de CT. Um exemplo deste é a realização de uma entrevista sem fins clínicos

e depois a descrição das reações emocionais despertadas pelo entrevistado. Ambos servem de fonte de conhecimento sobre como a CT funciona e como interage com os demais elementos da psicoterapia, como a AT.

A AT pode ser descrita como uma relação positiva necessária entre terapeuta e paciente. Dentre as principais psicoterapias, especialmente as mais difundidas, que são a psicanálise/PP e TCC, costuma ser referida como indispensável para a psicoterapia eficiente e diferentemente da CT, não foi considerada ruim ou representou um tabu.

De uma maneira objetiva e racional, a psicoterapia é uma situação em que o paciente depende do terapeuta e vice-e-versa e existe uma intenção de colaboração recíproca, resultando em uma "união de forças". (Gomes, 2015).

É considerada a base para o funcionamento das psicoterapias e tratamentos médicos em geral, (Eizirik et al., 2008), além de ser um tema amplamente explorado pela literatura e pelas pesquisas, estas mostrando uma relação importante entre a AT e os resultados do tratamento (Horvath et al., 2011; McLeod, 2011; Del Re et al., 2012).

Em especial, as pesquisas indicam que a AT é um fator preditor dos resultados clínicos positivos, independentemente da abordagem psicoterápica adotada (Ardito and Rabellino, 2011) e apresenta alguns títulos, como a "variável integrativa quintessencial" (Wolfe and Goldfried, 1988) ou o "veículo para o sucesso" (Catty, 2004).

Considerando que a AT está ligada à melhora dos pacientes em psicoterapia e CT representa um elemento cada vez mais utilizado, surgem uma série de questões a serem pesquisadas e debatidas. Duas questões fundamentais motivaram este trabalho: 1) A CT poderia ser utilizada para a avaliação da qualidade da AT na prática psicoterápica? 2) A CT pode estar relacionada à outras características do paciente, como mecanismos de defesa, sintomatologia e gravidade do caso?

REFERÊNCIAS

Ardito, R., Rabellino, D., 2011. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. Front. Psychol. 2-270.

Catty, J., 2004. "The vehicle of success": theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. Psychol. Psychother. 77, 255–272. Del Re, A.C., Fluckiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D., Wampold, B.E., 2012. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 32, 642–649.

Eizirik, C., Lewkowicz, S., 2015. Contratransferência, in: Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos E Práticos. Artmed, Porto Alegre, RS, Brasil.

Eizirik, C.L., Libermann, Z., Costa, F., 2008. relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica., in: Psicoterapias: Abordagens. pp. 74–83.

Fauth, J., 2006. Toward more (and better) countertransference research. Psychotherapy 43, 16–31.

Gabbard, G.O., 2001. A contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. Sess. Psychother. Pract. 57.

Gomes, F., 2005. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta, in: Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos E Clínicos. Artmed, Porto Alegre, RS, Brasil.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C., Symonds, D., 2011. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy 48.

Manfredi, S., 1998. As certezas perdidas da psicanálise clínica. Imago, Rio de Janeiro, RJ.

McLeod, B.D., 2011. Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 31, 603–616.

Prasko, J., Mozny, P., Slepecky, M., Vyskocilova, J., Novotny, M., 2012. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. Eur. Psychiatry 27.

Wolfe, B.E., Goldfried, M.R., 1988. Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from an NIMH workshop. J. Consult. Clin. Psychol. 56, 448–451.

Zaslavsky, J., Santos, M.P., 2005. Tendências Atuais da Contratransferência, in: Contratransferência: Teoria E Prática Clínica. Artmed, Porto Alegre, pp. 28–53.

REVISÃO DE LITERATURA

Os temas revisados estão apresentados em formato de artigos, redigidos quanto à extensão e à formatação de fonte, referências, tabelas e quadros conforme as exigências do local de publicação. O artigo 1 está escrito na inglesa e trata-se de uma RS sobre as pesquisas de CT em psicoterapia de adultos, enquanto o artigo 2 é uma RN sobre AT, escrita em português.

ARTIGO DE REVISÃO 1

Título: Revisão sistemática de estudos sobre contratransferência em psicoterapia de adultos

Autores: Diogo de Bitencourt Machado, Fábio Monteiro da Cunha Coelho, Augusto Dutra Giacomelli, Mariana Almeida Lopes Donassolo, Morgana Sonza Abitante, Tatiane Dall'Agnol, Cláudio Laks Eizirik.

Publicado em Trends in Psychiatry and Psychotherapy em dezembro de 2014.

ARTIGO DE REVISÃO 2

Título: Uma breve revisão das revisões e meta-análises sobre aliança terapêutica

Autores: Diogo de Bitencourt Machado e Cláudio Laks Eizirik

Submetido para Revista Brasileira de Psicoterapia em janeiro de 2015.

REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS SOBRE CONTRATRANSFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA DE ADULTOS

SYSTEMATIC REVIEW OF STUDIES OF COUNTERTRANSFERENCE IN ADULTS PSYCHOTHERAPY

Diogo de Bitencourt Machado,[1] *Fábio Monteiro da Cunha Coelho,*[2] *Augusto Dutra Giacomelli,*[3] *Mariana Almeida Lopes Donassolo,*[4] *Morgana Sonza Abitante,*[5] *Tatiane Dall'Agnol,*[6] *Cláudio Laks Eizirik*[7]

[1] Psychiatrist. MSc in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brazil. [2] Psychiatrist. PhD in Graduate Program in Health and Behavior, UCPel, Pelotas, RS, Brazil. Department of Mental Health, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brazil. [3] Psychiatrist, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), São Luiz Gonzaga, RS, Brazil. [4] Psychiatrist. Residence Program in Psychiatry, Escola de Saúde Pública, São Lourenço do Sul, RS, Brazil. [5] Psychiatrist. Child and Adolescent Psychiatry, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. [6] Psychiatrist, CAPS II, Blumenau, SC, Brazil. [7] Psychiatrist and psychoanalyst. PhD in Medical Sciences: Psychiatry, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil.

Suggested citation: Machado DB, Coelho FM, Giacomelli AD, Donassolo MA, Abitante MS, Dall'Agnol T, et al. Systematic review of studies of countertransference in adult psychotherapy.

RESUMO

Introdução: Contratransferência, definida como a reação emocional do psicoterapeuta em relação ao paciente, é um elemento técnico importante da psicoterapia. Esta revisão sistemática procura identificar e descrever os principais achados de estudos que avaliaram a contratransferência na psicoterapia de adultos.

Métodos: Realizou-se uma busca sem restrição de língua ou data de publicação nas bases de dados Embase, PubMed, PsycINFO e *Web of Knowledge*.

Resultados: Dos 1081 estudos encontrados nas bases de dados, 25 foram selecionados. A maioria trata de psicoterapia psicodinâmica e os resultados indicam que a contratransferência positiva, isto é, os sentimentos de proximidade com o paciente, está associada a resultados positivos, tais como a melhora dos sintomas e o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica.

Conclusões: Apesar de poucos estudos terem sido encontrados na literatura, a contratransferência parece ser uma fonte importante para o conhecimento do resultado do tratamento, estilo de apego, aliança terapêutica, sintomas e diagnóstico do pacientes, dentre outros aspectos.

Descritores: Psicoterapia, contratransferência, revisão.

ABSTRACT

Introduction: Countertransference, the emotional reaction of a psychotherapist toward a patient, is an important technical element of psychotherapy. This systematic review attempt to identify and describe the main findings of studies that evaluated countertransference in adult psychotherapy.

Methods: A search was conducted of the databases Embase, PubMed, PsycINFO and Web of Knowledge to retrieve data published in any language at any time.

Results: Of the 1081 studies found in the databases, 25 were selected. Most were about psychodynamic psychotherapy, and results indicated that positive countertransference, that is, feelings of closeness to the patient, are associated with positive outcomes, such as symptom improvement and good therapeutic alliance.

Conclusions: Although few studies were found in the literature countertransference seems to be an important source of knowledge about treatment outcome, attachment style, therapeutic alliance, patient symptons and diagnoses, among other aspects.

Keywords: Psychotherapy, countertransference, review.

INTRODUCTION

Countertransference (CT), defined as the set of emotional responses elicited in the therapist by specific qualities of his/her patient,[1] has been extensively associated with other constructs found in the psychoanalytic literature, such as projective identification, role-responsiveness and enactment, and in the literature about constructivist/relational theory.[2] A construct widely linked to psychodynamic psychotherapy (PP), but also used in cognitive-behavioral therapy (CBT), CT is a valuable source of information about the patient's internal world.[3] Other theoretical models, such as systemic and feminist therapy,[4] have also used CT.

CT was first discussed by Freud in 1910, who described it as resulted from the patient's influence on the therapist's unconscious conflicts.[5] In 1912, he warned against the dangers of CT, as the therapist might get carried away by tender feelings for a patient, and advised that CT should be kept under control.[6] This construct originated from transference, which, in turn, had been extensively studied since the beginning of psychoanalysis. In a search of a digital edition of the complete works of Freud, the term countertransference was found in only two texts,[5,6] whereas transference was used in several papers, which confirms the difference in the attention given to these concepts. According to Tyson, Freud refrained from further exploring CT because of the sex scandals that involved psychoanalysts and that might expose psychoanalysis to criticism. In letters, Freud suggested that this issue should be addressed among psychoanalysts through discussions and private correspondence.[7] After these initial discussions, CT seldom appeared in the literature for forty years. Historically, during that time, there was a predominance of a so-called "classical" theoretical model of CT, seen as an obstacle that might contaminate treatments.[8]

The discussion was resumed in 1949, with a model called "totalistic", in which CT was defined as a source of communication created by the minds of the patient and the therapist.[8] In that year, Winicott[9] presented a paper that discussed the feelings of anger aroused in the analyst during the treatment of psychotic patients. In the following year, Heimann[10] described CT as an important therapeutic tool. A third author, also involved in the same discussions, was Racker,[11,12] who has made a vast original contribution since 1953. He described the countertransference neurosis and classified it as concordant or complementary. Concordant CT is the result of ego identification between patient and therapist, which produces a sense of harmony, and complementary CT develops when the therapist identifies with some internal object in the patient, which usually results in unpleasant feelings.

After the totalistic model, CT became an important concept in psychotherapy. Other models have been described: moderate,[13] in which therapist reaction results from both his/her own reality and the influences received from the patient; relational,[14] which takes into consideration the mutual creation by patient and therapist; and specific, in wich is the specific therapist's reaction to specific patient's feature.[8]

The visions of CT over the past 50 years have developed upon the perception that the psychoanalyst is a person that has feelings and a personal and professional identity, and who is a valuable technical element in clinical psychotherapy.[15] The importance of CT in practice has been described in psychoanalytic theory and the analytic field: CT has a decisive influence on the selection of patients, as the choices made tend to gratify the neurotic needs of the therapist; when properly perceived, CT may be an important resource to understand a primitive means of nonverbal communication, may help visualize blind spots and may be a stimulus for self-analysis; also, patients often bind specifically to the emotional tone of the therapist.[16] In CBT, the

study of therapist emotions has the potential to help solve a series of current aspects of psychotherapy, such as identifying the effectiveness of therapists, use of manualized therapies, ability to learn and respond to training, reduction of burnout and other issues that affect clinical practice.[17]

Two narrative reviews and a meta-analysis of studies about CT assessment were found in the literature. The first review was conducted in 1977 and included empirical and theoretical studies. It summarized main findings and concluded that theoretical studies are useful to describe CT, whereas empirical studies contribute to the analysis of how CT functions.[18] The second review, conducted in 2002, focused on studies published after the first review and discussed findings of analogous studies conducted in CT laboratories and in field work within the psychotherapeutic setting. Examples of analogous studies are those that involve the assessment of therapist reactions to a single interview of students that were not undergoing treatment or the assessment of reactions to videos with accounts by patients. These studies are important because CT is an abstract phenomenon, difficult to be operationalized and measured. Field research, in contrast, is more difficult to control, but has greater applicability. The studies reviewed showed that CT affects therapist cognition, affection and behavior.[13]

A meta-analysis published in 2011 assessed the relation between CT and psychotherapy outcomes and found that CT was inversely related to the outcomes under assessment. The outcomes were separated into proximal and distal, but were not described in detail, which reduced the significance of the findings reported. The search strategy shifted toward the concept of countertransference management (CTM) and similar studies and field studies were pooled. Most studies adopted a specific model of care, called psychological counseling, which is used in outpatient clinics for students and focuses on day-to-day problems, relationships, and social and academic issues.[14]

As a contribution to a critical view of CT, this systematic review briefly describes studies that evaluated CT in adult psychotherapy and reports on the general characteristics and results found in the literature. The following questions were prepared to guide data analyses: Where and when was the study conducted? What was the theoretical framework of the concept of CT in these studies? What instruments were used and how did they measure CT? What were the settings, patients, therapists and type of therapy? What were the main objectives and results?

METHODS

The search was conducted in Embase, PubMed, Web of Knowledge and PsycINFO in January 2013, with no language or publication date restrictions. The search terms were "countertransference" and "psychotherapy", after their spellings were confirmed in each database. Table 1 shows the strategy used in each database. The studies were collected using the Endnote™ reference manager. Two reviewers selected the studies individually; they assessed titles and abstracts to check whether the studies met inclusion and exclusion criteria and, if necessary, read the full text for confirmation. The spreadsheets of the two authors were compared, and the differences discussed until a consensus was reached. In case no consensus was reached, a third author made the decision.

Three inclusion criteria were defined: 1) Studies evaluating CT trough some method or instrument; 2) patients should be older than 18 years; and 3) studies should have been conducted in the psychotherapy setting. The exclusion criteria were: 1) theoretical studies; 2) case reports; 3) CT in laboratory setting; 4) scale validation; and 5) studies about the therapist's mental functioning in general rather than emotional reactions toward a patient.

The list of studies selected for reading was complemented by studies listed in other review studies and the reference lists of selected studies. The authors read the studies critically according to a reading sheet developed for the evaluation of psychotherapy studies, and discussed the studies after that.

RESULTS

The flowchart in Figure 1 shows the steps followed to select studies, from database search to the final selection of 25 studies. Table 2 shows how studies were evaluated according to the issues defined for this systematic review, as well as other issues that might be useful to readers.

Where and when were the studies conducted?

Most studies were conducted in the United States (10), followed by Norway (5), Brazil (4), Germany and Sweden (2 each) and Canada and the Netherlands (1 each). The first study was published in 1958,[21] and the second, in 1960.[19] No studies were published in the 1970s and 1980s, and 16 have been published since 2000.

What is the theoretical framework of the concept of CT in these studies?

Most studies are linked to psychoanalysis and include a brief review of the concept. CT is defined as a tool to expand the knowledge about the internal world of the patient through the feelings and fantasies elicited in the therapist. These feelings aid in diagnosis and management,[24,26,28,29,32,38,39] even in the case of pharmacological treatments.[23]

CT, often defined as the therapist's transference,[21] is part of the field that is created by the interaction of the dyad.[25,40] CT is associated with the patient's

commitment to the treatment,[42] should be examined during supervision,[23] is affected by the therapist's personal characteristics[36] and is more difficult for beginning therapists.[43] When not properly identified, it may become an obstacle to treatment, as the therapist may adopt an attitude of avoidance, especially when confronted with unpleasant feelings.[19]

Some studies focused on theories other than psychoanalysis, such as interpersonal theory[28] and attachment theory.[35] One study used the Core Conflictual Relationship Theme system to identify the patterns of interpersonal patient feelings, related to the concept of transference.[33] In a study that focused on interpersonal therapy, CT was called impact message,[28] and in two studies in which CBT theory was predominant, it was called emotional reactions of the therapist.[36,42] In addition, two other concepts were identified. In the first, CTB, both positive reactions, such as agreeableness, and negative reactions, such as punitive attitudes, are seen as harmful to the proper development of therapy.[34,35] The other concept is CTM,[27,30,43] a technical and theoretical construct useful in psychotherapy supervision and formation. Based on the hypothesis that the level of resolution of therapist intra-psychic conflicts is positively related to their capacity to use CT therapeutically, CTM has five dimensions: origins, triggers, manifestations, management and effects.

What instruments are used and how do they measure CT?

The studies used 12 different tools. Some included qualitative methods to assess CT.[23,24, 31, 33, 41, 43] All instruments assessed some aspect of CT elicited after one session, most often a feeling. Most were scored using Likert-like scales of 4 to 6 points. They were essentially lists of feelings checked by the therapist after a session, but some were

forms filled in by the supervisor or an observer that evaluated an audio recording of the session. Some characteristics of these instruments are described below.

Hostility Inhibition Scale (HIS)[19]

Observers use session recordings to assess the inhibition of different hostile expressions of the therapist when interacting with the patient. The scale has five different codes that mean, for example, easily irritated or having great difficulty in allowing the emergence of anger or irritation.

Feeling Word Checklist-58 (FWC-58)[22,37,38,39,41]

A list with 58 feelings checked by the therapist. It is divided by different forms according studies, into three, four or seven factors. In last case: importance, rejection, confidence, boredom, on guard, overload and inadequacy.[22]

Checklist of feelings[32,33]

Self-questionnaire with 48 feelings.

Countertransference Questionnaire (CTQ)[20]

Self-questionnaire made up of 79 items that address thoughts, feelings and behavior of the therapist in relation to the patient. The items are distributed into eight factors: overload, desperation, positivism, super-involvement, sexuality, disinterest, protection and criticism.

Gegenübertragungs-Rating (GR)[26]

Self-questionnaire with 31 feelings, grouped into four factors: difficulty, friendliness, helpfulness and despair.

Countertransference Assessment Scale (CTAS)[25,40]

Self-questionnaire made up of 23 items distributed into three domains: closeness, distance and indifference. The feelings elicited in the beginning, middle and end of the sessions are evaluated. The list of feelings was adapted in a qualitative study.[23]

Countertransference Factor Inventory (CFI)[27,43]

An inventory of 50 items divided into 5 subscales that measure CTM attributes. It also has a revised version with 26 items.[30]

Impact Message Inventory (IMI)[29]

Self-questionnaire based on the premise that the patient's inter-personal problems may elicit some emotional responses from the therapist, called impact messages. IMI is made up of 90 items divided into eight domains: hostility/domain, hostility, hostility/submission, submission, friendship/hostility, hostility/submission, submission, friendship/submission, friendship and friendship/domain. It also has a circumplex version with 56 items.[28]

Countertransference Index (CTI)[27,34]

Supervisor assesses CTB using the CTI, which indicates the degree at which the therapist's behavior reflects areas of unresolved conflicts. It is made up of a single item to assess how much the therapist behavior during the session affected CT.

Inventory of Countertransference Behaviors (ICB)[34]

Filled out by the therapist and an external evaluator that may be the supervisor that assesses CTB, this inventory has 32 items distributed into positive and negative factors. There is also a 10-item version called countertransference behavior measure (CBM).[35]

Rating of Emotional Attitudes to Client by Therapists (REACT)[36,42]

Self-questionnaire with 40 items divided into four factors: positive connection with the patient; conflict of the therapist with himself/herself; the therapist's own needs and conflicts; and conflicts of the therapist with the patient. The difference from other questionnaires is that it addresses issues that are observed out of the sessions; for example, it assesses the presence of thoughts about the patient out of the session.

Circle[21]

In the study analyzed in this review, the therapist filled out the instrument, which has 16 items and a 10-point Likert-like scale. After that, an external observer listened to the audio recordings of the sessions. Points of divergence between the information provided by the therapist and by the observer were assessed.

What were the settings, patients, therapists and type of therapy?

Almost all studies clearly described their setting. Most were conducted in outpatient clinics of universities involved in therapist training,[21,23,26,29,31,36,42] followed by outpatient clinics for psychology students[27,30,34,35,43] or center to treatment for victims of violence.[24,25,40] The other settings were children's hospitals (parents),[19] private

offices,[20] veteran's hospital,[21] hospital for victims of the Second World War,[28] psychotherapy unit of a general psychiatric clinic[32,33] and day-hospital.[37,38,39]

In general, the studies did not provide detailed descriptions of therapists and did not provide information about, for example, their professional category, age or experience. However, the therapists were students,[19,27,30,35] psychiatry residents[23,24,25,40] and professionals from other areas, such as nurses and art therapists, in addition to psychologists and psychiatrists.[28,37,38,39]

Some studies included patients with specific diagnoses or conditions, such as victims of urban and sexual violence,[24,25,40] psychology students,[27,30,34,35,43], depression, [41] generalized anxiety[42],cocaine dependence[36],, personality disorders,[28,37,38,39] axis I diagnoses[32,33],self-esteem problems[31], and different disorder[26,29]. Some studies did not describe patient's features,

The main psychotherapy models were long-term PP,[22,32,33,41] short-term PP[23,25,32,40] and psychological counseling.[27,30,35,43] Some studies included interpersonal group therapy,[28] group therapy using CBT and PP,[38,39,40] short-term psychotherapy,[31] and CBT.[42] Other studies combined different types of psychotherapy,[20,26,34,36] and some did not provide any description of type of therapy.[19,21,24]

What were the main objectives and results?

The main objective of all studies was to evaluate the relation of different aspects of CT to patient diagnosis and evolution. Although studies that evaluated only psychometric properties of scales were excluded, two studies assessed the association between CT and patient characteristics, so were kept.[20,22]

Essentially, CT was described as positive when it represented feelings of closeness, respect and well-being toward the patient, whereas negative feelings were

unpleasant and related to distancing, such as anger and overload. Two studies found a predominance of positive feelings, such as interest, respect[32] and feeling of being loved and understood.[33] A study that assessed the reactions that patients elicited in different group therapists found an important relation with some CT dimensions, as dominant, hostility and submission among different therapists.[28] The development of CT during the course of therapy was analyzed in a study using short-term PP that evaluated therapist responses in the first, second and tenth sessions and found that the therapists seemed to have a better understanding of their own reactions from the tenth session onward.[23]

A study with single one patient and therapist dyad found that positive CT increases over the course of therapy.[41] A different result was found in a study with drug addicts, in which CT became negative with the passing of time, except when the therapist was a drug addiction counselor.[36] Another study found that the positive correlation between CT and interpersonal patient problems increased over time.[29]

Studies about CTM showed relation between this aspect and treatment results, [27,30,31,43] and one found that therapists that performed adequate CTM became less anxious and, according to the assessment of their supervisors, more efficient. [43]

The therapeutic alliance (TA) was evaluated in two three studies with controversial results. The first study that used different diagnosis and manualized PP found a positive correlation with positive CT.[22] The second study found a negative correlation between TA and both positive and negative CT.[34] The third found moderately high positive correlation between CT and AT on version of therapist, but weak in the patient version.[36]

Resistance and therapist attachment style were assessed. A study that included patients with generalized anxiety disorder found that a greater emotional reaction of the

therapist (CT) was associated with lower resistance to treatment.[42] It also found that insecure attachment of the therapist was associated with distancing CTB when treating psychology students.[35]

Three studies included patients with personality disorders. They found that patients with clusters A and B personality disorders elicited more negative and less positive CT than those with cluster C. Moreover, in the beginning of the treatment, there was a negative correlation of feeling rejection and on guard with some patient characteristics, such as social avoidance and intrusiveness.[37] In the end of the treatment, a strong negative correlation was found between vindictive and cold patient behaviors and positive CT.[38,39]

Three studies assessed CT elicited by sexual and urban violence victims. In the first, there was a general predominance closeness to sexual violence victims, although male therapists felt more distant from urban violence victims than from victims of sexual violence in childhood.[24] A study that assessed the initial reaction toward patients found a positive and moderate correlation between patient symptoms and indifference on CT. When trauma occurred less than three months before, more intense closeness on CT was found.[25] The third study evaluated CT features and treatment dropout. No associations were found between outcome and specific types of CT, but rejection scores were higher in the group of therapists younger than 27 years. Moreover, childhood trauma seemed to be a protective factor against dropping out.[40]

Two studies evaluated therapist conflicts and CT. In a sample of parents of children hospitalized in a pediatric hospital, a high need of approval was associated with avoiding anger among therapists, which was, in turn, associated with inhibition of patient accounts.[19] In patients recruited at war veteran hospitals and university clinics,

conflictive therapist behaviors were associated with limitations to maximum efficiency.[21]

The analysis of CT and type of psychotherapy revealed that intense CT was strongly associated with PP, whereas CT responses of little sympathy were not. Group therapy was weakly associated with any type of CT.[26]

DISCUSSION

Most studies were conducted in the field of psychoanalytic theory, which should be expected because the concept of CT was first defined by Freud and later developed by other psychoanalysts and has not been a fundamental technical element in other treatment modalities, such as CBT. However, studies using CBT made important contributions to our discussion. A study that included cocaine addicts found that personal therapist characteristics explained differences in therapist performance.[36] Another study, which included patients with generalized anxiety disorder, found that the emotional tone of the therapist was associated with patient engagement.[42] This review suggests that CT is a valuable element in CBT, as appointed another works.[3,36]

One of the studies evaluated group therapy and subjective CT,[44] defined as emotional reactions determined by therapist characteristics and not patient characteristics. This study compared different therapists when treating the same group of patients.[28]

In general, the tools used to evaluate CT were very similar, as they were essentially lists of feelings and scales that rated CT from absent to very intense. The most frequent tool was the FWC-58,[22,37,38,39,41] an option for future studies. Although there were some differences in study design, the way CT was evaluated was similar in most studies: feelings elicited in the therapist were scored after the end of the session.

The assessment tools used in most studies measured the emotional responses elicited by the patient, but were limited in that they did not take into account the reactions and emotions that are part of the therapist's unresolved conflicts.[44] In contrast, REACT[36,42] assessed more complex feelings and expectations in relation to the patient, such as the therapist's needs. Different from all other tools was the measurement CTB, in which an external observer evaluated therapist behavior using HIS, CTI and ICB. No study evaluated unconscious factors associated with CT, such as fantasies or enactments.

Most studies were conducted in university outpatient clinics and included therapists in training. The types of patient and their diagnoses were heterogeneous, but studies that included psychology students and psychic trauma victims were predominant. Both short- and long-term PP were the most frequent type of therapy, followed by psychological counseling. Despite the predominance of psychoanalytical theory in the construction of the studies, none was conducted in traditional psychoanalytic settings. One possible explanation for that may be the distance that still exists between psychoanalysis and research.

Some further explanations about the results seem to be necessary. Isolated results may, in some cases, seem relevant. However, the studies reviewed had quality problems identified after they were evaluated using a reading sheet. The quality of the studies selected would be best evaluated if we had used assessment tools for observational studies, such as STROBE[45] and CONSORT[46] for the two randomized control trials. In any case, we found that the studies had some common problems, such as small sample sizes, no control for confounding bias and, especially, no controls for alpha error due to repeated analysis. The use of these assessment tools may improve the quality and relevance of future studies.

CT responses of closeness to the patient were generally predominant. CT quality was compared between different types of therapists. A study that included patients with drug addictions and therapists found that drug addiction counselors maintained positive feelings, such as tolerance, during the twelve-week treatment, whereas the other therapists, who worked with expressive-supportive PP or CBT, tended to develop negative feelings, such as anger, toward the patient.[36] This result may confirm the importance of the work conducted by drug addiction counselors with this type of patient.

A study that included patients with different axis I diagnoses found an association between confidence CT and good TA.[22] Another study, in which the patients were psychology students, found an association between low positive and negative CTB and good TA. This result may also be associated with treatment efficiency, because CTB, in the form of either positive or negative feelings, is considered detrimental to treatment.[34] Therefore, CT may be a relevant source of information about TA quality.

Only two studies included patients with personality disorders. One of the results reported was the association of symptom severity and poor CT quality,[28] which may further demonstrate the usefulness of the CT concept.

Some findings seem to be useful for the treatment of female victims of sexual and urban violence, as male therapists felt more distant than female therapists.[24] Male therapists may be less efficient or may require some specific preparation during supervision and theoretical training, which may not be necessary for female therapists. In contrast with clinical expectations and possibly due to chance, one study found that childhood abuse is a protective factor against dropping out.[25]

The studies reviewed provided a description of some important factors in CT research and practice. CTM suggests that this construct, closely associated with the

therapist, may be a tool to perform psychotherapeutic interventions. Some of the studies and the meta-analysis conducted focused on CTM. In contrast, CTB is associated with a classical view of CT. According to this modality, CT behaviors are detrimental to treatment, in agreement with Freud's[5,6] original description, in which CT should be avoided.

This review has focused only on studies that evaluated CT within psychotherapeutic settings, but some studies have also evaluated CT in general psychiatric outpatient care or psychiatric hospitalizations, for example. It remains unclear how CT functions in other treatment. Other studies that were not assessed because they escape the scope of this review may be relevant, such as those that include children and adolescents and those conducted in CT laboratories. No studies were found that evaluated aspects of psychotherapeutic practices associated with CT as projective identification, enactment or analytic field, which may be important elements to the understanding of patient and therapist interactions and should, therefore, be studied in future.

One of the limitations of this review was that it did not search databases of theses and dissertations or of psychotherapy teaching institutions. Moreover, the reference lists of studies not included were not reviewed.

The main contribution of this review was to briefly describe all studies retrieved and, therefore, to provide an overview of current knowledge about CT. Few studies evaluated CT in psychotherapy, which indicates that this is a research field to be further explored. Psychotherapy research remains a minor interest when compared with the investigation of biological treatments. Some of the studies reviewed were not very relevant, had important limitations or were predominantly exploratory, which may explain why results tended to be positive. At the same time, some of the results of

different studies suggested similar directions and were compatible with what is expected in clinical practice. Therefore, as research methods continue evolving, specific and relevant questions about CT in psychotherapy and in overall care may be formulated in future studies.

REFERENCES

1. Eizirik CL, Libermann Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV, editor. Psicoterapias: abordagens atuais, 3ª ediction. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-84.
2. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. J Clin Psychol. 2001;57:983-91.
3. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, et al. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2010;154:189-974.
4. Fauth J. Toward more (and better) countertransference research. Psychotherapy (Chic). 2006;43:16-31.
5. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). In: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
6. Freud S. Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912). In: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud versão 2.0. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
7. Tyson RL. Countertransference evolution in theory and practice. J Am Psychoanal Assoc. 1986;34:251-74.

8. Eizirik CL, Lewkovicz S. Contratransferência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 310-23.
9. Winnicott DW. Hate in the counter-transference. Int J Psychoanal. 1949;30:69-74.
10. Heimann P. On counter-transference. Int J Psychoanal.1950;31:81-4.
11. Racker H. A neurose de contratransferência (1953). In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 100-19.
12. Racker H. Os significados e usos da contratransferência (1957). In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 120-57.
13. Rosenberger EW, Hayes JA. Therapist as subject: a review of the empirical countertransference literature. J Couns Dev. 2002;80:264-70.
14. Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. Managing countertransference. Psychotherapy (Chic). 2011;48:88-97.
15. Zaslavsky J, Santos MP. Tendências atuais da contratransferência. In: Contratransferência: teoria e prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 28-53.
16. Zimerman DE. Contratransferência. In: Zimermann DE. Manual de técnica psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 141-54.
17. Najavits LM. Researching therapist emotions and countertransference. Cogn Behav Pract. 2000;7:322-28.
18. Singer BA, Luborsky L. Countertransference: the status of clinical versus quantitative research. In: AS Gurman, AM Razin.Effective psychotherapy: handbook of research. New York: Pergamon Press; 1977. p. 433-541.
19. Bandura A, Lipsher DH, Miller PE. Psychotherapists approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. J Consult Psychol. 1960;24:1-8.

20. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. Am J Psychiatry. 2005;162:890-8.

21. Cutler RL. Countertransference effects in psychotherapy. J Consult Psychol. 1958;22:349-56.

22. Dahl HS, Røssberg JI, Bøgwald KP, Gabbard GO, Høglend PA. Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. Psychother Res. 2012;22:12-25. Epub 2011 Oct 31.

23. Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. Psychother Psychosom. 1991;56:174-81.

24. Eizirik M, Polanczyk G, Schestatsky S, Jaeger MA, Ceitlin LH. Countertransference in the initial care of victims of sexual and urban violence: a qualitative-quantitative research. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007;29:197-204.

25. Eizirik M, Schestatsky S, Kruel L, Ceitlin, LH. Countertransference in the initial visit of women victims of sexual violence. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:16-22. Epub 2010 Jul 2.

26. Faller H. Therapists' affective reactions and treatment selection. An empirical study on countertransference feelings in the diagnostic process. Psychotherapeut. 1999;44:25-35.

27. Gelso CJ, Latts MG, Gomez MJ, Fassinger RE. Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. J Clin Psychol. 2002;58:861-7.

28. Hafkenscheid A. Objective countertransference: do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? Clin Psychol Psychother. 2003;10:31-40.

29. Hartkamp N, Schmitz N, Schulze-Edinghausen A, Ott J, Tress W. Specific countertransference experience and interpersonal problem description in psychodynamic psychotherapy. Nervenarzt. 2002;73:272-7.

30. Hayes J, Riker J, Ingram K. Countertransference behavior and management in brief counseling: a field study. Psychother Res. 1997;7:145-53.

31. Hayes JA, McCracken JE, McClanahan MK, Hill CE, Harp JS, Carozzoni P. Therapist perspectives on countertransference: qualitative data in search of a theory. J Couns Psychol. 1998;45:468-82.

32. Holmqvist, R. Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. J Psychother Pract Res. 2001;10:104-16.

33. Holmqvist, R, Hansjons-Gustafsson U, Gustafsson J. Patients' relationship episodes and therapists' feelings. Psychol Psychother. 2002;75:393-409.

34. Ligiéro DP, Gelso CJ. Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contribution. Psychother. Psychotherapy (Chic). 2002;39:3-11.

35. Mohr JJ, Gelso CJ, Hill CE. Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. J Couns Psychol. 2005;52:298-309.

36. Najavits LM, Griffin ML, Luborsky L, Frank A, Weiss RD, Liese BS, et al. Therapists' emotional reactions to substance abusers: a new questionnaire and initial findings. Psychotherapy. 1995;32:669-77

37. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. Compr Psychiatry. 2007;48:225-30. Epub 2007 Mar 29.

38. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. J Nerv Ment Dis. 2008;196:702-8.

39. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. Psychiatry Res. 2010;178:191-5. Epub 2010 May 7.

40. Silveira JEM, Polanczyk GV, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LH. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:379-84.

41. Ulberg R, Høglend P, Marble A, Sørbye Ø. From submission to autonomy: approaching independent decision making. A single-case study in a randomized, controlled study of long-term effects of dynamic psychotherapy. Am J Psychother. 2009;63:227-43.

42. Westra HA, Aviram A, Connors L, Kertes A, Ahmed M. Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. Psychotherapy (Chic). 2012;49:163-72. Epub 2011 Jun 20.

43. Williams EN, Judge AB, Hill CE, Hoffman MA. Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. J Couns Psychol. 1997;44:390-9.

44. Kiesler DJ. Therapist countertransference: in search of common themes and empirical referents. J Clin Psychol. 2001;57:1053-63.

45. STROBE Statement [Internet]. http://www.strobe-statement.org/.

46. CONSORT [Internet]. http://www.consort-statement.org/home/.

Table 1 - Search strategy used in each database

Data base	Options selected
Embase	Explosion of terms; MEDLINE; humans; article; neurology and psychiatry; Age 18 or more; human, clinical article, controlled study, normal human, major clinical study, questionnaire, outcomes research, human experience, qualitative research, clinical trial, control group, correlational study.
PubMed	Humans; 18 years old or more; clinical trial, comparative study, controlled clinical trial, meta-analysis, randomized controlled study and systematic reviews.
Web of knowledge	Psychology, psychiatry, neuroscience neurology; articles.
PsycINFO	Human; journal; age 18 or more.

Figure 1 - Study selection

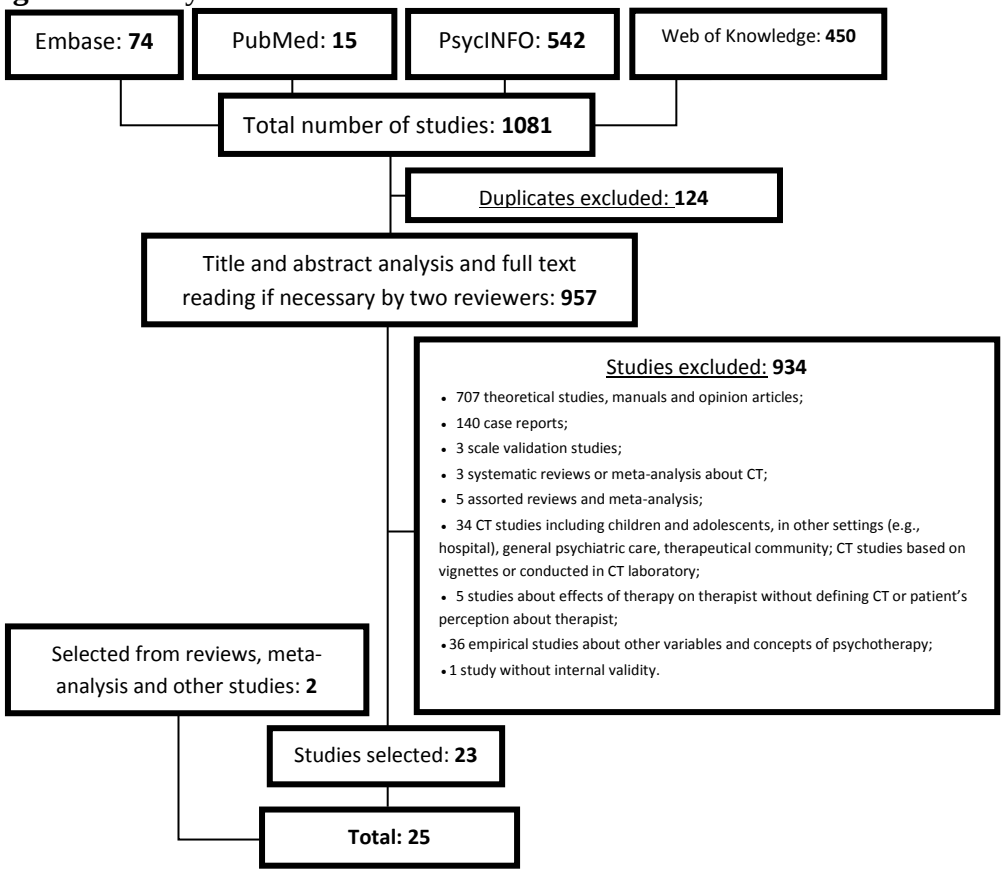

Table 2 - Summary of the main findings

Study	Country	Theoretical framework of CT concept	Therapists	Patients	Setting	Psychotherapy
Bandura et al.[19]	USA	Psychoanalysis; patient expresses feelings that are perceived as threatening by therapist, who tends to avoid anxiety-provoking interaction.	Psychology students.	Parents of children treated in a children's hospital.	Children's hospital.	Not described.
Betan et al.[20]	USA	Psychoanalysis; clinician's emotional response as a source of insight into patient functioning.	Psychologists and psychiatrists with 3 years of training, paid to participate.	Each clinician selected most recent patient in psychotherapy.	80% in private practice.	40%, psychodynamic 30% eclectic, 20% CBT, 10% others.
Cutler[21]	USA	CT understood as therapist's transference.	Therapists with different experience.	Description of 5 patients without any other detail.	A veteran's hospital and a university outpatient service.	Not described.
Dahl et al.[22]	NOR	Psychoanalysis; CT is a phenomenon that can be evaluated clinically and psychometrically through analysis of conscious reaction of therapist toward patient.	Therapists with 10 to 25 years of experience.	Patients without psychosis, substance abuse, or bipolar disorder.	Not described.	Manualized psychotherapy lasting 1 year.
Eizirik et al.[23]	BRA	Psychoanalysis; CT and importance of supervision of short-term PP.	Psychiatry residents.	6 cases, 3 of which described in details.	Outpatient clinic.	Short-term PP, 15-20 sessions.
Eizirik et al.[24]	BRA	Psychoanalysis; CT as a tool for understanding and communication, including pharmacological treatment.	Psychiatry residents.	Female victims of sexual violence in childhood or currently, or other trauma.	Outpatient clinic for violence victims.	Not described.

Eizirik et al.[25]	BRA	Psychoanalysis; growing debate over therapist's mind, therapeutic field and creation of therapeutic dyad.	Psychiatry residents.	Female victims of sexual violence	Outpatient clinic for violence victims.	Short-term PP.
Faller[26]	GER	Psychoanalysis; association between diagnosis and therapist reactions in CT.	Physicians and psychologists.	Mean age: 34 years; main diagnosis: depression, followed by somatoform disorders.	Outpatient clinic.	Insight-oriented PP and CBT.
Gelso et al.[27]	USA	CT should be observed, understood and managed; five CTM characteristics: self-insight, self-integration, anxiety management, empathy, and conceptualizing skills.	Therapist-trainees under supervision.	Students.	Outpatient clinic for students.	Clinical psychology, psychological counseling and community counseling.
Hafkenscheid[28]	NET	Interpersonal theory, psychoanalysis and CBT; CT defined as "impact message": what therapists experience when communicating with patients, such as feelings and fantasies.	Psychologists, psychiatric nurses, art therapist and other therapists.	Most with personality disorder; first and second generation survivors.	Hospital for World War II victims, Jewish and non-Jewish.	Interpersonal group therapy 1-2 times a week.
Hartkamp et al.[29]	GER	Psychoanalysis.	2 men and 2 women; 26-57 years, two of them with vast experience.	Patients 19-68 years; personality disorders, depression, anxiety and somatoform disorders.	Psychosomatic medicine outpatient clinic.	Interpersonal PP.
Hayes et al.[30]	USA	CTM; greater CT awareness results in better treatment outcomes.	Psychology students (22- 46 years), paid to	Psychology students (19-46 years), with stress	Outpatient clinic for psychology	Psychological counselling.

			participate, together with their supervisors.	or relationship and career problems.	students.	
Hayes et al.[31]	USA	Psychoanalysis; review of psychoanalytic clinical research; CTM theory emphasizing five factors: origins, triggers, manifestations, effects and management.	Therapists with 5 to 42 years of experience.	Responders to announcement of free psychotherapy for women with self-esteem problems; 32-60 years.	Outpatient clinic.	Short-term psychotherapy; no details about interventions.
Holmqvist[32]*	SWE	Psychoanalysis; CT constructed by patient and therapist, important source of information. Four dimensions: therapist characteristics, patient characteristics, therapist's feelings about session and about specific patient.	Therapists with more than 10 years of experience; mean age: 40 years	Patients with axis I diagnoses.	Psychotherapy unit of general psychiatric clinic.	PP
Holmqvist et al.[33]*	SWE	Psychoanalysis; stablished interpersonal standards may affect future interactions; Core Conflict Relationship Theme may identify patient patterns.	Therapists with more than 10 years of experience; mean age: 40 years.	Patients with axis I diagnoses.	Psychotherapy unit of a general psychiatric clinic.	PP
Ligiéro & Gelso[34]	USA	Psychoanalysis; negative (critical and punitive) and positive (friendly attitude) CTB, both classified as harmful.	Therapists taking master's and doctoral courses and their supervisors.	Psychology students.	Outpatient clinic for psychology students.	38% identified as humanist/existentialist, 32% CBT and 24% psychoanalytic.
Mohr et al.[35]	USA	Attachment theory; CT reactions defined as	Trainee	Students of	Clinic for	Counselling

		observable therapist behaviors towards patient.	therapists under supervision.	introductory psychology (32-60 years), not suicidal, not in therapy and willing to discuss personal concerns.	students, first session in room with one-way mirror.	psychology.
Najavits et al.[36]	USA	CBT; therapist's personal characteristics explain differences in performance.	CBT and supportive-expressive therapists, drug addiction counselors.	Cocaine users.	Outpatient clinic.	CBT, supportive-expressive PP and drug addiction counseling.
Rossberg et al.[37]*	NOR	Psychoanalysis.	Professionals from different areas.	Personality disorders, especially BPD.	Day-hospital.	Group therapy for 16 weeks, 4 sessions/week; combination of CBT and psychoanalysis.
Rossberg et al.[38]*	NOR	Psychoanalysis; historical considerations and some studies on reactions to different diagnoses.	Professionals from different areas.	Personality disorders, especially BPD.	Day-hospital.	Group therapy for 16 weeks, 4 sessions/week; combination of CBT and psychoanalysis.
Rossberg et al.[39]*	NOR	Psychoanalysis; CT provides important information about patient's internal world and diagnosis; CT may help therapists to gain better understanding of problems that patients are experiencing.	Professionals from different areas.	Personality disorders, especially BPD.	Day-hospital.	Group therapy for 16 weeks, 4 sessions/week; combination of CBT and psychoanalysis.
Silveira et al.[40]	BRA	Psychoanalysis; therapist’s feelings about patient’s characteristics, analytical field.	Psychiatry residents.	Victims of psychic trauma.	Clinic for victims of violence.	Short-term PP.
Ulberg et al.[41]	NOR	Psychoanalysis; reference review and single case study.	One therapist, no description.	Single patient: 31-year-old nursing	Not described.	PP

				professor with depressive symptoms.		
Westra et al.[42]	CAN	CBT; emotional reaction of therapist connected to patient's engagement in therapy.	Not described.	Patients with generalized anxiety disorder recruited through advertisements.	Outpatient clinic.	6-week-long CBT.
Williams et al.[43]	USA	CTM; junior therapists have more difficulties with CT.	Volunteer psychologists from a doctoral program in clinical psychology.	Volunteer students that received credits for participation.	Outpatient clinic for psychology students.	Counseling psychology.

* Studies 32 and 33, as well as studies 37, 38 and 39, used the same sample and procedures.
BPD = borderline personality disorder; CBT = cognitive behavioral therapy; CT = countertransference; CTB = countertransference behavior; CTM = countertransference management; PP = psychodynamic psychotherapy.
BRA = Brazil; CAN = Canada; ENG = England; GER = Germany; NET = Netherlands; NOR = Norway; SWE = Sweden; USA = United States of America.

Table 2 - Summary of the main findings (continuation)

Study	Main Objective	Design	CT Tool	Main Limitations	Main Results
Bandura et al.[19]	Determine specific ways in which therapist anxiety may affect psychotherapeutic work.	CS	HIS	Instruments not fully described, no psychometric properties or other studies; no description of patients, therapists or type of psychotherapy.	Therapists with a high need for approval were associated with avoiding anger against patient; therapist welcomed patient hostility, which allowed patients to continue expressing themselves; when reacting with avoidance, patient changed subject.
Betan et al.[20]	Assess factor structure and reliability of CT assessment; examine association between CT and pathology of patient personality.	CS	CQ	Only 10% of therapists accepted e-mail invitations, small sample size and lack of control of confounding bias.	Instrument structure in 8 factors; small/moderate correlations between CT and A, B and C clusters were consistent with expected clinical practice, such as lower CT compromise in cluster A than in cluster C.
Cutler[21]	Assess therapist reactions to their own behavior and that of their patients.	CS	Circle	No description of instrument, no explicit description of objectives and methods; few patients and therapists.	Blind spots of therapist were identified; conflictive behaviors stop therapists from working with maximum efficiency, therapist reports about their own behavior and that of their patients in therapy cannot be regarded as accurate.
Dahl et al.[22]	Evaluate psychometric properties of instrument in psychotherapy and relate it to patient characteristics.	RCT	FWC-58	Small sample size.	Four subscales were identified: confident, inadequate, parental and disengaged; positive correlation between CT confidence and therapeutic alliance.
Eizirik et al.[23]	Describe qualitative methods and discuss their advantages and disadvantages for evaluating CT.	CS and Qua.	List of feelings.	No evaluation of patient functioning and process.	Method for CT evaluation; therapist emotional responses assessed during sessions (first, second and tenth); in tenth session therapists seemed to have better understanding of their emotional responses.
Eizirik et al.[24]	Assess early CT responses during care for victims of psychological trauma.	CS and Qua.	Reporting CT and AC technique.	Absence of clinical diagnostic data; in qualitative analysis, free writing CT method may be	General predominance of closeness for both of male and female therapists in relation to sexual violence victims; male therapists felt more distant from urban violence victims than from victims of sexual

				limited by therapist inhibitions; small sample and lack of instrument to evaluate CT.	violence in childhood; using AC, different CT types were grouped into two categories: approximation and detachment.
Eizirik et al.[25]	Identify correlation between clinical and demographic characteristics of patient and CT.	CS	CTAS	Instrument under development; emotional shock in presence of patient has an effect on instrument properties.	Prevalence of CT proximity over distance and indifference; when trauma occurred within last three months or less, greater CT proximity; moderate positive correlation between CT indifference and severity of symptoms.
Faller[26]	Describe therapist feelings during diagnostic interview and association with treatment selection.	CS	GR	CT assessed only at beginning of treatment may not be representative.	Five CT clusters: intense; small problems; sympathy; weak; several problems with little sympathy. Intense CT correlated more closely with indication of psychodynamic psychotherapy, and several problems with little sympathy had a lower association with same type of psychotherapy; weak CT was associated with psychotherapy and group therapy.
Gelso et al.[27]	Explore relation between CTM and therapy outcomes.	Co	CFI and CTI.	Small sample size; outcome instrument still in development, no external observer in place of supervisor.	CTM was positively correlated with psychotherapy outcome: CTM, especially conceptualizing skills, is directly associated with better outcomes.
Hafkenscheid[28]	Examine to what extent impact messages produced in therapist may be generalized to others.	CS	IMI-C	No adequate control of subjective CT; instrument dimensions were not clear.	Impact message clearly demonstrated by different therapists for same patients was dominant, followed by hostility-domain and hostile-submission; no correlations with other impact messages.
Hartkamp et al.[29]	Investigate the existence of specific link between patient interpersonal problems and CT.	Co	IMI	No specification of time of treatment completion; few therapists; different diagnoses, no controls for confounding bias.	According to therapy progress, correlation between CT and patient personal issues increases.
Hayes et al.[30]	Examine whether CT was	Co	CFI-R	Small sample size; no control of	CTM not successful in therapy with poor or

	inversely related to treatment outcomes.			repeated analysis or confounding bias.	moderate results.
Hayes et al.[31]	Explore five factors related to CT, according to structural theory of CT found in literature.	Qua	CQR	Analysis of material produced in 1984; no discussion of CT effects and management.	CT phenomena were identified in 80% of sessions; method comprising evaluation of five factors related to CT has useful theoretical framework for psychotherapy, supervision and training.
Holmqvist[32]*	Analyze reactions of therapist towards patient to understand meaning of each of four types of divergent reactions.	Co	Checklist with 48 feelings.	Free choice of which patients were inviteby therapists; no control for confounding bias; failure to assess characteristics such as alliance.	Most common feelings were positive, such as interest and respect; least common feelings were cynicism, pain, threat, embarrassment, fear, disgust and absence; each therapist had a unique pattern.
Holmqvist et al.[33]*	Analyze association between description of interpersonal episodes and therapist feelings.	CS and Qua.	Checklist with 48 feelings.	Free choice of which patients were invite by therapists; no control for confounding bias; failure to assess characteristics such as alliance.	Desire, answer given by other and by themselves; most common reactions: to be loved and understood, rejection and opposition, disappointment and depression; dejected CT, high in cases of conflict and patient aggression, but lower when patient reacted with self-control and self-revelation.
Ligiéro & Gelso[34]	Examine relation between CTB, therapeutic alliance and therapist attachment style, assessed by supervisor.	CS	ICB and CTI.	Free choice of which patient were include; no clinical measures; large number of tests.	Higher therapeutic alliance related to lower negative and positive CT; positive CT negatively correlated with therapeutic alliance in evaluating supervisor; negative CT negatively correlated with therapeutic alliance and secure attachment style of therapist.
Mohr et al.[35]	Assess attachment style of patients and therapists with two dimensions of type of session (deep or soft); evaluate relation between attachment styles and CTB.	CS	CBM	Supervisors were responsible for assessment through one-way mirror; no evaluation or description of patient problems, personality or mental disorders; patients received credits for participating in study/treatment.	Type of patient attachment predicts session characteristics; two session possibilities: deep - relevant sessions; and soft –relaxing sessions; insecure attachment linked to shallow depth and softness; therapist and patient attachment associated with CTBs, such as therapist insecurity and distance.

Najavits et al.[36]	Explore emotional reactions of therapist when treating substance abusers.	RCT	REACT	Small sample size; missing data; too many tests; no hypothesis or clinical measures.	Emotional reaction becomes negative with time; drug addiction counselors have more positive reactions.
Rossberg et al.[37]*	Check whether A and B clusters of personality disorders lead to different CT toward C cluster patients.	Co	FWC-58	Mixed diagnoses; therapist heterogeneity; sample size, no statistical control to minimize confounding bias or repeated analysis.	A and B clusters resulted in more negative and less positive CT than C cluster.
Rossberg et al.[38]*	Examine relation between CT and personality traits, personal problems and improvement of patient experience.	Co	FWC-58	Mixed diagnoses; therapist heterogeneity; small sample size, no statistical control to minimize confounding bias or repeated analysis.	Beginning of treatment: negative correlation between CT rejection and on guard with some patient characteristics, such as social avoidance and intrusiveness. End of treatment: patient behavior described as vindictive and cold, with strong negative correlation with positive CT.
Rossberg et al.[39]*	Evaluate relation between level of patient symptoms and CT at beginning and end of treatment; assess relation between patient improvement and CT.	Co	FWC-58	Mixed diagnoses; therapist heterogeneity; small sample size, no statistical control to minimize confounding bias or repeated analysis.	Beginning of treatment: high levels of symptoms were related to low levels of negative CT. End of treatment: higher levels of symptoms were related to lower levels of positive CT and higher levels of negative CT; positive correlation between symptons improvement and confident dimension, and negative correlation between symptoms improvement and three dimensions: on guard, overloaded and inadequate.
Silveira et al.[40]	Investigate association between CT and early dropout.	Co	CTAS	Evaluation of CT only in beginning of treatment; no clinical measures; small sample size.	No association between CT and dropout rate; prevalence of CT proximity to rejection and sadness; residents younger than 27 years had more rejection, and childhood trauma was protective against dropout.
Ulberg et al.[41]	Evaluate hypothesis that changes in patient	Co and Qua.	FWC-58	No results of some instruments used.	Changes in process and patient functioning, as well as implementation of positive CT.

	symptoms, self-image, insight and social functioning coincides with CT.				
Westra et al.[42]	Investigate whether therapist reactions in early stages of therapy affect patient involvement.	Co	REACT	Small sample size and few therapists; no techniques to control for confounding bias.	Greater positive emotional therapist reaction associated with lower resistance to treatment.
Williams et al.[43]	Understand reactions of beginning therapists and their awareness and management of these reactions along school semester.	Co and Qua.	CFI and CQR.	Small sample size, only self-administration questionnaires; extremely brief quantitative analysis.	During semester, group of therapists became less anxious, developed therapeutic skills and CTM. According to supervisors, therapist feelings sometimes affected therapy effectiveness.

AC = analysis of content; Co = cohort; CTAS = Countertransference Assessment Scale; CBM = countertransference behavior measure; CFI = Countertransference Factors Inventory; CFI-R = Countertransference Factors Inventory Revised; CQ = consensual qualitative; CQR = consensual qualitative research; CS = cross-sectional; CT = countertransference; CTI = Countertransference Index; CTM = countertransference management; FWC-58 = Feeling Word Checklist; GR = Gegenübertragungs-RatingHIS = Hostility Inhibition Scale; ICB = Inventory of Countertransference Behaviors; IMI = Impact message inventory; IMI-C = Impact message inventory – circumplex version; Qua = qualitative research; RCT = randomized control trial; REACT = Ratings of Emotional Attitudes to Client by Treater

UMA BREVE REVISÃO DAS REVISÕES E META-ANÁLISES SOBRE ALIANÇA TERAPÊUTICA

A SHORT REVIEW OF REVIEWS AND META-ANALYSIS ON THERAPEUTIC ALLIANCE

Diogo de Bitencourt Machado[1] *e Cláudio Laks Eizirik*[2]

[1] Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brasil.

[2] Psiquiatra e psicanalista. Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

A aliança terapêutica (AT) é a relação que se desenvolve entre terapeuta e paciente durante os tratamentos em geral. É um dos aspectos mais estudados na psicoterapia e as pesquisas mostram que a AT alta está relacionada à tratamentos mais eficientes. Este trabalho é uma revisão sobre as revisões que envolvem a AT, apresentando algumas das contribuições mais relevantes destes estudos. As revisões narrativas, revisões sistemáticas e meta-análises identificadas avaliaram a relação da AT e diferentes aspectos, como tratamentos de adultos, tratamentos de crianças e adolescentes, abandono de tratamento, estilo de apego, diferenças culturais entre terapeuta e paciente, aspectos do terapeuta e da técnica, e-therapy e instrumentos de avaliação. De acordo com as revisões, a AT está comprovadamente associada aos resultados do tratamento nos diferentes modelos teóricos de psicoterapia. Por outro lado, as pesquisas indicam que seus efeitos são pequenos, ou seja, existem outros elementos que influenciam a maior parte dos resultados. Considerando que os estudos de eficácia mostram a ligação entre AT e os resultados, um próximo passo das pesquisas é avaliar de que forma a AT influencia o tratamento com os diferentes tipos de pacientes e situações clínicas.

ABSTRACT

The therapeutic alliance (TA) is the relationship developed between therapist and patient during the treatment in general. It's one of the most studied aspects in psychotherapy and research shows that high TA is related to more effective treatments. This paper is a review of reviews involving TA, featuring some of the most important contributions of these studies. The narrative reviews, systematic reviews and meta-analyzes evaluated TA were identified in different circumstances, such as: adult's treatment, children and adolescent's treatment, treatment dropout, attachment style, cultural differences between therapist and patient, therapist's aspects and technique, e-therapy and assessment tools. According with this review, TA is demonstrably associated with the treatment results in different psychotherapy frameworks. Moreover, research indicates that the effects are small, in other words, there are other factors that influence most of the results. Whereas the efficacy studies show the connection between TA and the results, a next step on researches is to evaluate how the TA can influence the treatment, among the different kinds of patients and clinical situations.

INTRODUÇÃO

A Aliança terapêutica (AT) é a relação positiva necessária entre terapeuta e paciente, sendo um poderoso instrumento para identificação e resolução dos problemas interpessoais[1-4]. Ela é fundamental para o sucesso da psicoterapia segundo a literatura teórica e de ligada a pesquisas.

Este trabalho irá apresentar uma revisão sobre as revisões narrativas (RN), revisões sistemáticas (RS) e meta-análises (MA) sobre a AT. A partir destes trabalhos será apresentado uma descrição histórica da AT e uma síntese dos principais achados das revisões. A intenção é apresentar os achados dos estudos encontrados, assim como encorajar os psicoterapeutas a confiar nestes trabalhos e perder o desconforto causado pelo metodologia rigorosa e as necessárias noções de estatística para interpretação das MAs.

Esta é uma RN construída a partir das bases de dados Pubmed, PsycInfo e Google Academics, onde se buscou por RNs, RSs e MAs sobre termos que representassem AT, como “therapeutic alliance”, “help alliance” ou “work alliance”, combinados à “psychotherapy” ou “treatment”. Os estudos tiveram seus títulos e resumos avaliados para então serem selecionados ou eliminados. Foram identificados 24 estudos que datam desde 1990, que foram avaliados na íntegra para a confecção deste texto e suas referências checadas para identificação de outras revisões. No entanto foram incluídos somente textos em inglês e excluídas teses e dissertações.

Fica a sugestão de o leitor procurar os trabalhos mencionados, pois apresentam importantes contribuições para a prática da psicoterapia.

CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS DA ALIANÇA TERAPÊUTICA

Se por um lado parece haver quase um consenso sobre a existência e o papel da AT no tratamento em geral, a leituras das revisões e outros textos revelam algumas questões históricas divergentes. A primeira seria quando a noção da AT passou a ser considerada, ainda que ninguém deixe de mencionar Freud. Como ele nunca escreveu diretamente o termo "aliança terapêutica" ou então termos semelhantes, como "relação terapêutica", "relação de trabalho" ou outros, os leitores da sua obra identificaram diferentes passagens dos seus textos que representariam a AT.

Uma primeira descrição pode ser atribuída ao trabalho "A psicoterapia da histeria" de 1893[5], onde Freud escreveu que durante o tratamento o paciente é transformado em um colaborador. Em 1912, em "A dinâmica da transferência"[6], descreveu a transferência positiva, que seria algo consciente, racional e colaborativo com o terapeuta.

Uma segunda questão é sobre quem cunhou o termo AT, pois os autores divergem. Segundo Gomes[1], o conceito de forma concreta foi apresentado por Sterba em 1934[7], onde a AT foi descrita como proveniente de uma dissociação do ego em uma parte colaborativa que está a serviço da realidade e uma parte em oposição ao terapeuta, esta a serviço de impulsos do id, ordens do superego e defesas do ego. Destacou também outro marco histórico importante, quando em 1956, Zetzel[8] reconheceu que a transferência era formada pela neurose de transferência e pela AT, ainda que para este desenvolvimento haveria o pré-requisito de um ego maduro por parte do paciente.

Como o conceito clássico utilizado em psicoterapia psicanalítica e psicanálise que melhor descreve a relação do paciente com o terapeuta é a transferência, é natural que a AT se desenvolvesse ao seu lado. Também existiram opiniões que reprovam a

AT: Custis, em 1970, argumentou que a AT pode representar um perigo, pois tira do foco outros conceitos como conflito inconsciente, livre-associação, interpretações da transferência e interpretação da resistência[9] ou Brenner, que argumentou que a AT não existe, pois a relação entre paciente e terapeuta é a expressão da transferência deste[10].

Além dos domínios da psicanálise, foram mencionados como importantes para o desenvolvimento da AT, os trabalhos realizados a partir de 1951 por Rogers e colaboradores sobre a "Abordagem centrada na pessoa", com seus três elementos: consideração positiva incondicional, empatia e congruência[11].

Os autores deram importância ao conceito pan-teórico da AT que surgiu na década de 1970, dando destaque os trabalhos de Bordin, denominado de "pioneiros" por Horvath e Luborsky[12]. A principal contribuição de Bordin foi a divisão da AT em três elementos, que são vínculo, envolvimento com os objetivos e envolvimento com as tarefas da terapia[13]. Ainda de acordo com Horvath e Luborsky[12], as primeiras pesquisas foram realizadas por Luborsky et al em 1976[14], Gomes-Schwartz[15] em 1978, Hartley e Strupp[16] em 1983 e Marmar et al em 1986[17], contribuindo com o desenvolvimento de instrumentos e metodologias de pesquisa.

A partir dos anos 1990, segundo Ardito e Rabelino, as pesquisas de efetividade mostraram que as psicoterapias funcionam, permitiram o surgimento de pesquisas que se preocupam sobre como as psicoterapias funcionam.

AS REVISÕES NARRATIVAS: SÍNTESES ESCRITAS POR ESPECIALISTAS

Na literatura científica em geral, a maioria das revisões são escritas no formato de RN, especialmente quando o tema não tem boas evidências, ou então, que haja muitas controvérsias, esperando-se que sejam escritas por especialistas do assunto[18].

Foram localizadas cinco RNs, que datam entre 1990 e 2011. Na primeira revisão, Gaston afirmou que existem evidências que dão suporte a ideia de que a AT apresenta relação com os resultados do tratamento em diferentes modalidades de terapia e com diferentes perfis de pacientes, ainda que alguns estudos falharam em demonstrar isso[19].

Horvath e Luborsky publicaram a segunda revisão, em 1993. Neste trabalho a AT foi reconhecida como importante para a psicoterapia comportamental, cognitiva, gestáltica e psicodinâmica. Como consideração para a prática, destacou que a AT avaliada pelo paciente ou observador é um melhor preditor de resultados do que se for avaliada pelo terapeuta. Outras duas considerações destacadas foram a de que se a AT não surgir nos primeiros momentos do tratamento está determinado um provável término prematuro e a interpretação da transferência parece ser mais importante para o manejo da AT do que a interpretação da extra-transferência, ainda que existam resultados conflitantes a estes[12].

Em 2004, Catty apresentou dados referentes a estudos sobre o comportamento da AT nas diferentes fases da psicoterapia. Haveria dois momentos específicos: um pico até a quinta sessão e uma diminuição considerável da simpatia e apoio do paciente ao terapeuta em algum momento do tratamento. Esta crise aconteceria de forma concomitante ao desenvolvimento da psicoterapia, ou seja, ocorreria como uma resposta às intervenções nos padrões neuróticos do paciente[20]. No mesmo ano, uma RN sobre atendimento tipicamente psiquiátrico identificou que a AT também é importante neste amplo setting[21].

A última revisão foi publicada em 2011 por Ardito e Rabellino[22], que destacaram resultados que indicam que a resolução das rupturas da AT são mais

importantes para o bom resultado da terapia do que uma AT crescente[23]. Outro resultado é a existência de três padrões de AT: estável, de crescimento linear e quadrático (em forma de U), este última estando relacionada aos melhores resultados[24].

AS META-ANÁLISES DE ESTUDOS COM ADULTOS

As MAs são um tipo de estudo que a maioria dos psicoterapeutas não estão acostumados a ler, pois não fazem parte das aulas, seminários e supervisões dos principais referenciais teóricos utilizados em nosso meio. Segundo Greenhalgh[25], são provocadoras de medo e relutância em estudantes, médicos e leitores de medicina baseada em evidências. Porém, são o tipo de estudo ideal para certas questões e se o leitor conhecer melhor alguns conceitos, poderá ficar mais à vontade com as MAs e poderá buscar mais informações sobre o assunto.

Um dos aspectos mais importantes a serem considerados nestes trabalhos é o tamanho de efeito (TE). O TE permite a avaliação da relação entre a variável preditora (AT) e a varável de desfecho (os diferentes resultados, na maioria da vezes sintomatologia). É um coeficiente matemático permite a interpretação dos resultados para a clínica. Segundo Cohen[26], os valores partem de "0" e quanto estão em torno de "0.2" são considerados fracos, médios em torno de "0,5" e fortes a partir de "0.8".

Foram identificadas quatro MAs sobre os resultados em geral e outras três que avaliaram diferentes aspectos. A primeira MA sobre resultados foi realizada em 1991, envolvendo 24 estudos de pacientes adultos em psicoterapia individual, apresentando um TE 0.26[27]. Os TE encontrados nas três MAs seguintes foram 0.22 em 2000[28], 0.21 em 2002[29] e 0.275 em 2011[30]. Isso significa que existe uma parte dos resultados que pode ser atribuída à AT, pois foi detectado um efeito. O TE levemente acima do valor

considerado "pequeno" quer dizer que existem outros elementos responsáveis pelos efeitos do tratamento, o que não foi avaliado por nenhum dos estudos identificados.

A última MA sobre resultados classificou o achado como robusto e não afetado por viés de publicação. Também foi analisado se haveriam diferenças nos resultados diante dos diferentes instrumentos, avaliadores, tempo de avaliação da AT, desfechos, tipo de tratamento e fonte do estudo. Todos estes fatores avaliados apresentaram resultados fortemente significativos, indicando que a AT é presente em diferentes contextos de tratamento e formas de avaliação[30].

Em relação às demais MAs, uma avaliou a relação entre a AT e o abandono de psicoterapia. Foram localizados 11 estudos que envolveram psicoterapia em diferentes settings, como ambulatórios universitários ou hospitalização, assim como diferentes terapias e pacientes. Foi identificado um TE 0.55 da AT no abandono, isto é, os escores de AT nos pacientes que permaneceram em tratamento foram moderadamente maiores em relação aos escores daqueles que abandonaram. A AT foi considerada um dos elementos mais determinantes para a prevenção de abandono, mais do que as variáveis demográficas[31].

Outra MA verificou o estilo de apego dos pacientes e identificou que o apego seguro produz um TE 0.17 na AT. Foi sugerido que o psicoterapeuta tenha especial atenção com o paciente de apego inseguro, monitorando qualquer sinal de distância ou descontentamento[32].

A última MA teve objetivo avaliar o quanto o terapeuta influencia a AT. Foi utilizado uma metodologia que envolveu uma taxa formada pelo número de pacientes divididos pelo número de terapeutas de cada estudo. Partiu do princípio de que se este valor é alto, a maior parte da variabilidade da AT é devido aos pacientes e se for baixo,

isto se deve possivelmente devido aos terapeutas. Os resultados encontrados indicam esta taxa como principal moderadora entre a AT e os resultados, enquanto outras co-variáveis como diagnóstico de eixo II, desenho da pesquisa, avaliador da AT, avaliador do desfecho e instrumento de AT, têm importância secundária[33].

ESTUDOS SOBRE PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Foram identificadas três MAs para avaliação dos efeitos da psicoterapia de crianças e adolescentes e uma RN. As MAs apresentaram os mesmos critérios das MA de adultos, porém além do foco dos atendimentos se dirigir somente para a psicoterapia de crianças e adolescentes, foram incluídos estudos de psicoterapia de família, recurso muito utilizado no atendimento desta população.

A primeira MA foi escrita em 2003 e foi identificado um TE 0.24, porém os autores explicaram que se um estudo grande o suficiente para interferir neste resultado, o TE cai para 0.22[34]. A segunda MA apresentou um TE 0.17, indo até 0.28 se for feito como no estudo anterior[35]. As primeiras MAs mostraram TEs semelhantes aos identificados nos estudos de adultos.

A última MA foi escrita em 2011 e apresentou diferenças metodológicas importantes em relação às anteriores. Foram excluídos estudos que envolveram terapia de família e a definição de AT para a seleção de estudos foi mais estreita. O TE identificado foi 0.14, menor do que qualquer MA citada. Umas das explicações para esta diferença em relação às MAs de adultos é a natureza diferente da relação, que envolve mais pessoas do que a simples dupla, ou seja, envolve os pais dos pacientes. A diferença para as MAs sobre crianças pode ser explicadas por diferenças da amostra e

diferenças metodológicas. Foram identificados alguns fatores moderadores do efeito, começando pelo fato de as crianças apresentarem maiores AT do que adolescentes. Também foram identificados maiores AT quando: os pacientes/família procuram tratamento por própria vontade, o paciente apresenta algum problema externalizante, quando o tratamento é focado no paciente, quando a fonte de avaliação de AT foi os pais e quando a avaliação ocorreu em momento avançado da terapia[36].

A RN é de 2007 e também faz uma análise das MAs escritas até o momento de sua publicação. Sua principal crítica em relação aos resultados encontrados está ligada aos instrumentos de avaliação de AT. Esta RN apresentou uma síntese das pesquisas realizadas e discutiu aspectos moderadores do AT, como a técnica do terapeuta e participação dos pais no tratamento[37].

AS REVISÕES SISTEMÁTICAS

Segundo Pereira, as RSs tiveram um grande impulso a partir da década de 1990 na área da saúde. A RS é uma pesquisa científica realizada em bases de dados bibliográficos de textos científicos. Não apresenta o mesmos conceitos estatísticos das MAs, portanto são mais fáceis de serem aceitas por psicoterapeutas, porém ainda assim alguns preferem não examinar estes tipos de estudo.

Apresentam algumas vantagens, pois apresentam métodos explícitos que limitam o viés de seleção, apresentam conclusões mais confiáveis, possibilitam apresentação de grandes volumes de informação que podem ser rapidamente assimilada pelos profissionais, reduzem o atraso entre descobertas científicas, permitem a comparação dos resultados de diferentes estudos, permitem a análise da heterogeneidade ou

inconsistência dos resultados e juntamente com as MAs podem aumentar a precisão dos resultados em pesquisa[25].

Por outro lado, são trabalhos que normalmente envolvem mais de um autor e um grau importante de empenho de todos eles. Uma RS apresenta diferentes etapas, que são a formulação de uma questão de pesquisa, busca de artigos, seleção de artigos de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente determinados, extração de dados de cada estudo por observadores independentes, síntese dos resultados, análises dos resultados, interpretação e apresentação dos resultados[18].

Foram identificadas oito RS. Uma avaliou as características dos terapeutas e da técnica que influenciam o desenvolvimento e manutenção da AT. Quanto às características do terapeuta, identificou que flexibilidade, experiência, honestidade, respeito, confiabilidade, fidelidade, interesse, atenção, amizade, calor e abertura são importantes para a formação da AT. Já as características da técnica que a influenciam a AT são: exploração, profundidade, reflexão, suporte, observação das terapias anteriores, interpretações acuradas, facilitação da expressão do afeto, postura ativa, assertividade, compreensão e atendimento das expectativas do paciente[38].

Em relação às características dos pacientes, foi identificado que pacientes com apego seguro apresentaram melhor AT, no entanto, a relação entre apego inseguro com AT foi incerta. Concluiu que a avaliação do estilo de apego no início da terapia pode indicar a força da AT durante o tratamento[39]. Outra RS avaliou o impacto das diferenças étnicas e culturais entre pacientes e terapeutas, destacando a importância do terapeuta considerar estes aspectos no atendimento de pacientes com culturas diferentes da sua[40].

Três RS avaliaram situações clínicas específicas, começando por um trabalho que identificou nos estudos examinados a da influência da AT no Manejo de Caso em

serviços de saúde mental[41]. Outra avaliou a AT entre a equipe de enfermagem e pacientes esquizofrênicos, identificou que ela influenciou os resultados, porém não foi determinante[42]. A terceira descreveu os efeitos positivos da AT na psicoterapia de pacientes com câncer, nos diferentes tratamentos oferecidos, que foram TCC, mindfulness e hipnose[43].

O surgimento de abordagens psiquiátricas e psicoterápicas pela internet permitiu a publicação de uma RS sobre o impacto da AT na "e-therapy". Esta consiste em serviços de saúde mental utilizando, e-mail, videoconferência, realidade virtual e chat. A análise dos 11 estudos permitiu a identificação de semelhanças nas propriedades da AT na psicoterapia tradicional e na e-therapy, apontando esta como alternativa de tratamento viável[44].

A maioria das RN e MA sobre os resultados da AT apresentaram suas revisões sobre os instrumentos para avaliação da AT em atendimento psiquiátrico secundário e suas propriedades psicométricas, no entanto um trabalho teve especificamente este fim[45]. Segundo Ardito e Rabellino, os instrumentos mais utilizados são: as escalas da Pennsylvania, como Helping Alliance questionnaire (HAq); as escalas de Vanderbilt, como Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS); as escalas de Toronto, como Therapeutic Alliance Rating Scale (TARS); Working Aliance Inventory (WAI); as escalas da California, como California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS); Therapeutic Session Report (TSR); Therapeutic Bond Scales (TBS); Psychotherapy Status Report (PSR); Agnew Relationship Measure (ARM); e Kim Alliance Scale (KAS)[22].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura e prática clínica destacam desde o surgimento das psicoterapias que a AT é um elemento importante do tratamento, dado reforçado pelas pesquisas. Cabe ao terapeuta de qualquer referencial procurar estabelecer uma boa AT, que representa uma relação de colaboração, envolvimento e respeito entre paciente e terapeuta desde o início do tratamento.

É importante frisar que a AT influencia a melhora de forma fraca-moderada, ou seja, existem uma série de outros aspectos que influenciam estes resultados, como aspectos próprios do paciente, como o diagnóstico psiquiátrico ou estruturação de relações objetais e aspectos do terapeuta.

Na prática clínica, não há dúvidas de que a AT é fundamental na psicoterapia de crianças e adolescentes. O menor efeito encontrado nos estudos pode representar que a AT apresenta propriedades diferentes daquelas encontradas na psicoterapia de adultos.

Os estudos que avaliaram estilo de apego e diferenças culturais mostram claramente aspectos que contribuem permanentemente com o funcionamento do paciente. Especialmente nestes casos, o terapeuta precisa usar sua flexibilidade e se ajustar a condições que são difíceis de se modificar, realizando seu trabalho que inclui a manutenção da AT.

A existência de uma revisão sobre AT na e-therapy apresenta uma situação com muito a ser explorada, que são os tratamentos pela internet. Surgem então questões ligadas ao funcionamento de uma nova forma de AT, a AT “online”.

A grande maioria dos estudos que estão incluídos nas revisões incluem somente psicoterapias, porém foram localizados estudos envolvendo Manejo de Caso e atendimento em serviço de saúde mental secundário. No entanto, não foram localizadas qualquer revisão que abordasse AT no atendimento farmacológico ou na internação hospitalar, como exemplo de outros tratamentos em saúde mental.

Ainda considerando a AT em outros settings, um estudo não incluído merece ser citado, pois se refere à AT entre o optomestrista e seu cliente[46]. O optometrista é um técnico em oftalmologia, profissão não reconhecida no Brasil. Os resultados seguem o que foi apresentado, onde AT é importante para o tratamento. Seguindo esta linha, estudos futuros poderão avaliar o quanto e como a AT influencia a resposta aos tratamentos médicos gerais e cirurgias, como exemplos.

Não existem ainda revisões que avaliem a AT nos estudos com somente uma dupla de paciente e terapeuta, que sãos os estudos que avaliam o processo do tratamento e que permitem avaliar aspectos sutis, impossíveis de serem avaliados da forma quantitativa tradicional. Esta área poderia ser explorada em revisões futuras, que certamente necessitarão de uma série de considerações metodológicas.

Este trabalho não abrangeu revisões da literatura impressa, nas dissertações e teses e na "literatura cinza", logo estes podem revelar bons trabalhos que auxiliem os clínicos e pesquisadores.

As RS e especialmente as MA apresentam uma série de outros aspectos metodológicos que devem ser considerados juntamente com o TE, mas fogem do escopo deste trabalho. Algumas ferramentas podem auxiliar o leitor tanto para entender

os artigos citados quanto outros, como o protocolo PRISMA[47] ou Cochrane Handobook[48].

A AT é um dos ingredientes reconhecidamente mais importantes na psicoterapia e tratamentos em saúde mental. A manutenção dela é algo que deve ser buscado durante todo o tratamento, ainda que existem outros aspectos que são responsáveis pela melhora dos pacientes, como o uso adequados da técnica, empatia e motivação do terapeuta e fatores externos da psicoterapia.

REFERÊNCIAS

1. Gomes F. A Aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: Ezirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2015. p 238-48.
2. Eizirik CL, Libermann Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV (editor). Psicoterapias: Abordagens atuais. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74–84.
3. Knapp P. Princípios fundamentais de terapia cognitiva. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 19-41.
4. Gabbard GO. Tratamentos em psiquiatria dinâmica: psicoterapia individual. In: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 79–102.
5. Freud S. A psicoterapia da histeria. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.2.

6. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.12.
7. Sterba RF. The fate of the ego in analytic therapy. Int. J. Psychoanal. 1934; 15:117–26.
8. Zetzel EF. Current concepts of transference. Int. J. Psychoanal. 1956; 37(4-5):369–76.
9. Curtis H. The concept of the theraputic alliance: Implications for the 'widening scope'. J. Am. Psychoanal. Assoc. 1979; 27(suppl):159–92.
10. Brenner C. Working Alliance, therapeutic alliance, and transference. J. Am. Psychoanal. Assoc. 1979; 27(suppl):136–58.
11. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. Consult. Psychol 1957; 21(2):95–103.
12. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. J. Consult. Clin. Psychol. 1993; 61(4):561–73.
13. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychother. Theory Res. Pract. 1979; 16(2):252–60.
14. Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In: JL Claghorn (editor) Successful psychotherapy. New York: Brunner/Mazeo; 1976. p.92–116.
15. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. J. Consult. Clin. Psychol. 1978; 46(5), 1023–35.
16. Hartley D, Strupp H. The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: Empirical Studies of psychoanalytic theories. Hillsdale: Erlbaum. 1983. p.1-38.

17. Marmar CR, Horowitz M, Weiss D, Marziali E. Development of therapeutic rating system. In: The psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford; 1986. p. 367–90.
18. Pereira MG. Introdução do artigo. In: Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p.41-56.
19. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 1990; 27(2), 143–53.
20. Catty J. 'The vehicle of success': theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. Psychol. Psychother.2004; 77(pt2):255–72.
21. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. Int. J. Soc. Psychiatry. 2004; 50(2): 115-28.
22. Ardito R, Rabellino D. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. Front. Psychol. 2011; 2:270.
23. Safran JD, Crocker P, McMain S, Murray P. Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 1990; 27(2):154–65.
24. Kivlighan DM, Shaughnessy P. Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. J. Couns. Psychol. 1995; 42(3):338–49.
25. Greenhalgh T. Artigos que resumem outros artigos (revisões sistemáticas e meta-análises). In: Como ler artigos científicos. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.134-53.

26. Cohen J. The significance of a product moment r_s. In: Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª edição. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988. p. 75-104.
27. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. J. Couns. Psychol. 1991; 38(2) 139–49.
28. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68(3), 438–50.
29. Horvath AO. The alliance. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2001; 38(4):365–72.
30. Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy. 2011; 48(1):9-16.
31. Sharf J, Primavera LH, Diener MJ. Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 47(4):637–45.
32. Diener MJ, Monroe JM. The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherapy. 2011; 48(3):237–48.
33. Del Re AC, Fluckiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 32(7), 642–49.
34. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71(3): 452–64.
35. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different

relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(1), 50–65.

36. McLeod BD. Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2011; 31(4):603–16.
37. Zack SE, Castonguay LG, Boswell JF. Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. Harv. Rev. Psychiatry. 2007; 15(6):278–88.
38. Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin. Psychol. Rev. 2003; 23(1):1-33.
39. Smith AEM, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(3), 326–37.
40. Vasquez MJT. Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. Am. Psychol. 2007; 62 (8):875–85.
41. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2003; 37(2): 169–83.
42. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. J. Adv. Nurs. 2005; 52(5):561–70.
43. Schnur JB, Montgomery GH. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(2) 238–47.

44. Sucala M, Schnur JB, Constantino MJ, Miller SJ, Brackman EH, Montgomery GH. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. J. Med. Internet Res. 2012; 14(4):e110.
45. Catty J, Winfield H, Clement S. The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 116(4), 238–52.
46. Kaplan S. The importance of the therapeutic alliance. J. Am. Optom. Assoc. 1998; 69(10):637–642.
47. Mother D, Liberati A, Tezlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009; 6(7).
48. Higgins, J. & Green, S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Colaboration; 2011.

OBJETIVOS

Justificativa

Diante das questões apresentadas na literatura, AT é um aspecto amplamente reconhecido com fundamental para a psicoterapia, como apontado pelas pesquisas. A CT por sua vez é um conceito bem conhecido na prática clínica, no entanto suas ligação dos resultados do tratamento e com a AT ainda é incerta.

Objetivos

Geral

Avaliar a relação entre CT e AT no início de psicoterapia psicodinâmica.

Específicos

Avaliar a correlação entre as dimensões de CT e AT;

Avaliar a correlação entre as dimensões de CT e os mecanismos de defesa, sintomatologia e funcionalidade;

Avaliar associação das dimensões de CT com diagnóstico principal, classe sócio-econômica, variáveis demográficas e variáveis clínicas.

RESUTADOS

Os resultados quantitativos deste trabalho estão apresentados na forma de um artigo, que está redigido em português e formatado de acordo com as exigências do local de submissão.

ARTIGO DE RESULTADO

Título: Contratransferência e aliança terapêutica no início de psicoterapia psicodinâmica de adultos.

Autores: Diogo de Bitencourt Machado, Stefania Pigatto Teche, Catherine Lapoli,

Beatriz Frank Tavares, Laura Sigaran Pio de Almeida, Pedro Vieira da Silva Magalhães, Cláudio Laks Eizirik.

Submetido à Trends in Psychiatry and Psychotherapy em outubro de 2014.

CONTRATRANSFERÊNCIA E ALIANÇA TERAPÊUTICA NO INÍCIO DE PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE ADULTOS

COUNTERTRANSFERENCE AND THERAPEUTIC ALLIANCE AT BEGINNING OF ADULT PSYCHOTHERAPY

Diogo Machado[1], Stefania Pigatto Teche[2], Catherine Lapoli[3], Beatriz Frank Tavares[4], Laura Sigaran Pio de Almeida[5], Pedro Vieira da Silva Magalhães[6], Cláudio Laks Eizirik[7]

[1] Psiquiatra. Mestrado em Ciências Médicas: psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brazil [2] Psiquiatra. Mestrado em Ciências Médicas: psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. [3] Psiquiatra e psicanalista. Departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Pelotas (DSM/UFPEL), RS, Brasil. [4] Psiquiatra. Doutorado em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. DSM-UFPEL, Pelotas, RS, Brasil. [5] Psiquiatra. Mestrado pelo programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, UCPEL, Pelotas, RS, Brasil. [6] Psiquiatra. Doutorado em Ciências Médicas: psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. [7] Psiquiatra e psicanalista. Doutorado em Ciência Médicas: psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

Contratransferência (CT) é um elemento importante da psicoterapia e sua compreensão é uma ferramenta essencial para o trabalho clínico do psicoterapeuta. Foi mencionada por Freud pela primeira vez em 1910, referindo-se à resposta psicológica do terapeuta ao paciente[1]. Nos últimos anos, passou a ter um lugar privilegiado na teoria e na técnica da psicoterapia e da psicanálise, evoluindo da concepção de ser apenas uma resposta da transferência do paciente para ser uma criação complexa e conjunta entre a dupla[2]. Embora a CT seja extensivamente discutida dentro do contexto psicanalítico e da teoria relacional moderna, há um aumento do reconhecimento da sua importância na relação terapêutica de outras técnicas psicoterápicas, como na terapia cognitivo-comportamental (TCC)[3]. Nas últimas décadas, a compreensão da contratransferência tem sido importante para a evolução de diferentes conceitos, como por exemplo o da identificação projetiva e do enactment[4], além das teorias do campo analítico e do conceito de intersubjetividade[5].

A aliança terapêutica (AT) designa a capacidade de estabelecer uma relação de trabalho entre o terapeuta e o paciente, em oposição às reações transferenciais regressivas e de resistência. Este conceito tem origem na psicanálise, porém está presente em qualquer relação médico-paciente, não apenas em psicoterapias[1]. A AT é reconhecida como essencial na TCC, onde um dos objetivos primários da psicoterapia é o estabelecimento de uma relação sólida, construída principalmente através de interesses comuns, empatia, confiança e genuinidade[6]. A AT é um dos conceitos de psicoterapia mais estudados na atualidade e a sua relação com o desfecho do tratamento é relevante[7-10].

Poucos estudos avaliaram a relação entre as características da CT e da AT. Um estudo com pacientes dependentes de cocaína identificou uma correlação

moderadamente alta entre sentimentos contratransferenciais positivos (relacionada a sentimentos agradáveis, como confiança) e a AT na versão do terapeuta, enquanto demonstrou uma fraca correlação entre sentimentos positivos e a AT na versão do paciente[11]. O segundo estudo, que avaliou a CT em terapeutas estudantes de psicologia, identificou uma correlação negativa de AT com uma CT positiva e também com uma CT negativa (relacionada a sentimentos desagradáveis, como raiva). Este estudo concluiu que sentimentos extremos de CT estão relacionados com uma menor AT[12]. O terceiro acompanhou pacientes com diferentes diagnósticos, em uma psicoterapia psicodinâmica manualizada, durante um ano de duração. Este estudo encontrou uma correlação positiva entre AT e CT positiva[13].

Gabbard afirma que as pesquisas apontam a AT como um fator influente no processo e no resultado do tratamento de diferentes psicoterapias e que a natureza da AT na fase inicial é o fator que melhor prediz o resultado do tratamento[14]. A CT, por sua vez, é um conceito amplo que pode ser estudado e compreendido sob diferentes aspectos. Estes aspectos estudam a CT desde um vértice positivo, no qual pode ser uma fonte de conhecimento sobre o paciente até um vértice negativo, no qual a CT pode se tornar um obstáculo no tratamento.

Neste estudo, o aspecto da CT avaliado envolve os sentimentos despertados no terapeuta durante a sessão. O objetivo principal é avaliar a correlação entre a AT e a CT no início da psicoterapia psicodinâmica, verificando se os sentimentos do terapeuta permitem a inferência das características da aliança. Como objetivos secundários, serão avaliados os mecanismos de defesa, a sintomatologia, o funcionamento, o nível sócio-econômico e alguns dados demográficos e clínicos.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal realizado em dois ambulatórios de psicoterapia psicodinâmica do Rio Grande do Sul, Brasil: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Departamento de Saúde Mental, ligado à Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo comitê de ética do HCPA (CAAE 25992213.8.1001.5327).

As avaliações foram realizadas entre março e junho de 2014. Em três momentos do período do estudo, os pesquisadores inqueriram aos terapeutas se estes estavam atendendo pacientes com os seguintes critérios: maiores de 18 anos, contrato de psicoterapia psicodinâmica realizado e estar entre o quarto e décimo encontro. A escolha do quarto encontro procurou definir um momento inicial da psicoterapia que acontece logo após a primeira fase de avaliação, que nesta modalidade costuma ser após duas ou mesmo três sessões[15] e o décimo foi um limite arbitrário.

Os atendimentos foram realizados pelo Sistema Único de Saúde. Os pacientes eram pessoas da comunidade que receberam encaminhamento para as triagens dos serviços. Os terapeutas eram residentes de psiquiatria do segundo, terceiro e quarto ano. Como parte da sua formação, os programas de residência incluem supervisões individuais com uso de entrevistas dialogadas, supervisões coletivas, seminários teóricos e seminários clínicos.

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através do e-mail. Após o aceite, os participantes receberam os questionários através de links do servidor de pesquisa Surveymonkey™.

Instrumentos aplicados aos terapeutas:

Escala de Avaliação da Contratransferência (EACT). Avalia a reação afetiva no início, meio e fim de uma sessão específica. São 23 emoções em uma escala de "0 a 3", onde "0" é "*ausente"* e "3" é "*muito"*. Formam três domínios que indicam os sentimentos que ligam o terapeuta ao paciente na sessão avaliada: *proximidade*, *distância* e *indiferença*. O domínio *proximidade* inclui curiosidade, interesse, simpatia, solidariedade, afeição, desejo de ajudar, alegria, tristeza, pena e atração. O domínio *distância* inclui desconforto, desconfiança, tédio, rejeição, desesperança, reprovação, acusação, irritação, medo e hostilidade. *Indiferença* é formada por desinteresse, distância e imobilidade. Foi desenvolvida a partir de um estudo qualitativo[16] e suas propriedades psicométricas foram avaliadas em um estudo com vítimas de trauma, onde as dimensões apresentaram α 0.72 a 0.88[17].

Avaliação Global do Funcionamento (AGF). Sistema de avaliação do DSM-IV-TR que oferece a descrição do nível geral do funcionamento do indivíduo e da intensidade de sintomas de "1 a 100", "1" representa casos de maior gravidade de sintomas e de funcionamento, enquanto "100" representa casos com funcionamento acima da média em algumas áreas e ausência de sintomas incapacitantes[18].

California Psychotherapy Alliance Scale, versão do paciente (CALPAS-P). É um instrumento que avalia a AT, sendo utilizado neste estudo a versão do paciente. terapeuta em 24 itens, em uma escala de "1 a 7", onde "1" é "absolutamente não" e 7 é "totalmente". Fornece um índice total que é formado pela soma das quatro dimensões da aliança: compromisso do paciente (CP), capacidade de trabalho do paciente (PWC), compreensão e envolvimento do terapeuta (TUI) e acordo em relação ao trabalho e estratégias (WSC)[19]. O α das quatro sub-escalas variou entre de 0.43 a 0.73 e a escala total teve α 0.83[20]. A versão do paciente foi traduzida e teve sua confiabilidade avaliada

para a população brasileira, com α entre 0.56 e 0.84 para as sub-dimensões e α 0.90 para a dimensão total[21].

Symptom Checklist (SCL-90-R). Avalia a sintomatologia psicopatológica. Os 90 itens são respondidos em escala uma de "0 a 4", onde "0" é "nem um pouco" e "4" é "extremamente". Permite a avaliação de nove dimensões de sintomas: somatização, obsessividade/compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranóides e psicoticismo. Apresenta três índices: Índice Global de Severidade (IGS), que representa o nível de sintomatologia; Total de Sintomas Positivos (TSP), que indica o número de tipos de sintomas presentes; e o Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos (IDSP), composto pela divisão do IGS pelo TSP para indicar a intensidade dos sintomas[22]. Esta escala foi adaptada para a população brasileira, com α variando de 0.73 a 0.88[23].

Defense Style Questionnaire (DSQ-40). Escala de "1 a 9", com "1" representando "discordo completamente" e "9" "concordo completamente", com 40 itens que avaliam 20 defesas psíquicas: antecipação, supressão, humor, sublimação, idealização, pseudo-altruísmo, formação reativa, anulação, projeção, negação, cisão, atuação, desvalorização, dissociação, somatização, deslocamento, racionalização, isolamento, fantasia autista e agressão. Por sua vez, as defesas se dividem em três categorias de defesas: maduras, neuróticas e imaturas[24]. Adaptada para a população brasileira[25].

Critério ABIPEME. Classificação sócio-econômica desenvolvida pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado com a finalidade de dividir a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo[26]. A classificação "A" indica as maiores rendas e "E" as menores rendas.

O diagnóstico principal dos pacientes foi realizado pelo terapeuta, de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

Análise estatística. O número de duplas de terapeutas e pacientes admitidos foram 30, que permitiu a observação de coeficientes de correlação 0.5, poder de 80% e nível de significância 0.05 bicaudal. A distribuição dos dados foi avaliada pelo método de Shapiro-Wilk. As diferenças entre os três domínios de CT e os três momentos da sessão (início, meio e final) foram realizadas através do teste de Friedman. A correlação entre as variáveis contínuas foi realizada através do teste de Pearson (r) e do teste de Spearman (ρ). A associação da CT com as variáveis categóricas dicotômicas foi realizada com o teste t independente ou de Mann-Whitney, este no caso de variáveis não-paramétricas. Para a comparação entre três ou mais grupos foi utilizado o teste ANOVA em uma via, precedida pelo teste de Levene para a verificação da homogeneidade das variâncias. Posteriormente, foi realizado teste de Tukey para identificar as diferenças entre os grupos. A comparação entre três ou mais grupos, no caso de variáveis não-paramétricas, foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

As características da amostra estão descritas na tabela 1.

Analisando a comparação entre os três domínios da CT, houve o predomínio de *proximidade* (posto médio [pm] = 2.97) em relação à *distância* (pm = 1.48) e à *indiferença* (pm = 1.65; qui-quadrado = 34,094, gl = 2, p = 0.0001). Em relação a diferenças de intensidade dos três momentos da sessão, foi verificada diferença de *proximidade* entre o início (pm = 2.08), meio (pm = 2.33) e final das sessões (pm = 1.58; qui-quadrado = 9,545, gl = 2, p = 0.08). Houve forte correlação entre *indiferença* e

distância (r = 0.71 e ρ = 0.76, ambos p = 0.001), não sendo verificada uma correlação desta última com *proximidade*.

A correlação entre a EACT e a CALPAS-P está descrita na tabela 2. Foi verificada uma correlação negativa moderada entre *distância* com o CALPAS-P total (ρ = -0.38, p=0.41) e o domínio PWC (ρ = -0.38, p = 0.41).

A tabela 3 apresenta a correlação entre EACT e as demais variáveis contínuas. Não foram verificadas correlações significativas com a idade do terapeuta, idade do paciente, AGF e SCL-90-R. Foram verificadas correlações moderadas significativas com algumas defesas apresentadas no DSQ-40, são elas: *proximidade* e supressão (ρ = 0.47), *distância* e cisão (ρ = 0.39) e *indiferença* e fantasia autista (ρ = -0.41).

A tabela 4 apresenta as comparações entre a EACT e as variáveis categóricas. Pode ser verificado que *proximidade* foi maior em terapeutas mulheres do que terapeutas homens. A *proximidade* também foi maior nos casos em que o paciente não usava medicação. Em duas análises que envolveram comparações de variáveis com mais de três categorias foram necessárias formações de clusters para dar condições ao teste.

A impressão do diagnóstico inicial foi agrupada em transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade, sendo encontradas diferenças de *proximidade* entre os três. O teste post hoc indica maior *proximidade* em transtorno de personalidade (F [2,27] = 3.92, p = 0.032) do que em transtornos do humor ou ansiedade. Quanto à classificação sócio-econômica, além da classificação B e C, foi formado um cluster entre Classificação D e E. Os resultados encontrados apontam para maior *indiferença* no cluster formado pela classe D e E, seguida por C, enquanto B

apresentou uma menor *indiferença*. Não foi verificada associação com gênero, estado civil e escolaridade do paciente, assim como a frequência das sessões.

Em relação aos três momentos da sessão, foram identificadas as seguintes correlações significativas: *distância* no meio com CALPAS total (ρ = -0.45), *distância* no meio com CALPAS PC (ρ = -0.41) e *indiferença* no meio com CALPAS PC (ρ = -0.40); idade do paciente com *indiferença* no início (ρ = 0.44); *distância* no final com AGF (ρ = -0.40); em relação às defesas, foram verificadas correlações de supressão com *proximidade* no início (ρ = 0.46) e no meio (ρ = 0.46), sublimação com *indiferença* no meio (ρ = 0.46), cisão com *indiferença* no final (ρ = 0.38), atuação com *indiferença* no final (ρ = 0.39), fantasia autista com *indiferença* no final (ρ = -0.44); em relação aos sintomas, somatização com *proximidade* no final (r = -0.38) e IDSP com *proximidade* no início (r = -0.39).

DISCUSSÃO

Foi encontrada uma relação inversa entre o domínio *distância* da CT e a AT vivenciada pelo paciente, especialmente o domínio que representa a capacidade de trabalhos do paciente, em uma fase inicial da psicoterapia. Estes resultados sugerem que a CT pode servir como uma fonte de avaliação precoce da AT, como já destacado em estudos prévios[11-13]. Na prática psicoterápica, estes resultados permitem inferir que sentimentos relacionados à distância por parte do terapeuta podem significar uma baixa AT ou pode estar representando a presença do mecanismo de defesa cisão.

A CT de *proximidade* foi predominante nesta amostra, no entanto, não houve a correlação inversa com *distância* e *indiferença*, que por sua vez apresentaram forte correlação entre si. Quando se observou a intensidade de cada domínios ao longo da

sessão, foi identificado que a *proximidade* aumentou com o passar da sessão e diminui no fim, padrão semelhante encontrado em um estudo com vítimas de trauma[27].

As análises que relacionaram a CT com a sintomatologia, com a funcionalidade e com as defesas apresentaram resultados discretos. Os três mecanismos de defesa, avaliados pelo DSQ-40, apresentaram-se significativos. A cisão apresentou relação direta com a *distância*, de forma que os pacientes que utilizaram esta defesa imatura podem provocar maior distanciamento por parte do terapeuta. Supressão é uma defesa madura e foi relacionada à *proximidade*, indicando que sua presença pode influenciar o terapeuta a apresentar sentimentos de envolvimento e afinidade. Quanto à defesa imatura fantasia autista, foi encontrada relação inversa com *indiferença*, permitindo a explicação de que a fantasia poderia atrair o terapeuta.

Considerando os diferentes momentos da sessão, dois índices de gravidade de sintomas apontaram para direções semelhantes. O IDSP apresentou relação inversa com *proximidade* e a AGF apresentou uma relação inversa com *distância*. Estes achados estão de acordo com um estudo que encontrou correlações moderadas e fortes da AGF com a CT negativa, descrita como sentimentos de rejeição, tédio, sobrecarga e inadequação[28]. Estes resultados indicaram que a gravidade do paciente pode provocar reações emocionais indesejadas no terapeuta, especialmente no final das sessões.

As terapeutas mulheres apresentaram maior *proximidade* total do que os homens. Diferenças entre o gênero do terapeuta e diferentes resultados de CT já haviam sido identificados em outros estudos. Um com mulheres vítimas de trauma demonstrou que somente no caso de terapeutas mulheres foi identificada a relação entre defesas maduras e *indiferença*[29].

A análise da CT em associação com a impressão do diagnóstico psiquiátrico principal demonstrou que pacientes com transtornos de personalidade provocaram maior *proximidade* do que os pacientes com transtornos de humor ou de ansiedade. Estes resultados foram contrários a estudos prévios que avaliaram as reações de terapeutas diante de vinhetas de pacientes. Estes estudos mostraram que as reações diante de pacientes com transtorno de personalidade borderline tinham maior intensidade de hostilidade do que diante de pacientes com depressão ou esquizofrenia[30,31].

O nível sócio econômico dos pacientes apresentou associação significativa com *indiferença*, em que pacientes da classificação "B" apresentaram menor *indiferença* do que "C" e do cluster formado por "D" e "E". Então, neste estudo os pacientes com menor nível sócio-econômico se relacionaram com maiores níveis de *indiferença* do que os pacientes com nível sócio econômico mais alto. O nível sócio-econômico parece influenciar as reações do terapeuta, como em um estudo no qual terapeutas assistiam vídeos com atores representando pacientes com níveis sociais distintos, encontrou o predomínio da CT chamada *domintante*, que se refere ao comportamento de uma pessoa que orienta, controla e influencia, frente ao vídeo de pacientes com classe econômica mais desfavorecida[32].

Este trabalho possui algumas limitações. O número amostral foi pequeno, estando relacionado à distribuição não-paramétricas da maior parte das variáveis e restringindo o uso de análises como a regressão linear múltipla, que seria uma forma adequada para a investigação de variáveis confundidoras. Talvez, esta limitação impediu que associações mais robustas ou outros resultados fossem verificados, visto que com análises não-paramétricas já houve associações significativas. O diagnóstico não foi realizado utilizando algum instrumento, o que diminuiu sua precisão. Nos

critérios de inclusão ocorreram duas situações que são possíveis fontes de viés, que foi o uso de questionários online, que incluiu somente pacientes usuários de internet e o convite para participação da pesquisa, que foi realizado pelos terapeutas, permitiu a possibilidade de que fossem convidados preferencialmente pacientes mais colaborativos e com melhor vínculo. O viés de aferição pode ter ocorrido em função da realização das avaliações em momentos que não são perfeitamente iguais, pois variaram da quarta à décima sessão. Em relação aos instrumentos, à EACT apresenta estudos de validação, no entanto suas propriedades merecem ser mais exploradas.

A CT apresenta uma vasta literatura teórica e escassas pesquisas clínicas[2]. A presença de revisões e meta-análises sobre o tema sugere que a CT está gradativamente fazendo parte dos tópicos de pesquisa em psicoterapia[33-37]. Trabalhos futuros poderiam investigar a parte da CT que pertence ao próprio terapeuta, chamada CT subjetiva e aquela que é provocada pelas características específicas do paciente, a CT objetiva[38], com intuito de explicar melhor como cada uma colabora com a CT. Há outros conceitos importantes que se relacionam com a CT e que poderão ser estudados, como exemplo, enactment, identificação projetiva, as alterações somáticas do terapeuta (como sonolência), CT vicariosa (provocada pelo atendimento de pacientes com altos níveis de estresse) e como os aspectos inconscientes dos terapeutas e pacientes interagem. Além de pesquisas quantitativas tradicionais, pesquisas que avaliam o processo da psicoterapia poderão aprofundar os conhecimentos ligados à CT e sua relação com o campo formado pelo paciente e terapeuta.

Portanto, CT pode ser um elemento utilizado para uma avaliação precoce do status da AT. Esta por sua vez, é um importante parâmetro para o resultado positivo da psicoterapia. Além disso, a CT pode fornecer pistas de alguns tipos de mecanismos de defesa e da gravidade do caso.

REFERÊNCIAS

1. Eizirik, C. L., Libermann, Z. & Costa, F. A Relação Terapêutica: Transferência, Contratransferência e Aliança Terapêutica. In: Psicoterapias: Abordagens Atuais, 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 74–83 (2008).
2. Gabbard, G. O. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. J. Clin. Psychol. 57, 983–991 (2001).
3. Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A. & Ahmed, M. Therapist Emotional Reactions and Client Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. Psychotherapy 49, 163–172 (2012).
4. Gabbard, G. O. Countertransference: the emerging common ground. Int. J. Psychoanal. 76, 475–485 (1995).
5. Eizirik, C. & Lewkowicz, S. Contratransferência. In: Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos teóricos e práticos, 3 ª edição. Porto Alegre: Artmed; 310-23 (2015).
6. Knapp, P. Princípios Fundamentais da Terapia Cognitiva. In: Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 17-39 (2007).
7. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. & Symonds, D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy. 48, 9-16 (2011).
8. Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin. Psychol. Rev. 23,1-35 (2003).
9. McCabe, R. & Priebe, S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. Int. J. Soc. Psychiatry 50, 115–128 (2004).

10. Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 47, 637–645 (2010).
11. Najavits, L. M. et al. Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. Psychotherapy 32, 669–677 (1995).
12. Ligiéro, D. P. & Gelso, C. J. Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 39, 3–11 (2002).
13. Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O. & Høglend, P. A. Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. Psychother. Res. 22, 12–25 (2012).
14. Gabbard, G. O. Tratamentos em Psiquiatria Dinâmica. In: Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 102-121 (2007).
15. Keidann, C. E. & Dal Zot, J. S. Avaliação. In: Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Práticos, 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 177-193 (2015).
16. Eizirik, C. L. et al. Observing Countertransference in Brief Dynamic Psychotherapy. Psychother. Psychosom. 56, 174–181 (1991).
17. Silveira Junior, E. de M. et al. Trauma and countertransference: development and validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS). Rev. Bras. Psiquiatr. 34, 201–206 (2012).
18. DSM-IV-TR. (2000).
19. Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Gaston, L. Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. Psychol. Assess. J. Consult. Clin. Psychol. 1, 46–52 (1989).

20. Gaston, L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—patient version. Psychol. Assess. J. Consult. Clin. Psychol. 3, 68–74 (1991).
21. Marcolino, J. A. M. & Iacoponi, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. Rev. Bras. Psiquiatr. 23, 88–95 (2001).
22. Derogatis, L. R. & Unger, R. Symptom Checklist-90-Revised. In: The Corsini Encyclopedia of Psychology. Wiley & Sons Inc. 1-2 (2010).
23. Laloni, D. T. Escala de avaliação de sintomas 90-R (SCL-90-R): Adaptação, precisão e validade. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (2001).
24. Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. The Defense Style Questionnaire. J. Nerv. Ment. Dis. 181, 246–256 (1993).
25. Blaya, C. et al. Brazilian–Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. Psychother. Res. 17, 261–270 (2007).
26. ABIPEME. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2008).
27. De Moura Silveira Jr, É., Polanczyk, G. V., Hauck, S., Eizirik, C. L. & Freitas Ceitlin, L. H. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? Rev. Bras. Psiquiatr. 33, 379–384 (2011).
28. Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis, S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. Compr. Psychiatry 48, 225–230 (2007).
29. Eizirik, M., Polanczyk, G., Schestatsky, S., Jaeger, M. A. & Ceitlin, L. H. F. Countertransference in the initial care of victims of sexual and urban violence: A qualitative-quantitative research. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul 29, 197–204 (2007).

30. Brody, E. M. & Farber, B. A. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 33, 372–380 (1996).
31. McIntyre, S. M. & Schwartz, R. C. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. J. Clin. Psychol. 54, 923–931 (1998).
32. Dougall, J. L. & Schwartz, R. C. The influence of client socioeconomic status on psychotherapists' attributional biases and countertransference reactions. Am. J. Psychother. 65, 249–265 (2011).
33. Singer, B. & Luborsky, L. Countertransference: the status of clinical versus quantitative research. In: Effective psychotherapy: Handbook of research. New York: Pergamon Press; 433-541 (1977).
34. Rosenberger, E. W. & Hayes, J. A. Therapist as Subject: A Review of the Empirical Countertransference Literature. J. Couns. Dev. 80, 264–270 (2002).
35. Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. Managing Countertransference. Psychotherapy 48, 88–97 (2011).
36. Machado, D. et al. Systematic Review of Studies of Countertransference in adults psychotherapy. Trends in Psychotherapy and Psychiatry (no prelo); (2015).
37. Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C. & Buchholz, M. B. Countertransference as object of empirical research? Int. Forum Psychoanal. 1–13 (2013).
38. Kiesler, D. J. Therapist countertransference: in search of common themes and empirical referents. J. Clin. Psychol. 57, 1053–1063 (2001).

Tabela 1 – Características demográficas da amostra

Terapeutas (17)	
Pacientes por terapeuta	1,7 (1-4)*
Idade	29,17 (5,7)**
Feminino	8 (47,05%)
Pacientes (30)	
Feminino	23 (76,7%)
Idade	33,6 (2,3)**
Em uso de medicação	22 (73,3%)
Frequência das sessões	
1/semana	24 (80%)
2/semana	6 (20%)
Estado civil	
Solteiro	20 (66,7%)
Casado	3 (10%)
União Estável	5 (16,7)
Separado	2 (6,7)
Escolaridade	
Superior completo	5 (16,7%)
Superior incompleto	11 (36,7%)
Médio completo	4 (13,3%)
Médio incompleto	5 (16,7%)
Fundamental completo	2 (6,7%)
Fundamental incompleto	3 (10%)
Classe sócio-econômica	
B	8 (26,7%)
C	18 (60%)
D	3 (10%)
E	1 (3,3%)
Impressão do diagnostico psiquiátrico principal	
Transtorno de humor	24 (80%)
Transtorno de ansiedade	4 (13,3%)
Transtorno de personalidade	2 (6,7%)

* média (amplitude); **média (desvio-padrão)

Tabela 2- Correlação entre contratransferência e aliança terapêutica

EACT	Proximidade	Distância[b]	Indiferença[b]
CALPAS-P			
Total	0.06[a]	-0.38[*]	-0.19
PC	0.08[a]	-0.31	-0.25
PWC	0.03[a]	-0.38[*]	-0.15
TUI	0.06[b]	0.01	0.12
WSC	0.07[b]	-0.21	-0.18

*p<0.05; a= r de Pearson; b= p de Spearman; CALPAS-P = California Psychotherapy Alliance Scale, versão do paciente; EACT = Escala de Avaliação da Contratransferência; PC = Patient Commitment; PWC = Patient Working Capacity Scale; TUI = Therapist Understanding and Involvement; WSC = Working Strategy Consensus Scale.

Tabela 3- Correlação entre contratransferência e variáveis continuas

EACT	Proximidade	Distância[b]	Indiferença[b]
Idade do paciente	-0.21[b]	0.33	0.26
Idade do terapeuta	0.17[b]	0.22	0.06
AGF	0.12[a]	-0.31	-0.12
DSQ-40			
Maduras	0.24[a]	-0.21	0.02
Neuróticas	-0.10[a]	-0.05	0.11
Imaturas	-0.22[a]	0.01	0.19
Antecipação	0.01[a]	-0.19	-0.08
Supressão	0.47[b*]	-0.78	0.15
Humor	0.03[b]	-0.23	-0.20
Sublimação	0.149[a]	0.23	0.32
Idealização	-0.20[a]	0.17	0.18
Pseudo-altruísmo	-0.08[b]	0.06	0.22
Formação reativa	0.06[a]	-0.12	0.01
Anulação	0.06[b]	-0.24	-0.23
Projeção	-0.13[b]	0.17	0.17
Negação	0.10[b]	-0.02	-0.05
Cisão	-0.19[a]	0.39[**]	0.31
Atuação	-0.09[b]	-0.03	0.19
Desvalorização	-0.05[a]	-0.09	-0.36
Dissociação	0.05[b]	0.01	0.13
Somatização	-0.09[b]	-0.02	0.17
Deslocamento	-0.06[a]	-0.01	-0.02
Racionalização	-0.17[b]	0.06	0.02
Isolamento	-0.17[a]	-0.03	0.06
Fantasia autista	-0.14[a]	-0.34	-0.41[**]
Agressão	-0.07[b]	-0.10	0.08
SCL-90-R			
IGS	-0.25[a]	0.04	-0.01
TSP	-0.15[b]	0.11	-0.01
IDSP	-0.30[a]	-0.17	-0.10
Somatização	-0.34[a]	0.14	0.08
Obssessividade/Compulsividade	-0.22[a]	0.02	-0.02
Sensibilidade Interpessoal	-0.25[a]	-0.11	-0.16
Depressão	-0.27[a]	0.03	-0.01
Ansiedade	-0.20[a]	-0.06	-0.10
Hostilidade	-0.18[a]	0.02	0.06
Ansiedade fóbica	-0.10[a]	0.14	0.01
Ideias paranoides	-0.16[a]	0.02	-0.11
Psicoticismo	-0.13[a]	-0.12	-0.13

*p<0.05; ** = p<0.01; a= r de Pearson; b= p de Spearman; AGF = Avaliação Global do Funcionamento; DSQ-40 = Defensive Style Questionnaire-40; EACT = Escala de Avaliação da Contratransferência; IDSP = Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos; IGS = Índice Global de Severidade; SCL-90 = Symptom Checklist-90; TSP = Total de Sintomas Positivos.

Tabela 4 – Associação entre contratransferência e variáveis categóricas

EACT	Proximidade	Distância	Indiferença
Gênero do terapeuta			
Homens	1.43 (0.43) [a]*	16.23[b]	15.70[b]
Mulheres	1.78 (0.34)	14.77	15.30
Gênero do paciente			
Homens	1.76 (0.29)[a]	16.23[b]	15.70[b]
Mulheres	1.55 (0.44)	14.77	15.30
Frequência semanal das sessões			
Uma	1.59 (0.41) [a]	15.50[b]	14.65 [b]
Duas	1.64 (0.47)	15.50	18.92
Uso de medicação			
Sim	1.49 (0.34) [a]*	17.39[b]	16.55[b]
Não	1.92 (0.45)	10.30	12.62
Impressão diagnóstica inicial			
Transtornos de Humor	1.57 (0.39) [c]*	15.90 [d]	15.10 [d]
Transtornos de Ansiedade	1.44 (0.34)	11.88	14.75
Transtornos de Personalidade	2.31 (0.11)	17.75	21.75
Classificação sócio-econômica			
B	1.46 (0.34)[c]	10.56 [d]	8.31 [d]*
C	1.70 (0.43)	16.89	17.36
D e E	1.45 (0.44)	19.12	21.50
Estado civil			
Solteiro	1.58 (0.46) [c]	15.72 [d]	15.22 [d]
Casado	1.85 (0.33)	10.17	17.50
União Estável	1.66 (0.22)	14.40	14.30
Separado	1.28 (0.35)	24.00	18.50
Escolaridade			
Superior completo	1.57 (0.56) [c]	12.50 [d]	15.80 [d]
Superior incompleto	1.59 (0.44)	17.95	18.14
Ensino médio completo	1.43 (0.29)	11.12	9.25
Ensino médio incompleto	1.71 (0.40)	15.00	16.40
Ensino fundamental completo	2.05 (0.15)	6.75	9.75
Ensino fundamental incompleto	1.46 (0.37)	24.00	16.00

*= $p<0.05$; a= teste-t independente, média (desvio padrão); b= Mann-Whitney, posto médio; c= ANOVA-uma via, média (desvio padrão); d= Kruskal-Wallis, posto médio; EACT = Escala de Avaliação de Contratransferência

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura mostru que existem uma série de evidências e questões em aberto sobre a CT e AT em psicoterapia. A AT é reconhecidamente uma parte fundamental para os tratamentos em geral, enquanto a CT seria um elemento que possui algumas peculiaridades, pois é fonte de informação sobre o mundo interno do paciente e também fonte de possíveis obstáculos para o tratamento, especialmente quando se refere a sentimentos intensos.

A AT é um dos conceitos da área mais estudados atualmente e possui papel de destaque como um dos elementos mais ligados aos resultados da psicoterapia, ainda que os detalhes de como esta relação ocorre ainda é incerto. O reconhecimento de que uma série de fatores influenciam a AT, como técnica, estilo de apego do paciente e diferenças culturais, sinalizam para sua complexidade.

A CT é um conceito muito utilizado em psicoterapia psicodinâmica e psicanálise, passando cada vez mais a fazer parte de outros referenciais, que podem se beneficiar pela ampla literatura clínica existente. A presença de pesquisas e consequentes RNs, RSs e MAs mostram que o conceito começou a ser investigado por métodos científicos e apresentar resultados quantitativos.

A pesquisa avaliou especialmente a relação entre os conceitos CT e AT no início da psicoterapia psicodinâmica de adultos. O principal resultado encontrado indica que os sentimentos do terapeuta que representam distância, como desconforto, tédio e reprovação, estão relacionados inversamente à qualidade da AT, especialmente o aspecto que se refere à capacidade de trabalho do paciente. Desta forma, a presença de fortes sentimentos de distância na mente do terapeuta, pode indicar ao terapeuta problemas com a AT. Um fator que pode influenciar este resultado e merece ser

considerado como potencial fator de confusão é o mecanismo defesa cisão, que apresenta relação direta distância.

Os achados secundários mostraram que a presença de diferentes categorias de CT, podem ser associadas a outros aspectos dos pacientes. Apesar dos achados deste estudo envolverem os mecanismos de defesa, os estudos revisados mostram que uma série de outras características podem influenciar a CT, como diagnóstico e padrão de transferência.

A pesquisa apresenta uma série de limitações que foram descritas no artigo de resultados, dentre elas um número amostral pequeno que impossibilitaria avaliar melhor as correlações investigadas e como elas interagem entre si. Mas a presença das correlações encontradas, indica que alguns destes fenômenos poderão ser confirmado em outros estudos.

Algumas possibilidades de estudos futuros sobre o tema seriam: 1) estudos longitudinais que poderiam avaliar a evolução dos aspectos estudados ao longo da terapia, assim como com os resultados do tratamento; 2) estudos que avaliem a parte da CT que pertence ao próprio terapeuta e a parte que pertence ao paciente, permitindo maior entendimento de como a CT se forma e como o terapeuta pode manejá-la; 3) estudos em laboratório de CT, como avaliação das reações emocionais dos terapeutas diante de atendimentos em vídeo ou em sala de espelhos; 4) pesquisas que avaliem constructos teóricos e técnicos que vão além da CT e AT propriamente dita, como enactment, identificação projetiva e campo analítico.

A CT e a AT são elementos importantes para a técnica da psicoterapia, como mostram este e os outros trabalhos referidos. Portanto são dois elementos que merecem atenção na prática diária, assim como devem ser tratados com atenção no ensino, supervisão e discussões clínicas.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos um grupo de pesquisadores do programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Departamento de Saúde Mental Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Em caso de qualquer dúvida, entre em contato com Dr. Diogo Machado pelos telefones 53-91558328, 53-33214003 ou pelo e-mail db_machado@yahoo.com. A equipe é coordenada pelo Dr. Cláudio Laks Eizirik (51-3224.4364). Este projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – UFRGS (51 33084085).

Estamos realizando a pesquisa chamada de "ESTUDO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE ADULTOS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ALIANÇA TERAPÊUTICA" com pacientes e terapeutas durante o início da psicoterapia, com o objeto de estudar aspectos que são importantes para este tipo de tratamento. Especificamente neste estudo, iremos observar as emoções dos pacientes e terapeuta e como ocorre esta interação.

Os pacientes participarão respondendo questionários que avaliam sintomatologia, funcionamento psicológico, aliança com terapia e com o terapeuta e nível sócio-econômico. Os terapeutas também responderão um questionário sobre a reação emocional na sessão com o paciente.

Caso concorde em participar, receberá em sua caixa de e-mail um link que direciona para um questionário que está armazenado em um servidor especializado em pesquisas (Surveymonkey^{TM}).

O tempo necessário para o preenchimento do questionário para pacientes é de cerca de 30 minutos, enquanto o dos terapeutas é cerca de 10.

Os riscos da participação são mínimos. Um risco fica por conta do uso de ferramentas virtuais, no entanto o servidor apresenta rígido controle contra invasões, conforme a declaração de segurança (https://pt.surveymonkey.com/mp/policy/security/). Além deste, existe algum desconforto com os questionários poderão causar e o tempo utilizado para esse fim.

Os dados serão tratados com sigilo e serão armazenados em um banco de dados sem identificação. Os dados serão examinados de forma coletiva e poderão ser publicados em revista especializada nacional ou internacional.

Terapeutas e pacientes não terão acesso às informações e o tratamento seguirá ocorrendo da mesma forma que vinha acontecendo, pois a pesquisa e ele são independentes um do outro.

O principal benefício desta será ajudar a implementar os conhecimentos ligados à prática da psicoterapia.

Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento.

Ficamos gratos pela sua atenção.

Se concordar em participar, marque o campo a seguir e receberá o questionário.

☐ **Li os termos, estou ciente que minha participação na pesquisa é voluntária e aceito participar respondendo os questionários.**

Porto Alegre, 1 de março de 2013

ANEXO 2

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA

Instruções: Avalie se, durante a realização da entrevista em si algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Faça um círculo ao redor do número que melhor expressa o que sentiu.

NADA.....0

POUCO.....1

MODERADAMENTE.....2

MUITO.....3

	no início	durante	no final
Curiosidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Interesse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Simpatia	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Solidariedade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Afeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desejo de ajudar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Alegria	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tristeza	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Pena	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Atração	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Desconforto	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desconfiança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tédio	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Rejeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desesperança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Reprovação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Acusação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Irritação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Medo	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Hostilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Desinteresse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Distância	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Imobilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

ANEXO 3

Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia
Versão do Paciente – (Calpas-P)

Indique em que medida as frases seguintes descrevem de modo geral a sua experiência em psicoterapia. Desconsidere se em um momento ou outro você tenha sentido diferentemente. Para marcar sua resposta, leia as seguintes perguntas atentamente e circule a alternativa que melhor corresponder à sua experiência.

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

2. Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

3. Quando seu terapeuta comentou a respeito de uma situação, isso lhe trouxe à mente outras situações parecidas em sua vida?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

4. Você sentiu que, mesmo que tivesse tido momentos de dúvida, confusão ou desconfiança, o todo da terapia valia a pena?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

5. Os comentários de seu terapeuta levaram você a acreditar que ele colocou as necessidades dele antes das suas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

6. Quando coisas importantes surgiram na sua mente, com que freqüência você se percebeu mantendo-as para você mesmo em vez de dividi-las com seu terapeuta?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

7. Você se sentiu aceito/a e respeitado/a por seu terapeuta por aquilo que você é?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma
solução imediata?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprio problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

18. Quanto você se encontrou pensando que a terapia não era a melhor maneira de obter ajuda para seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

19. O tratamento que você recebeu nesta sessão está em sintonia com suas idéias a respeito do que ajuda as pessoas em terapia?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

20. Você sentiu que esteve trabalhando em desarmonia ao seu terapeuta, que vocês não partilharam a mesma percepção de como proceder a respeito do que poderia ajudá-lo no que deseja?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

21. Quanto você se sentiu confiante de que, por seus próprios esforços e aqueles de seu terapeuta, você terá alívio de seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

22. Você teve a impressão de que esteve incapacitado de aprofundar o entendimento do que está incomodando você?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

23. Quanto você discordou de seu terapeuta a respeito de quais questões eram mais importantes trabalhar durante essa sessão?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

24. Quanto seu terapeuta ajudou você a conseguir um aprofundamento da compreensão dos seus problemas?

1 2 3 4 5 6 7
Absolutamente não totalmente

ANEXO 4

DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE (DSQ-40)

INSTRUÇÕES: **Este questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou erada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale a sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.**

1. **Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isto, eu fico deprimido**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
2. **Eu consigo não me preocupar com o problema até que eu tenha tempo para lidar com ele**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
3. **Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
4. **Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
5. **Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
6. **As pessoas tendem a me tratar mal**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
7. **Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada em vez de punida**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
8. **As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
9. **Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse Super-Homem**
   Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
10. **Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
11. **Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
12. **Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem pra mim**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

13. **Eu sou uma pessoa muito inibida**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
14. **Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a vida real**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
15. **Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
16. **Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo pra mim**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
17. **Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que com a vida real**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
18. **Eu não tenho medo de nada**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
19. **Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
20. **Eu fico francamente agressivo quando sou magoado**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
21. **Eu sempre acho que alguém que eu já conheço é como um anjo da guarda**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
22. **Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
23. **Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
24. **Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial e qualquer coisa que faça**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
25. **Eu poso controlar meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
26. **Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
27. **Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo que não gosto**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
28. **Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
29. **Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
30. **Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo m jeito de lidar com a situação**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

31. **Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

32. **Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

33. **Quando eu estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

34. **Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

35. **Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

36. **Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

37. **Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

38. **Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido e ansioso**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

39. **Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria das pessoas que tivessem o mesmo problema**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

40. **Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo**
    Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

ANEXO 5

SCL 90
SYMPTOM CHECK-LIST 90

Abaixo está uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes têm. Por favor, leia cada frase cuidadosamente e circule o número que melhor descreve o quanto você está preocupado com aquele problema na última semana. **Por favor, escolha apenas em número para ser circulado em cada frase.**

NA ÚLTIMA SEMANA O QUANTO VOCÊ SE PREOCUPO COM:

0 – Nem um pouco	1 – Um pouquinho	2 - Moderadamente	3 - Bastante	4- Extremamente

1) Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2) Nervosismo ou tremores internos	0	1	2	3	4
3) Pensamentos não desejados, palavras ou idéias que não deixam a sua mente	0	1	2	3	4
4) Desmaios e tonturas	0	1	2	3	4
5) Perda do interesse sexual ou prazer	0	1	2	3	4
6) Sentimento de ser criticado pelos outros	0	1	2	3	4
7) Idéias de que outras pessoas podem controlar sua mente	0	1	2	3	4
8) Sentimento de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
9) Dificuldade em lembrar coisas	0	1	2	3	4
10) Preocupado com desleixo e com sujeira	0	1	2	3	4
11) Sentir-se facilmente chateado ou irritado	0	1	2	3	4
12) Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
13) Sentir medo em espaços abertos ou na rua	0	1	2	3	4
14) Sentir-se sem energia ou lento	0	1	2	3	4
15) Pensamentos de terminar com sua vida	0	1	2	3	4
16) Ouvir palavras que os outros não ouvem	0	1	2	3	4
17) Tremores	0	1	2	3	4
18) Sentimento de que a maioria das pessoas não é confiável	0	1	2	3	4
19) Pouco apetite	0	1	2	3	4
20) Choro fácil	0	1	2	3	4
21) Sentir-se tímido ou desconfortável na presença de alguém do **sexo oposto**	0	1	2	3	4
22) Sentimento de ter sido pego ou caído em uma armadilha	0	1	2	3	4
23) Sentir medo sem motivo e repentinamente	0	1	2	3	4
24) Ataques de "nervos" que você não pode controlar	0	1	2	3	4
25) Sentir medo de sair da sua própria casa sozinho	0	1	2	3	4
26) Culpar-se a si mesmo pelas coisas	0	1	2	3	4
27) Dores nas costas	0	1	2	3	4
28) Sentir muita dificuldade para realizar as coisas	0	1	2	3	4
29) Sentir-se só	0	1	2	3	4
30) Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31) Preocupar-se muito pelas coisas	0	1	2	3	4
32) Perder o interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
33) Sentir-se temeroso	0	1	2	3	4
34) Ter seus sentimentos facilmente feridos	0	1	2	3	4
35) Outras pessoas saberem de seus pensamentos íntimos	0	1	2	3	4
36) Sentir que os outros não entendem ou não são solidários	0	1	2	3	4
37) Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você	0	1	2	3	4
38) Ter que fazer as coisas muito lentamente para ter certeza de estarem corretas	0	1	2	3	4
39) Sentir o coração "disparando"	0	1	2	3	4
40) Náuseas ou dores de estômago	0	1	2	3	4
41) Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
42) Dores musculares	0	1	2	3	4

NA ÚLTIMA SEMANA O QUANTO VOCÊ SE PREOCUPO COM:

0 – Nem um pouco	1 – Um pouquinho	2 - Moderadamente	3 - Bastante	4- Extremamente

43) Sentir-se observado ou sentir que os outros falam sobre você	0	1	2	3	4
44) Dificuldades em pegar no sono	0	1	2	3	4
45) Ter que checar uma ou várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
46) Dificuldades em tomar decisões	0	1	2	3	4
47) Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens	0	1	2	3	4
48) Dificuldade com a respiração	0	1	2	3	4
49) Calorões ou calafrios	0	1	2	3	4
50) Ter que evitar algumas coisas, locais ou atividades porque elas o amedrontam	0	1	2	3	4
51) Sentir um vazio na cabeça	0	1	2	3	4
52) Dormências ou formigamentos em partes do corpo	0	1	2	3	4
53) Uma bola na garganta	0	1	2	3	4
54) Sentir-se desesperançado sobre o futuro	0	1	2	3	4
55) Dificuldade de se concentrar	0	1	2	3	4
56) Sentir-se fraco em certas partes do seu corpo	0	1	2	3	4
57) Sentir-se tenso ou ligado	0	1	2	3	4
58) Sentir suas pernas ou braços pesados	0	1	2	3	4
59) Pensamentos sobre morte ou sobre morrer	0	1	2	3	4
60) Comer excessivamente	0	1	2	3	4
61) Sentir-se desconfortável quando as pessoas estão olhando ou falando sobre você	0	1	2	3	4
62) Ter pensamentos que são seus	0	1	2	3	4
63) Sentir o ímpeto de bater ou machucar alguém	0	1	2	3	4
64) Acordar muito cedo pela manhã	0	1	2	3	4
65) Ter que repetir as mesmas ações tocar, contar, lavar	0	1	2	3	4
66) Ter um sono que não é repousante ou que é perturbado	0	1	2	3	4
67) Ter o ímpeto de quebrar ou amassar coisas	0	1	2	3	4
68) Ter idéias ou crenças com as quais os outros não compartilham	0	1	2	3	4
69) Sentir-se autoconfiante com os outros	0	1	2	3	4
70) Sentir-se desconfortável com multidões como shopping ou no cinema	0	1	2	3	4
71) Sentir que tudo é um esforço	0	1	2	3	4
72) Calafrios de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73) Sentir-se desconfortável ao comer ou beber em público	0	1	2	3	4
74) Meter-se em discussões frequentes	0	1	2	3	4
75) Sentir-se nervoso quando é deixado só	0	1	2	3	4
76) Sentir que os outros não dão crédito as suas conquistas	0	1	2	3	4
77) Sentir-se só mesmo quando está com outras pessoas	0	1	2	3	4
78) Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar parado	0	1	2	3	4
79) Ter sentimentos de inutilidade	0	1	2	3	4
80) Sentir que coisas habituais são estranhas ou irreais	0	1	2	3	4
81) Gritar ou atirar coisas	0	1	2	3	4
82) Temer desmaios em público	0	1	2	3	4
83) Sentir que os outros vão tirar vantagem sobre você, se você permitir	0	1	2	3	4
84) Ter pensamentos sobre sexo que estão incomodando você	0	1	2	3	4
85) Pensamentos de que você deveria ser punido	0	1	2	3	4
86) Sentir-se pressionado para fazer as coisas	0	1	2	3	4
87) Pensamentos de que há algo de errado com seu corpo	0	1	2	3	4
88) Nunca se sentir próximo à outra pessoa	0	1	2	3	4
89) Sentimento de culpa	0	1	2	3	4
90) Pensamentos de que há algo errado com sua mente	0	1	2	3	4

ANEXO 6

Critério classificação sócio-econômico ABIPEME

Este questionário é sobre potencial de consumo, desenvolvido pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado

1 - Marque o grau de instrução do chefe da sua família:

( ) Analfabeto/ até 3a Série Fundamental
( ) 4a. Série Fundamental
( ) Fundamental completo
( ) Médio completo
( ) Superior completo

2 – Marque o número correspondente à quantidade de cada ítem descrito abaixo que você possui na sua casa:

Itens	Quantia				
	0	1	2	3	4
Televisores em cores					
Vídeo cassete/ DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					