

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO
INICIAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO**

MARIANA EIZIRIK

ORIENTADORA

PROFA. DRA. LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN

PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO
INICIAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO**

Mariana Eizirik

Orientadora

Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, 14 de Dezembro de 2007.

Ao Guilherme, pelo amor, por ser meu parceiro de vida, e me fazer tão feliz.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cláudio e Marisa, pelo amor, dedicação, e por serem um exemplo de ética e generosidade que vou trazer sempre comigo.

Ao meu irmão e à minha cunhada, Eduardo e Laura, pela amizade; à minha sobrinha Sofia, por me emocionar a cada encontro.

Aos meus avós, Moysés, Paulina, Maurício e Martha, pelo carinho e exemplo de amor à vida.

À minha analista, Anette Blaya Luz, por me ajudar a viver cada vez melhor.

À minha orientadora, Lúcia Helena Freitas Ceitlin, por enfrentar esta jornada comigo, pelo apoio, estímulo e confiança.

Ao professor Sidnei Schestatsky, pela importante e rica contribuição em praticamente todos os momentos deste trabalho.

Aos meus amigos, especialmente Fabiana Ritter, Cristiane Pires, Mariana Furtado e Érico Moura, por estarem sempre perto, com suas queridas companhias.

Aos meus sogros, Mário e Tânia, e ao meu cunhado, Rafael, pelo carinho.

À Equipe do NET-TRAUMA, principalmente Letícia Krueel, Laís Knijnik e Simone Hauck, pela colaboração.

Aos médicos residentes de Psiquiatria que aceitaram participar deste trabalho, dispondo de um espaço do seu tempo, em um momento difícil e trabalhoso, sempre acolhedores e dispostos a ajudar.

Às pacientes que participaram deste estudo, pela generosidade em contribuir para um projeto de pesquisa em uma situação de extremo sofrimento.

RESUMO

Introdução

O conceito de contratransferência foi introduzido por Freud e ampliado por outros autores, sendo compreendido como as reações emocionais despertadas pelo paciente no terapeuta. Tem papel central na teoria e na técnica psicanalíticas atuais por ser uma importante ferramenta para o entendimento do mundo interno e das comunicações do paciente, com influência no desenvolvimento da relação terapêutica e no desfecho do tratamento. A partir do reconhecimento da importância da mente do terapeuta e do campo terapêutico, tem sido discutida a associação entre características da pessoa real do terapeuta e a forma como é estabelecida a relação com o paciente. Do mesmo modo, características específicas dos pacientes, como ter sido vítima de trauma psíquico, são consideradas potenciais desencadeadoras de padrões contratransferenciais similares. A relevância do estudo dos sentimentos contratransferenciais despertados no atendimento de vítimas de trauma psíquico se justifica pela grande intensidade destes e pelo potencial destas reações emocionais se tornarem barreiras para o sucesso do tratamento quando não compreendidas pelo terapeuta.

Objetivos

Avaliar o padrão de expressão da contratransferência dos terapeutas durante o atendimento inicial de pacientes mulheres vítimas de trauma psíquico e a sua associação com características dos terapeutas e das pacientes, tais como o momento da consulta, o gênero do terapeuta, a natureza do trauma (violência sexual ou violência urbana) e o momento da violência sexual na vida das pacientes. Também foi investigada a associação entre o padrão contratransferencial e a presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e de sintomas depressivos atuais nas pacientes, escores em rastreamento para transtornos de personalidade e em escala de percepção da gravidade da doença nas pacientes e estilo defensivo utilizado pelas mesmas.

Métodos

Os estudos foram realizados no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-TRAUMA), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil. Os terapeutas eram médicos residentes do segundo ano de Psiquiatria do HCPA. No primeiro estudo, foi conduzida

uma avaliação qualitativa, a análise de conteúdo, associada a uma análise estatística, de 36 relatos de sentimentos contratransferenciais despertados no primeiro atendimento de pacientes mulheres, sendo 13 vítimas de violência sexual na infância, 15 vítimas de violência sexual atual, e 8 vítimas de violência urbana. Os relatos foram classificados em 6 grupos, conforme o gênero do terapeuta e a natureza do trauma. O segundo estudo teve a participação de 26 terapeutas, 11 homens e 15 mulheres. Foram incluídas nesta amostra todas as pacientes mulheres vítimas de violência sexual, tanto na infância quanto na idade adulta, atendidas no NET-TRAUMA durante dois anos consecutivos, totalizando 40 pacientes. Após a primeira consulta com a paciente, era solicitado ao terapeuta que preenchesse a Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT). Neste mesmo momento, era solicitado à paciente que preenchesse os instrumentos referentes aos fatores em estudo: a Escala Davidson de Trauma (EDT), a *Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale* (SAPAS), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), e a versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40). A Escala de Impressão Clínica Global (CGI) era preenchida após a consulta de triagem.

Resultados

Na análise dos relatos redigidos pelos terapeutas, observou-se predomínio de sentimentos de aproximação nos terapeutas de ambos os gêneros no atendimento de vítimas de violência sexual. Entre terapeutas mulheres, a natureza do trauma (sexual ou urbano) não influenciou os padrões contratransferenciais. Entre os terapeutas homens, a natureza do trauma influenciou de forma significativa a contratransferência, havendo um número elevado de sentimentos de distanciamento nos relatos de atendimentos de vítimas de violência urbana em relação àqueles atendimentos a vítimas de violência sexual na infância ($p=0,02$). No segundo estudo, os terapeutas apresentaram, da mesma forma, mais sentimentos de proximidade em relação às pacientes, que foram maiores no meio e no final das consultas ($p<0,001$), sem influência do gênero do terapeuta. Em uma sub-amostra estratificada para pacientes atendidas por terapeutas mulheres, identificou-se associação significativa entre maiores escores obtidos pelas pacientes na SAPAS e menos sentimentos de proximidade das terapeutas ($p=0,038$).

Conclusões

Estes estudos evidenciaram um predomínio de respostas contratransferenciais de proximidade em terapeutas jovens, no início da vida profissional, ao longo das primeiras consultas com

pacientes mulheres vítimas de violência sexual. Destaca-se a importância da utilização da contratransferência para a melhor compreensão dos pacientes, o que pode trazer benefícios ao tratamento e ao prognóstico destes, ressaltando-se a necessidade de que investigações continuadas sobre o tema sigam sendo desenvolvidas.

Descritores: contratransferência; trauma psíquico; violência sexual; violência urbana; psicoterapia.

ABSTRACT

Introduction

The concept of countertransference was introduced by Freud and expanded by other authors. It is understood as the emotional reactions triggered by the patient in the therapist. It is pivotal in the current psychoanalytic theory and technique since it is an important tool in understanding the patient's internal world and reportings, influencing the therapeutic relationship and the outcome of the treatment. From the acknowledgement of the importance of the therapist's mind and the therapeutic field, there has been a growing debate on the association between characteristics of the real person of the therapist and the way that the relationship with the patient is established. Likewise, specific characteristics of the patients, such as having been victim of a psychological trauma, have been considered potential triggers of similar patterns of countertransferential responses. The relevance of studying the countertransferential feelings triggered when seeing victims of psychological trauma is justified by their high intensity and by the possibility of such emotional reactions becoming barriers for a successful treatment when they are not understood by the therapist.

Objectives

To evaluate the therapists' countertransference during the first visit of women victims of psychological trauma, and its association with therapists' and patients' characteristics, such as the moment within the visit, the gender of the therapist, the nature of the trauma (sexual violence or urban violence) and the time when sexual violence occurred in the patient's life. The association between countertransference pattern and the presence of Post-Traumatic Stress Disorder symptoms and of depressive symptoms in the patients, scores in a screening of personality disorders and in a scale of perception of disease severity in the patients and the defensive style utilized by them were also investigated.

Methods

The studies were conducted at the Center for the Study and Treatment of Psychological Trauma (NET-TRAUMA), of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil. The therapists were second-year Psychiatry residents of HCPA. On the first study, a qualitative evaluation, the

content analysis, was performed, associated to a statistical analysis, of 36 reports of the countertransferential feelings aroused in the first visit of female patients. Thirteen patients were victims of sexual violence during childhood, 15 were victims of current sexual violence, and 8 were victims of urban violence. The reports were categorized into 6 groups according to the gender of the therapist and the nature of the trauma. Twenty-six therapists (11 males and 15 females) participated in the second study. All women victims of sexual violence, both during childhood and adulthood, seen at the NET-TRAUMA during two consecutive years were included in this sample, which totaled 40. After the patient's first visit, the therapist was asked to complete the Assessment of Countertransference Scale (ACTS). On the same visit, the patient was asked to complete the instruments regarding the factors in study: the Davidson Trauma Scale (DTS), the Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS), the Beck Depression Inventory (BDI), and the Brazilian Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). The Clinical Global Impressions Scale (CGI) was completed after the screening visit.

Results

In the analysis of the therapists' reports, a predominance of feelings of closeness was observed in therapists of both genders when caring for victims of sexual violence. Among female therapists, the nature of the trauma (sexual or urban) did not influence the countertransferential pattern. Among male therapists, the nature of the trauma significantly influenced countertransference, with increased number of feelings of distance toward victims of urban violence compared to victims of sexual violence during childhood ($p=0.02$). On the second study, the therapists showed, likewise, more feelings of closeness toward the patients, which were higher in the midpoint and in the end of the visits ($p<0.001$), without influence of the therapists' gender. In a stratified sample of patients seen by female therapists, there was a significant association between higher patients' SAPAS scores and less therapists' feelings of closeness ($p=0.038$).

Conclusions

These studies have showed a predominance of countertransferential reactions of closeness in young therapists, at the beginning of their professional lives, during the first visit of women victims of sexual violence. The importance of the use of countertransference for the

understanding of the patients is emphasized, as it can be beneficial for their treatment and prognosis; further investigation on the matter is of interest.

Keywords: countertransference; psychological trauma; sexual violence; urban violence; psychotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSQ	Defense Style Questionnaire
EACT	Escala para Avaliação da Contratransferência
EDT	Escala Davidson de Trauma
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NET-TRAUMA	Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico
SAPAS	Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

LISTA DE TABELAS

Artigo 1.

Tabela 1. Características demográficas das pacientes incluídas no estudo, de acordo com a natureza do trauma..... 52

Tabela 2. Frequência das unidades de análise nos relatos de terapeutas mulheres de acordo com o tipo de trauma sofrido pelas pacientes atendidas.....53

Tabela 3. Frequência das unidades de análise nos relatos de terapeutas homens de acordo com a natureza do trauma sofrido pelas pacientes atendidas.....54

Tabela 4. Comparação das frequências das unidades de análise de acordo com o gênero do terapeuta estratificada pela natureza do trauma vivenciado pelas pacientes.....55

Artigo 2. Versão em Português.

Tabela 1. Características demográficas das pacientes.....74

Tabela 2. Associação entre as médias dos escores de sentimentos de aproximação, afastamento e indiferença avaliados pela EACT e os fatores em estudo.....75

Tabela 3. Associação entre as médias dos escores de sentimentos de aproximação, afastamento e indiferença avaliados pela EACT e os fatores em estudo nas pacientes atendidas por terapeutas mulheres.....76

Artigo 2. Versão em Inglês.

Table 1. Demographic characteristics of the patients.....95

Table 2. Association between the mean scores of feelings of closeness, distance and indifference assessed by ACTS and the factors in study.....96

Table 3. Association between the mean scores of feelings of closeness, distance and indifference assessed by ACTS and the factors in study in the patients seen by female therapists.....97

SUMÁRIO

3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos	32

1 INTRODUÇÃO¹

1.1 Contratransferência

O conceito de contratransferência foi introduzido por Freud¹ em 1910, no trabalho *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, sendo então compreendida como consequência de conflitos e resistências do analista a partir do contato com o paciente, ou seja, um obstáculo ao tratamento. Nos 40 anos seguintes à conceituação inicial de Freud, estudos sobre a contratransferência praticamente não foram desenvolvidos. A publicação do artigo de Paula Heimann², *On Countertransference*, em 1950, é considerada um marco da ampliação deste conceito, que teve a contribuição de diversos autores, como Racker³, Winnicott⁴, Little⁵, Gitelson⁶ e Money-Kyrle⁷. Atualmente, existem três conceitos de contratransferência a ser considerados: clássico, totalístico e específico.

O conceito clássico a vê como algo alheio, decorrente dos conflitos neuróticos do analista, anormal no processo terapêutico e perturbadora do mesmo, em concordância com a descrição original de Freud^{1,8}.

O conceito totalístico foi proposto a partir do trabalho de Heimann². A contratransferência começou a ser entendida como possível ferramenta para o tratamento e para a compreensão do paciente, e concebida como todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente - um acontecimento normal no processo terapêutico, originado pelo paciente, e transmitido ao analista por identificação projetiva. Racker³ definiu a contratransferência como

¹ Partes desta seção foram publicadas como artigos de revisão. (ANEXOS 1 e 2)

"a totalidade da resposta psicológica do analista ao paciente" (p.127)³, uma combinação entre identificações concordantes (identificação de cada parte da personalidade do analista com a correspondente parte psicológica do paciente) e complementares (identificação do analista com os objetos internos do paciente).

Bion⁹ aprofundou o estudo do conceito totalístico a partir do entendimento do aspecto comunicativo da identificação projetiva, assim como da função continente do analista. Joseph¹⁰, seguindo o pensamento de Bion, apontou a utilidade do uso da identificação projetiva a partir das reações contratransferenciais geradas no analista para a melhor compreensão do mundo interno do paciente.

Pick¹¹ descreveu a importância da elaboração dos sentimentos contratransferenciais na mente do analista antes da interpretação. Questiona se a diferença entre a interpretação profunda e superficial não residiria "*no grau em que o analista elaborou internamente o processo no ato de dar a interpretação*" (p.50)¹¹. Da mesma forma, enfatiza-se a necessidade do analista tolerar a dor psíquica da contratransferência, experimentando as projeções do paciente em toda a sua intensidade. O fato do paciente observar como o analista lida com as projeções, sem ter a sua capacidade de pensar destruída por estas, poderá, por si só, produzir mudança psíquica^{12, 13}.

O terceiro conceito, chamado específico, denomina contratransferência as reações específicas do analista às qualidades particulares do paciente¹⁴. Segundo Eizirik¹⁵, "*a contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do self do paciente ou de suas fantasias está sendo colocada dentro da mente do terapeuta e provocando uma reação, idéia ou comportamento*" (p.33)¹⁵. Sentimentos pessoais do terapeuta, não relacionados à

transferência e às identificações projetivas do paciente, seriam considerados como transferências do terapeuta.

Ainda que existam diferentes concepções acerca do conceito de contratransferência, Gabbard¹⁶ ressalta que atualmente há consenso na sua grande utilidade para o entendimento do paciente. A importância do uso da contratransferência foi avaliada de forma empírica em um recente estudo, que evidenciou haver associação entre as habilidades do terapeuta em lidar com seus sentimentos contratransferenciais e o desfecho do tratamento¹⁷.

Têm-se discutido de forma crescente a influência de características da pessoa real do terapeuta, como o seu gênero, faixa etária e etapa do treinamento profissional, no tipo de relação transferencial-contratransferencial estabelecida¹⁸⁻²⁶. Neste sentido, destaca-se a relevância do ensino da contratransferência e da atenção a suas manifestações ao longo da formação de médicos psiquiatras. A compreensão e a discussão acerca da contratransferência dos residentes em Psiquiatria podem contribuir para a elaboração do sofrimento psíquico, além da ampliação das capacidades profissionais destes²⁷.

Da mesma forma, aspectos específicos dos pacientes, como suas diferentes psicopatologias, vêm sendo considerados potenciais desencadeantes de repostas contratransferenciais características^{21, 25, 28-30}. Os recentes estudos de Betan et al³¹ e Rossberg et al³² avaliaram a relação entre transtornos de personalidade e padrões contratransferenciais. Seus resultados indicam que as reações contratransferenciais dos terapeutas podem surgir de maneira constante a partir do atendimento de pacientes com sintomas e transtornos de personalidade específicos. Estes achados ressaltam a possibilidade e a importância de se identificar padrões

contratransferenciais despertados por pacientes com psicopatologias diversas. Sugerem também que o mesmo pode ocorrer no atendimento de pacientes que compartilham experiências, como história de trauma psíquico.

1.2 Trauma Psíquico

Trauma pode ser entendido como um *“acontecimento da vida que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica”* (p.678)³³.

O conceito de trauma desempenhou um papel significativo nas teorias iniciais de Freud³⁴. Ao descrever as neuroses traumáticas, aponta que *“estas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático (...) é como se os pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda estivessem enfrentando-a como tarefa imediata, não executada”* (p.325)³⁴. Insere ainda o trauma dentro do aspecto econômico dos processos mentais: *“uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que esta energia opera”* (p.325)³⁴.

Em *Além do Princípio de Prazer*, Freud³⁵ descreve o aparelho mental em relação com o meio externo e interno através da analogia com uma vesícula indiferenciada e suscetível a

estímulos. Esta vesícula seria destruída pelas poderosas energias oriundas do meio externo se não possuísse um escudo protetor, com a função de filtrar os estímulos e liberá-los, gradualmente e com menor intensidade, para as camadas mais internas da vesícula. Traumáticas seriam "*quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor*" (p.45)³⁵.

Garland³⁶ acrescentou ao entendimento das conseqüências do trauma na mente do indivíduo a relação deste com os seus objetos internos. A deterioração da identidade que ocorre após situações traumáticas estaria associada com uma falha na crença da proteção dos "bons objetos internalizados". O trauma acarretaria o recrudescimento de ansiedades e medos primitivos, somados às fontes externas destes sentimentos, gerando um colapso na maneira em que o indivíduo percebe o mundo, a si próprio e às suas organizações defensivas. O indivíduo traumatizado tentaria lidar com o evento externo relacionando-o com relações objetivas internas já conhecidas, com o objetivo de conferir algum significado a algo tão terrível. A ligação entre presente e passado (ou seja, evento do presente com significados perturbadores do passado) seria uma das causas das dificuldades na recuperação do indivíduo após a situação traumática³⁶.

Os efeitos de situações traumáticas sobre o psiquismo vêm sendo identificados e tratados com mais freqüência nas últimas décadas, após a Guerra do Vietnã e das duas Guerras Mundiais. Alguns sobreviventes passaram a apresentar sintomatologia característica, hoje reconhecida como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O diagnóstico de TEPT requer a exposição a um evento traumático que envolva morte ou ferimento grave, reais ou ameaçados, ou um risco à integridade física, própria ou de outros, com resposta de intenso medo, impotência ou horror. Os sintomas centrais incluem revivências, evitação e hiperexcitabilidade relacionados à

situação traumática, ou a estímulos que a evoquem, com duração superior a um mês³⁷. O TEPT costuma ser um transtorno crônico e incapacitante, freqüentemente associado a comorbidades psiquiátricas³⁸.

A prevalência mundial de TEPT na comunidade é bastante variável, de 37.4% na Argélia a 1.3% na Alemanha³⁹. É o quarto transtorno psiquiátrico mais comum na população geral, afetando aproximadamente 10.3% dos homens e 18.3% das mulheres ao longo da vida. Os traumas mais associados ao surgimento de TEPT em mulheres são estupro e abuso sexual³⁸. Estudos de prevalência mostram taxas de abuso sexual ao longo da vida variando entre 15% e 25% na população feminina⁴⁰.

Um estudo⁴¹ realizado em Porto Alegre investigou a prevalência de violência sexual entre adolescentes. Dentre 1193 entrevistados, 2.3% relataram ter sido abusados sexualmente ou estuprados e 4.5% afirmaram ter testemunhado um episódio de violência sexual contra outra pessoa. Ressalta-se que 27.9% dos adolescentes conheciam alguma vítima de violência sexual. A ocorrência deste evento traumático na infância ou adolescência tem um potencial impacto negativo no desenvolvimento emocional dos sujeitos. Está associado ao desenvolvimento de psicopatologias específicas na idade adulta, principalmente transtornos de personalidade e transtornos de humor⁴²⁻⁴⁶, assim como a relacionamentos interpessoais conflituosos, dificuldades parentais e re-traumatizações⁴⁶.

Shengold⁴⁷ descreveu, em relação aos traumas precoces, o conceito de *assassinato da alma*, definido como "*a destruição completa ou parcial do aparelho mental em desenvolvimento, ou até mesmo já desenvolvido, e do senso de identidade ("alma")*" (p.10)⁴⁷. Seriam aquelas

experiências traumáticas (superestimulações alternadas com privações) repetidas e crônicas, impostas intencionalmente sobre a vítima, sendo o tempo o fator mais importante na patogênese: quanto mais cedo ocorrer o trauma, mais provavelmente a criança será atingida e maior será o dano.

Conforme Moore e Fine⁴⁸, “*As circunstâncias ambientais e físicas prevalecentes por ocasião do trauma, a reação do indivíduo ao acontecimento antes que ao evento em si, as tentativas patológicas arcaicas para dominá-lo, e o apoio concedido pela auto-estima e por objetos ajudarão a determinar o desfecho*” (p.215-16)⁴⁸. Desta forma, o atendimento inicial às vítimas de trauma psíquico é fundamental para o tratamento posterior. A atitude do profissional, sua conduta frente ao paciente e o destino que dará aos seus próprios sentimentos poderão influenciar o encaminhamento do tratamento e seu prognóstico.

1.3 Contratransferência e Trauma Psíquico

O atendimento de pacientes vítimas de trauma é, potencialmente, uma fonte de sofrimento psíquico para o terapeuta, devido à grande carga emocional envolvida, assim como pela intensidade das reações contratransferenciais despertadas.

Neste contexto, a contratransferência “*é diferentemente estimulada em relação ao tratamento de pacientes com outras psicopatologias*” (p.466)⁴⁹. De saída, são grandes as demandas em relação ao terapeuta, entre elas a descrença dos pacientes de que possam ser ajudados, algo em geral frustrante para o narcisismo do profissional. Além disto, “*no esforço*

inconsciente de tornar ativo o que foi passivo, o terapeuta pode se sentir atacado pelo paciente de tal maneira que este assume o papel de agressor e o terapeuta se transforma na vítima" (p.467)⁴⁹. É comum, também, que ocorram sentimentos de culpa no terapeuta, por não ter experimentado situações semelhantes às vividas pelo paciente. Os terapeutas, para evitar a própria dor psíquica, podem se distanciar dos seus afetos através de mecanismos como negação, isolamento ou descrença.

Levando em conta o quão assustador pode ser o processo terapêutico, com o potencial de impasses, reações terapêuticas negativas, falhas e interrupções precoces, os terapeutas devem manter um cuidadoso exame das suas reações transferenciais e contratransferenciais⁵⁰⁻⁵².

A dissociação é um mecanismo defensivo de primeira linha para muitos pacientes traumatizados, distanciando-os de suas experiências afetivas. Os terapeutas são, às vezes, os primeiros a ter acesso a sentimentos dissociados como raiva, tristeza, vergonha e insegurança, que correm o risco de ser impulsivamente atuados se não reconhecidos e processados pela dupla. A experiência da dor do paciente permite ao terapeuta compreender sua realidade de forma profunda e intensa, o que, além do potencial de gerar respostas contratransferenciais poderosas, pode ter um efeito benéfico no estabelecimento da relação terapêutica⁵³.

A partir da importância da formação de uma aliança terapêutica precoce, as necessidades e desejos dos pacientes em relação à psicoterapia devem ser enfocados. Draucker⁵⁴, em um estudo qualitativo a respeito das necessidades de mulheres vítimas de violência sexual em um tratamento psicoterápico, mostrou que estas desejavam ter a oportunidade de entrar em contato com suas emoções e explorá-las com profundidade, em conjunto com um terapeuta que estivesse

comprometido com esta tarefa e que acreditasse nas suas capacidades de mudança. Conclui que: *"enquanto os clínicos e pesquisadores estão ocupados em determinar as técnicas mais efetivas, os pacientes estão preocupados com suporte, validação, cuidado e, principalmente, capacitação"* (p.8)⁵⁴.

A capacidade do paciente em adquirir autonomia sobre a sua vida é um aspecto importante na terapia do trauma. Os terapeutas, como defesa contra os sentimentos de vulnerabilidade despertados pelo contato com as histórias traumáticas, podem tentar assumir o papel de "salvador", o que implica na crença de que o paciente não é capaz de agir por conta própria. Tal atitude perpetua as sensações de incapacidade e constante ameaça vivenciadas pelas vítimas de trauma⁵⁵.

A sensação de vulnerabilidade despertada nos terapeutas pode ser considerada a reação contratransferencial mais ameaçadora⁵⁶. A crença de que as pessoas boas não serão vítimas de violência e que o mundo mantém uma certa ordem e previsibilidade sofre um grande abalo *"quando temos que nos defrontar com algumas das expressões máximas da destrutividade humana"* (p.311)⁵⁶.

Evidências clínicas e experimentais sugerem que os terapeutas têm reações contratransferenciais ao trauma diferentes dos sentimentos em relação ao paciente traumatizado⁵⁷. O paciente pode confundir a rejeição do terapeuta ao ato cometido contra ele como rejeição à sua *"conduta inadequada ou reações patológicas; e a compreensão disto, pelo terapeuta, pode transformar a rejeição em conexão empática"* (p.134)⁵⁷.

Outro aspecto a ser considerado é a reação à raiva dos pacientes. Dalenberg⁵⁸ sugere que, se o terapeuta conseguir modular sua raiva com empatia, poderá não apenas senti-la, como até revelá-la, sem expressar que o relacionamento sofreu um dano irreversível. O paciente poderá aprender, então, que existem relações contidas, carregadas de emoções, mas não necessariamente dominadas por hostilidade. Aprender que o *“grito de raiva do paciente pode significar um choro sofrido pode ajudar o terapeuta a evitar responder com contra-hostilidade”* (p.198)⁵⁸.

É fundamental para a recuperação do paciente tanto a construção de um ambiente seguro, para se desenvolver confiança mútua no processo terapêutico, quanto a capacidade de empatia sustentada, por parte do terapeuta, ao longo do tratamento⁴⁹. À medida que, neste novo e previsível contexto, vão se expressando diferentemente afetos e conteúdos, o trauma tem a possibilidade de ser entendido dentro de um novo sistema de significados. A capacidade para uma *“empatia genuína é condição sine qua non para permitir que o paciente perceba o contexto terapêutico como uma situação de segurança e de proteção, e o lugar propício para expressar ansiedade e sentimentos de vulnerabilidade”* (p.468)⁴⁹.

Garland³⁶ considera que a terapia oferece às vítimas de trauma um *“modo particular de entendimento, em um setting que oferece uma nova experiência de continência”* (p.30)³⁶. Não é uma tarefa fácil ao terapeuta exercer tal continência, já que envolve re-viver a experiência do trauma, com toda a carga emocional e sentimentos relacionados, como culpa, raiva e medo. O terapeuta deve tentar manter um equilíbrio delicado, estando suficientemente aberto às experiências do paciente para tentar compreender seu real estado, mas estável e seguro na técnica para não ser invadido por estas de modo a atrapalhar sua capacidade terapêutica³⁶.

Um fenômeno que vem sendo progressivamente estudado é a chamada traumatização vicária. É descrita como a experiência de reações psicológicas perturbadoras, dolorosas e prejudiciais, desenvolvidas em terapeutas que atendem pacientes gravemente traumatizados⁵⁹. Sabe-se que muitos terapeutas ficam tristes, deprimidos, desesperançados, desiludidos, irritados e intolerantes durante tais atendimentos. Entretanto, a traumatização vicária vai além dos efeitos psicológicos da empatia, sendo percebida como "*um processo contagioso, maligno, que pode trazer conseqüências graves aos profissionais*" (p.25)⁵⁹. Os sintomas podem ser temporários e leves, ou se tornarem graves e com duração prolongada.

À medida que as vítimas vão descrevendo os detalhes do seu trauma, estados paralelos de medo, desesperança e desgosto são evocados nos terapeutas. Estes ficam vulneráveis a pensamentos intrusivos e sonhos perturbadores em resposta aos relatos, ou incapazes de controlar sua raiva contra os agressores, se tornando "*hipercríticos contra o sistema, que permite que prossigam tais abusos e vitimizações*" (p.26)⁵⁹.

Segundo Crothers⁵⁵, "*pessoas que trabalham com vítimas de trauma podem experimentar efeitos psicológicos profundos, dolorosos e perturbadores, que podem persistir por meses a anos após os atendimentos*" (p.9)⁵⁵. O trauma pode ser contagioso e a equipe de atendimento se sentir "ameaçada vicariamente", como se fosse uma testemunha presente do mesmo, experimentando parte do terror, raiva e desespero dos pacientes. A equipe acaba compartilhando a experiência de impotência dos pacientes, o que a leva a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos e a não perceber os recursos e possibilidades dos pacientes. É importante que as vítimas possam compartilhar suas experiências com outros, sendo esta possibilidade uma pré-condição para a

restituição de um mundo com significado. A partir disto, fica evidente a necessidade da equipe de atendimento poder entrar em contato com o sofrimento e a realidade destes pacientes, ajudando-os a re-construir um mundo interno mais confiável e menos ameaçador⁵⁵.

A traumatização vicária vincula-se à contratransferência já que altera o *self* do terapeuta. Na medida em que vai ocorrendo um nível mais intenso de traumatização vicária, as respostas contratransferenciais podem se tornar mais fortes ou menos reconhecidas conscientemente pelo terapeuta. Tais interações podem causar resultados desfavoráveis ao tratamento, devendo o terapeuta permanecer atento às suas influências⁵³.

Schestatsky et al⁵⁶ descreveram as fortes reações emocionais de um membro da sua equipe após o atendimento de uma paciente vítima de violência sexual. Na ilustração clínica, a terapeuta relatou ter sentido raiva, revolta, angústia e impotência após o relato dramático da paciente - além de sintomas físicos, como náuseas e cefaléia. Sentiu-se aliviada somente após a redação da entrevista e da discussão do caso com os membros da equipe. Esta ilustração é um exemplo de outro fenômeno, o da chamada *traumatização secundária*, súbita reação adversa que pode ocorrer a partir do contato com pacientes traumatizados. É descrita por Figley⁶⁰ como a coerção emocional vivenciada por indivíduos que estejam em contato próximo com uma vítima de trauma, principalmente terapeutas e familiares.

Mesmo com o potencial de gerar sofrimento psíquico ao terapeuta, deve ser ressaltado que o processo primário de cura na psicoterapia de pacientes vítimas de trauma ocorre no contexto da relação terapêutica. O processo de construção da relação terapêutica é a terapia com

sobreviventes de trauma, sendo o *self* do terapeuta fundamental para que se estabeleça uma relação clara e aberta⁵³.

Reforça-se a importância do terapeuta que trabalha com vítimas de trauma não permanecer isolado. Supervisão continuada e discussão sistemática de casos com colegas são sugeridas, além do tratamento pessoal, que seria "*essencial para o autoconhecimento, auto-observação, e empatia pela vulnerabilidade de ser um paciente*" (p.25)⁵³. O grau de conforto e familiaridade que o terapeuta tem com o seu mundo interno, fantasias e afetos, principalmente experiências de agressão, sexualidade, raiva e tristeza, irão influenciar sua capacidade de acesso e compreensão das respostas contratransferenciais⁵³.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de um maior entendimento acerca das reações contratransferenciais despertadas no atendimento de vítimas de trauma psíquico. Tal entendimento, pelo potencial de gerar uma compreensão mais ampla dos pacientes, pode contribuir para o êxito do tratamento e para o prognóstico destes. Além disto, a possibilidade de compreensão e contextualização da contratransferência pelos terapeutas oportunizará a proteção e a prevenção da saúde mental dos mesmos.

2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1970:126-36.
2. Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950;31:81-4.
3. Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: Estudos sobre Técnica Psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982: 120-157.
4. Winnicott D. Hate in countertransference. *Int J Psychoanal* 1949;30:69-75.
5. Little M. Counter-transference and the patient's response to it. *Int J Psychoanal* 1951;32:32-40.
6. Gitelson M. The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int J Psychoanal* 1952;33(1):1-10.
7. Money-Kyrle. A contratransferência normal e alguns de seus desvios. *Int J Psychoanal* 1956;37:360-6.
8. Eizirik CL, Lewkowicz S. Contratransferência. In: Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2005:300-9.
9. Bion WR. O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
10. Joseph B. On understanding and not understanding: some technical issues. *Int J Psychoanal* 1983;64 (Pt 3):291-8.
11. Pick IB. Working through in the countertransference. *Int J Psychoanal* 1985;66 (2):157-66.
12. Carpy D. Tolerando la contratransferencia: Un processo mutativo. In: Libro Anual de Psicoanálisis. Londres; 1989:233-40.
13. Manfredi ST. Tendências atuais a respeito da contratransferência. In: As certezas perdidas da psicanálise clínica. Rio de Janeiro: Imago; 1998:134-44.
14. Sandler J, Holder A, Dare C. Basic psychoanalytic concepts. IV. Counter-transference. *Br J Psychiatry* 1970;117(536):83-8.
15. Eizirik CL. Entre a escuta e a interpretação: Um estudo evolutivo da neutralidade analítica. *Rev Psicanálise SPPA* 1993;1(1):19-42.

16. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 1995;76(3):475-85.
17. Gelso CJ, Latts MG, Gomez MJ, Fassinger RE. Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. *J Clin Psychol* 2002;58(7):861-7.
18. Viederman M. The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39(2):451-89.
19. Kernberg O. The influence of the gender of patient and analyst in the psychoanalytic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 2000;48(3):859-83.
20. Langs R, Rapp PE, Pinto A, Cramer G, Badalamenti A. Three quantitative studies of gender and identity in psychotherapy consultations. *Am J Psychother* 1992;46(2):183-206.
21. Goldfeld PRM, Wiethaeuper D, Bouchard MA, et al. Mental States and countertransference in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychother Research*, in press.
22. Bernardez T. Studies in countertransference and gender: female analyst/male patient in two cases of childhood trauma. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2004;32(1):231-54.
23. Mogul KM. Overview: the sex of the therapist. *Am J Psychiatry* 1982;139(1):1-11.
24. Zlotnick C, Elkin I, Shea MT. Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):655-9.
25. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996;33(3):372-80.
26. Hayes JA, Gelso CJ. Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *J Clin Psychol* 1991;47(2):284-90.
27. Cataldo Neto A, Krieger CA, Brito CLS, Diefenthaler EC, Furtado NR. Ensino da contratransferência na formação do psiquiatra. In: *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006:315-23.
28. Cornfield RB, Share IA. Countertransference in the treatment of the borderline personality. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17(4):851-61.
29. Holmqvist R, Armelius BA. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(11):660-6.

30. McIntyre SM, C SR. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998;54(7):923-31.
31. 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(5):890-8.
32. Rossberg J I, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:225-30.
33. Laplanche J, Pontalis JB. Trauma ou Traumatismo Psíquico. In: *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores; 1976:678-84.
34. Freud S. Fixação em traumas - o inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976:17-50.
35. Freud S. Além do Princípio de Prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976:17-50.
36. Garland C. Thinking about Trauma. In: *Understanding Trauma - A Psychoanalytical Approach*. London: Karnac; 1998:9-31.
37. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição. Texto Revisado*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
38. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048-60.
39. Davidson JR. Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (1):44-8.
40. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005;67:906-15.
41. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. *Rev Saude Publica* 2003;37(1):8-14.
42. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):258-64.

43. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):953-9.
44. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27(5):1101-19.
45. Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):184-90.
46. Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, et al. Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Trauma Stress* 2003;16(1):35-8.
47. Shengold LL. Maus tratos e privação na infância: assassinato da alma. Publicação CEAPIA 1999;12:7-26.
48. Moore B, Fine B. Trauma. In: *Temas e Conceitos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992:215-6.
49. Klain E, Pavic L. Countertransference and empathic problems in therapists/helpers working with psychotraumatized persons. *Croat Med J* 1999;40(4):466-72.
50. Pearlman LA, Saakvitne KW. Countertransference responses to incest. In: *Trauma and the therapist*. New York: W.W. Norton & Company; 1995:77-98.
51. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. *Eur Psychiatry* 2005;20(3):260-7.
52. Price JL, Hilsenroth MJ, Petretic-Jackson PA, Bonge D. A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2001;21(7):1095-121.
53. Pearlman LA, Saakvitne KW. The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: *Trauma and the therapist*. New York: W.W. Norton & Company; 1995:15-34.
54. Draucker CB. The psychotherapeutic needs of women who have been sexually assaulted. *Perspect Psychiatr Care* 1999;35(1):18-28.
55. Crothers D. Vicarious traumatization in the work with survivors of childhood trauma. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995;33(4):9-13.

56. Schestatsky S, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A vulnerabilidade do terapeuta e seu impacto sobre a função terapêutica. *Rev Bras Psicoter* 2003;5(3):307-17.
57. Dalenberg C. Countertransference struggles with blame and shame. In: *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000:115-44.
58. Dalenberg C. Countertransference responses to anger and perceived manipulation. In: *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000:173-98.
59. Blair DT, Ramones VA. Understanding vicarious traumatization. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996;34(11):24-30.
60. Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a contratransferência dos terapeutas durante o atendimento inicial de pacientes mulheres vítimas de trauma psíquico.

3.2 Objetivos Específicos

Estudar a relação entre o padrão contratransferencial desenvolvido pelos terapeutas e as seguintes variáveis:

- Momento da consulta.
- Gênero do terapeuta.
- Natureza do trauma sofrido pelas pacientes: violência sexual ou violência urbana (assalto ou perda de familiar vitimado por violência urbana).
- Momento da violência sexual na vida das pacientes: atual (nos últimos 3 meses), após os 18 anos de idade, mas há mais de 3 meses, ou na infância (ocorrida antes dos 12 anos de idade).
- Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático atuais nas pacientes.
- Sintomas depressivos atuais nas pacientes.
- Escore em escala de rastreamento para transtornos de personalidade nas pacientes.
- Estilo defensivo utilizado pelas pacientes.
- Escore em escala de percepção da gravidade da doença das pacientes.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes do estudo (terapeutas e pacientes) foram esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho, duração do envolvimento no estudo, confidencialidade, voluntariedade e desconfortos possíveis.

Foi solicitado aos terapeutas e às pacientes que aceitaram colaborar com a pesquisa que assinassem os termos de consentimento informado e esclarecido (Anexos 3 e 4). O sigilo e a privacidade dos participantes foram assegurados pelos autores do trabalho.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA (**protocolo número 05222**).

5 ARTIGO 1

CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO INICIAL DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E URBANA: UMA PESQUISA QUALITATIVA - QUANTITATIVA

COUNTERTRANSFERENCE DURING THE INITIAL CARE OF VICTIMS OF SEXUAL AND URBAN VIOLENCE: A QUALITATIVE - QUANTITATIVE RESEARCH

Mariana Eizirik¹, Guilherme Polanczyk², Sidnei Schestatsky³, Maria Amélia Jaeger⁴, Lúcia
Helena Freitas Ceitlin⁵

Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2007; 29(2):197-204

¹ Médica Psiquiatra - Mestranda em Psiquiatria, UFRGS.

² Médico Psiquiatra - Mestre em Psiquiatria, UFRGS.

³ Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS e do Serviço de Psiquiatria, HCPA - Coordenador do NET-TRAUMA, HCPA.

⁴ Psicóloga - Mestre em Psicologia, PUCRS.

⁵ Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS e do Serviço de Psiquiatria, HCPA - Coordenadora do NET-TRAUMA, HCPA.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a contratransferência dos terapeutas durante o atendimento inicial de pacientes mulheres vítimas de violência sexual ou urbana, investigando a influência do gênero do terapeuta e da natureza e momento do trauma.

Métodos: A amostra foi composta por 36 relatos redigidos por médicos residentes de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), oriundos do atendimento de 36 pacientes. Este estudo utilizou métodos qualitativos e quantitativos para a análise dos seus dados. Os relatos foram classificados em 6 grupos conforme o gênero do terapeuta e a natureza do trauma. Foi realizada a análise de conteúdo dos relatos. Associou-se uma análise estatística dos dados.

Resultados: Houve predomínio de sentimentos de aproximação nos terapeutas de ambos os sexos no atendimento de vítimas de violência sexual. Entre terapeutas mulheres, a natureza do trauma (sexual ou urbano) não influenciou os padrões contratransferenciais ($p=0.7$). Ao contrário, entre os terapeutas homens, a natureza do trauma influenciou de forma significativa ($p=0.044$) o padrão contratransferencial, havendo um número elevado de sentimentos de distanciamento nos relatos de atendimentos de vítimas de violência urbana.

Conclusões: Houve um predomínio de sentimentos de aproximação dos terapeutas de ambos os sexos no atendimento inicial de pacientes vítimas de violência sexual. Foi observado um predomínio de sentimentos de distanciamento nos terapeutas homens que atenderam vítimas de violência urbana. Mais estudos são necessários para uma melhor compreensão das relações terapêuticas nos atendimentos de vítimas de trauma psíquico.

Descritores: contratransferência; violência sexual; violência urbana; trauma psíquico; psicoterapia.

ABSTRACT

Objective: To assess therapists' countertransference during initial care of female victims of sexual or urban violence with the aim of investigating influence of therapist's gender, type and moment of trauma.

Method: The sample comprised 36 reports written by psychiatry residents of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) based on the care provided to 36 patients. This study used qualitative and quantitative methods of data analysis. Reports were classified into 6 groups according to the therapist's gender and type of trauma. A content analysis and a statistical analysis of the data were performed.

Results: Therapists of both genders presented a prevalence of feelings of closeness when providing care to victims of sexual violence. Among female therapists, type of trauma (sexual or urban) did not have an influence on countertransferential patterns ($p=0.7$). On the other hand, among male therapists, type of trauma had a significant influence ($p=0.044$) on countertransference, with a high rate of feelings of distance in the reports of care provided to victims of urban violence.

Conclusions: Therapists of both genders presented a prevalence of feelings of closeness when providing initial care to patients victims of sexual violence. Male therapists who provided care to victims of urban violence presented a prevalence of feelings of distance. Further studies are needed for a better understanding of therapeutic relationships in the care of victims of psychic trauma.

Keywords: Countertransference; sexual violence; urban violence; psychic trauma; psychotherapy.

INTRODUÇÃO

O conceito de contratransferência, introduzido por Freud¹ e ampliado por outros autores²⁻⁴, é central na teoria e na técnica psicanalítica atuais, que entendem os sentimentos despertados pelo paciente no terapeuta como ferramentas poderosas para a compreensão da comunicação e do mundo interno do paciente. A partir do reconhecimento crescente da importância da mente do terapeuta e do campo terapêutico estabelecido entre a dupla, novas teorias e pesquisas empíricas vêm sendo desenvolvidas⁵⁻⁷. Atualmente, a atenção sobre a contratransferência é ressaltada já no ensino médico, sugerindo-se a mesma como um instrumento importante no desenvolvimento de uma adequada relação médico-paciente - incluindo casos de tratamento basicamente farmacológico.

Gabbard⁸ ressalta haver atualmente consenso em considerar a utilidade da contratransferência no entendimento do paciente, sendo esta uma "criação conjunta" da dupla terapêutica. Mais ainda, têm-se discutido amplamente as características da pessoa real do terapeuta, como gênero, etapa de treinamento e faixa etária, que estariam associadas a padrões contratransferenciais constantes, e que teriam uma implicação direta na escolha de terapeutas conforme características da situação clínica e do paciente⁹⁻¹¹.

Estudos empíricos sobre contratransferência ainda não são comumente encontrados na literatura, embora sua importância fique clara no recente artigo de Betan et al¹². Através da análise fatorial de uma escala para avaliação de processos contratransferenciais, foram encontradas oito classes de reações distintas, independentes da orientação teórica do terapeuta, associadas com diferentes tipos de patologia de eixo II dos pacientes. Apesar da singularidade de cada dupla terapêutica, foram evidenciadas correlações significativas entre sentimentos contratransferenciais específicos e sintomas de transtornos de personalidade. Isto sugere que as repostas contratransferenciais podem surgir em padrões coerentes e previsíveis, fortalecendo seu uso na compreensão diagnóstica e no entendimento e tratamento dos pacientes. Os autores ressaltam a possibilidade e a relevância de mapear padrões contratransferenciais despertados por pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos ou naqueles que compartilham certas experiências, como história de violência sexual¹².

O estudo dos sentimentos despertados por pacientes vítimas de violência sexual mostra-se importante, já que além de intensos, muitas vezes estes sentimentos constituem-se como barreiras para o sucesso do tratamento¹³. Observa-se um crescente número de estudos

relacionados à violência e à abordagem terapêutica oferecida às suas vítimas, dentre os quais encontra-se ainda pouco referente à contratransferência.

Os terapeutas podem ser os primeiros a identificar, através de si mesmos, a raiva, o medo, a vergonha e a insegurança dos pacientes, já que estes, inicialmente, não costumam estar conscientes de suas experiências afetivas. São sentimentos muitas vezes intoleráveis e contraditórios, habitualmente reproduzidos e vividamente re-experimentados durante o tratamento pela dupla terapêutica, podendo atemorizar a ambos e criar impasses se não forem adequadamente reconhecidos e elaborados¹⁴. Vítimas de trauma estão super-representadas em situações de impasses ou de fracassos terapêuticos, tendo menores taxas de sucesso no tratamento quando comparadas a pessoas sem história de trauma¹⁵. Sabe-se que a probabilidade de ocorrência de impasse ao longo de um tratamento psicoterápico está relacionada às "*condições de ordem inconsciente que regem a dupla terapêutica*" (p.347)¹⁶, incluindo-se aqui a não compreensão dos processos transferenciais-contratransferenciais envolvidos¹⁵.

O momento da vida do paciente em que a situação de violência sexual ocorreu associa-se ao desenvolvimento de formas específicas de psicopatologia, principalmente transtornos de humor e transtornos de personalidade, o que poderia estar relacionado também a respostas contratransferenciais específicas¹⁷⁻²¹.

A violência é a segunda principal causa de mortalidade global do Brasil, que é o quarto país com maior prevalência de homicídios no mundo. A taxa de mortalidade por causas externas é 14.58%, sendo a taxa por 100.000 habitantes de homicídios dolosos 22, a de roubos 511 e a de estupro¹⁶²². Estudos de prevalência mostram taxas de abuso sexual ao longo da vida variando entre 15% e 25% na população feminina²³. Esta situação alarmante cria uma grande demanda para o serviço de saúde do país, principalmente para profissionais da área da saúde mental, que se vêem frente às vítimas diretas destas situações e aos seus familiares, reforçando a necessidade de estudos que enriqueçam a compreensão do tema. A possibilidade de entender as reações emocionais despertadas nestes contatos pode facilitar aos terapeutas o reconhecimento e manejo dos seus sentimentos contratransferenciais. Assim, haveria menores chances destes se tornarem obstáculos maiores para o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica adequada.

Considerando que o atendimento de vítimas de violência, especialmente de natureza sexual, se constitui em um desafio aos profissionais da saúde mental - sejam eles psiquiatras clínicos, psicoterapeutas ou psicanalistas - e que o número de pessoas expostas a estas situações vem aumentando dramaticamente, este estudo buscou avaliar as respostas contratransferenciais

despertadas nos terapeutas durante o atendimento inicial de pacientes vítimas de traumas psíquicos. Foi investigada a influência do gênero do terapeuta e da natureza e momento do trauma nestas reações. Tendo em vista a complexidade do fenômeno em estudo (contratransferência), optou-se pela combinação dos métodos de análise qualitativos e quantitativos, no sentido de ampliar a fidedignidade dos achados.

MÉTODO

Amostra

A amostra foi composta por 36 relatos redigidos por médicos residentes do segundo ano de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), oriundos do atendimento de 36 pacientes do sexo feminino atendidas no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-TRAUMA) do HCPA, durante nove meses consecutivos, nos anos de 2005 a 2006. Este ambulatório oferece atendimento aos pacientes vítimas de trauma psíquico encaminhados por serviços de atenção primária, secundária e terciária da cidade. Após a primeira consulta com a paciente, o terapeuta era solicitado a registrar de forma livre e anônima o que havia sentido durante o atendimento.

Os critérios de inclusão das pacientes foram: 1) sexo feminino; 2) vítimas de violência sexual até os 12 anos de idade (na infância) ou nos últimos 3 meses (atual) ou 3) vítimas de assaltos ou que tiveram familiar morto vitimado por violência urbana (outros traumas). Critérios de exclusão eram: 1) incapacidade de relatar a história de forma adequada; 2) presença de sintomatologia intensa que justificasse a indicação de internação psiquiátrica.

Restringiu-se a amostra deste estudo à população feminina pela pouca procura de pacientes homens por atendimento no NET-TRAUMA.

Análise de Conteúdo

Os relatos foram classificados em seis grupos conforme o gênero do terapeuta e a natureza do trauma (violência sexual na infância, violência sexual atual ou outros traumas) por um dos autores do estudo. Neste momento, foram excluídas dos relatos todas as menções feitas ao momento e à natureza do trauma, assim como ao gênero do terapeuta, sem prejuízo ao conteúdo destes. Posteriormente, outros três autores realizaram a análise de conteúdo dos relatos, de forma cega, sem conhecimento de suas classificações.

A análise de conteúdo²⁴ é uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos, ajudando a re-interpretar as mensagens e alcançar uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum²⁵. É constituída de cinco etapas: 1) preparação das informações (em que se seleciona o material a ser utilizado na pesquisa e se inicia o processo de codificação); 2) unitarização (quando são definidas as unidades de análise); 3) categorização ou classificação das unidades em categorias

previamente definidas pelos autores (quando os dados são agrupados considerando-se a parte comum existente entre eles, em um processo de redução e síntese); 4) descrição; 5) interpretação (etapa em que se discute os resultados, aprofundando-se a compreensão do material obtido). |

Iniciou-se a análise de conteúdo com a leitura do material, seguindo-se a divisão em unidades de análise, definidas como palavras representativas dentro de uma frase, como o exemplo: "*inicialmente, a paciente me despertou desesperança importante e muita pena, bastante desconforto também*", em que foram retiradas as palavras *desesperança*, *pena* e *desconforto*, como unidades de análise desta frase. Foi possível estabelecer duas categorias de interesse a partir dos sentimentos relatados, agrupando-se as unidades de análise em sentimentos de aproximação ou sentimentos de distanciamento. As unidades não caracterizadas por tais sentimentos foram desconsideradas.

Os processos de unitarização e categorização foram realizados individualmente por dois autores e, em um segundo momento, em conjunto, através de consenso. Na falta de consenso, a decisão foi tomada por um autor sênior, após discussão do material.

Análise Estatística

As características demográficas das pacientes, estratificadas pela natureza do trauma psíquico sofrido, foram comparadas através da ANOVA para variáveis contínuas (idade) e Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas (etnia, estado civil, escolaridade). Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparação das categorias de sentimentos entre gênero e natureza de trauma, seguido por um teste de comparações múltiplas, utilizando o programa Winpepi Módulo Compare2 versão 1.45. Foi considerado como estatisticamente significativo um valor de $p \leq 0.05$.

Questões Éticas

Pacientes e terapeutas não foram identificados em nenhum momento do estudo. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado e esclarecido. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

RESULTADOS

Durante o período de estudo, 36 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Destas, 13 eram vítimas de violência sexual na infância, 15 de violência sexual atual, e 8 eram vítimas de outros traumas. Todos os relatos dos sentimentos contratransferenciais descritos após as primeiras consultas de todas as pacientes foram incluídos neste estudo. A Tabela 1 apresenta as características demográficas das pacientes, não havendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O número total de unidades de análise destes relatos foi de 141, sendo que 98 corresponderam a sentimentos de aproximação, e 43, a sentimentos de distanciamento.

Foi investigada, em separado, a influência da natureza do trauma psíquico sobre o padrão contratransferencial de terapeutas do sexo masculino e feminino. Entre terapeutas do sexo feminino, a natureza do trauma não influenciou os padrões contratransferenciais encontrados ($p=0.7$) (Tabela 2). As seguintes vinhetas de atendimentos de pacientes com os três diferentes traumas, realizadas por terapeutas mulheres, ilustram os relatos. *"Senti apreensão por perceber que isso pode acontecer com qualquer pessoa, com desejo de que não tivesse ocorrido com a paciente"; "Senti confusão no início da sessão e, após, sensação de estar mexendo em um problema muito grande, de impotência e, ao mesmo tempo, satisfação por saber que conseguiria ajudar um pouco no meio de tanta confusão"; "Senti angústia, pena da paciente e raiva em relação ao responsável pelo trauma"; "Senti que a paciente se comportava como uma criança, tive vontade de cuidá-la e de, ao mesmo tempo, fazer com que ela voltasse a funcionar como antes do trauma. Também me despertou curiosidade e interesse"; "Inicialmente me despertou desesperança importante e muita pena, além de bastante desconforto. Ao longo da consulta, senti tristeza e vontade de ajudar, porém com uma grande sensação de imobilidade".*

Entre os terapeutas homens, a natureza do trauma influenciou de forma significativa ($p=0.044$) o padrão contratransferencial. Houve um número elevado de sentimentos de distanciamento nos relatos de atendimentos de pacientes vítimas de assalto ou com familiares mortos (55%). Quando comparada aos outros grupos (violência sexual atual e violência sexual na infância), tal frequência apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à frequência de sentimentos de distanciamento nos atendimentos de vítimas de violência sexual na infância (55% versus 14.3%; $p=0,025$), não apresentando diferença significativa em comparação

ao grupo de vítimas de violência sexual nos últimos três meses (55% versus 25%; $p=0,18$). (Tabela 3)

Seguem-se vinhetas de atendimentos realizados por terapeutas homens a vítimas de assalto ou que tiveram familiares assassinados: "*Senti impotência no início da sessão, que foi gradativamente aumentando, sendo que o fim da sessão foi um alívio para mim, como se pudesse voltar a viver sem saber que eventos tão trágicos são possíveis com qualquer um de nós. Senti um predomínio de impotência, com desesperança e um grande desespero*"; "*Senti imobilidade e sensação de choque com os detalhes do trauma, por vezes com sentimento de medo e preocupação pela vulnerabilidade das pessoas às tragédias*"; "*De início, a paciente causou certa antipatia, um certo distanciamento, talvez com dificuldade em me identificar com a situação e com a tendência a desvalorizar o sofrimento da paciente*".

Pelo que pode ser observado a partir das verbalizações acima, o impacto destes atendimentos acionou nos terapeutas homens sentimentos de impotência, desesperança e medo de estar sendo envolvido em uma situação além de sua capacidade de manejo, o que possivelmente despertou ansiedades mais profundas, de natureza confusional ou persecutória. Estas podem ter levado a atitudes de afastamento e estranheza para com as pacientes, rechaçando o perigo de maiores identificações.

Foi analisada a influência do gênero do terapeuta sobre os sentimentos contratransferenciais, estratificada pela natureza do trauma. Evidenciou-se que terapeutas do sexo masculino e feminino não apresentaram padrão de resposta contratransferencial significativamente diferente no atendimento de vítimas de violência sexual na infância ($p=0,30$) ou nos últimos 3 meses ($p=0,99$) e de vítimas de assalto ou pacientes que tiveram um familiar morto ($p=0,14$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo utilizou um método qualitativo, a análise de conteúdo, para avaliar as repostas contratransferenciais de terapeutas em formação no atendimento inicial de pacientes do sexo feminino vítimas de violência sexual e urbana. Os resultados mostram predomínio de sentimentos de aproximação quando comparados aos sentimentos de distanciamento nos relatos dos terapeutas. O atendimento de vítimas de violência urbana provocou, em terapeutas homens, um maior número de sentimentos de distanciamento do que o atendimento a vítimas de violência sexual na infância (55% versus 14.3%; $p=0.04$).

A exposição à violência sexual na infância está associada ao desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta^{17-19, 26, 27} que, de acordo com achados empíricos, evocaria repostas contratransferenciais específicas. Betan¹² encontrou associações significativas entre classes distintas de contratransferência e sintomas específicos de transtornos de personalidade, assim como Brody²¹ e McIntyre²⁰, que evidenciaram uma relação igualmente significativa entre o diagnóstico do paciente e o padrão contratransferencial. Em oposição a estes achados, Holmqvist²⁸ não evidenciou associações entre a organização de personalidade do paciente e os tipos de sentimentos do terapeuta, contribuindo para a discussão deste tema, ainda controverso.

Os resultados do presente estudo mostraram um predomínio de repostas contratransferenciais de aproximação, como interesse, empatia, tristeza, tanto em pacientes vítimas de violência sexual na infância como nos últimos três meses. Este achado pode estar relacionado à ocorrência de psicopatologia específica após violência sexual em mulheres adultas sem história de violência sexual na infância, conforme demonstrado por Faravelli²⁹. Esta associação excluiria a especificidade do momento do trauma no desenvolvimento de sintomas e transtornos e, conseqüentemente, na produção de reações características nos terapeutas.

O estudo de pacientes vítimas de traumas não sexuais deveu-se à hipótese de que haveria uma psicopatologia característica em pacientes vítimas de violência sexual, conforme o achado de Faravelli²⁹, com conseqüentes diferenças nos sentimentos contratransferenciais. Nossos achados revelaram um predomínio de sentimentos de aproximação em relação a todos os grupos de pacientes, independentemente da natureza do trauma e do gênero do terapeuta, com exceção das pacientes vítimas de trauma não sexual atendidas por terapeutas homens.

Há um número reduzido de estudos acerca da contratransferência no atendimento de pacientes vítimas de traumas não sexuais^{30, 31}, além da falta de dados que relacionem este tema

ao gênero do terapeuta. Uma hipótese a ser avaliada é a de que a predominância de sentimentos de distanciamento vivenciados pelos terapeutas homens no atendimento de vítimas de violência urbana, não sexual, esteja relacionada a uma sensação de vulnerabilidade, considerando a maior prevalência de crimes violentos contra homens no Brasil, o que não ocorreria em relação à violência sexual.

A influência do gênero do terapeuta no desenvolvimento da relação com o paciente e no tratamento vem sendo investigada com interesse crescente. Uma idéia comum entre muitos autores psicanalíticos é a de que não é o gênero "real" do terapeuta que irá influenciar de forma mais relevante o processo de tratamento, e sim suas capacidades técnicas, experiência profissional, aspectos de personalidade e autoconhecimento^{10,32,33}.

A relação da contratransferência com o gênero do terapeuta é tema central destas questões, visto sua importância na prática psicanalítica e psicoterapêutica. Estudos empíricos com pacientes portadores de diagnósticos específicos mostram resultados divergentes. Zlotnick³⁴ e McIntyre²⁰ não encontraram diferenças nos sentimentos contratransferenciais em função do gênero do terapeuta no atendimento de pacientes com transtornos depressivo maior e de personalidade borderline. Já Latts³⁵, em um estudo com pacientes vítimas de violência sexual, observou um predomínio significativamente maior de respostas de evitação nos terapeutas homens em comparação às terapeutas mulheres.

Um estudo realizado em nosso meio avaliou o estado mental e as respostas contratransferenciais de psicoterapeutas homens e mulheres após a leitura de vinhetas clínicas reais, sendo uma referente a um caso de estupro, e a outra, a um caso de luto. Foram identificadas reações contratransferenciais mais negativas após a leitura da vinheta do caso de estupro, sendo que as terapeutas mulheres mostraram-se mais reflexivas, e os terapeutas homens expressaram mais reações negativas, em ambos os casos³⁶.

Os resultados do presente trabalho apontaram para uma similaridade das respostas contratransferenciais entre os gêneros do terapeuta no atendimento de pacientes vítimas de violência sexual. Os achados de Latts³⁵, de que as terapeutas mulheres conseguiriam utilizar mais a empatia do que os terapeutas homens no atendimento destas pacientes, mesmo em contato com uma situação que lhes exporia de forma mais intensa ao sentimento de vulnerabilidade, não foram replicados na presente amostra.

É importante considerarmos que o relato feito pelo terapeuta ocorreu após o primeiro contato deste com a paciente e sua história, geralmente um momento de grande carga emocional para a dupla. Também é relevante o fato de serem todos terapeutas no início de sua formação profissional, com menos ferramentas para lidar com uma situação contratransferencial potencialmente difícil. Mesmo com estas características, que poderiam levar ao predomínio de respostas de distanciamento ou imobilidade, observou-se um maior número de relatos de sentimentos como curiosidade, desejo de ajudar, pena e interesse, em terapeutas de ambos os sexos. Pode-se supor que os terapeutas homens, assim como as terapeutas mulheres, conseguem utilizar a empatia de forma a modular a ansiedade despertada na contratransferência durante o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual.

É necessário entendermos os resultados no contexto das limitações do estudo. Trata-se de uma amostra clínica, com número reduzido de pacientes, atendidas por terapeutas em formação, em um programa dedicado ao tratamento de pacientes vítimas de violência. Estas características limitam a generalização dos resultados.

Em relação à etapa da formação profissional do terapeuta, há evidências de que esta se encontra associada à forma com que as reações contratransferenciais são manejadas²⁰. Em nosso estudo, todos os terapeutas apresentavam-se no mesmo momento da formação profissional, o que torna esta variável estável em todos os grupos. Quanto ao número de pacientes estudadas, ainda que reduzido, é preciso considerar que há barreiras importantes para que vítimas de violência sexual busquem tratamento, o que dificulta o estudo desta situação clínica.

Como se trata de uma situação de inegável impacto emocional cabe, também, destacar que o uso do instrumental teórico psicanalítico apresenta aqui particular relevância. Não somente pelo seu uso em um projeto de pesquisa, mas também pela possibilidade dos sentimentos contratransferenciais despertados serem discutidos em supervisão e utilizados como bússola para orientar o manejo terapêutico subsequente.

Utilizamos uma metodologia qualitativa, a análise de conteúdo, para que os relatos de sentimentos contratransferenciais – subjetivos – fossem entendidos com maior profundidade. Os instrumentos objetivos, embora relevantes, não são suficientes para captar a complexidade das experiências contratransferenciais, que acabam por ser reduzidas.

Este trabalho propõe-se a expor e discutir seus achados, levantando questões de pesquisa, sem o objetivo de comprovar os resultados obtidos, e nem de generalizá-los a outras populações. A compreensão adequada e profunda dos sentimentos contratransferenciais no

atendimento de vítimas de violência pode trazer benefícios significativos à formação dos terapeutas, enfatizando a presença de conceitos básicos da psicanálise, assim como ao tratamento e ao prognóstico dos pacientes. Considerando a escassez de estudos sobre este tema na população brasileira, sugerimos que investigações continuadas sejam realizadas, valendo-se de métodos qualitativos, quantitativos ou da união de ambos os enfoques, para seguir-se aprimorando o conhecimento nesta área de fenômenos tão complexos.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostram um predomínio de sentimentos de aproximação dos terapeutas de ambos os sexos no atendimento inicial de pacientes mulheres vítimas de violência sexual. A partir disto, consideramos que terapeutas homens, assim como terapeutas mulheres, são capazes de empatizar e sintonizar-se afetivamente com as pacientes neste momento do tratamento. Não foram observadas diferenças nas reações contratransferenciais em relação às pacientes vítimas de violência sexual em momentos distintos do desenvolvimento.

Foi identificado um predomínio de respostas de distanciamento nos terapeutas homens que atenderam pacientes vítimas de traumas não sexuais, relacionados à violência urbana. Pensamos que este achado pode dever-se ao sentimento de vulnerabilidade despertado nos terapeutas, em vistas da maior e crescente prevalência de violência urbana na população masculina. O presente estudo forneceu diversas questões de pesquisa que podem contribuir para investigações futuras.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
2. Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950;31:81-4.
3. Racker E. The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q* 1957;26:303-57.
4. Winnicott D. Hate in countertransference. *Int J Psychoanal* 1949;30:69-75.
5. Barros EM. Psychoanalysis and research. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):169-70.
6. Eizirik CL. Psychoanalysis and research. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):171-2.
7. Fonagy P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2nd ed. London: International Psychoanalytical Association; 2002.
8. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 1995;76 (Pt 3):475-85.
9. Viederman M. The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39(2):451-89.
10. Kernberg O. The influence of the gender of patient and analyst in the psychoanalytic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 2000;48(3):859-83.
11. Langs R, Rapp PE, Pinto A, Cramer G, Badalamenti A. Three quantitative studies of gender and identity in psychotherapy consultations. *Am J Psychother* 1992;46(2):183-206.
12. 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(5):890-8.
13. Eizirik M, Schestatsky S, Knijnik L, Terra L, Ceitlin L, H, F. Countertransference and psychic trauma. *Rev Psiquiatr RS* 2006;28(3):241-2.
14. Pearlman LA, Saakvitne KW. The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: *Trauma and the therapist*. New York: W.W. Norton & Company; 1995:15-34.

15. Dalenberg CJ. Countertransference and the treatment of trauma. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
16. Pires ACJ. Reação terapêutica negativa e impasse. In: Eizirik C, Schestatsky S, Aguiar R, eds. Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005:p. 329-49.
17. Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. Rev Bras Psiquiatr 2006;28(3):184-90.
18. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Arch Gen Psychiatry 2000;57(10):953-9.
19. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med 1997;27(5):1101-19.
20. McIntyre SM, C SR. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. J Clin Psychol 1998;54(7):923-31.
21. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. Psychotherapy 1996;33(3):372-80.
22. www.mj.gov.br/senasp/estatisticas/mapacrime/Mapacrime2004_2005.pdf.2004-2005. (Accessed 10/01/2006)
23. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. Psychosom Med 2005;67:906-15.
24. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
25. Moraes R. Análise de Conteúdo. Educação 1999;37:7-32.
26. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. Child Abuse Negl 2004;28(1):61-76.
27. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. Eur Psychiatry 2005;20(3):260-7.
28. Holmqvist R, Armelius BA. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. J Nerv Ment Dis 1996;184(11):660-6.

29. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1483-5.
30. Gunther MS. Countertransference issues in staff caregivers who work to rehabilitate catastrophic-injury survivors. *Am J Psychother* 1994;48(2):208-20.
31. Kinzie JD, Boehnlein JK. Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *Am J Psychother* 1993;47(1):90-102.
32. Mogul KM. Overview: the sex of the therapist. *Am J Psychiatry* 1982;139(1):1-11.
33. Eizirik CL. Masculinity, femininity and analytic relationship: countertransference issues. In: Alcorta Garza A, ed. *Psychoanalysis in Latin America*. Monterrey: Fepal; 1995.
34. Zlotnick C, Elkin I, Shea MT. Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):655-9.
35. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy* 1995;32(3):405-15.
36. Goldfeld PRM, Wiethaeuper D, Bouchard MA, et al. Mental States and countertransference in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychother Research*, in press.

Tabela 1. Características demográficas das pacientes incluídas no estudo, de acordo com a natureza do trauma.

	Violência sexual na infância (n=13)	Violência sexual atual (n=15)	Outros traumas (n=8)	
Idade - Média (DP)	40,15 (14,5)	29,71 (14,82)	37,62 (15,38)	p= 0,17*
Etnia - N (%)				
branca	12 (93)	13 (86.6)	7 (87.5)	p= 0,99**
negra	1 (7)	2 (13.3)	1 (12.5)	
Estado civil - N (%)				
casada	7 (53.8)	4 (26.7)	5 (62.5)	p= 0,21**
solteira/divorciada/ viúva	6 (46.2)	11 (73.3)	3 (37.5)	
Escolaridade - N (%)				
fundamental	5 (38.5)	7 (46.7)	4 (50)	p= 0,83**
médio/superior	8 (61.5)	8 (53.3)	4 (50)	

DP = Desvio Padrão; N = número absoluto; % = Frequência relativa; *ANOVA; **Teste Exato de Fisher.

Tabela 2. Frequência das unidades de análise nos relatos de terapeutas mulheres de acordo com o tipo de trauma sofrido pelas pacientes atendidas.

	<u>Unidades de Análise - N (%)</u>	
	Sentimentos Aproximação	Sentimentos Distanciamento
Violência sexual atual	32 (74,4)	11 (25,6)
Violência sexual na infância	27 (67,5)	13 (32,5)
Outros traumas	9 (75)	3 (25)

N= frequência absoluta de unidades de análise; %= frequência relativa.

Teste Exato de Fisher, p=0,7.

Tabela 3. Frequência das unidades de análise nos relatos de terapeutas homens de acordo com a natureza do trauma sofrido pelas pacientes atendidas.

	<u>Unidades de Análise - N (%)</u>	
	Sentimentos Aproximação	Sentimentos Distanciamento
Violência sexual atual	9 (75)	3 (25) ^{a,b}
Violência sexual na infância	12 (85,7)	2 (14,3) ^{a,c}
Outros traumas	9 (45)	11 (55) ^{b,c}

N= frequência absoluta de unidades de análise; %= frequência relativa.

Teste Exato de Fisher, $p=0.04$. Teste de comparações múltiplas:

a: $p>0,05$; b: $p>0,05$; c: $p=0,02$.

Tabela 4. Comparação das freqüências das unidades de análise de acordo com o gênero do terapeuta estratificada pela natureza do trauma vivenciado pelas pacientes.

Trauma Psíquico	Gênero do Terapeuta	Unidades de Análise - N (%)		
		Sentimentos Aproximação	Sentimentos Distanciamento	
Violência sexual atual	feminino	32 (74,4)	11 (25,6)	p=0,99
	masculino	9 (75)	3 (25)	
Violência sexual na infância	feminino	27 (67,5)	13 (32,5)	p=0,3
	masculino	12 (85,7)	2 (14,3)	
Outros traumas	feminino	9 (75)	3 (25)	p=0,14
	masculino	9 (45)	11 (55)	

N= freqüência absoluta de unidades de análise; %= freqüência relativa.

6 ARTIGO 2

6.1 Versão em Português

CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO INICIAL DE PACIENTES MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Mariana Eizirik¹, Sidnei Schestatsky², Letícia Kruehl³, Lúcia Helena Freitas Ceitlin⁴

Revista de submissão: Comprehensive Psychiatry

¹ Psiquiatra. Mestranda em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Psiquiatra. Psicanalista. Mestre em Saúde Pública Harvard School of Public Health. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS e do Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Coordenador do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-TRAUMA), HCPA.

³ Psicóloga, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

⁴ Psiquiatra. Mestre em Saúde Pública Harvard School of Public Health. Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS e do Serviço de Psiquiatria, HCPA. Coordenadora do NET-TRAUMA, HCPA.

RESUMO

Objetivos: Identificar os fatores independentemente associados aos sentimentos contratransferenciais dos terapeutas na primeira consulta de mulheres vítimas de violência sexual.

Métodos: Quarenta pacientes foram atendidas por 26 terapeutas, ao longo de 2 anos consecutivos, no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. Após a primeira consulta com a paciente, o terapeuta preenchia a Escala para Avaliação da Contratransferência. Neste mesmo dia, a paciente preenchia a Escala Davidson de Trauma, a *Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale* (SAPAS), o Inventário de Depressão de Beck, e a versão em português do *Defense Style Questionnaire*.

Resultados: Os terapeutas apresentaram predominantemente sentimentos de proximidade em relação às pacientes, que foram maiores no meio e no final das consultas em comparação ao início. Não houve influência do gênero do terapeuta no padrão contratransferencial. Na amostra estratificada para pacientes atendidas por terapeutas mulheres, identificou-se associação inversa entre os escores obtidos no rastreamento para transtornos de personalidade e os sentimentos contratransferenciais de proximidade.

Conclusões: Este estudo evidenciou que terapeutas de ambos os sexos mostraram-se predominantemente empáticos com pacientes mulheres vítimas de violência sexual.

Descritores: contratransferência; violência sexual; abuso sexual; trauma psíquico.

INTRODUÇÃO

O conceito de contratransferência foi introduzido por Freud¹ e ampliado por autores como Heimann², Racker³ e Winnicot⁴, sendo compreendido como as reações emocionais despertadas pelo paciente no terapeuta. É central na teoria e na técnica psicanalíticas atuais, por ser uma importante ferramenta para o entendimento do mundo interno e das comunicações do paciente, com influência no desenvolvimento da relação terapêutica e no desfecho do tratamento. Gabbard⁵ assinala que a contratransferência pode ser considerada como uma criação conjunta da dupla terapêutica, havendo atualmente consenso no seu uso para a compreensão do paciente.

A partir do reconhecimento da importância da mente do terapeuta e do campo terapêutico, têm-se discutido de forma crescente a associação entre características da pessoa real do terapeuta, como o seu gênero, e a forma como é estabelecida a relação com o paciente^{6,7}. Do mesmo modo, a partir de Winnicot⁴, características específicas dos pacientes, como suas diferentes psicopatologias, começaram a ser consideradas como potenciais desencadeadoras de respostas contratransferenciais constantes^{8,9}.

Os estudos de Rossberg et al¹⁰ e Betan et al¹¹ ilustram pesquisas recentes que têm abordado a relação entre padrões contratransferenciais e transtornos de personalidade. O primeiro estudo¹⁰ mostrou haver diferenças nas reações contratransferenciais dos terapeutas que atenderam pacientes com transtornos de personalidade diversos, além da relação entre sentimentos contratransferenciais e curso do tratamento. O estudo de Betan et al¹¹ evidenciou correlações significativas entre padrões contratransferenciais específicos e sintomas de transtornos de personalidade. Isto sugere que estas respostas podem surgir de forma coerente e previsível, o que fortalece o seu uso na compreensão diagnóstica e no tratamento dos pacientes. Os resultados destes dois trabalhos reforçam a possibilidade e a importância de identificar padrões contratransferenciais despertados por pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos, ou dos que apresentam experiências traumáticas prévias, como história de violência sexual.

A relevância do estudo dos sentimentos contratransferenciais despertados no atendimento de vítimas de violência sexual se justifica pela grande intensidade destes. Mais ainda, pelo potencial destas reações emocionais se tornarem barreiras para o sucesso do tratamento, quando não compreendidas pelo terapeuta¹². Sabe-se que impasses e fracassos terapêuticos são bastante comuns no atendimento de vítimas de traumas psíquicos¹³.

Os terapeutas podem ser os primeiros a identificar, em si mesmos, sentimentos como medo, vergonha e desamparo dos pacientes, já que estes, inicialmente, nem sempre conseguem acessar suas experiências afetivas. Por serem sentimentos muitas vezes intensos e até intoleráveis, podem atemorizar a dupla terapêutica, levando a impasses se não reconhecidos e elaborados¹⁴.

A ocorrência de abuso ou violência sexual na infância pode estar associada ao desenvolvimento de psicopatologias específicas, principalmente transtornos de humor e de personalidade, o que poderia estar relacionado também a respostas contratransferências específicas^{8, 9, 15-17}. Um dos possíveis mediadores do surgimento destes transtornos é o uso de mecanismos de defesa mais imaturos pelas vítimas, fenômeno comumente relacionado a este trauma^{18, 19}.

Estudos de prevalência revelam taxas de abuso sexual ao longo da vida variando entre 15% e 25% na população feminina¹⁵. O atendimento destas pacientes gera grande sobrecarga aos profissionais da saúde, principalmente da saúde mental, que se vêem frente a situações de forte impacto emocional, impelidos a lidar com sentimentos contratransferenciais intensos e muitas vezes incompreensíveis. A possibilidade de aumentar a compreensão acerca da contratransferência que emerge destes contatos pode facilitar aos terapeutas o reconhecimento e a elaboração dos sentimentos despertados, o que levaria a menores chances destes se tornarem obstáculos ao entendimento das pacientes.

Neste estudo, avaliamos os sentimentos contratransferenciais dos terapeutas na primeira consulta de pacientes mulheres vítimas de violência sexual em um programa ambulatorial de atendimento a vítimas de traumas psíquicos. Nosso objetivo foi avaliar se os seguintes fatores se mostravam independentemente associados à contratransferência dos terapeutas: momento da consulta, gênero do terapeuta, momento da violência sexual na vida das pacientes, presença de sintomas depressivos e de sintomas de TEPT nas pacientes, escores em escala de percepção da gravidade da doença e em rastreamento para transtornos de personalidade nas pacientes, e estilo defensivo utilizado pelas mesmas.

MÉTODO

Local de realização

O estudo foi realizado no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-TRAUMA), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil. O NET-TRAUMA é um programa destinado ao atendimento de pacientes vítimas de traumas psíquicos, encaminhados por serviços de atenção primária, secundária e terciária de Porto Alegre. O atendimento faz parte do treinamento de médicos residentes do segundo ano de Psiquiatria do HCPA, em um estágio com duração de 6 meses. Inicialmente, é realizada uma consulta de triagem pelo médico residente de Psiquiatria do terceiro ano, sendo então os pacientes encaminhados para o terapeuta responsável por seu tratamento, que tem, em média, a duração de 6 consultas semanais. O tratamento consiste de uma abordagem psicodinâmica breve da situação traumática, associada, quando necessário, a técnicas cognitivo-comportamentais e ao manejo farmacológico. Além disto, é realizada avaliação e orientação familiar.

Após a primeira consulta com a paciente, era solicitado ao terapeuta que preenchesse a Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT)²⁰. Neste mesmo dia, era solicitado à paciente que preenchesse os seguintes instrumentos: a Escala Davidson de Trauma (EDT)²¹, a *Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale* (SAPAS)²², o Inventário de Depressão de Beck (BDI)²³, e a versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40)²⁴. A Escala de Impressão Clínica Global (CGI)²⁵ era preenchida por um psiquiatra independente, na consulta de triagem.

O estudo teve a duração de dois anos, entre agosto de 2005 e setembro de 2007.

Participantes

Os terapeutas eram médicos residentes do segundo ano de Psiquiatria do HCPA, tendo participado do estudo 26 terapeutas, 11 homens e 15 mulheres. A média de idade destes foi de 27 anos (DP 3,4). Dentre os 40 atendimentos realizados, 26 foram por terapeutas mulheres (65%) e 14 por terapeutas homens (35%). Oitenta por cento dos terapeutas referiram ter atendido, previamente, pelo menos uma vítima de violência sexual.

Foram incluídas na amostra todas as pacientes mulheres vítimas de violência sexual, tanto na infância quanto na idade adulta, atendidas no NET-TRAUMA entre agosto de 2005 e setembro de 2007, totalizando 40 pacientes. O único critério de exclusão era haver indicação de internação psiquiátrica, por risco de suicídio ou psicose.

Instrumentos

A contratransferência dos terapeutas foi investigada através da Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT)²⁰ (Anexo 5). Esta escala lista 23 sentimentos contratransferenciais frequentes, divididos em 3 grupos: sentimentos de aproximação (10 itens), sentimentos de afastamento (10 itens) e sentimentos de indiferença (3 itens). O terapeuta pontua a intensidade de cada sentimento em uma escala tipo *likert* de 0 (não sentiu nada) a 3 (sentiu muito) no início, meio e final da consulta, resultando em um escore médio para cada momento da consulta e em um escore global (média dos escores dos 3 momentos) para cada grupo de sentimentos. É uma escala de rápido preenchimento, factível em um ambiente de atendimento clínico e de ensino.

A presença de sintomas de TEPT e de depressão foi medida através da Escala Davidson de Trauma (EDT)²¹ (Anexo 6) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI)²³ (Anexo 7), respectivamente. São instrumentos auto-respondidos e frequentemente utilizados em ambientes clínicos e de pesquisa. A versão em português do BDI encontra-se validada²⁶, e foi realizada a adaptação trans-cultural da EDT em nosso meio²⁷.

A *Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS)*²² (Anexo 8) é uma entrevista estruturada e breve para transtornos de personalidade, viável ao uso na rotina de atendimentos clínicos. Um escore de 3 ou mais no rastreamento com a SAPAS identifica corretamente a presença de transtorno de personalidade (critérios do DSM-IV) em 90% dos participantes. Pode ser usada para identificar indivíduos com alto risco de apresentar transtornos de personalidade em um ambiente psiquiátrico adulto geral. Foi realizada a tradução e a adaptação do instrumento para o português, com aprovação e autorização do seu uso pelo autor da escala.

Para avaliação dos mecanismos de defesa, foi utilizada a Versão em Português do *Defense Style Questionnaire (DSQ-40)* (Anexo 9). O DSQ foi desenvolvido por Bond et al²⁸ como um questionário auto-respondido com 67 itens para avaliação dos derivativos conscientes dos

mecanismos de defesa. O objetivo desta escala é identificar como as pessoas lidam com o conflito consciente ou inconscientemente. O instrumento pode fornecer escores para 20 defesas individuais e para 3 fatores (maduro, imaturo e neurótico). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos itens de cada mecanismo de defesa, e os fatores destes escores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 9, em que 1 indica "discordo totalmente" e 9 "concordo totalmente". A versão em português do instrumento foi validada por Blaya et al²⁴.

A sub-escala severidade da doença da Escala de Impressão Clínica Global (CGI)²⁵ (Anexo 10) avalia a impressão do clínico em relação ao quão mentalmente doente está o paciente naquele momento. Os escores variam de 1 (normal; não mentalmente doente) a 7 (doença extremamente grave). Apesar do instrumento ser difundido, existem poucos estudos acerca de suas características psicométricas²⁹.

Métodos estatísticos

O cálculo do tamanho amostral foi baseado na projeção de que seriam necessários no mínimo 40 pacientes para se detectar um coeficiente de correlação igual ou superior a 0.4, considerando-se um poder de 80% e um nível de significância de 0.05. Com este tamanho amostral é possível realizar uma análise multivariada com até 4 variáveis independentes.

Os escores globais dos três grupos de sentimentos contratransferenciais, de acordo com a EACT, ponderados pelo número de itens em cada grupo, foram comparados através do teste de Friedman. Para avaliar se os escores médios dos três momentos da consulta (dentro de cada grupo de sentimentos) diferiam entre si, foi utilizada a ANOVA para medidas repetidas, seguida pelo teste de Bonferroni.

Foi realizada a ANOVA one-way para comparar o escore global de cada grupo de sentimentos entre pacientes vítimas de violência sexual na infância (até 12 anos de idade), na idade adulta não atual (mais de 18 anos de idade e há mais de 3 meses), e na idade adulta atual (mais de 18 anos de idade e há menos de 3 meses), seguida pelo teste de Tukey. O Teste t de Student foi usado para comparar o escore global de cada grupo de sentimentos entre as variáveis dicotômicas. Utilizou-se a Correlação de Pearson para avaliar a associação das variáveis contínuas e os escores globais da EACT.

Foram conduzidas análises de regressão linear múltipla incluindo todas as variáveis associadas ao desfecho (sentimentos de proximidade, afastamento ou indiferença) nas análises bivariadas com um valor de $p < 0,20$, com o objetivo de obter maior confiabilidade nos resultados. Todas as análises foram conduzidas na amostra global e, subseqüentemente, na amostra estratificada pelo gênero do terapeuta.

Considerando que um terapeuta com sentimentos contratransferenciais desviantes da média poderia enviesar os resultados, foi efetuada uma análise de sensibilidade, na qual cada grupo de consultas realizadas por um terapeuta era excluído, um a um, e os escores globais de sentimentos contratransferenciais mensurados. Foi definido que um terapeuta seria permanentemente retirado da análise se os escores globais dos sentimentos contratransferenciais fossem discrepantes da amostra total quando ele ou ela fosse excluído.

Questões Éticas

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado e esclarecido. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

RESULTADOS

A análise de sensibilidade não identificou diferenças consistentes nos escores globais dos sentimentos contratransferenciais quando cada terapeuta foi removido da análise. As características demográficas das pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

Houve uma diferença significativa entre os escores globais dos três grupos de sentimentos contratransferenciais, com um predomínio de sentimentos de proximidade (5.42, DP 1.25), em relação aos sentimentos de indiferença (1.82, DP 1.22) e de afastamento (1.57, DP 1.08) (qui-quadrado=49.67, gl=2, $p<0,001$). As médias dos escores dos sentimentos de proximidade dos terapeutas no início das consultas (16.08 ± 5.81) diferiram significativamente das médias dos escores referentes ao meio (18.93 ± 4.3) e ao final (19.23 ± 4.4) ($p<0,001$). Em relação aos sentimentos de afastamento e de indiferença dos terapeutas, não foram observadas diferenças significativas nas médias dos escores entre os 3 momentos das consultas.

Foi observada uma associação significativa entre os sentimentos de proximidade dos terapeutas e o momento em que a violência sexual ocorreu na vida das pacientes ($p= 0,043$). Os escores globais dos sentimentos de proximidade dos terapeutas foram maiores no atendimento de pacientes vítimas de violência sexual nos últimos 3 meses em relação às pacientes vítimas deste trauma após os 18 anos de idade, mas há mais de 3 meses ($p = 0,037$). Não foram observadas diferenças quanto ao atendimento de pacientes vítimas de violência sexual antes dos 12 anos de idade. (Tabela 2)

Houve uma associação significativa entre os escores da CGI das pacientes e os sentimentos de indiferença dos terapeutas ($r = 0,35$; $p = 0,028$). Não houve associação entre os fatores avaliados e os sentimentos de afastamento. (Tabela 2)

As variáveis associadas ao desfecho com valores de $p < 0.20$ nas análises bivariadas foram incluídas em modelos de regressão linear múltipla, conduzidos separadamente para cada grupo de sentimentos. No modelo de regressão linear múltipla controlando-se para os escores obtidos na SAPAS das pacientes (associação com os sentimentos de proximidade dos terapeutas com $p = 0,159$), houve perda da significância da associação entre o momento da violência sexual e os sentimentos de proximidade dos terapeutas ($R^2 = 0,020$; $p = 0,090$). A análise de regressão linear múltipla realizada com os sentimentos de indiferença dos terapeutas como desfecho incluiu o momento da violência sexual ($p= 0,080$), fator maduro do DSQ-40 ($p = 0,054$), fator neurótico do DSQ-40 ($p = 0,112$), fator imaturo do DSQ-40 ($p = 0,190$) e escore da CGI ($p =$

0.028). Após esta análise, a associação entre os escores da CGI das pacientes e os sentimentos de indiferença dos terapeutas perdeu a significância estatística ($R^2 = 0,152$; $p = 0,063$).

Não foram evidenciadas correlações significativas entre os sentimentos contratransferenciais dos terapeutas e os demais fatores em estudo. (Tabela 2)

Realizou-se uma estratificação da amostra pelo gênero do terapeuta. Não foram encontradas associações significativas entre os sentimentos contratransferenciais dos terapeutas homens e os fatores em estudo.

Quanto à amostra de pacientes atendidas por terapeutas mulheres, foi identificada uma associação significativa entre os escores do fator maduro do DSQ-40 das pacientes e os sentimentos de indiferença das terapeutas ($r = -0,44$; $p = 0,025$). Foi observada nesta amostra uma associação significativa entre os escores da SAPAS das pacientes e os sentimentos de proximidade das terapeutas ($r = -0,40$; $p = 0,045$). (Tabela 3)

Na análise de regressão linear múltipla controlando-se para os escores da CGI das pacientes (associação com os sentimentos de indiferença das terapeutas com $p = 0,111$), foi perdida a significância da associação entre os escores do fator maduro do DSQ-40 e os sentimentos de indiferença ($R^2 = 0,218$; $p = 0,090$). A associação entre os escores da SAPAS das pacientes e os sentimentos de proximidade das terapeutas foi mantida após a análise de regressão linear múltipla controlando-se para o momento da violência sexual (associação com sentimentos de proximidade com $p = 0,062$), resultando em um $R^2 = 0,151$ e um $p = 0,038$.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a associação das respostas contratransferenciais de terapeutas no atendimento inicial de pacientes mulheres vítimas de violência sexual e o momento da consulta, o gênero do terapeuta, o momento da violência sexual na vida das pacientes, a presença de sintomas depressivos e de sintomas de TEPT nas pacientes, os escores em escala de percepção da gravidade da doença e em rastreamento para transtornos de personalidade nas pacientes, e o estilo defensivo utilizado por estas. Encontramos um predomínio de sentimentos de proximidade no atendimento destas pacientes. No subgrupo de terapeutas mulheres, foi observada uma correlação inversa entre maior probabilidade de transtornos de personalidade nas pacientes e sentimentos de proximidade nas terapeutas.

Os terapeutas apresentaram mais sentimentos de proximidade em relação às pacientes, que aumentaram do meio para o final das consultas. Pode-se supor que os terapeutas, todos no começo da vida profissional, iniciavam os atendimentos de forma mais defensiva, temerosos e inseguros quanto ao contato com as pacientes e suas histórias traumáticas. É provável que, ao longo da sessão, a partir do desenvolvimento de uma relação empática com as pacientes e de maior envolvimento com seus relatos, tenham conseguido lidar melhor com o impacto inicial dos conteúdos, facilitando a emergência de sentimentos de proximidade.

Os escores globais dos sentimentos de proximidade dos terapeutas foram maiores no atendimento de pacientes vítimas de violência sexual nos últimos 3 meses em relação às pacientes vítimas deste trauma após os 18 anos de idade, mas há mais de 3 meses. Não foram observadas diferenças nos sentimentos de proximidade quanto às pacientes vítimas de violência sexual antes dos 12 anos de idade. Entretanto, este achado não foi significativo no modelo de regressão linear múltipla.

Sendo a contratransferência uma criação conjunta⁵, maior proximidade dos terapeutas associada a uma ocorrência recente do trauma poderia expressar uma resposta empática à necessidade acentuada de ajuda e proteção das pacientes nestes momentos de grande vulnerabilidade. Ao contrário, seria de se esperar uma reação de maior isolamento afetivo à medida que se distancia a ocorrência do evento, e as pacientes passam a se sentir mais capazes de se reorganizar e se reforçar defensivamente (com respostas semelhantes por parte dos terapeutas).

O fato de não se encontrar diferenças nos sentimentos contratransferenciais em relação às vítimas de violência sexual antes dos 12 anos de idade, não confirma, neste estudo, a observação de associação entre violência sexual na infância e psicopatologia mais grave na idade adulta, com conseqüente influência nas respostas contratransferenciais dos terapeutas.^{8, 9, 16, 17}. Pode-se pensar, entretanto, na hipótese do desenvolvimento de uma síndrome psicopatológica específica em mulheres vítimas de violência sexual somente na idade adulta, conforme os achados de Faravelli³⁰. A ocorrência desta síndrome excluiria a especificidade da violência sexual na infância como causadora de transtornos emocionais característicos, também podendo estar associada a sentimentos contratransferenciais constantes.

Foi encontrada uma associação significativa entre os escores da CGI das pacientes e os sentimentos de indiferença dos terapeutas. É um achado curioso, pois seria esperado um maior afastamento, ou uma menor aproximação, dos terapeutas no atendimento de pacientes mais gravemente doentes. Este resultado perdeu sua significância estatística após a análise de regressão linear múltipla.

Não foi observada influência do gênero dos terapeutas na contratransferência. Este resultado é contrário ao de Latts³¹, que reportou predomínio de sentimentos de afastamento em terapeutas homens e de aproximação em terapeutas mulheres frente a situações de violência sexual. A hipótese de que terapeutas homens tenderiam a se afastar em resposta à ansiedade despertada pelo contato com estes pacientes, e de que as mulheres conseguiriam utilizar a empatia como moderadora da ansiedade³¹, não se confirmou em nossa amostra. O entendimento de alguns autores psicanalíticos no sentido de não considerar o gênero real do terapeuta, e sim suas características profissionais e pessoais como principais determinantes da transferência e da contratransferência pode estar relacionado a este achado^{7, 32}.

Não foram encontradas associações significativas entre os sentimentos contratransferenciais e os sintomas depressivos e de TEPT, escores em rastreamento para transtornos de personalidade e estilo defensivo das pacientes. Estes dados não replicam alguns resultados de pesquisas, como os obtidos por McIntyre⁸ e Brody⁹, que revelaram influência dos diagnósticos dos pacientes nas reações emocionais dos terapeutas. Entretanto, vão ao encontro dos achados de Holmqvist³³, que não mostraram haver relação entre características diagnósticas dos pacientes e sentimentos contratransferenciais despertados.

Na amostra estratificada para as pacientes atendidas por terapeutas mulheres foram observadas associações inversas entre os escores do fator maduro do DSQ e da SAPAS das

pacientes e os sentimentos de indiferença e de proximidades das terapeutas, respectivamente. Existe uma provável ligação entre estes achados, pois o estilo defensivo empregado pelas pacientes pode estar relacionado à maior ou menor probabilidade de transtornos de personalidade, refletindo na contratransferência. Após as análises de regressão linear múltipla, somente a associação entre os escores da SAPAS e os sentimentos contratransferenciais de proximidade permaneceu significativa. A relação inversa entre estas duas variáveis está de acordo com estudos que relacionam o atendimento de pacientes com transtornos específicos de personalidade a sentimentos contratransferenciais característicos^{8-11, 34}. Não foram evidenciadas associações significativas na amostra estratificada para pacientes atendidas por terapeutas homens, provavelmente pelo pequeno número amostral.

Todos os terapeutas participantes deste estudo estavam no início da sua vida profissional, com uma média de idade de 27 anos. Isto poderia tornar a aferição dos sentimentos contratransferenciais mais difícil, pela pouca experiência dos terapeutas em identificá-los. No entanto, de acordo com Brody⁹, a experiência profissional não influencia a utilização da contratransferência para o entendimento dos pacientes, mas sim o modo como ela é exposta, já que terapeutas mais jovens tendem a se sentir inseguros quanto às suas percepções. O fato dos terapeutas estarem em um ambiente de ensino, recebendo supervisão contínua, pode ter influenciado positivamente o entendimento e o uso de suas reações contratransferenciais, por se sentirem acompanhados nesta difícil tarefa.

Os resultados deste estudo devem ser entendidos no contexto das suas limitações. Trata-se de uma amostra de pacientes atendidas por psiquiatras em formação, em um programa específico para o atendimento de vítimas de traumas psíquicos, dentro de um hospital terciário, o que limita a generalização dos seus achados. Além disto, há dados limitados acerca do instrumento aferidor do desfecho, a EACT. Este estudo é o primeiro a utilizar esta escala em uma amostra de pacientes vítimas de violência sexual, sendo necessários estudos quanto às suas propriedades psicométricas. No entanto, com a utilização de uma metodologia diferente, a Análise de Conteúdo, avaliando parte da amostra incluída no presente estudo³⁵, foram obtidos resultados na mesma direção, o que reforça nossos achados.

Mesmo não sendo uma escala diagnóstica, a SAPAS é um rastreamento com valores preditivos elevados e, por sua rápida e fácil aplicação, bastante apropriada para o uso em um ambiente clínico e de ensino. Mais ainda, em uma situação de extremo sofrimento psíquico,

como a violência sexual. Neste estudo, foram utilizados os valores absolutos da SAPAS, não seu ponto de corte, pelo fato de apenas uma paciente ter apresentado escore inferior a 3.

O fato das pacientes estarem em um momento de extremo abalo emocional pode ter influenciado o modo como preencheram os instrumentos, alterando medidas de transtornos psicológicos e de estilos defensivos. Porém, deve ser considerado que todas as pacientes eram vítimas de violência sexual, sendo então a amostra como um todo enviesada por este denominador comum. Também deve se considerar que, mesmo sob o impacto de um grave trauma, as pessoas costumam reagir de maneiras diferentes, assim como não necessariamente utilizam defesas patológicas³⁶.

Deve ser ressaltado que os sentimentos contratransferenciais avaliados neste estudo estão relacionados ao primeiro encontro de cada dupla (paciente-terapeuta), a partir do objetivo de serem analisadas as reações contratransferenciais agudas dos terapeutas. Portanto, possíveis modificações da relação transferencial-contratransferencial, comuns no decorrer do tratamento, não foram mensuradas.

Ampliar o entendimento acerca dos sentimentos contratransferencias despertados no atendimento de vítimas de violência sexual pode trazer benefícios significativos ao tratamento e ao prognóstico das pacientes, assim como ao desenvolvimento profissional dos terapeutas. Para isto, sugerimos que investigações relacionadas a este tema sigam sendo desenvolvidas, em diferentes contextos.

CONCLUSÕES

Duas conclusões podem ser inferidas em relação aos achados, para esta amostra: a) pacientes mulheres, vítimas de violência sexual, puderam expressar, independente de qualquer outro fator, predominantemente mais necessidade de ajuda e de proteção, capazes de evocar respostas empáticas de proximidade por parte dos seus terapeutas; e b) a inexperiência relativa dos terapeutas, ou seu pouco tempo de atividade profissional, não afetaram suas capacidades empáticas – pelo menos dentro do contexto de aprendizagem e supervisão em um hospital escola. Por outro lado, quanto à tolerância, empatia e capacidade de *holding*, é provável que suas inexperiências tenham sido largamente compensadas pelo fato de estarem a menos tempo expostos à sobrecarga emocional da profissão e a fenômenos como exaustão do terapeuta e traumatização secundária, conseqüências freqüentes do trabalho nestes contextos.

Finalmente, é importante ressaltar que, dada à complexidade do tema e sua relevância clínica, mais estudos são necessários e desejáveis para enriquecer sua compreensão.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1970:126-36.
2. Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950;31:81-4.
3. Racker E. The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q* 1957;26:303-57.
4. Winnicott D. Hate in countertransference. *Int J Psychoanal* 1949;30:69-75.
5. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 1995;76 (3):475-85.
6. Viederman M. The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39(2):451-89.
7. Kernberg O. The influence of the gender of patient and analyst in the psychoanalytic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 2000;48(3):859-83.
8. McIntyre SM, C SR. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998;54(7):923-31.
9. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996;33(3):372-80.
10. Rossberg J I, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:225-30.
11. 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(5):890-8.
12. Eizirik M, Schestatsky S, Knijnik L, Terra L, Ceitlin L, H, F. Countertransference and psychic trauma. *Rev Psiquiatr RS* 2006;28(3):241-2.
13. Dalenberg CJ. Countertransference and the treatment of trauma. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.

14. Pearlman LA, Saakvitne KW. The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: Trauma and the therapist. New York: W.W. Norton & Company; 1995:15-34.
15. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005;67:906-15.
16. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):258-64.
17. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):953-9.
18. Romans SE, Martin JL, Morris E, Herbison GP. Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *Am J Psychiatry* 1999;156(7):1080-5.
19. Callahan KL, Hilsenroth MJ. Childhood sexual abuse and adult defensive functioning. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(7):473-9.
20. Eizirik CL. Rede Social, Estado Mental e Contratransferência: Estudo de uma Amostra de Velhos da Região Urbana de Porto Alegre [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
21. Davidson JRT, Malik ML, Travers J. The Structural Interview for PTSD. Psychometrical Validation for DSM-IV Criteria. *Depress Anxiety* 1997;5:127- 9.
22. Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;183:228-32.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
24. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Heldt E, Kipper L, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese Version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Research* 2007; 17: 261-272.

25. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised. Rockville, MD, US: Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research programs; 1976.
26. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998; 25(5): 245-250.
27. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Kruehl L, Ceitlin LHF. Parental Bonding and emotional response to trauma: A study of rape victims. *Psychother Research* 2007; 17(1): 83-90.
28. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *J Personal Disord* 1989;3(2):1-12.
29. Guy W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. In: *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:100-2.
30. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1483-5.
31. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy* 1995;32(3):405-15.
32. Eizirik CL. Masculinity, femininity and analytic relationship: countertransference issues. In: Alcorta Garza A, ed. *Psychoanalysis in Latin America*. Monterrey: Fepal; 1995.
33. Holmqvist R, Armelius BA. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(11):660-6.
34. Cornfield RB, Share IA. Countertransference in the treatment of the borderline personality. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17(4):851-61.
35. Eizirik M, Polanczyk G, Schestatsky S, Jaeger MA, Ceitlin LHF. Countertransference in the initial care of victims of sexual and urban violence: a qualitative-quantitative research. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2): 197-204.
36. Rose DS. "Worse than death": psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986;143(7):817-24.

Tabela 1 – Características demográficas das pacientes (n=40).

Variáveis	n (%)
Idade (média ± DP)	34,7 ± 15,2
Etnia	
Branca	32 (80,0)
Parda	6 (15,0)
Negra	2 (5,0)
Nível educacional	
Fundamental	17 (44,7)
Médio	17 (44,7)
Superior	4 (10,5)
Estado civil	
Solteira	16 (41,0)
Casada	18 (46,2)
Divorciada	2 (5,1)
Viúva	3 (7,7)
Ocupação	
Empregada	14 (37,9)
Desempregada	9 (24,3)
Aposentada / afastada	10 (27,0)
Estudante	4 (10,8)
Momento do trauma	
Até 12 anos de idade	12 (30,0)
13 a 18 anos de idade	1 (2,5)
Acima de 18 anos de idade, há mais de 3 meses	10 (25,0)
Nos últimos 3 meses	17 (42,5)
Episódios de violência sexual	
Repetidos	17 (42,5)
Único	23 (57,5)

DP= Desvio Padrão

Tabela 2 - Associação entre as médias dos escores de sentimentos de aproximação, afastamento e indiferença avaliados pela EACT e os fatores em estudo.

Fatores em estudo	N	Aproximação		Afastamento		Indiferença	
		M ± dp	p	M ± dp	p	M ± dp	p
Gênero do terapeuta*	40		0,900		0,686		0,767
Masculino	14	18,2 ± 3,9		4,9 ± 4,1		1,9 ± 1,3	
Feminino	26	18,0 ± 4,4		5,4 ± 3,3		1,8 ± 1,2	
Momento da violência sexual [#]	40		0,043		0,302		0,080
Até 12 anos de idade		17,6 ± 4,4		5,6 ± 4,4		2,5 ± 1,5	
> de 18 anos de idade, há mais de 3 meses		15,7 ± 4,4		6,5 ± 4,2		1,5 ± 1,0	
Últimos 3 meses		19,8 ± 3,3 ^a		4,3 ± 2,6		1,6 ± 1,0	
CGI [§]	40	r = -0,16	0,327	r = 0,09	0,557	r = 0,35	0,028
BDI [§]	40	r = -0,08	0,621	r = 0,28	0,074	r = 0,07	0,672
EDT [§]	40	r = 0,08	0,639	r = 0,10	0,527	r = 0,18	0,260
DSQ - 40 [§]	40						
Fator Maduro		r = 0,18	0,269	r = 0,09	0,561	r = -0,30	0,054
Fator Neurótico		r = -0,03	0,866	r = 0,03	0,858	r = -0,25	0,112
Fator Imaturo		r = 0,08	0,616	r = -0,07	0,677	r = -0,21	0,190
SAPAS [§]	40	r = -0,23	0,159	r = 0,17	0,293	r = 0,03	0,852

EACT: Escala para Avaliação da Contratransferência; CGI: Impressão Clínica Global; BDI: Inventário de Depressão de Beck; EDT: Escala Davidson de Trauma; DSQ - 40: Defense Style Questionnaire; SAPAS: Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale

* Teste t de Student

[#] ANOVA one-way, seguida pelo teste de Tukey

[§] Coeficiente de correlação de Pearson

^a Diferença estatisticamente significativa ao nível de significância de 0,05 em relação ao grupo de pacientes cujo trauma ocorreu após os 18 anos de idade, há mais de 3 meses

Tabela 3 – Associação entre as médias dos escores de sentimentos de aproximação, afastamento e indiferença avaliados pela EACT e os fatores em estudo nas pacientes atendidas por terapeutas mulheres (n = 26).

Fatores em estudo	Aproximação		Afastamento		Indiferença	
	M ± dp	p	M ± dp	p	M ± dp	p
Momento da violência sexual [#]						
Até 12 anos de idade	18,3 ± 3,6	0,062	4,6 ± 2,3	0,479	2,3 ± 1,6	0,382
> de 18 anos de idade, há mais de 3 meses	15,7 ± 4,5		6,5 ± 4,2		1,5 ± 1,0	
Últimos 3 meses	20,5 ± 4,0		4,9 ± 2,6		1,7 ± 1,0	
CGI [§]	r = -0,18	0,384	r = 0,30	0,142	r = 0,33	0,111
BDI [§]	r = -0,25	0,217	r = 0,37	0,063	r = 0,08	0,705
EDT [§]	r = -0,10	0,621	r = 0,22	0,272	r = 0,19	0,340
DSQ - 40 [§]						
Fator Maduro	r = 0,22	0,264	r = 0,06	0,774	r = -0,44	0,025
Fator Neurótico	r = -0,10	0,611	r = 0,12	0,574	r = -0,16	0,440
Fator Imaturo	r = -0,08	0,706	r = 0,03	0,896	r = -0,18	0,381
SAPAS [§]	r = -0,40	0,045	r = 0,29	0,155	r = 0,07	0,716

EACT: Escala para Avaliação da Contratransferência; CGI: Escala de Impressão Clínica Global; BDI: Inventário de Depressão de Beck; EDT: Escala Davidson de Trauma; DSQ - 40: Deefense Style Questionnaire; SAPAS: Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale

[#] ANOVA one-way, seguida pelo teste de Tukey

[§] Coeficiente de correlação de Pearson

6.2 Versão em Inglês

COUNTERTRANSFERENCE IN THE INITIAL VISIT OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

Mariana Eizirik¹, Sidnei Schestatsky², Letícia Kruehl³, Lúcia Helena Freitas Ceitlin⁴

Journal of submission: Comprehensive Psychiatry

¹ Psychiatrist. M.Sc. student in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

² Psychiatrist. Psychoanalyst. MPh Harvard School of Public Health. Associated Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS. Coordinator, Center for the Study and Treatment of Psychological Trauma (NET-TRAUMA), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil.

³ Psychologist, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil.

⁴ Psychiatrist. MPh Harvard School of Public Health. Associated Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS. Coordinator, NET-TRAUMA, HCPA, Brazil.

ABSTRACT

Objectives: To identify the factors independently associated with therapists' countertransferential feelings on the first visit of women victims of sexual violence.

Methods: Forty patients were seen by 26 therapists, during 2 consecutive years, at the Center for the Study and Treatment of Psychological Trauma, of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. After the first visit with the patient, the therapist completed the Assessment of Countertransference Scale (ACTS). On the same day, the patient completed the Davidson Trauma Scale, the Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS), the Beck Depression Inventory, and the Defense Style Questionnaire.

Results: The therapists showed a predominance of feelings of closeness toward the patients, which were higher in the midpoint and in the end of the visits in comparison to the beginning. The gender of the therapist did not influence the countertransferential pattern. In the stratified sample of patients seen by female therapists, there was an inverse association between the score of the screening scale for personality disorders and the countertransferential feelings of closeness.

Conclusions: This study documented that therapists of both genders presented a similar pattern of empathic feelings towards women victims of sexual violence.

Key words: countertransference; sexual violence; sexual abuse; psychic trauma.

INTRODUCTION

The concept of countertransference was introduced by Freud¹ and expanded by authors such as Heimann², Racker³ and Winnicott⁴, and was understood as the emotional reactions triggered by the patient in the therapist. It is pivotal in the current psychoanalytic theory and technique, since it is an important tool in understanding the patient's internal world and reporting, influencing the therapeutic relationship and the outcome of the treatment. Gabbard⁵ remarks that countertransference may be considered as a joint creation of the therapeutic dyad, and currently, a consensus exists for its use in understanding the patient.

From the acknowledgement of the importance of the therapist's mind and the therapeutic field, a growing debate on the association between characteristics of the real person of the therapist, like gender, and the way that the relationship with the patient is established, is observed^{6, 7}. Likewise, after Winnicott⁴, specific characteristics of the patients, as their different psychopathologies, were considered as potential triggers of countertransferential responses of constant pattern^{8, 9}.

Studies by Rossberg et al¹⁰ and Betan et al¹¹ depict recent research addressing the relationship between countertransferential patterns and personality disorders. The first study¹⁰ has shown that there are differences in the countertransferential reactions of the therapists seeing patients with different personality disorders, as well as the relationship between countertransferential feelings and treatment direction. The study by Betan et al¹¹ showed significant correlation between specific countertransferential patterns and personality disorders. This suggests that the countertransferential responses may arise in a coherent and predictable manner, which strengthens its use for diagnostic unraveling and treatment of patients. The results of these studies support the possibility and the importance of identifying countertransferential patterns triggered by patients with different psychiatric diagnoses, or by those sharing previous traumatic experiences, such as a history of sexual violence.

The relevance of studying the countertransferential feelings triggered when seeing victims of sexual violence is justified by their high intensity. Moreover, because of the likelihood of such emotional reactions becoming barriers for a successful treatment, when they are not understood by the therapist¹². It is known that therapeutic impasses and failures are fairly common in treating victims of psychological trauma¹³.

The therapists may be the first ones to identify, within themselves, feelings like fear, shame and helplessness of the patients, because, at first, the patients may not always be able to

access their affective experiences. As these feelings are often intense and even unbearable, they may terrify the therapeutic dyad, leading to impasses if not recognized and elaborated¹⁴.

The occurrence of sexual abuse or violence during childhood may be associated to the development of specific psychopathology, especially mood and personality disorders, which might also be related to specific countertransferential responses^{8, 9, 15-17}. One of the possible mediators in the appearance of such disorders is the use of more immature defense mechanisms by the victims, a phenomenon commonly associated with this trauma^{18, 19}.

Prevalence studies reveal that lifetime sexual abuse in women ranges between 15% e 25%¹⁵. Caring for these patients generates a large burden to the health professionals, especially those from mental health services, who have to face situations of strong emotional impact, and often difficult to understand. Enhancing the understanding about the countertransference arising from these contacts may facilitate the recognition and elaboration of the feelings emerged, lowering the chances that they become obstacles to understanding the patients.

In the present study, we assessed the countertransferential feelings of therapists towards female victims of sexual violence at their first appointment to a clinic specializing in the treatment of psychological trauma. Our aim was to determine whether the following factors were independently associated with therapists' countertransference: time within the visit, therapist's gender, time when sexual violence occurred in the patient's life, the presence of depressive and PTSD symptoms in the patients, scores in the scales of disease severity perception and in screening for personality disorders in the patients, and the patient's defensive style.

METHOD

Setting

The study was conducted at the Center for the Study and Treatment of Psychological Trauma (NET-TRAUMA), of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil. NET-TRAUMA is a program designed for the care of victims of psychological trauma, and takes referrals from primary, secondary and tertiary care services in Porto Alegre. It is a 6-month rotation in the training of second year residents in Psychiatry of the HCPA. Initially, a screening visit is done by the third year Psychiatry resident, after which the patients are referred to the therapist responsible for their treatment, which consists, in average, of 6, once weekly, visits. Treatment consists of a short psychodynamic formulation of the traumatic situation and additional cognitive-behavioral therapy and pharmacological management, as required. In addition, family evaluation and counselling are undertaken as appropriate.

After the patient's first visit, the therapist was asked to complete the Assessment of Countertransference Scale (ACTS)²⁰. At the same day, the patient was asked to complete the following assessments: the Davidson Trauma Scale (DTS)²¹, the Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS)²², the Beck's Depression Inventory (BDI)²³, and the Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40)²⁴. The Clinical Global Impressions Scale (CGI)²⁵ was rated by an independent psychiatrist, at the screening visit.

The study took place over a 2-year period, between August 2005 and September 2007.

Participants

The therapists were second year Psychiatry residents of HCPA; there were 26 therapists, 11 male and 15 female. Their mean age was 27 years (SD 3.4). Among the 40 visits that were performed, 26 were undertaken by female therapists (65%) and 14 by male therapists (35%). Eighty percent of the therapists had previous experience of treating, at least, one victim of sexual violence.

All the women who were victims of sexual violence, both during childhood and adulthood, seen at NET-TRAUMA between August 2005 and September 2007, were included in

the sample, which constituted 40 female patients. The only exclusion criterion was the need for psychiatric hospitalization due to risk of suicide or psychosis.

Instruments

The therapist's countertransference was investigated using the Assessment of Countertransference Scale (ACTS)²⁰. This scale lists 23 frequent countertransferential feelings, which are divided in 3 clusters: feelings of closeness (10 items), feelings of distance (10 items) and feelings of indifference (3 items). The therapist rates the intensity of each feeling in a likert scale of 0 (not felt) to 3 (felt a lot) at the start, midpoint and at the end of the interview, yielding a mean score for each time-point and an overall score (the mean of the three time-point scores) for each cluster of feelings. This is a scale that can be filled quickly, feasible in a clinical and teaching environment.

The presence of PTSD and depressive symptoms was measured by means of the Davidson Trauma Scale (DTS)²¹ and by The Beck Depression Inventory (BDI)²³, respectively. These are self-rated measures frequently used in clinical and research settings. The Portuguese version of the BDI is validated²⁶ and an adaptation of the DTS was conducted to our culture²⁷.

The Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS)²² consists of a structured and short interview for personality disorders, to be used in routine clinical care. SAPAS scores of 3 or higher at screening correctly identify the presence of a personality disorder (DSM-IV criteria) in 90% of the participants. It can be used to identify individuals with high risk of having personality disorders in general adult psychiatric environment. This instrument was translated and adapted into Brazilian Portuguese, and was approved and authorized to be used by its author.

In order to assess the defense mechanisms, the Brazilian Portuguese Version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) was used. The DSQ was devised by Bond et al²⁸ as a self-answering questionnaire with 67 items for assessing the conscious derivatives of the defense mechanisms. This scale attempts to identify how people deal with conscious or unconscious conflicts. The instrument may display scores for 20 single defenses and for 3 factors (mature, immature and neurotic). The single defense mechanism scores are calculated from the mean of the items of each defense mechanism and the score factors are calculated by the mean scores of the defenses which are part of each factor. Each item is assessed in a 1 to 9 scale in which 1

indicates "totally disagree" and 9, "totally agree". The Portuguese version of the instrument was validated by Blaya et al²⁴.

The Clinical Global Impressions Scale (CGI)²⁵ severity index assesses the clinician's impression on the extent of the patient's mental illness at that time. The scores range from 1 (normal; not mentally ill) to 7 (extremely severe disease). Although this instrument is well known, there are few studies about its psychometric characteristics²⁹.

Statistical Methods

Sample size calculation was based in the projection that at least 40 patients would be necessary in order to obtain a correlation coefficient equal or greater than 0.4, at 80% power and 0.05 significance level. With this sample size, a multivariate analysis with up to 4 independent variables could be performed.

The overall scores of the three groups of countertransferential feelings according to the ACTS, weighted for the number of items in each group, were compared by means of Friedman test. To evaluate whether the mean scores of the three interview times (within each cluster of feelings) differed between them, ANOVA for repeated measures, followed by the Bonferroni test, was used.

One-way ANOVA was performed to compare the overall score of each cluster of feelings between patients who suffered childhood (up to 12 years of age), adulthood past (more than 18 years of age and more than 3 months prior to the visit), and adulthood current (more than 18 years of age and less than 3 months prior to the visit) sexual violence, followed by the Tukey test. Furthermore, Student t-Test was used to compare overall score of each cluster of feelings between dichotomous variables. The Pearson Correlation was used to examine the association between continuous variables and ACTS overall scores.

Multiple linear regression analysis were conducted and included all variables associated to the outcome (feelings of closeness, distance or indifference) in the bivariate analysis at a p value <0.20, with the aim of obtaining greater reliability in the results. All set of analysis was conducted for the overall sample and, subsequently, in the sample stratified by the gender of the therapist.

Considering that a therapist with deviant countertransferential feelings could bias the results, we conducted a sensitivity analysis, in which the group of consultations done by a

therapist was excluded, one by one, and the global scores of countertransferential feelings were assessed. We defined that a therapist would be permanently excluded from the analysis if the overall scores of countertransferential feelings were discrepant from the total sample when he or she was removed.

Ethical Issues

All participants signed an informed consent form. This study was approved by the Ethics in Research Committee of HCPA.

RESULTS

Sensitivity analysis did not identify consistent differences in the overall scores of countertransferential feelings when each therapist was removed from analysis. The demographic characteristics of the patients are depicted in Table 1.

There was a significant difference between the overall scores of the three groups of countertransferential feelings, with a predominance of feelings of closeness (5.42, SD 1.25) in relation to the feelings of indifference (1.82, SD 1.22) and distance (1.57 SD 1.08) (chi-square=49.67, df=2, $p < 0.001$). The mean scores of the therapist's feelings of closeness at the beginning of the visits (16.08 ± 5.81) were significantly different from the mean scores at the midpoint (18.93 ± 4.3) and at the end (19.23 ± 4.4) ($p < 0.001$). Regarding the therapist's feelings of distance and those of indifference, there were no significant differences in the mean scores among the 3 visit times.

There was a significant association between the therapist's feelings of closeness and the time when sexual violence occurred in the patient's life ($p = 0.043$). The overall scores of the therapist's feelings of closeness were higher when interacting with patients who had been victimized in the preceding 3 months than for those who had been victimized after the age of 18 years, more than 3 months previously ($p = 0.037$). There were no differences regarding the care of victims of sexual violence when it occurred before the age of 12 years. (Table 2)

There was a significant association between patients CGI score and the therapist's feelings of indifference ($r = 0.35$; $p = 0.028$). There was no association between the evaluated factors and the feelings of distance. (Table 2)

Variables associated with the outcome at a p value < 0.20 in bivariate analysis were included in multiple linear regression models, which were conducted in separate for each cluster of feelings. In a multiple linear regression model, controlling for the patient's SAPAS scores (association with the therapist's feelings of closeness at p value 0.159), the significance of the association between the time of sexual violence and the therapist's feelings of closeness was lost ($R^2 = 0.020$; $p = 0.090$). A multiple linear regression analysis performed with the therapist's feelings of indifference as an outcome included time of sexual violence ($p = 0.080$), DSQ-40 mature factor ($p = 0.054$), DSQ-40 neurotic factor ($p = 0.112$), DSQ-40 immature factor ($p = 0.190$), and CGI score ($p = 0.028$). After such analysis, the association between the patient's CGI score and the therapist's feelings of indifference lost statistical significance ($R^2 = 0.152$; $p = 0.063$).

There were no significant correlations between the therapist's countertransferential feelings and any of the other factors in study (Table 2).

The sample was stratified according to the therapist's gender. There were no significant associations between the male therapist's countertransferential feelings and the factors in study.

Regarding the sample of patients seen by female therapists, a significant association between the DSQ-40 mature factor scores of the patients and the therapist's feelings of indifference was observed ($r = -0.44$; $p = 0.025$). In this sample there was a significant association between the patient's SAPAS scores and the therapist's feelings of closeness ($r = -0.40$; $p = 0.045$). (Table 3)

In the multiple linear regression analysis controlled for the patient's CGI scores (association with the therapist's feelings of indifference with $p = 0.111$), the significance of the association between DSQ-40 mature factor scores and the feelings of indifference was lost ($R^2 = 0.218$; $p = 0.090$). The association between the patient's SAPAS scores and the therapist's feelings of closeness held true after the multiple linear regression analysis controlled for the time of sexual violence (association with feelings of closeness with $p = 0.062$), resulting in $R^2 = 0.151$ and $p = 0.038$.

DISCUSSION

This study evaluated the association of therapist's countertransferential responses at the initial care of women victims of sexual violence and the moment within the visit, the therapist's gender, the time of sexual violence in the patient's life, the presence of depressive symptoms and of PTSD symptoms in the patients, the scores in a disease severity perception scale and in a screening for personality disorders in the patients, and the defensive style used by them. We documented a predominance of feelings of closeness in the care of those patients. In the subgroup of female therapists, we detected an inverse correlation between a higher probability of personality disorders in the patients and feelings of closeness in the therapists.

The therapists displayed more feelings of closeness toward the patients, which increased from the midpoint to the end of the visits. One may suppose that the therapists, all at the beginning of their professional life, started the visit in a more defensive manner, afraid and insecure of the contact with the patients and their traumatic histories. It is likely that, during the session, after the development of an empathic relationship with the patients and greater involvement with their reports, the therapists might have been able to cope better with the initial impact of the contents, facilitating the appearance of feelings of closeness.

The overall scores of the therapist's feelings of closeness were higher when caring for victims of sexual violence in the last 3 months compared to those older than the age of 18 years, when the episode occurred more than 3 months before the visit. There were no differences in the feelings of closeness regarding the victims of sexual violence occurred before the age of 12 years. Nevertheless, this finding was not significant in the multiple regression model.

As countertransference is a joint creation⁵, the greater therapist's closeness associated to the recent occurrence of the trauma might express an empathic response to the heightened need for help and protection by the patients at these times of great vulnerability. On the contrary, a reaction of greater affective isolation might be expected as the occurrence of the event is farther from the visit, and the patients start to feel more capable of self-reorganizing and defensively reinforcing (with similar responses by the therapists).

The observation, in the present study, that there were no differences in the countertransferential feelings towards the victims of sexual violence occurred before the age of 12 years, does not confirm the observation of the association between sexual violence during childhood and more severe psychopathology in adulthood, with consequent influence in the therapist's countertransferential response^{8, 9, 16, 17}. One may think, however, on the hypothesis of

the development of a specific psychopathological syndrome in women victims of sexual violence only during adulthood, in accordance to the findings of Faravelli³⁰. The occurrence of such syndrome would exclude the specificity of sexual violence during childhood as the cause of characteristic emotional disorders, and also may be associated to a constant pattern of countertransferential feelings.

A significant association was found between the patient's CGI scores and the therapist's feelings of indifference. It is a curious finding, because one would expect more distance, or less closeness, of the therapists caring for more severely affected patients. This finding lost its statistical significance after multiple linear regression analysis.

The gender of the therapists did not influence the pattern of countertransferential feelings. This result is the opposite to that of Latts³¹, who reported the predominance of feelings of distance in male therapists and of closeness in female therapists when facing situations of sexual violence. The hypothesis that male therapists tend to become distant in response to the anxiety triggered by the contact with these patients, and that the women would be able to use empathy to shape this anxiety³¹, was not confirmed in our sample. This finding supports the view of some psychoanalytic authors who do not consider the actual gender of the therapist, but their professional and personal characteristics as the main determinants of transference and countertransference^{7,32}.

There were no significant associations among the countertransferential feelings and the depressive and PTSD symptoms, scores at personality disorders screening and defensive style of patients. Such findings do not replicate the results of some other studies, such as those obtained by McIntyre⁸ and Brody⁹, revealing the influence of the patients' diagnoses in the emotional reactions of the therapists. However, our findings are consistent with those of Holmqvist³³, showing no relationship between the patients' diagnostic characteristics and the countertransferential feelings triggered.

In the sample stratified by patients seen by women therapists, inverse associations were observed between the patients' DSQ mature factor and the SAPAS scores and the therapists' feelings of indifference and closeness, respectively. There is a likely connection between these findings, because the defensive style used by the patients may be related to greater or smaller likelihood of personality disorders, reflected in the countertransference. After performing the multiple linear regression analyses, only the association between the SAPAS scores and the

countertransference feelings of closeness remained significant. The inverse relationship between these two variables is consistent with studies that relate the care of patients with specific personality disorders to characteristic countertransference feelings^{8-11, 34}. There were no significant associations in the sample stratified of patients seen by male therapists, probably due to the small sample size.

All the therapists participating in this study were beginning their professional lives, with mean age of 27 years. This could make the assessment of the countertransference feelings more difficult, because of the therapists' little experience in identifying them. However, according to Brody⁹, professional experience would not influence the use of countertransference in understanding the patients, but the way it is exposed, because younger therapists tend to feel insecure regarding their perceptions. The fact that the therapists were at a teaching environment with constant supervision may have positively influenced the understanding and the use of their countertransference reactions, because they felt accompanied in this difficult task.

The results of this study must be understood in the context of its limitations. It was assessed a sample of patients seen by training psychiatrists in a specific program for caring for victims of psychological trauma, in a tertiary hospital, which limit generalizing its findings. Furthermore, there are limited data about the instrument that evaluated the outcome, the ACTS. This is the first study that used ACTS in a sample of patients victims of sexual violence, and the evaluation of its psychometric properties is necessary. However, we have previously evaluated the same sample with a different approach, the Content Analysis, and we detected results in the same direction³⁵, which corroborate our findings.

Although the SAPAS is not a diagnostic scale, it screens with high predictive values and, because it is quick and easy to apply, it is quite appropriate for the use in clinical and teaching settings. This is especially true in a situation of extreme psychological distress, such as sexual violence. In the present study, the SAPAS absolute scores were utilized, and not its cutoff point because only one patient displayed a score lower than 3.

The fact that the patients face a time of extreme emotional shock may have influenced the way how they completed the instruments, altering the measures of psychological disorders and defensive styles. However, it must be taken into account that all the patients were victims of sexual violence, and the entire sample was biased by this common denominator. Also it must be considered that, even under the impact of a severe trauma, people react differently from one another, and do not necessarily utilize pathological defenses³⁵.

It must be emphasized that the countertransferential feelings assessed in this study were related to the first meeting of each dyad (patient-therapist), with the goal of analyzing the therapists' acute countertransferential reactions. Therefore, possible changes of the transferential-countertransferential relationship, common along the treatment, were not measured.

The further understanding of countertransferential feelings triggered by caring for victims of sexual violence may be significantly beneficial to their treatment and prognosis, as well as to the professional development of the therapists. We, thus, suggest that studies on such theme continue to be developed, in different contexts.

CONCLUSIONS

Two conclusions may be inferred from this study: a) female patients, victims of sexual violence, could express, irrespective of any other factor, mainly greater need of help and of protection, capable of evoking empathic responses of closeness in the therapists; and b) the relative inexperience of the therapists, or their short professional time, did not affect their empathic capacities – at least within the learning and supervision context in a teaching hospital. On the other hand, as to tolerance, empathy and holding capacity, it is likely that their lack of experience were widely compensated by the fact that they were less exposed to the profession's emotional burden and to phenomena such as burn out and secondary traumatization, frequent consequences of working in such settings.

Lastly, it is important to stress that, due to the complexity of the issue and to its clinical relevance, further studies are necessary and appropriate for enriching its understanding.

REFERENCES

1. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1970:126-36.
2. Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950;31:81-4.
3. Racker E. The meanings and use of countertransference. *Psychoanal Q* 1957;26:303-57.
4. Winnicott D. Hate in countertransference. *Int J Psychoanal* 1949;30:69-75.
5. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 1995;76 (3):475-85.
6. Viederman M. The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39(2):451-89.
7. Kernberg O. The influence of the gender of patient and analyst in the psychoanalytic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 2000;48(3):859-83.
8. McIntyre SM, C SR. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998;54(7):923-31.
9. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996;33(3):372-80.
10. Rossberg J I, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:225-30.
11. 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(5):890-8.
12. Eizirik M, Schestatsky S, Knijnik L, Terra L, Ceitlin L, H, F. Countertransference and psychic trauma. *Rev Psiquiatr RS* 2006;28(3):241-2.
13. Dalenberg CJ. Countertransference and the treatment of trauma. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.

14. Pearlman LA, Saakvitne KW. The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: Trauma and the therapist. New York: W.W. Norton & Company; 1995:15-34.
15. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005;67:906-15.
16. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):258-64.
17. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):953-9.
18. Romans SE, Martin JL, Morris E, Herbison GP. Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *Am J Psychiatry* 1999;156(7):1080-5.
19. Callahan KL, Hilsenroth MJ. Childhood sexual abuse and adult defensive functioning. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(7):473-9.
20. Eizirik CL. Rede Social, Estado Mental e Contratransferência: Estudo de uma Amostra de Velhos da Região Urbana de Porto Alegre [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
21. Davidson JRT, Malik ML, Travers J. The Structural Interview for PTSD. Psychometrical Validation for DSM-IV Criteria. *Depress Anxiety* 1997;5:127- 9.
22. Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;183:228-32.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
24. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Heldt E, Kipper L, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese Version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Research* 2007; 17: 261-272.

25. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised. Rockville, MD, US: Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research programs; 1976.
26. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998; 25(5): 245-250.
27. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Kruehl L, Ceitlin LHF. Parental Bonding and emotional response to trauma: A study of rape victims. *Psychother Research* 2007; 17(1): 83-90.
28. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *J Personal Disord* 1989;3(2):1-12.
29. Guy W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. In: *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:100-2.
30. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1483-5.
31. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy* 1995;32(3):405-15.
32. Eizirik CL. Masculinity, femininity and analytic relationship: countertransference issues. In: Alcorta Garza A, ed. *Psychoanalysis in Latin America*. Monterrey: Fepal; 1995.
33. Holmqvist R, Armelius BA. The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(11):660-6.
34. Cornfield RB, Share IA. Countertransference in the treatment of the borderline personality. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17(4):851-61.
35. Eizirik M, Polanczyk G, Schestatsky S, Jaeger MA, Ceitlin LHF. Countertransference in the initial care of victims of sexual and urban violence: a qualitative-quantitative research. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2): 197-204.
36. Rose DS. "Worse than death": psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986;143(7):817-24.

Table 1 – Demographic characteristics of the patients (n=40).

Variables	n (%)
Age (mean±standard deviation)	34.7 ± 15.2
Ethnicity	
White	32 (80.0)
Mixed	6 (15.0)
Black	2 (5.0)
Schooling	
Elementary	17 (44.7)
High School	17 (44.7)
College/University	4 (10.5)
Marital Status	
Single	16 (41.0)
Married	18 (46.2)
Divorced	2 (5.1)
Widowed	3 (7.7)
Activity	
Employed	14 (37.9)
Unemployed	9 (24.3)
Retired / On leave	10 (27.0)
Student	4 (10.8)
Time of Trauma	
Up to 12 years of age	12 (30.0)
13 to 18 years of age	1 (2.5)
After 18 years of age, occurred more than 3 months prior	10 (25.0)
In the last 3 months	17 (42.5)
Episodes of Sexual Violence	
Repeated	17 (42.5)
Single	23 (57.5)

Table 2 – Association between the mean scores of feelings of closeness, distance and indifference assessed by ACTS and the factors in study.

Factors in Study	N	Closeness		Distance		Indifference	
		M ± sd	p	M ± sd	p	M ± sd	p
Therapist's Gender*	40		0.900		0.686		0.767
Male	14	18.2 ± 3.9		4.9 ± 4.1		1.9 ± 1.3	
Female	26	18.0 ± 4.4		5.4 ± 3.3		1.8 ± 1.2	
Time when sexual violence occurred [#]	40		0.043		0.302		0.080
Up to 12 years of age		17.6 ± 4.4		5.6 ± 4.4		2.5 ± 1.5	
> 18 years of age, occurred more than 3 months prior		15.7 ± 4.4		6.5 ± 4.2		1.5 ± 1.0	
In the last 3 months		19.8 ± 3.3 ^a		4.3 ± 2.6		1.6 ± 1.0	
CGI [§]	40	r = -0.16	0.327	r = 0.09	0.557	r = 0.35	0.028
BDI [§]	40	r = -0.08	0.621	r = 0.28	0.074	r = 0.07	0.672
DTS [§]	40	r = 0.08	0.639	r = 0.10	0.527	r = 0.18	0.260
DSQ - 40 [§]	40						
Mature Factor		r = 0.18	0.269	r = 0.09	0.561	r = -0.30	0.054
Neurotic Factor		r = -0.03	0.866	r = 0.03	0.858	r = -0.25	0.112
Immature Factor		r = 0.08	0.616	r = - 0.07	0.677	r = -0.21	0.190
SAPAS [§]	40	r = -0.23	0.159	r = 0.17	0.293	r = 0.03	0.852

ACTS: Assessment of Countertransference Scale; CGI: Clinical Global Impressions Scale; BDI: Beck Depression Inventory; DTS: Davidson Trauma Scale; DSQ - 40: Defense Style Questionnaire; SAPAS: Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale

* Student t-Test

[#] one-way ANOVA, followed by Tukey test

[§] Pearson's coefficient correlation

^a Statistically significant difference at the level 0.05 relative to the group of patients whose trauma occurred after the age of 18 years, more than 3 months prior.

Table 3 – Association between the mean scores of feelings of closeness, distance and indifference assessed by ACTS and the factors in study in the patients seen by female therapists (n = 26).

Factors in Study	Closeness		Distance		Indifference	
	M ± sd	p	M ± sd	p	M ± sd	p
Time when sexual violence occurred [#]						
Up to 12 years of age	18.3 ± 3.6	0.062	4.6 ± 2.3	0.479	2.3 ± 1.6	0.382
> 18 years of age,	15.7 ± 4.5		6.5 ± 4.2		1.5 ± 1.0	
occurred more than 3 months prior						
In the last 3 months	20.5 ± 4.0		4.9 ± 2.6		1.7 ± 1.0	
CGI [§]	r = -0.18	0.384	r = 0.30	0.142	r = 0.33	0.111
BDI [§]	r = -0.25	0.217	r = 0.37	0.063	r = 0.08	0.705
DTS [§]	r = -0.10	0.621	r = 0.22	0.272	r = 0.19	0.340
DSQ - 40 [§]						
Mature Factor	r = 0.22	0.264	r = 0.06	0.774	r = -0.44	0.025
Neurotic Factor	r = -0.10	0.611	r = 0.12	0.574	r = -0.16	0.440
Immature Factor	r = -0.08	0.706	r = 0.03	0.896	r = -0.18	0.381
SAPAS [§]	r = -0.40	0.045	r = 0.29	0.155	r = 0.07	0.716

ACTS: Assessment of Countertransference Scale; CGI: Clinical Global Impressions Scale; BDI: Beck Depression Inventory; DTS: Davidson Trauma Scale; DSQ - 40: Defense Style Questionnaire; SAPAS: Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale

[#] one-way ANOVA, followed by Tukey test

[§] Pearson's correlation coefficient

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes estudos evidenciaram um predomínio de respostas contratransferenciais de proximidade em terapeutas jovens, no início da vida profissional, ao longo da primeira consulta com pacientes mulheres vítimas de violência sexual. Pode-se inferir, a partir deste achado, que as pacientes avaliadas conseguiram, de modo geral, expressar a necessidade de serem compreendidas e ajudadas. O fato dos terapeutas serem jovens e inexperientes não afetou sua capacidade de empatia, já que puderam se conectar afetivamente com as pacientes. Ressalta-se que os atendimentos foram realizados em um ambiente de ensino, o que pode ter contribuído para aumentar a segurança dos terapeutas em se aproximar e entrar em contato com as pacientes e suas histórias. Além disto, a inexperiência profissional pode ter sido compensada por estarem há pouco tempo expostos ao sofrimento decorrente do trabalho em contextos de violência e, conseqüentemente, a fenômenos como traumatização secundária e vicária.

Não foi observada influência do gênero do terapeuta no padrão contratransferencial. Este resultado pode estar relacionado ao entendimento psicanalítico de que não é o gênero "real" do terapeuta, mas sim suas características pessoais e profissionais, que irão influenciar o desenvolvimento da transferência e da contratransferência. Os terapeutas estudados têm características em comum - a faixa etária, a etapa profissional, o fato de estarem em treinamento no mesmo hospital escola, com supervisões constantes - que podem ter interferido nas reações transferenciais das pacientes, independentemente do gênero dos profissionais.

Foi encontrado um predomínio de sentimentos de distanciamento em terapeutas homens durante o atendimento de pacientes mulheres vítimas de violência urbana em relação ao atendimento de pacientes vítimas de violência sexual na infância. Deve ser considerada a hipótese de que estas respostas possam se dever ao desencadear de sentimentos de vulnerabilidade nos terapeutas produzidos por estes atendimentos, tendo em vista a maior prevalência de violência urbana contra homens no Brasil.

Não foram observadas diferenças nas respostas contratransferenciais relacionadas ao momento em que a violência sexual ocorreu na vida das pacientes. Deve se pensar na possibilidade do surgimento de sintomas característicos em mulheres vítimas de violência sexual

atual, assim como ocorrem em mulheres vítimas de violência sexual na infância, o que excluiria a especificidade destes últimos em gerar respostas emocionais constantes nos terapeutas.

Em uma amostra estratificada para pacientes atendidas por terapeutas mulheres, identificou-se associação entre maiores escores em escala para rastreamento de transtornos de personalidade nas pacientes e menos sentimentos de proximidade nas terapeutas. Este resultado vai ao encontro de achados que relacionam traços ou transtornos de personalidade dos pacientes com repostas contratransferenciais específicas dos terapeutas.

Destaca-se a importância da realização de pesquisas empíricas com o uso de conceitos psicanalíticos, pelo potencial de ampliar o entendimento e a utilização destes conceitos na prática clínica. Nos estudos desta dissertação, o foco na contratransferência em uma situação de ensino-aprendizagem estimulou os residentes a ficarem mais atentos aos seus sentimentos, muitas vezes discutindo-os em supervisão. Este fato, além da contribuição para a pesquisa sobre o tema, reforçou a relevância da utilização da contratransferência para a melhor compreensão dos pacientes, podendo trazer benefícios ao tratamento e ao prognóstico destes. Conforme Ogden, *"paciente e analista não se encontram em busca da verdade pelo bem desta, eles estão interessados, principalmente, no que é verdadeiro dentro do que está a ocorrer no interior da transferência-contratransferência. O par analítico faz isto com o objetivo de criar um contexto humano no qual o paciente possa ser capaz de viver com sua experiência passada e presente (ao contrário de evacuá-la ou deixar-se amortecer por ela)"* (p.407). A partir disto, fica clara a necessidade de que investigações continuadas sobre o tema, valendo-se de metodologias qualitativas, quantitativas, ou da união de ambas, sigam sendo realizadas.

REFERÊNCIA

Ogden, T.H. Do que eu não abriria mão. Rev Psicanálise SPPA 2005; 12 (3): 403-415.

ANEXO 1

CONTRATRANSFERÊNCIA E TRAUMA PSÍQUICO

Mariana Eizirik¹, Sidnei Schestatsky², Laís Knijnik³, Luciana Terra⁴, Lúcia Helena Freitas
Ceitlin⁵

Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2006; 28(3):314-20

¹:Médica Psiquiatra - Mestranda em Psiquiatria, UFRGS

²:Médico Psiquiatra - Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal,
UFRGS - Preceptor da Residência em Psiquiatria, HCPA - Coordenador do NET-TRAUMA,
HCPA

³:Médica Psiquiatra - Supervisora convidada do NET-TRAUMA, HCPA

⁴:Psicóloga - Mestranda em Psiquiatria, UFRGS

⁵:Médica Psiquiatra -Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal,
UFRGS - Preceptora da Residência em Psiquiatria, HCPA - Coordenadora do NET-TRAUMA,
HCPA

RESUMO

O objetivo deste artigo é revisar aspectos importantes da relação entre a contratransferência e o atendimento de pacientes vítimas de trauma psíquico. O tratamento de pessoas traumatizadas é potencialmente uma fonte de sofrimento psíquico também para os terapeutas, devido à grande carga emocional envolvida, bem como pelas chances de evocar fortes reações contratransferenciais. Um maior entendimento acerca deste processo poderá contribuir decisivamente para os resultados dos tratamentos, além de possibilitar a proteção e a prevenção da saúde mental dos terapeutas.

Inicialmente, aborda-se o trauma a partir de seu conceito e definições, incluindo considerações sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, estendendo-se para a conceitualização de contratransferência e seu significado no contexto das situações traumáticas. O impacto de tratar pacientes vítimas de trauma será também exposto através da relevância do fenômeno de *traumatização vicária*, cuja compreensão vem sendo destacada como indispensável para um melhor atendimento de vítimas de traumas psicológicos.

Descritores: trauma; contratransferência; psicanálise; psicoterapia.

ABSTRACT

This article aims at reviewing important aspects of the relationship between countertransference and care of patients who were victims of psychic trauma. The treatment of traumatized patients is a potential source of psychic suffering to their therapists as well, due to the emotional burden involved and to the chances of evoking strong contratransferential reactions. A better understanding of this process could be a valuable contribution to treatment outcome, besides promoting mental health protection and prevention for therapists.

Firstly, psychic trauma will be approached from its concept and definitions, including considerations on Post - Traumatic Stress Disorder and extending to countertransference reactions and their meaning in the context of traumatic situations. The impact of treating trauma victims will also be discussed through the relevance of vicarious traumatization, a phenomenon whose comprehension has been pointed out as crucial to provide better care to psychological trauma victims.

Keywords: Trauma, Countertransference, psychoanalysis, psychotherapy.

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é revisar alguns aspectos da relação entre contratransferência e o atendimento de pacientes vítimas de trauma psíquico. O tratamento de pessoas traumatizadas é, potencialmente, uma fonte de sofrimento psíquico para o terapeuta, pela grande carga emocional envolvida e pelas chances de evocar fortes reações contratransferenciais. Um maior entendimento acerca deste tema poderia contribuir para a melhora do tratamento dos pacientes, além de possibilitar melhor proteção e prevenção na saúde mental dos terapeutas.

Inicialmente, abordaremos o trauma psíquico, incluindo considerações sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Após, a contratransferência e seu significado no atendimento de pacientes, seguido da relação entre contratransferência e trauma. Neste último item, será incluído o conceito de traumatização vicária, fenômeno que vem sendo muito estudado e observado no campo de atendimento de vítimas de traumas psicológicos.

REVISÃO DA LITERATURA

Trauma

Trauma pode ser definido como um *“acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica”* (p.678)¹.

O conceito de trauma desempenhou um papel significativo nas teorias iniciais de Freud. Ao descrever as neuroses traumáticas, diz que *“estas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático (...) é como se os pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda estivessem enfrentando-a como tarefa imediata, não executada”* (p.325)². Insere o trauma dentro do aspecto econômico dos processos mentais: *“uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que esta energia opera”* (p.325)².

Freud² define também como traumáticas todas as experiências em que se produz intensa fixação dos pacientes, concluindo haver uma causa única para o início da neurose, que surgiria da impossibilidade do paciente lidar com uma experiência afetivamente muito intensa.

Em *Além do Princípio de Prazer*³, descreve o aparelho mental em relação com o meio externo e interno através da analogia com uma vesícula indiferenciada e suscetível a estímulos. Esta vesícula seria destruída pelas poderosas energias oriundas do meio externo se não possuísse um escudo protetor, com a função de filtrar os estímulos e liberá-los gradualmente e com menor intensidade para as camadas mais internas da vesícula. Traumáticas seriam "*quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor*" (p.45)³.

Garland⁴ acrescentou ao entendimento das conseqüências do trauma na mente do indivíduo a relação com os seus objetos internos. A deterioração da identidade que ocorre após situações traumáticas estaria associada com uma falha na crença da proteção dos "bons objetos internalizados". O trauma acarretaria o recrudescimento de ansiedades e medos primitivos, somados às fontes externas destes sentimentos, gerando um colapso na maneira em que o indivíduo percebe o mundo, a si próprio e às suas organizações defensivas. O indivíduo traumatizado tentaria lidar com o evento externo relacionando-o com relações objetivas internas já conhecidas, com o objetivo de conferir algum significado a algo tão terrível e esmagador. A ligação entre presente e passado (ou seja, evento do presente com significados perturbadores do passado) seria uma das causas das dificuldades na recuperação do indivíduo, subseqüentemente ao trauma⁴.

Shengold⁵ desenvolveu, em relação aos traumas precoces, o conceito de *assassinato da alma*, descrito como "*a destruição completa ou parcial do aparelho mental em desenvolvimento, ou até mesmo já desenvolvido, e do senso de identidade ("alma")*" (p.10)⁵. Seriam aquelas experiências traumáticas (superestimulações alternadas com privações) repetidas e crônicas, impostas intencionalmente sobre a vítima, sendo o tempo o fator mais importante na patogênese do trauma: quanto mais cedo ele ocorrer, mais provavelmente a criança será atingida e maior será o dano.

Traumas psíquicos vêm sendo identificados e tratados com mais freqüência, nas últimas décadas, a partir do reconhecimento da sintomatologia decorrente de traumas em veteranos da Guerra do Vietnã e de sobreviventes das duas Guerras Mundiais.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi originalmente concebido como uma resposta normal a um evento adverso. Com a introdução, em 1980, do TEPT como um diagnóstico psiquiátrico válido, estudos de eventos apontados como possíveis causadores do transtorno (por exemplo, desastres naturais, violência interpessoal) revelaram que estas formas de trauma eram comuns em nosso cotidiano. Estabeleceu-se que muitos dos sintomas que ocorriam após o trauma poderiam ser duradouros ou até permanentes. Esta visão modificou a tendência de estigmatizar as vítimas de trauma com sintomas psiquiátricos como sendo “neuróticas” ou “fracas”, ficando evidente a existência de um transtorno psiquiátrico prevalente e causador de sofrimento significativo. Ao longo da última década, tem havido uma "*explosão do conhecimento da prevalência e do impacto do estresse traumático e da fenomenologia, neurobiologia e tratamento do transtorno de estresse pós-traumático*" (p.6)⁶.

O TEPT é uma síndrome que se caracteriza pela exposição a evento traumático que envolva morte ou ferimento grave, reais ou ameaçados, ou um risco à integridade física, própria ou de outros, sendo que a resposta envolve intenso medo, impotência ou horror. Outros critérios incluem revivências persistentes do evento traumático, esquiva persistente de estímulos associados ao trauma, entorpecimento da reatividade geral e sintomas de continuada excitabilidade. A duração da perturbação deve ser superior a 1 mês⁷.

Estudos de prevalência de TEPT demonstram que ele é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum na população geral, afetando aproximadamente 10.3% dos homens e 18.3% das mulheres em algum momento de suas vidas. Revelam, também, que a maioria da população irá ter a experiência de ao menos um evento traumático ao longo da vida, e que cerca de 25% dos sobreviventes de traumas desenvolverão TEPT⁶.

Estudos comunitários descrevem uma prevalência durante a vida de TEPT em aproximadamente 8% da população adulta dos EUA. Indivíduos em situação de risco (grupos expostos a incidentes traumáticos específicos) produzem achados variáveis, com as taxas mais altas encontradas entre sobreviventes de estupro, combates militares, cativo, confinamento ou genocídio com motivações políticas ou étnicas⁷.

A prevalência mundial de TEPT em populações civis varia muito, de 37.4% na Argélia a 1.3% na Alemanha⁸.

Um estudo realizado em Porto Alegre, investigando a prevalência de violência sexual em adolescentes, mostrou que 2,3% dos entrevistados relataram já terem sido sexualmente molestados, atacados ou estuprados e 4,5% já testemunharam uma pessoa ser sexualmente

atacada, molestada ou estuprada. Achado importante a ser ressaltado é que 27,9% dos adolescentes relataram conhecer pessoas que foram vítimas de ato de violência sexual⁹.

Além do sofrimento e prejuízo causados pelo TEPT, os sobreviventes de traumas estão em maior risco de desenvolver outros transtornos psiquiátricos, como Depressão Maior, Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Abuso de Substâncias¹⁰.

Clinicamente, grande parte do prejuízo e do sofrimento causados pela exposição ao trauma pode ser evitada, ou ao menos reduzida, se o diagnóstico de TEPT ou de outro diagnóstico psiquiátrico/psicodinâmico associado ao trauma for feito precocemente e tratado de maneira eficaz.

Conforme Moore & Fine¹¹, *“as circunstâncias ambientais e físicas prevaletentes por ocasião do trauma, a reação do indivíduo ao acontecimento antes que o evento em si, as tentativas patológicas arcaicas para dominá-lo e o apoio concedido pela auto-estima e por objetos ajudarão a determinar o desfecho”* (p.215-16)¹¹.

O atendimento inicial às vítimas de trauma é fundamental para o tratamento posterior. A atitude do profissional, sua conduta frente ao paciente e o destino que dá aos seus próprios sentimentos poderão influenciar o encaminhamento do tratamento e seu prognóstico.

Contratransferência

O contato com vítimas de trauma comumente gera sentimentos contratransferenciais intensos em quem os atende, não só por estarem frente a pessoas em grande sofrimento psíquico, como também pelo fato de as situações traumáticas deixarem evidentes a fragilidade e a impotência também dos profissionais como pessoas comuns.

Segundo Eizirik & Lewkowicz¹² *“a evolução da compreensão e utilização da contratransferência levou-a a tornar-se um dos conceitos fundamentais para a prática da psicanálise e da psicoterapia de orientação analítica, tornando seu estudo indispensável para o profissional destas áreas”* (p.300)¹².

Atualmente, existem três conceitos de contratransferência a serem considerados. O conceito clássico a vê como algo alheio, decorrente dos conflitos neuróticos do terapeuta, anormal no processo terapêutico, e perturbadora do mesmo, em concordância com a descrição original de Freud¹².

O chamado conceito totalístico foi proposto por Heimann¹³, no seu trabalho *On Countertransference*. A contratransferência começou a ser entendida como possível ferramenta para o tratamento e para a compreensão do paciente, e concebida como todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente - um acontecimento normal no processo terapêutico, originado pelo paciente, e transmitido ao analista por identificação projetiva. Racker¹⁴ definiu a contratransferência como "*a totalidade da resposta psicológica do analista ao paciente*" (p.127)¹⁴, uma combinação entre identificações concordantes (identificação de cada parte da personalidade do analista com a correspondente parte psicológica do paciente) e complementares (identificação do analista com os objetos internos do paciente).

O terceiro conceito, chamado específico, denomina contratransferência as reações específicas do analista às qualidades particulares do paciente¹⁵. Sentimentos pessoais do terapeuta, não relacionados à transferência e às identificações projetivas do paciente, seriam considerados como transferências do terapeuta. Segundo Eizirik¹⁶, "*a contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do self do paciente ou de suas fantasias está sendo colocada dentro da mente do terapeuta e provocando uma reação, idéia ou comportamento*" (p.33)¹⁶. Também a ser considerada em relação à contratransferência é a sua relação com o gênero do terapeuta e do paciente e à etapa do ciclo vital de ambos. Tais variações da dupla podem vir a constituir diversas configurações transferenciais - contratransferenciais¹².

Zaslavsky & Santos¹⁷ apontam que, além do psicanalista e do psicoterapeuta, também o psiquiatra contemporâneo não pode ignorar a importância do uso da contratransferência no atendimento de seus pacientes. Consideram que "*a utilização da medicação, sua aceitação ou não e a aderência ao tratamento podem ser compreendidas de forma mais completa se o psiquiatra usar de seus sentimentos e buscar entender o vínculo que se estabeleceu entre ele e seu paciente, seja ele psicótico, borderline ou neurótico*" (p.297)¹⁷.

Contratransferência e trauma

Segundo Klain & Paviae¹⁸ "*a contratransferência nos terapeutas que atendem pacientes com TEPT é diferentemente estimulada em relação ao tratamento de outras psicopatologias*" (p.466)¹⁸. De saída, são grandes as demandas em relação ao terapeuta, entre elas a descrença dos pacientes de que possam ser ajudados, algo em geral frustrante para o narcisismo do terapeuta: "*no esforço inconsciente de tornar ativo o que foi passivo, o terapeuta pode se sentir atacado*

pelo paciente de tal maneira que o paciente assume o papel de agressor e o terapeuta se transforma na vítima" (p.467)¹⁸. É comum, também, que ocorram sentimentos de culpa pelo terapeuta não ter experimentado situações semelhantes às vividas pelo paciente.

Para preservar sua visão de mundo e evitar a própria dor psíquica, o terapeuta pode se distanciar destes afetos através de mecanismos de negação, isolamento ou descrença.

Klain & Pavie¹⁸ pensam que a contratransferência e a empatia possam ser usadas com sucesso no tratamento de pacientes com TEPT. É fundamental para a recuperação do paciente tanto a construção de um ambiente seguro, para se desenvolver uma confiança mútua no processo terapêutico, quanto a capacidade de empatia sustentada, por parte do terapeuta, ao longo do processo. À medida que, neste novo e previsível contexto, vão se expressando diferentemente afetos e conteúdos, o trauma tem a possibilidade de ser entendido dentro de um novo sistema de significados. A capacidade para uma *"empatia genuína é a condição sine qua non para permitir que o paciente perceba o contexto terapêutico como uma situação de segurança e de proteção, e o lugar propício para expressar ansiedade e sentimentos de vulnerabilidade"* (p.468)¹⁸.

Pearlman¹⁹ assinala que o processo primário de cura na psicoterapia de pacientes vítimas de abuso sexual na infância ocorre no contexto da relação terapêutica, sendo esta a oportunidade do paciente reviver e re-significar danos ocorridos em suas relações iniciais. Considera que o processo de construção da relação terapêutica é a terapia com sobreviventes de trauma, sendo o *self* do terapeuta fundamental para que se estabeleça uma relação terapêutica clara e aberta.

A dissociação é um mecanismo defensivo de primeira linha para muitos pacientes traumatizados, distanciando-os de suas experiências afetivas. Os terapeutas são, às vezes, os primeiros a terem acesso a sentimentos dissociados como raiva, tristeza, vergonha e insegurança, mas que correm o risco de serem impulsivamente atuados se não reconhecidos e processados pela dupla. A experiência da dor do paciente permite ao terapeuta compreender sua realidade de forma profunda e intensa, o que, além do efeito benéfico no estabelecimento da relação terapêutica, pode também gerar respostas contratransferenciais poderosas e complicadas, comuns durante o atendimento de tais pacientes¹⁹.

Pearlman¹⁹ reforça a importância do terapeuta que trabalha com vítimas de trauma não permanecer isolado. Sugere continuada supervisão e discussão de casos com colegas, além do tratamento pessoal, que seria *"essencial para um autoconhecimento, auto-observação e empatia pela vulnerabilidade de ser um paciente"* (p.25)¹⁹. O grau de conforto e familiaridade que o

terapeuta tem com seu mundo interno, fantasias e afetos, principalmente experiências de agressão, sexualidade, raiva e tristeza, irá influenciar sua capacidade de acesso e compreensão das respostas contratransferenciais. A identidade profissional e a posição do terapeuta no desenvolvimento de sua profissão também poderão influenciar as respostas aos pacientes, sendo diferentes em terapeutas com mais e menos experiência.

Conforme Dalenberg²⁰, vítimas de trauma estão super-representadas em situações de impasses ou de fracassos terapêuticos, tendo menores taxas de sucesso quando comparadas a pessoas sem história de trauma, o que pode gerar frustração e confusão nos seus terapeutas.

Ao longo de 1 ano de atendimento de pacientes vítimas de traumas psíquicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foram pesquisados sentimentos dos terapeutas após as consultas iniciais com estes pacientes, o que ilustra o tema discutido: *"tristeza, pena, desesperança"; "imobilidade, raiva, desprezo"; "sensação de que o paciente não queria realmente se tratar"; "interesse, vontade de ajudar, surpresa com seu equilíbrio emocional"; "desconforto, irritação"; "desejo de que isto não tivesse ocorrido com a paciente, apreensão por pensar que pode acontecer com qualquer pessoa"; "perplexidade, curiosidade"; "revolta, raiva do agressor, afeto"; "tédio, distância, que foram se modificando ao longo da entrevista para um maior interesse"; "impotência, senti que não estava ajudando muito"; "desconforto ao ouvir os relatos acerca do trauma"; "ansiedade"; "impressão de estar desconectado com o paciente"; "solidariedade, sensação de imobilidade e de vulnerabilidade ao pensar que todos estamos sujeitos a algum trauma como este".*

Um aspecto importante do trabalho com pacientes traumatizados é a abordagem dos sentimentos de culpa e vergonha que surgem na dupla. Existem evidências clínicas e experimentais sugerindo que os terapeutas têm reações contratransferenciais ao trauma diferentes dos sentimentos em relação ao paciente traumatizado, e que os pensamentos e crenças pré-existentes do terapeuta em relação ao trauma podem afetar o curso da psicoterapia. O paciente pode confundir a rejeição do terapeuta ao ato cometido contra ele como rejeição a sua *"conduta inadequada ou reações patológicas; a compreensão disto, pelo terapeuta, pode transformar a rejeição em conexão empática"* (p.134)²⁰. O terapeuta pode tentar proteger a dupla de *"submergir em vergonha e culpa"* prestando atenção na tendência de ambos em idealizá-lo e em vê-lo como um "salvador". Destaca-se também a importância do tratamento pessoal do terapeuta: *"o poder da transferência é difícil de ser descrito e notável em ser experimentado totalmente"* (p.134)²⁰.

Outro aspecto a ser considerado acerca dessas reações é a reação à raiva dos pacientes. Dalenberg²¹ sugere que se o terapeuta conseguir "*modular sua raiva com empatia*", poderá não apenas senti-la, como até revelá-la, sem expressar que o relacionamento sofreu um dano irreversível. O paciente poderá aprender, então, que existem relações contidas, carregadas de emoções, mas "*não necessariamente dominadas por hostilidade*". Aprender que o "*grito de raiva do paciente pode significar um choro sofrido que pode ajudar o terapeuta a evitar responder com contra-hostilidade*" (p.198)²¹.

Um fenômeno importante que costuma ocorrer é a chamada traumatização vicária, descrita como a experiência de reações psicológicas perturbadoras, dolorosas e prejudiciais, que surgem em terapeutas que atendem pacientes gravemente traumatizados. Sabe-se que muitos terapeutas ficam tristes, deprimidos, desesperançados, desiludidos, irritados e intolerantes durante tais atendimentos. Mas a traumatização vicária vai além dos efeitos psicológicos da empatia, sendo percebida como "*um processo contagioso, maligno, que pode trazer consequências graves aos profissionais*" (p.25)²². Os sintomas podem ser temporários e leves, ou se tornarem graves e com duração de meses a anos²².

À medida que as vítimas vão descrevendo os detalhes de seu trauma, estados paralelos de medo, desesperança e desgosto são evocados nos terapeutas. Estes ficam vulneráveis a pensamentos intrusivos e sonhos perturbadores em resposta aos relatos, ou incapazes de controlar sua raiva contra os agressores, se tornando "*hipercríticos contra o sistema, que permite que prossigam tais abusos e vitimizações*" (p.26)²².

Segundo Crothers²³, "*peçoas que trabalham com vítimas de trauma podem experimentar efeitos psicológicos profundos, dolorosos e perturbadores, que podem persistir por meses a anos após os atendimentos*" (p.9)²³. O trauma pode ser contagioso e a equipe de atendimento se sentir "ameaçada vicariamente", como se fosse uma testemunha presente do mesmo, experimentando parte do terror, raiva e desespero dos seus pacientes. A exposição repetida a estas experiências modifica crenças básicas da equipe de atendimento em relação à sua própria vulnerabilidade.

A equipe acaba compartilhando a experiência de impotência dos pacientes, o que a leva a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos e não perceber os recursos e possibilidades dos pacientes. É importante que as vítimas possam compartilhar suas experiências com os outros, sendo esta possibilidade uma pré-condição para a restituição de um mundo com significado. A partir disto, fica evidente a necessidade da equipe de atendimento poder entrar em

contato com o sofrimento e a realidade destes pacientes, ajudando-os a re-construir um mundo interno mais confiável e menos ameaçador²³.

Pearlman¹⁹ define traumatização vicária como "*a transformação das experiências internas do terapeuta, que surge como resultado de uma ligação empática com o material traumático do paciente*" (p.31)¹⁹. É um processo, não um evento, e inclui os afetos e as defesas do terapeuta contra estes afetos. O terapeuta deve estar aberto e disponível para ajudar o paciente na sua busca pela verdade, mas esta "abertura empática" é também fonte de vulnerabilidade, já que o próprio terapeuta também acaba lidando com a perda nas crenças de autoproteção, segurança, controle e justiça.

A traumatização vicária vincula-se à contratransferência uma vez que altera o *self* do terapeuta. Na medida em que vai ocorrendo um nível mais intenso de traumatização vicária, as respostas contratransferenciais podem se tornar mais fortes ou menos reconhecidas conscientemente pelo terapeuta. Tais interações podem causar resultados desfavoráveis ao tratamento, devendo o terapeuta permanecer atento às suas influências¹⁹.

Schestatsky et al²⁴ descreveram as fortes reações emocionais de um membro da equipe após o atendimento de uma paciente vítima de violência sexual. Na ilustração clínica, a terapeuta relatou ter sentido raiva, revolta, angústia e impotência após o relato dramático da paciente - além de sintomas físicos, como náuseas e cefaléia. Sentiu-se aliviada somente após a redação da entrevista e da discussão do caso com os membros da equipe. Os autores reforçam a necessidade da supervisão e da troca de informações e discussão com colegas para os terapeutas que trabalham continuamente com estes pacientes.

A ilustração acima é um exemplo de outro fenômeno, o da chamada *traumatização secundária*, súbita reação adversa que pode ocorrer com o contato com pacientes traumatizados, descrita por Figley²⁵ como a coerção emocional vivenciada por pessoas em contato próximo com uma vítima, principalmente terapeutas e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos evidente a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais de quem atende pessoas vítimas de traumas psíquicos. Tal estudo traz benefícios para os tratamentos dos pacientes, contribuindo não apenas para a compreensão, por

parte dos profissionais, do sofrimento destas pessoas, mas também do próprio sofrimento pessoal e outras sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica. Fica clara a importância da possibilidade de o terapeuta entrar em contato empático com tais pessoas, ao mesmo tempo em que preserve sua capacidade de pensar e de sobreviver ao intenso sofrimento despertado em ambos. Estas capacidades são fundamentais para o bom desenvolvimento da relação terapêutica, que, por sua vez, é uma das principais ferramentas para a restituição da confiança e segurança interna dos pacientes traumatizados.

REFERÊNCIAS

- 1) Laplanche J, Pontalis JB. Trauma ou Traumatismo Psíquico. In: Vocabulário da Psicanálise. Lisboa: Moraes Editores;1976. p.678-684.
- 2) Freud S. Fixação em traumas - o inconsciente. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud - Volume XVI. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p. 323-336.
- 3) Freud S. Além do Princípio de Prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud - Volume XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p. 17-50.
- 4) Garland C. Thinking about Trauma. In: Understanding Trauma - A Psychoanalytical Approach. London: Karnac; 1998. p: 9-31.
- 5) Shengold L L. Maus Tratos e Privação na Infância: Assassinato da Alma. Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência - Publicação CEAPIA 1999; 12: 7-26.
- 6) Yehuda R, Davidson J. Psychological trauma and posttraumatic stress disorder. In: Clinician's Manual of Posttraumatic Stress Disorder. London: Science Press; 2000. p. 3-13.
- 7) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição. Texto Revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
- 8) Davidson J. Long-Term and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65 (1): 44-54.
- 9) Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência Sexual e sua Prevalência em Adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Rev Saúde Pública 2003; 37 (1): 8-14.

- 10) Shalev AY, Yehuda R. Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders. In: Psychological Trauma. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998. p.31-66.
- 11) Moore B, Fine B. Trauma. In: Temas e Conceitos Psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.215-216.
- 12) Eizirik CL, Lewcowicz S. Contratransferência. In: Psicoterapia de Orientação Analítica Fundamentos Teóricos e Clínicos. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS (ed.) Porto Alegre: Artmed; 2005. p.300-309.
- 13) Heimann P. On Countertransference. Int J Psychoanal 1950; 31: 81-84.
- 14) Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 120-57.
- 15) Sandler J, Holder A, Dare C. Basic Psychoanalytic Concepts: counter-transference. Br J Psychiatry 1970; 117: 83-88.
- 16) Eizirik CL. Entre a Escuta e a Interpretação: Um Estudo Evolutivo da Neutralidade Analítica. Rev Psicanálise SPPA 1993; 1 (1): 19-42.
- 17) Zaslavsky J, Santos MP. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. Rev Psiquiatr RS 2005; 27(3): 293-301.
- 18) Klain E, Paviae L. Countertransference and Empathic Problems in Therapists/Helpers Working with Psychotraumatized Persons. Croatian Med J 1999; 40(4): 466-472.
- 19) Pearlman L, Saakvitne K. The Therapeutic Relationship as the Context for Countertransference and Vicarious Traumatization. In: Trauma and the Therapist. New York: W.W Norton & Company; 1995. p. 15-34.
- 20) Dalenberg C. It's Not Your Fault: Countertransference Struggles with Blame and Shame. In: Countertransference and the Treatment of Trauma. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. p. 115-144.
- 21) Dalenberg C. Countertransference Responses to Anger and Perceived Manipulation. In: Countertransference and the Treatment of Trauma. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. p. 173-198.
- 22) Blair TD, Ramones VA. Understanding Vicarious Traumatization. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1996; 34(11): 24-30.

- 23) Crothers D. Vicarious Traumatization in the Work with Survivors of Childhood Trauma. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33(4): 9-13.
- 24) Schestatsky S, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A vulnerabilidade do terapeuta e seu impacto sobre a função terapêutica. *Rev Bras de Psicoter* 2003; 5(3): 307-317.
- 25) Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.

ANEXO 2

PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA EM PACIENTES ADULTOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA

PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY IN ADULT PATIENTS VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE IN CHILDHOOD

Mariana Eizirik¹; Viviane Sprinz Mondrzak²

Revista Brasileira de Psicoterapia 2006; 8(2-3):246-258

¹ Médica Psiquiatra - Mestranda em Psiquiatria, UFRGS

² Médica Psiquiatra - Professora e Supervisora convidada dos Cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica, UFRGS - Psicanalista e Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA)

RESUMO

O presente estudo revisa alguns aspectos do tratamento psicoterápico de orientação analítica em pacientes adultos vítimas de violência sexual na infância. A relevância do tema advém do conhecimento das graves repercussões que a violência sexual na infância pode ocasionar e no potencial benefício de uma psicoterapia conduzida de forma adequada. Inicialmente, é apresentada uma revisão da literatura, com ênfase nos seguintes aspectos da psicoterapia: conflitos comumente despertados e sua abordagem, reações contratransferenciais frequentes e a relação paciente-terapeuta. Após, é descrito um material clínico. Destaca-se a importância do terapeuta manter uma escuta atenta às potenciais dificuldades que surgirão no tratamento e na relação com o paciente, como o grande temor deste último em desenvolver um vínculo de confiança, aliado à necessidade de que isto aconteça. Reforça-se a necessidade de auto-conhecimento por parte do terapeuta, oriunda principalmente do tratamento pessoal, somado às supervisões, discussões com colegas, e regular estudo sobre o tema.

Descritores: abuso sexual infantil; psicoterapia; violência sexual.

ABSTRACT

The present study reviews aspects of psychoanalytic psychotherapy of adult patients who were victims of sexual violence during childhood. The relevance of the theme is related to the knowledge of serious consequences that may be caused by such episodes of violence, and to the potential benefit of well-conducted psychotherapy. Initially, a review of the literature is presented, emphasizing the following aspects of psychotherapy: common conflicts and their approaches, frequent countertransferential reactions, and the patient-therapist relationship. A clinical report is then presented. The importance of maintaining watchful listening regarding potential difficulties that may occur during treatment, such as the patient's frequent fear about developing a bond of trust, together with the need for this to happen, is emphasized. The therapist's need for self-knowledge is pointed out, derived essentially from his/her personal treatment, in addition to supervisions, discussions with colleagues, and regular study on the theme.

Keywords: child abuse, sexual; psychotherapy; sexual violence.

INTRODUÇÃO

Freud¹ propôs, inicialmente, que a etiologia das neuroses estava ligada à ocorrência de experiências sexuais prematuras em crianças, mais precisamente de estímulos sexuais por parte de um adulto, resultando em traumas que levariam ao desenvolvimento de sintomas histéricos a partir da puberdade. Tal teoria, conhecida como a teoria da sedução, foi abandonada por Freud² a partir de sua descoberta das pulsões, presentes desde a infância, compreendendo que a fantasia poderia agir como uma experiência real: "(...) *no inconsciente não há indicação da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a imaginação que está catexizada com afeto*" (p.351)².

Com o conhecimento da importância da subjetividade de cada sujeito na percepção e elaboração dos estímulos recebidos, que podem ou não ser considerados traumáticos ou geradores de sofrimento psíquico a longo prazo, coloca-se em foco, neste trabalho, a realidade do trauma sexual em crianças, e como abordá-lo em um tratamento psicoterápico, fornecendo a ajuda necessária a estes pacientes.

Estudos de prevalência³ mostram taxas de abuso sexual ao longo da vida variando entre 15% e 25% na população feminina geral. As estimativas são maiores quando são avaliadas mulheres com queixas de dores funcionais não explicadas (síndrome do cólon irritável, dor pélvica crônica, por exemplo), transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias.

Um estudo populacional mostrou que apesar de uma média de 30% das pacientes investigadas terem sido vítimas de abuso sexual, físico ou emocional na infância, apenas 21% destas havia falado sobre isto com algum médico⁴. Tal achado contribui ao conhecimento de que apesar da alta prevalência e dos efeitos deletérios associados com o abuso, a história do trauma permanece escondida da maioria dos profissionais da saúde³. Outro dado interessante é proveniente de um estudo com adolescentes vítimas de abuso, que encontrou uma taxa de aceitação para encaminhamento a atendimento psicoterápico de 98%, com a maioria comparecendo ao atendimento inicial (81%)⁵. Fica evidenciada a importância do conhecimento por parte dos profissionais da saúde a respeito destes traumas, através de uma atitude que possibilite aos pacientes o relato de tais experiências, pela possível e necessária ajuda que um tratamento pode ocasionar a estas pessoas.

Sabe-se das graves repercussões que a violência sexual na infância pode ocasionar na vida adulta destes pacientes, como transtornos de ansiedade e depressão, baixa auto-estima,

problemas nos relacionamentos interpessoais, disfunções sexuais e re-traumatizações. Price⁶ acrescenta associação com ideação suicida, abuso de substâncias e dificuldades parentais, além da influência de variáveis como duração do abuso, presença de penetração e identidade do perpetrador com o aumento da probabilidade de conseqüências a longo prazo. Tais achados são corroborados pelo estudo de Thompson et al⁷, que comparou grupos de mulheres vítimas de violência sexual na infância e na idade adulta com um grupo controle, encontrando um índice de psicopatologia significativamente maior nos grupos de mulheres abusadas.

Seguindo esta linha, citamos o estudo de Peleikis⁸, com 112 mulheres, destas 56 vítimas de violência sexual na infância e 56 sem esta história, que procuraram atendimento psiquiátrico por depressão e/ou ansiedade, e foram atendidas em psicoterapia psicodinâmica por aproximadamente cinco anos. Seus achados mostraram que o grupo de mulheres com história de abuso sexual na infância chegou ao fim destes cinco anos de psicoterapia com um pior estado mental em relação ao outro grupo (maior taxa de transtornos psiquiátricos, maior taxa de transtorno de estresse pós-traumático e maior média na Escala de Avaliação Global do Funcionamento).

O objetivo deste trabalho é revisar alguns aspectos do tratamento psicoterápico de orientação analítica de pacientes adultos vítimas de violência sexual na infância. A relevância do tema se traduz no potencial benefício que um tratamento conduzido de forma adequada pode trazer a estas pessoas, diminuindo-lhes a carga de sofrimento psíquico e os prejuízos em seu funcionamento.

Inicialmente, será apresentada uma revisão da literatura acerca do tema em desenvolvimento, com ênfase nos aspectos da psicoterapia: conflitos comumente despertados e sua abordagem, reações contratransferenciais freqüentes, e a relação paciente-terapeuta. Após, como ilustração, será descrito um material clínico.

DESENVOLVIMENTO

Estudos que enfocam a psicoterapia em adultos vítimas de violência sexual na infância são ainda raros, tendo Price⁶ encontrado um total de oito trabalhos, com resultados de terapias cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas/interpessoais, experienciais, e psicoeducacionais/suportivas. Mostra resultados positivos, indicando a potencial efetividade da psicoterapia individual para estes pacientes, sugerindo a manutenção dos ganhos do tratamento em medidas

específicas e globais ao longo do tempo. Um achado relevante é a associação da formação precoce de uma aliança terapêutica no tratamento com desfechos positivos posteriores.

A formação de uma aliança precoce não é tarefa fácil para estes pacientes, já que, citando Pearlman⁹, "*o estabelecimento de intimidade interpessoal, a identificação e nomeação dos afetos, a integração dos pensamentos, memórias, e sensações corporais, e a clarificação dos contextos históricos e dos eventos são as tarefas que estas pessoas mais lutaram para evitar no sentido de sobreviver*" (p.77)⁹. Levando em conta o quão assustador pode ser o processo terapêutico, com o potencial de impasses, reações terapêuticas negativas, falhas e interrupções precoces, o terapeuta deve manter sempre um cuidadoso exame das reações transferenciais-contratransferenciais, criando e mantendo um "*ambiente facilitador para o trabalho transformador da terapia*" (p.77)⁹.

Pensando-se na formação de uma aliança precoce no tratamento, é importante focar as necessidades e desejos dos pacientes em relação à psicoterapia. Draucker¹⁰, em um estudo qualitativo a respeito das necessidades de mulheres vítimas de violência sexual em um tratamento psicoterápico, mostra que as pacientes vítimas de violência sexual iniciada na infância (um dos três grupos avaliados) desejavam a oportunidade de entrar em contato com suas emoções e explorá-las com profundidade, em conjunto com um terapeuta que estivesse comprometido com esta tarefa e que acreditasse nas suas capacidades de mudança. Conclui que "*enquanto os clínicos e pesquisadores estão ocupados em determinar as técnicas mais efetivas, os pacientes estão preocupados com suporte, validação, cuidado e, principalmente, capacitação*" (p.8)¹⁰.

A capacidade do paciente em adquirir autonomia sobre sua vida é um dos aspectos importantes na terapia do trauma. Os terapeutas, como defesa contra os sentimentos de vulnerabilidade despertados pelo contato com as histórias traumáticas, podem tentar assumir o papel de "salvador", o que implica na crença de que o paciente não é capaz de agir por conta própria. Tal atitude perpetua a crença de incapacidade e constante sensação de ameaça vivenciada pelas vítimas de trauma¹¹.

Esta sensação de vulnerabilidade despertada nos terapeutas pode ser considerada a reação contratransferencial mais ameaçadora, segundo Schestatsky et al¹², já que a crença de que as pessoas boas não serão vítimas de violência, e que o mundo mantém uma certa ordem e previsibilidade sofre um grande abalo "*quando temos que nos defrontar com algumas das expressões máximas da destrutividade humana*" (p.311)¹².

Uma reação contratransferencial que pode ser considerada como uma tentativa reparadora ao paciente, e também ao terapeuta, deste contato com a destrutividade humana, similarmente ao papel de "salvador" já comentado, é a chamada contratransferência parental, descrita por Pearlman⁹. Consiste no desejo de compensar o paciente pelos danos sofridos, e pode ser tanto útil quanto problemática. Sua ajuda ao paciente é a de mostrar que pode ser respeitado, cuidado, e com uma qualidade de vida a ser buscada, com experiências até então não vivenciadas. Tal atitude é crítica no tratamento de vítimas de violência sexual na infância, já que pode promover o reconhecimento de padrões parentais inapropriados no passado e no presente, e também como o paciente age em relação a ele mesmo. A problemática deste tipo de contratransferência é o risco de infantilizar o paciente, não valorizar suas capacidades, implicando "*um objetivo irreal da psicoterapia: a reparentagem*" (p. 84)⁹. O papel do terapeuta é ajudar o paciente a elaborar o luto pela infância que não teve, e não de vivê-la na relação transferencial.

A elaboração deste luto é tarefa fundamental aos pacientes vítimas de "assassinato da alma", conceito de Shengold¹³ àquelas experiências crônicas e repetidas de maus tratos e privação emocional infligidas por um adulto sobre uma criança. Pensa que os efeitos destes danos podem muitas vezes ser modificados, ressaltando que, atualmente, cada vez mais a psicoterapia vem sendo aplicada "*não aos chamados casos neuróticos clássicos, mas às pessoas não amadas, exploradas e carentes*" (p.22)¹³. Considera que tratar o assassinato da alma significa primeiramente descobri-lo, devendo o terapeuta ser capaz de "*suspender a descrença nas histórias do paciente de crueldade e incesto de modo a ajudá-lo na mais difícil tarefa de diferenciar fantasias de fatos reais*" (p.22)¹³.

A fragmentação ou cisão da mente é uma operação comum em vítimas de "assassinato da alma". A manutenção de uma imagem parental boa é a alternativa para a preservação da identidade de *self*, para que esta não sucumba ao medo e à raiva despertados pelas experiências esmagadoras - o mau tem que ser registrado como bom. Conseqüentemente, esta necessidade de agarrar-se à imagem de pais bons e amorosos é a fonte de maior resistência às interpretações de "realidade objetiva" fornecidas pelo terapeuta: estas "*ameaçam a perda da imagem mental do bom progenitor e esta perda restaura os perigos da aniquilação (ansiedade traumática)*" (p.12)¹³. Shengold¹³ lembra que o terapeuta deve estar consciente de que não é somente o paciente que pode ter a necessidade de manter uma boa imagem parental, pela dificuldade em se admitir a existência de um progenitor psicótico ou abusador. É tarefa do analista/terapeuta "*nem*

assumir que o que o paciente apresenta sobre seus pais seja verdadeiro, nem tampouco que seja falso, mas observar e lidar com como o próprio paciente trabalha com as acusações" (p.23)¹³.

Um fenômeno importante a ser reconhecido é a repetição da situação traumática no tratamento psicanalítico/psicoterápico, pelo inerente e inconsciente padrão do paciente de buscar ajuda em quem espera que o abuse ou agrida, repetindo as relações com os abusadores da infância. Sendo traumática ao paciente, a situação terapêutica é onde e quando terapeuta e paciente serão responsáveis em compreender a dor que isto causa e a busca do paciente em procurar cuidado em quem lhe causa dor. Kilborne¹⁴ considera que apenas os métodos analíticos, incluindo a psicoterapia de orientação analítica, podem "*iluminar adequadamente a natureza da dor traumática e a vergonha que o trauma produz*" (p.386)¹⁴.

Outra maneira de repetir a situação traumática é percebida na re-encenação interna do paciente: o *self* fica dividido entre a criança abusada e vulnerável e o adulto abusador, crítico e punitivo, com o paciente fornecendo respostas críticas, negligentes e abusadoras aos seus próprios desejos e sentimentos. Pearlman⁹ considera a compreensão deste funcionamento central na psicoterapia, devendo o paciente ser ajudado a re-definir estas lutas internas em eventos interpessoais no presente, com o terapeuta, e no passado, com os seus objetos significativos.

Garland¹⁵ considera que a terapia oferece às vítimas de trauma um "*modo particular de entendimento, em um setting que oferece uma nova experiência de continência*" (p.30)¹⁵. Não é uma tarefa fácil ao terapeuta exercer tal continência, já que envolve re-viver a experiência do trauma, com toda a carga emocional e sentimentos relacionados, como culpa, raiva e medo. O terapeuta deve tentar manter um equilíbrio delicado, estando suficientemente aberto às experiências do paciente para tentar compreender seu real estado, mas estável e seguro na técnica para não ser invadido por estas de modo a atrapalhar sua capacidade terapêutica. A tarefa da continência é centralmente importante e muito difícil - "*importante, pois sem uma renovada experiência de continência não há um tratamento real; difícil porque pode envolver sermos temidos e odiados por longos períodos, até o paciente poder começar a confiar em nós de modo realista, como seres humanos dignos de confiança - nem ideais ou oniscientes, nem perigosos e malignos*" (p.29)¹⁵.

Outro aspecto relevante a ser abordado é o das memórias traumáticas infantis, estudado no trabalho de Herman¹⁶, que avaliou setenta e sete pacientes psiquiátricos adultos vítimas de violência sexual na infância. A maioria dos pacientes examinados revelou ter lembranças contínuas do trauma, sendo que apenas 16% relataram um período de total amnésia, seguido de

recordação tardia. Psicoterapia prévia foi citada por 28% da amostra, sendo um achado interessante o fato de que o surgimento de novas memórias após um período de amnésia foi citado frequentemente como um fator determinante na decisão de procurar psicoterapia.

Crianças vítimas de traumas mais severos e crônicos podem ter que, primariamente, ser capazes de esquecer para depois relembrar - "*enquanto o abuso ameaça por todos os lados, relembrar pode ser impossível*" (p.169)¹⁷. Este ponto de vista é apresentado por Alvarez¹⁷, que aponta a necessidade de um processo, dentro do tratamento, lento e contínuo no qual o lembrar "*talvez envolva um milhão de minúsculas integrações, cada uma delas ocorrendo em condições que também permitam que outros aspectos do abuso, outras integrações, sejam esquecidos*" (p.163)¹⁷. Estas crianças precisam construir um equipamento mental que lhes possibilite pensar sobre o trauma, sendo tarefa do tratamento ajuda para esta construção. A criança precisa dispor de um ambiente que sinta como seguro e confiável para que "aprenda a lembrar", com um objeto não abusivo e capaz de manter limites firmes entre realidade e fantasia. Enquanto este mundo não-abusivo e o aspecto não-abusado da personalidade estão sendo construídos, o terapeuta precisa respeitar a necessidade da criança de manter o abuso e o passado distantes¹⁷.

MATERIAL CLÍNICO

Vera é uma mulher de 40 anos, casada, com uma filha adolescente. Foi encaminhada para atendimento psicoterápico de orientação analítica após a realização de uma terapia cognitivo-comportamental associada ao uso de antidepressivos, com diagnóstico de transtorno do pânico e agorafobia. Iniciou a psicoterapia com melhora de alguns sintomas de ansiedade, porém, permanecia com muitos sintomas depressivos, referindo "angustia" e "muita dificuldade para cumprir suas tarefas diárias, muitos medos".

A paciente sofreu abusos físicos e sexuais por parte do pai durante toda a infância. Sua família tinha poucas condições sócio-econômicas, com uma prole numerosa (era a penúltima de onze irmãos). As agressões físicas ocorriam "sempre que as ordens do pai não eram cumpridas, como quando não trabalhávamos como ele mandava, quando não queríamos comer, ou falávamos algo em português (a língua falada em casa era o italiano)". Descreve os abusos sexuais como manipulações de seu corpo pelo pai, nega que este a tenha estuprado, mas acha que isto teria ocorrido se não evitasse e se escondesse sempre que conseguia. Diz que foi "uma

criança doente", tinha muitos vômitos e dores, e usava estes sintomas para tentar sair com sua mãe de casa quando esta tinha algum compromisso, o que deixava o pai muito irritado.

Descreve o pai como um homem agressivo e cruel, que bebia eventualmente, mas "não fazia as coisas ruins só quando estava bêbado". Tem muitas recordações das agressões que ele cometia contra os animais da casa, tendo-o visto mantendo relações sexuais com um dos animais em certa ocasião, o que a deixou horrorizada - "sempre que os bichos gritavam devia ser por causa disto". O pai não permitiu que os filhos estudassem, todos tinham que ajudar em casa e trabalhar. A paciente não lembra de ter brincado durante a infância, acha que nunca teve uma boneca sua ou algum brinquedo. A mãe é vista como uma mulher frágil, doente, e submissa ao pai. Acha que a mãe se preocupava muito com ela, mas que não conseguiu protegê-la. Aos onze anos, Vera fugiu de casa, sendo acolhida por uma tia. Sentiu-se muito culpada em relação à mãe, mas não retornou à casa dos pais. Morou com familiares, trabalhou, até conhecer seu marido, com quem se casou em pouco tempo de namoro.

Há alguns anos, seu pai faleceu, tendo Vera o visitado no hospital. Ver o pai em uma situação de fragilidade e sofrimento a deixou muito abalada, pois sentiu prazer nisto e, logo após, culpa. Conta que, nesta situação, um irmão seu pediu ao pai que pedisse desculpas à paciente, mas este não o fez, deixando-a muito perturbada. Não compareceu ao velório nem ao enterro. Um ano depois, sua mãe faleceu, na mesma época em que Vera recebeu o diagnóstico de câncer de útero. Fez cirurgia, quimioterapia e radioterapia, tendo uma recidiva um ano após, também tratada adequadamente. Está sem a doença há aproximadamente 4 anos, em acompanhamento.

Vera apresentava dificuldades nas relações interpessoais, tinha muito medo de ser agredida, sentia-se não compreendida pela filha e pelo esposo, com quem se irritava freqüentemente. Tinha "explosões do nada", direcionadas ao marido geralmente antes de situações em que iriam sair juntos ou ter momentos de intimidade. Vinha evitando ter relações sexuais há algum tempo - "sinto raiva dele na hora, e me vêm as imagens do pai, às vezes também da mãe". Achava "grosseria" quando o marido a elogiava ou se mostrava fisicamente carinhoso. Sentia-se feia e "desleixada", muitas vezes com vontade de se separar, mas, ao mesmo tempo, com medo de que o marido se cansasse dela e arranjasse outra - "não consigo me imaginar sem ele". Este e a filha desconheciam seus traumas da infância - "imagina se eles sabem, que vergonha". Mantinha uma relação de grande dependência com a filha, que praticamente não saía de casa, e tinha atitudes de controle em relação aos pais. Sempre a

protegeu muito, não permitiu que esta se aproximasse do avô, e nem de outras figuras masculinas, inclusive muitas vezes do pai; não gostava de deixá-los sozinhos.

A paciente tinha muitos sonhos com os pais, que a deixavam bastante ansiosa e amedrontada ao longo do dia, além de despertarem medo de pegar no sono à noite. Sonhava com o pai dentro do caixão, ou que o encontrava "bem vivo e real". Um dos sonhos foi bastante revelador e proporcionou um maior entendimento do conflito atual - sonhou que um casal jovem estava em uma festa, mas que não podia aproveitar ou se divertir, pois eram perseguidos por um casal de fantasmas, que os atormentava. Ficou clara para a terapeuta e para a paciente a associação com o que vinha vivendo: não podia ter uma vida satisfatória com o marido, "aproveitar a festa", enquanto seguia se sentindo perseguida pelo casal de "pais fantasmas". Foi interpretada a fantasia proibitória de vencer a mãe, podendo usufruir de um casamento satisfatório e, ao mesmo tempo, a partir dos sintomas, sonhos e lembranças, seguir unida aos pais, já que estes não morriam, não podiam ser nunca enterrados, até todos os sofrimentos e conflitos poderem ser melhor elaborados dentro dela. Vera reagiu bem a este entendimento, podendo, em um certo momento do tratamento, guardar um porta-retratos com uma foto da mãe que ficava em sua sala, e que "incomodava muito". Os pesadelos diminuíram gradualmente, e começou a dormir melhor.

Outro foco importante de preocupação era o temor à recidiva do câncer. Vera interpretava qualquer dor ou mal-estar como um indício deste acontecimento, o que já "a deixava de cama". Respeitando e enxergando a realidade desta preocupação, mas levando em consideração que fazia um acompanhamento regular, estando todos os seus últimos e recentes exames negativos, foi interpretada a sensação que a doença pode ter lhe despertado, causando esta ansiedade adicional, como representante do pai: algo invasivo, destruidor e que a deixava passiva e impotente. Esta visão causou inicialmente uma reação de impacto na paciente, mas logo de grande alívio, pois conseguiu compreender que não estava mais impotente, já que vinha conseguindo se cuidar, havia sobrevivido à doença e estava bem clinicamente.

A relação com o marido foi bastante discutida, havendo melhora no relacionamento já na fase intermediária à final do tratamento, quando Vera pôde perceber que vinha projetando neste o papel do pai, e que tentava manter esta figura controlada, à distância, para se sentir segura; a situação infantil de ter vontade de "colocar o pai para fora de casa" era re-vivida com o marido. Estava vivendo no presente e no passado. Ela e o marido começaram a sair juntos novamente,

sem a filha, e a vida sexual passou de "um martírio inevitável" a algo mais prazeroso e menos assustador, tendo "as imagens dos pais" parado de surgir nos momentos das relações sexuais.

Um aspecto relevante a ser ressaltado é o fato de que, do meio ao final do tratamento principalmente, a questão da violência sexual não foi o foco principal, sendo abordados outros aspectos e facetas da história e personalidade de Vera não diretamente relacionados ao abuso, o que ajudou a mostrar-lhe que ela e sua vida não eram restritas ao trauma.

Inicialmente, os sentimentos despertados na terapeuta durante as sessões eram de ansiedade, medo de que a paciente não resistisse às sensações despertadas pelas memórias traumáticas, responsabilidade e culpa por estar "provocando" tal sofrimento, e sensação de estar novamente traumatizando a paciente, o que faria com que esta não retornasse e, conseqüentemente, não melhorasse. Houve sessões em que a terapeuta sentiu-se muito cansada, com grande sonolência e sensação de paralisia, identificada com o aspecto amortecido e depressivo da paciente. À medida que foi sendo estabelecida uma relação terapêutica mais firme, baseada em confiança mútua, com a paciente e a terapeuta descobrindo juntas que poderia haver um ganho real a partir desta tarefa, e com Vera mostrando sinais claros de melhora em sua vida, houve uma mudança no padrão contratransferencial. As sessões passaram a ser mais vivas, a terapeuta sentia-se mais tranqüila, a partir da percepção de que a paciente e também ela mesma haviam "sobrevivido" às lembranças traumáticas e conseguido "deixar os fantasmas menos capazes de estragar a festa da vida de Vera".

A paciente recebeu alta após dois anos de tratamento, com uma melhora significativa dos sintomas de ansiedade e depressão, tendo voltado a trabalhar e a cultivar mais ativamente sua vida de relacionamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do conhecimento e da reflexão a respeito do tratamento de pessoas vítimas de violência sexual na infância, levando em consideração os diversos aspectos abordados, fica exemplificada no caso clínico apresentado, que revela quão benéfico pode ser este trabalho na vida de uma pessoa com esta história. A atenção do terapeuta às potenciais dificuldades que surgirão no tratamento e na relação com o paciente, ao grande temor deste último em desenvolver um vínculo de confiança, aliada à necessidade de que isto aconteça, são ferramentas

essenciais a esta tarefa. Deve ser destacado que o trauma não precisa e não deve ser o foco principal do tratamento em todas as suas etapas, mesmo sabendo-se que pode estar envolvido nas reações e defesas do paciente, como parte de seu *self*. Tal abordagem acarretaria a sensação no paciente de que é restrito ao fato de ter sido vítima de um trauma, não sendo buscados e reforçados outros aspectos de sua identidade, que podem enriquecê-lo e ajudá-lo a integrar o trauma em sua personalidade, sem ser reduzido a este.

A manutenção de uma escuta atenta, e de uma observação constante dos aspectos transferências-contratransferências são especialmente significativas neste tipo de tratamento, para que se tente evitar a repetição e atuação da situação traumática na relação da dupla terapêutica, assim como outros tipos de reações potencialmente destrutivas ao processo. Estas podem ser evitadas ou ao menos identificadas se este cuidado especial for colocado em prática. Reações contratransferenciais frequentes e potencialmente causadoras de sofrimento a serem ressaltadas são a identificação do terapeuta com o paciente, sentindo-se incapaz, impotente e vulnerável à destrutividade externa, e também a identificação com o agressor, pela tendência à repetição da situação de vítima do paciente. Nesta última situação, o terapeuta fica com a sensação de estar sendo invasivo e re-traumatizando o paciente através da situação terapêutica, gerando culpa e perturbação ao processo. A partir disto, fica clara a importância do auto-conhecimento por parte do terapeuta, destacando-se a necessidade do tratamento pessoal, somado às supervisões, discussões com colegas, e regular estudo sobre o tema. Tais atividades, em conjunto, fornecem e reforçam as ferramentas necessárias para a condução destes tratamentos tão difíceis, mas, ao mesmo tempo, tão gratificantes e recompensadores para ambos os seus participantes.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. A etiologia da histeria (1896). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 3, p. 217-49.
2. Freud S. Carta 69 (1950). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 1, p. 350-2.

3. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005;67:906-15.
4. Pearse WH. The commonwealth fund women's health survey: selected results and comments. *Womens Health Issues* 1994;4:38-47.
5. Diaz A, Edwards S, Neal WP, Ludmer P, Sondike SB, Kessler C, et al. Obtaining a history of sexual victimization from adolescent females seeking routine health care. *Mt Sinai J Med* 2004;71:170-3.
6. Price JL, Hilsenroth MJ, Petretic-Jackson PA, Bonge D. A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2001;21(7):1095-1121.
7. Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Redlin J, Demuth G, et al. Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Trauma Stress* 2003;16(1):35-8.
8. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. *Eur Psychiatry* 2005;20:260-7.
9. Pearlman LA, Saakvitne KW. Countertransference responses to incest. In: *Trauma and the therapist*. New York: W.W Norton & Company; 1995. p. 77-98.
10. Draucker CB. The psychotherapeutic needs of women who have been sexually assaulted. *Perspect Psychiatr Care* 1999;35:1-10.
11. Crothers D. Vicarious traumatization in the work with survivors of childhood trauma. *J Psychosoc Nurs* 1995; 35(4): 9-13.
12. Schestatsky S, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A vulnerabilidade do terapeuta e seu impacto sobre a função terapêutica. *Rev Bras Psicoter* 2003;5(3):307-17.
13. Shengold LL. Maus tratos e privação na infância: assassinato da alma. *Publicação CEAPIA* 1999;12:7-26.
14. Kilborne B. When trauma strikes the soul: shame, splitting, and psychic pain. *Am J Psychoanal* 1999;59(4):385-403.
15. Garland C. Thinking about trauma. In: *Understanding trauma: a psychoanalytical approach*. London: Karnac; 1998. p. 9-31.

16. Herman JL, Harvey MR. Adult memories of childhood trauma: a naturalistic clinical study. *J Trauma Stress* 1997;10(4):557-71.

17. Alvarez A. Abuso sexual de crianças: a necessidade de lembrar e a necessidade de esquecer. In: *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 161-72.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Convite para juntar-se ao estudo sobre: AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA PSÍQUICO

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento a respeito de alguns detalhes que envolvem o mesmo. Vamos informá-lo abaixo sobre algumas dúvidas que você possa ter.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a contratransferência no atendimento inicial de vítimas de trauma. A avaliação da contratransferência será feita a partir do uso da Escala para Avaliação de Contratransferência (Eizirik, 1997). Esta escala será preenchida por você após a sua primeira consulta de avaliação com os pacientes do ambulatório NET-TRAUMA a você encaminhados após a consulta de triagem. As demais escalas aplicadas e variáveis em teste serão feitas pelos auxiliares de pesquisa do NET-TRAUMA e pela autora do projeto.

Você estará envolvido no projeto durante o seu estágio de seis meses no ambulatório NET-TRAUMA, de seu segundo ano de residência em psiquiatria.

O desconforto causado por este estudo pode ser o do tempo que irá lhe custar para preencher as escalas de contratransferência e responder às perguntas que lhe serão feitas.

Os benefícios que poderão ser obtidos são a colaboração com o desenvolvimento do conhecimento científico acerca do tema em estudo, além de, especificamente nos casos atendidos, estimular a observação da sua contratransferência durante os atendimentos. Este último fato poderá auxiliar no atendimento dos pacientes.

A sua privacidade será preservada, não havendo riscos da divulgação ou do uso dos resultados associados ao seu nome em nenhum momento do trabalho. Os dados preenchidos serão confidenciais, e usados somente para fins de estudo.

Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais, mas você não será identificado pelo nome.

Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e o que ele envolve, e sobre os seus direitos, você poderá entrar em contato com a Dra. Mariana Eizirik, pelos telefones 32221640, 33312594 ou 98080611.

Sua participação no estudo é voluntária, de modo que se você decida não participar ou abandonar o estudo durante o mesmo, isto não lhe trará nenhuma restrição ou consequência danosa.

CONCORDO EM PARTICIPAR DO ESTUDO: AVALIAÇÃO DA
CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO INICIAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE
TRAUMA

Nome do Participante: ----- Assinatura: -----

Nome da Autora do Projeto: ----- Assinatura:-----

Nome da Pesquisadora Responsável: ----- Assinatura:-----Data:
-----/-----/-----

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa com instrumentos diagnósticos que avaliam como as pessoas reagem quando são vítimas de uma situação traumática como aconteceu com você. Vamos fazer perguntas sobre você e o que ocorreu, bem como perguntaremos sobre sentimentos que isso causou em você. Essa entrevista durará cerca de uma hora. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as escalas que vou preencher de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar da pesquisa. O pesquisador (a) _____ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ___ de _____ de _____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do pesquisador _____

Contato com a pesquisadora: Simone Hauck - 33168272

Pesquisadora responsável: Lúcia Helena Ceitlin

ANEXO 5

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA (EACT)

Instruções: Avalie se, durante a realização da entrevista, percebeu 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.

* ASSINALE OS SUBTOTAIS *

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
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 6

ESCALA DAVIDSON DE TRAUMA (EDT)

(Data: ___/___/____)

Nome: _____

Pesquisador: _____

Cada uma das questões abaixo se refere a um sintoma específico. Para cada questão considere com que frequência e com que gravidade, o sintoma o perturbou na última semana. Nos dois quadrados ao lado de cada questão escreva um número de 0 a 4 para indicar a frequência e a gravidade do sintoma

Frequência

0 = nenhuma vez

1 = uma vez

2 = 2 a 3 vezes

3 = 4 a 6 vezes

4 = diariamente

Gravidade

0 = não perturbou

1 = perturbação mínima

2 = perturbação moderada

3 = perturbou muito

4 = perturbou extremamente

	Frequência	Gravidade
1. Você teve imagens, memórias ou pensamentos dolorosos sobre o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você teve sonhos perturbadores sobre o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você sentiu como se o evento estivesse ocorrendo de novo? Como se você o estivesse revivendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você se incomodou com alguma coisa que lhe lembrou o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você experimenta sintomas físicos quando algo lhe lembra o evento? (Isto inclui suadouro, tremores, palpitações, o coração disparar, falta de ar, náusea ou diarreia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Você tem evitado qualquer pensamento ou sentimento sobre o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Você tem evitado fazer coisas ou entrar em situações que lhe lembrem o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Você tem se sentido incapaz de lembrar partes importantes do evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Você vem tendo dificuldades para se sentir satisfeito com as coisas da sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Você tem se sentido distante ou desligado das pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Você tem se achado incapaz de se sentir triste ou amoroso com as pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Você vem tendo dificuldade em pensar no seu futuro e em planejar objetivos para a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Você vem tendo dificuldades para pegar no sono ou para continuar dormindo?

14. Você tem estado mais irritado ou com crises de raiva?

15. Você vem tendo dificuldade para se concentrar?

16. Você tem se sentido como se estivesse “no limite” ou facilmente distraído ou com a sensação de ter que ficar em guarda?

17. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustando com facilidade?

Fecha Critério DSM IV: Sim(1), Não (2)

OBS: TEPT DSM IV: 1 de 5 (B), 3 de 7 (C) e 2 de 5 (D)

ANEXO 7

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

(Data: ___/___/____)

Nome: _____

Pesquisador: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 Estou enojado(a) de mim

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual
1 Choro mais agora do que costumava
2 Agora, choro o tempo todo
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava
2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 Meu apetite é muito pior agora
3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
2 Perdi mais do que 5 quilos
3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual
1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava
- 2 Estou muito menos interessado por sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ESCORE TOTAL_____

Subtotal da página 1_____

Subtotal da página 2_____

ANEXO 8

STANDARDIZED ASSESSMENT OF PERSONALITY - ABBREVIATED SCALE (SAPAS)

Moran P et al. Br J Psychiatry 2003; 183:228-32.

Apenas circule S (sim) ou N (não) no caso da pergunta 3 se o paciente pensa que a descrição se aplica na *maior parte do tempo e na maioria das situações*.

1) Em geral, você tem dificuldades em fazer e manter amigos?

Sim = 1; Não = 0

2) Você é normalmente um tipo de pessoa que prefere fazer as coisas sozinha (o)?

Sim = 1; Não = 0

3) Em geral, você confia em outras pessoas?

Sim = 0; Não = 1

4) Você normalmente perde a calma com facilidade?

Sim = 1; Não = 0

5) Você é normalmente uma pessoa do tipo impulsiva?

Sim = 1; Não = 0

6) Você é normalmente uma pessoa preocupada?

Sim = 1; Não = 0

7) Em geral, você depende muito dos outros?

Sim = 1; Não = 0

8) Em geral, você é uma pessoa perfeccionista?

Sim = 1; Não = 0.

ANEXO 9

DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE (DSQ-40)

(Data: ___/___/____)

Nome: _____

Pesquisador: _____

INTRUÇÕES: Este questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. 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 um 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 o 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 para 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 o 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 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 dele**
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 em qualquer coisa que faça**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 25. Eu posso controlar os 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 um 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 ou 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 de 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 10

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI)

1. PRIMEIRA CONSULTA (Data:-----/----/-----)

Severidade da Doença

Considerando a sua experiência com este problema, **o quão mentalmente doente** está o paciente **neste momento?**

- (1) Normal; não limítrofe
- (2) Doença limítrofe
- (3) Levemente doente
- (4) Moderadamente doente
- (5) Marcadamente doente
- (6) Gravemente doente
- (7) Doença extremamente grave

Médico Responsável -----

ANEXO 11

PROTOCOLO DE PESQUISA

INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR

SEXO

FEMININO ()

MASCULINO ()

IDADE -----

TIPO DE TRAUMA SOFRIDO PELO PACIENTE -----

EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM O TIPO DE TRAUMA ATENDIDO

NÃO ()

SIM ()

SE SIM, QUAL TRAUMA -----

QUANTO TEMPO DE EXPERIÊNCIA -----

RELATO ESPONTÂNEO A RESPEITO DOS SENTIMENTOS DESPERTADOS DURANTE
A CONSULTA