

PROGRAMA DOUTORAL
PSICOLOGIA

VINCULAÇÃO,
CONTRATRANSFERÊNCIA E
MENTALIZAÇÃO: IMPACTO DE
DIMENSÕES DO TERAPEUTA E DA
DÍADE NO PROCESSO E NOS
RESULTADOS TERAPÊUTICOS

João Francisco Soares da Conceição Tavares Barreto

D

2021





Vinculação, Contratransferência e Mentalização: Impacto de Dimensões do Terapeuta e da Díade no Processo e nos Resultados Terapêuticos

João Francisco Soares da Conceição Tavares Barreto

Abril 2021

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Paula Mena Matos.

FINANCIAMENTO

Trabalho financiado com uma bolsa individual de doutoramento atribuída pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/96922/2013).



AVISO LEGAL

O conteúdo desta tese reflecte as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta tese pode conter incorrecções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta tese, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

RESUMO

Em anos recentes, a mentalização começou a ser apontada como possível factor comum a todas as abordagens psicoterapêuticas eficazes. Como forma de enquadrar a acção do terapeuta, o constructo da mentalização oferece uma base conceptual e empírica onde se podem articular os seus processos intrapsíquicos e interpessoais, os modelos terapêuticos, as respectivas técnicas e a forma como se integram estas dimensões ao serviço da responsividade em terapia. Neste trabalho, apresentamos um modelo da *elaboração da experiência contratransferencial* (EEC), um tipo particular de mentalização que dá conta dos processos psicológicos implícitos e explícitos através dos quais o psicoterapeuta trata e significa as suas experiências no processo terapêutico. O sistema de cotação e classificação da EEC que propomos, composto por sete dimensões de elaboração e seis posições contratransferenciais, foi pela primeira vez utilizado no estudo naturalista *BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia*, que envolveu o acompanhamento de díades terapêuticas de diferentes contextos e orientações teóricas em cinco momentos ao longo das primeiras 10 sessões. Os resultados, apresentados e discutidos ao longo de cinco capítulos em formato de artigo, apontaram para valores de acordo inter-juízes maioritariamente bons a excelentes e revelaram duas variáveis capazes de resumir as sete dimensões do modelo: *imersão/contenção da experiência subjectiva* e *reflexão/conjectura*, respeitantes, respectivamente, a aspectos mais implícitos e explícitos da mentalização do terapeuta. A *imersão* revelou-se mais sensível a dimensões da vinculação do terapeuta, do cliente e do emparelhamento entre ambas, e os seus níveis iniciais surgiram associados a diferenças na aliança entre díades. A *reflexão* apresentou covariação positiva com a aliança ao longo do tempo em casos presumivelmente mais desafiantes para a relação terapêutica – em particular, com clientes apresentando níveis inferiores de organização da personalidade e quando se verificava maior disparidade entre dimensões da vinculação do terapeuta e do cliente. No final, os resultados são globalmente discutidos nas suas implicações teórico-conceptuais, empíricas, clínicas e formativas, juntamente com as limitações do estudo e direcções futuras.

ABSTRACT

In recent years, mentalization has been proposed as a possible common factor across all effective psychotherapeutic approaches. As a framework for therapists' action, the construct of mentalization offers a conceptual and empirical basis on which intrapsychic and interpersonal processes, theoretical models, their respective techniques, and the extent to which all these dimensions are integrated in the service of responsiveness can be articulated. In the present work, we present a model of the *elaboration of countertransference experience* (ECE), a particular type of mentalizing activity concerned with the implicit and explicit psychological processes through which psychotherapists make sense of their experiences throughout therapy. The ECE rating system we propose, composed of seven dimensions of elaboration and six countertransference positions, was used for the first time in the naturalistic study *BINOCULAR: Visions of the Process in Psychotherapy*, which followed therapeutic dyads from different contexts and theoretical backgrounds throughout five time-points within the first 10 sessions of psychotherapy. The results, presented and discussed across five chapters in article format, showed mostly good to excellent interrater reliability and suggest that the seven dimensions may be synthesized in two variables: *immersion in/containing of subjective experience* and *reflection/conjecture*, representing implicit and explicit aspects of therapist mentalization, respectively. *Immersion* has been shown to be more sensitive to therapist and client attachment dimensions and their matching, and its initial levels were associated with to differences in alliance between dyads. *Reflection* presented a positive covariation with alliance over time in cases presumably more challenging to the therapeutic relationship – in particular, with clients presenting lower levels of personality organization and when greater discrepancies were found between therapist and client attachment dimensions. In conclusion, theoretical, empirical, clinical, and educational/training implications are discussed, along with limitations of the study and future directions.

RESUMÉ

Ces dernières années, la mentalisation a été proposée comme un possible facteur commun à toutes les approches psychothérapeutiques efficaces. En tant que cadre de l'action des thérapeutes, la notion de mentalisation offre une base conceptuelle et empirique sur laquelle on peut articuler les processus intrapsychiques et interpersonnels, les modèles théoriques, leurs techniques respectives et la mesure dans laquelle toutes ces dimensions sont intégrées au service de la réactivité appropriée en thérapie. Dans ce travail, nous présentons un modèle d'élaboration de l'expérience de contre-transfert (EEC), un type particulier d'activité de mentalisation qui rend compte des processus psychologiques implicites et explicites par lesquels les psychothérapeutes traitent et signifient ses expériences tout au long de la thérapie. Le système de cotation et de classification de la EEC que nous proposons, composé de sept dimensions d'élaboration et de six positions contre-transférentielles, a été utilisé pour la première fois dans l'étude naturaliste *BINOCULAR: Visions du Processus en Psychothérapie*, qui a suivi des dyades thérapeutiques de différents contextes et orientations théoriques en cinq moments au cours des 10 premières séances. Les résultats, présentés et discutés en cinq chapitres sous forme d'article, ont montré une fiabilité inter-juges généralement bonne à excellente et ont révélé deux variables capables de résumer les sept dimensions du modèle en deux variables: *immersion dans/contenance de l'expérience subjective* et *réflexion/conjecture*, concernant, respectivement, des aspects plus implicites et explicites de la mentalisation du thérapeute. L'*immersion* s'est avérée plus sensible aux dimensions d'attachement du thérapeute et du client et à leur appariement, et ses niveaux initiaux étaient associés à des différences d'alliance entre les dyades. La *réflexion* a présenté une covariation positive avec l'alliance au fil du temps dans des cas vraisemblablement plus difficiles pour la relation thérapeutique - en particulier, avec des clients présentant des niveaux inférieurs d'organisation de la personnalité et lorsqu'il y avait une plus grande disparité entre les dimensions de l'attachement du thérapeute et du client. En conclusion, les implications théoriques, empiriques, cliniques et formatives sont discutées, ainsi que les limites de l'étude et des orientations futures.

*Para a Vera e o João,
que me acolheram na Casa de Cabo
em sucessivos retiros doutorais,
rodeando-me discretamente
de mil delicadezas injustificáveis.*

AGRADECIMENTOS

Os doutoramentos são conhecidos por absorverem recursos ao candidato e, de muitas formas diferentes, a uma quantidade apreciável de pessoas e instituições à sua volta, sem as quais seriam inviáveis. Quero, pois, deixar expressa a minha profunda gratidão a quem ajudou a que este trabalho se tenha concretizado.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Paula Mena Matos, pelo cuidado, o rigor, o interesse, o tacto, a paciência cúmplice com que me acompanhou, desafiando-me, ajudando-me a ultrapassar cada dificuldade que surgiu e alegrando-se com os meus progressos e conquistas. Não me deixou ceder a simplificações, ao mesmo tempo que tornou as coisas simples quando era preciso, e soube sempre sintonizar os meus ritmos, avanços e recuos, entusiasmos, hesitações e embirrações. Encontrou sempre forma de que houvesse espaço para pensar, e não imagino bem mais precioso que pudesse ter-me oferecido. Não me tinha resignado de não ter sido minha professora na licenciatura, e que bem me soube esta reparação histórica.

Depois, aos participantes do *BINOCULAR*, terapeutas e pacientes, que nos deram toda a matéria-prima deste trabalho a troco de nada e que aceitaram abrir a privacidade dos seus processos terapêuticos à triangulação com o mundo da investigação, tantas vezes alheado da realidade delicada do trabalho terapêutico. A riqueza dos dados que nos ofereceram e das dinâmicas a que nos permitiram aceder é algo que nesta tese apenas se começou a explorar, e que, espero, continuará a dar frutos no futuro. Foi uma dádiva difícil de retribuir.

Aos meus co-autores, cuja colaboração me encheu de orgulho, ânimo e aprendizagem: Helena Carvalho, que além do mais me ajudou, entusiasticamente, a pensar em temas plausíveis para esta tese ainda na sua pré-história e me “emprestou” a sua orientadora; Marisa Matias, sempre generosa e imperturbável face às minhas irritações estatísticas de iniciante, e companhia regular e calorosa destes anos de regresso à faculdade; Luísa Saraiva, que em poucas horas de Asa

de Mosca transitou *pelo caminho do bem* das minhas digressões mais abstractas para as dolorosamente concretas tarefas de cotação, e a cuja perspicácia e cultura de trabalho devo o precioso acordo inter-juizes que conseguimos; e Gil Nata, amigo de longe, com quem nos anos de licenciatura planeei (e, entretanto, adiei) mudar o mundo e partilhei o deslumbramento pelas ideias e as perguntas, e que quase acidentalmente e por nenhum dos motivos anteriores apareceu em boa hora para me ajudar com o seu trabalho rigoroso e incansável.

Também à Marisa Martins e ao João Leite, que levaram o *BINOCULAR* para lá dos limites do meu doutoramento. Ao Bruno Silva, sempre afável e ainda com tempo para me iniciar no IRAMUTEQ. À Joana Cadima, que me ensinou MPlus para a primeira infância. E à Luísa Spalding, tradutora imaginária.

Agradeço aos Professores Frederick G. Lopez, Marc Schulz, Semira Tagliabue e Marc-André Bouchard, que se interessaram por este trabalho e discutiram aspectos teóricos e metodológicos relevantes para a sua definição e execução; Rui Alves, pelo interesse e a disponibilidade demonstrados quando equacionámos analisar o nosso material com recurso a bases lexicais; e Joaquim Luís Coimbra, Isabel Menezes, Carlos Gonçalves e Luís Fernandes, figuras de referência nos meus anos de formação inicial e em boa medida responsáveis pelo meu interesse em manter ao menos um pé dentro da academia.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Instituto Politécnico do Porto, TreatMe e American Psychological Association (Division 29) pelo reconhecimento e/ou apoio directo a este trabalho. À Associação de Bolseiros de Investigação Científica, Sindicato Nacional do Ensino Superior e Departamento de Ensino Superior do SPN/FENPROF, cuja acção em tempos difíceis para a ciência e o ensino superior contribuiu decisivamente para a obtenção da minha bolsa de doutoramento e a manutenção do meu vínculo de trabalho. E à Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica, Society for Psychotherapy Research e Society for the Exploration of Psychotherapy Integration pela criação de grupos e comunidades de pertença.

Aos meus supervisores clínicos, Professor Victor Moita e Professora Ana Bertão, bem como às colegas e amigas (Irene Monteiro, Ruth Sampaio, Cláudia Loureiro) que comigo inventaram maneiras de acedermos a formação clínica psicanalítica quando, especialmente no norte do país, era ainda mais difícil do que hoje.

Ao meu analista Orlando von Doellinger, pelas longas horas e pela companhia serena e benevolente através dos desterrados inóspitos e margens infrequentedas da minha vida mental.

Aos meus colegas e amigos da área de Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Saúde do IPP, minha principal casa profissional. Em particular, às colegas Artemisa Rocha Dores e Ana Sucena, responsáveis directas pela longevidade do meu vínculo e pelo seu início, respectivamente; Ana Salgado, Helena Martins, João Paulo Pedroso, Cláudia Martins, Zita Sousa, e, muito especialmente, à Andreia Magalhães, minha “irmã de doutoramento” que partilhou comigo a alegria e as vertigens iniciais da trincheira.

À querida sala 240, por me fazer sentir acolhido no meu regresso à faculdade e pelas relações inesquecíveis que criámos nestes anos. A entreaajuda desinteressada, a vida para lá ciência, a diversão sem esforço e o respeito mútuo foram brindes inesperados destes anos de doutoramento. Agradeço, particularmente, à Tânia Brandão, pela generosidade sempre atenta, sensata e discretamente divertida; ao Nuno Nunes, pela cumplicidade, as discussões estimulantes e a jornada Holandesa; à Mónica Costa, pelo afecto genuíno, a graça involuntária e a jornada Londrina; à Juliana Pedro, pela presença animada e próxima, o rebuliço e a vontade de partilhar; à Filipa Nunes, pela perseverança, o espírito de gozo e a atenção fina; à Rita Tavares, pela determinação conjugada com honestidade e sensibilidade atenta; à Carina Santos, pela presença afável, descomplicada e prestável; e à Joana Fernandes, pelo humor extravagante, as *inside information* inexplicáveis e o cuidado delicado que não pede nada em troca. Foi uma ilha para mim, e guardo-a sempre comigo.

Ao Fórum do Bando, mesa de café virtual onde tudo o que é do mundo passa, como numa montra, e é devidamente discutido até aos limites que só as amizades à prova de bala toleram. Graças ao André Pereira, ao Faber Campos, ao João Estrela, ao João Nuno Crespo, ao Jorge Loura, ao Marco Pereira, ao Pedro Crespo, ao Ricardo Melo, ao Rui Lança e ao Rui Leal, mantenho-me um Aveirense praticante, orgulhoso e, pontualmente, insuportável.

Ao Tiago Príncipe e ao Manel Sá, amigos e cúmplices neste pacote. À Sara Neves e ao João Roldão, vizinhos primeiro de bairro e da vida depois. E ao Jorge Cruz, velho compincha.

Aos Soares da Conceição, aos meus cunhados Maria e João e muito especialmente aos meus sobrinhos irresistíveis e desconcertantes, Manel, António e Carolina.

À Joana e ao Gogol, cão escritor com traumas que não me conheceu fora deste doutoramento. Pela resistência do carinho e por essa espécie de mão que nunca larga, nas descidas e nas subidas.

E à minha mãe Xica, ao meu pai Zé e aos meus irmãos Vasco, Maria Ana e Vera, porque fazem parte de tudo o que me importa.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychological Association
BCPSG	Boston Change Process Study Group
CM	Countertransference Management
CT	Countertransference
EBP	Evidence-Based Practice
ECE	Elaboration of the Countertransference Experience
EEC	Elaboração da Experiência Contratransferencial
EEX	Emerging Experience
EFA	Exploratory Factor Analysis
FIS	Facilitative Interpersonal Skills
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
IRR	Interrater Reliability
OCT	Objective Countertransference
RF	Reflective Functioning
SCT	Subjective Countertransference
TAT	Therapeutic Attitude

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I Um Olhar sobre a Investigação em Psicoterapia na Actualidade	9
1. <i>Dodo</i> e o paradoxo da equivalência de resultados em psicoterapia	11
1.1. Hipótese dos factores comuns em psicoterapia	12
1.2. Objecções à interpretação dos factores comuns.....	28
1.3. Integração em psicoterapia	30
2. Técnica, relação e responsividade do terapeuta	41
3. O terapeuta como factor.....	50
3.1. Efeitos do terapeuta	50
3.2. Preditores das diferenças entre terapeutas	52
3.3. <i>Expertise</i>	56
3.4. A subjectividade do terapeuta	70
4. Sobre este trabalho	84
4.1. <i>BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia</i>	88
CAPÍTULO II Navigating the Countertransference Experience: A Transtheoretical Specifist Model	91
Abstract.....	93
Introduction.....	95
A Transtheoretical Specifist Model of Countertransference Experience	95
Subjective Countertransference	96
Objective Countertransference.....	97
Therapeutic Attitude.....	99
Emerging Experience	99
Concluding Remarks	102
References.....	105
CAPÍTULO III Mentalizing Countertransference? A Model for Research on the Elaboration of Countertransference Experience in Psychotherapy.....	115
Abstract.....	117
Introduction.....	119
Countertransference: Converging and Contending Views	120
A Model of Countertransference Experience.....	120
Elaboration of Countertransference Experience	123

Managing and Elaborating Countertransference	123
Construing Mentalization.....	125
Research on Therapist's Mentalization.....	127
Mentalizing Countertransference Experience: A Model for Research.....	133
Concluding Remarks	141
References.....	145
CAPÍTULO IV Mentalizing Psychotherapists, Psychotherapists' Mentalizing: Results from a Naturalistic Longitudinal Study	
Abstract.....	157
Introduction.....	159
This Study	164
Methods.....	165
Participants	165
Instruments	166
Procedure	168
Data Analysis.....	169
Results.....	171
Discussion	173
References.....	181
Appendix A	188
Appendix B	189
CAPÍTULO V Elaboration of Countertransference Experience and the Workings of the Working Alliance.....	
Abstract.....	193
Introduction.....	195
Therapist Mentalization and the Elaboration of Countertransference Experience ...	196
The Present Study	199
Method	201
Participants	201
Instruments	201
Procedure	204
Data Analysis.....	205
Results.....	206
Change of Alliance Over Time	207
Initial Levels of ECE as Predictors of Between-dyads Alliance Variation	207

Covariation Between ECE and Alliance	208
Initial Levels of ECE as Moderators of the Covariation Between ECE and Alliance .	208
Clients' Personality Difficulties as Moderators of the Covariation Between ECE and Alliance	208
Discussion	209
References.....	218
CAPÍTULO VI Attachment Mismatches and Alliance: Through the Pitfalls of Mentalizing Countertransference	223
Abstract.....	225
Introduction.....	227
Elaboration of Countertransference Experience: A Mentalizing Model of Therapists' Inner Skills.....	229
This Study	230
Methods.....	231
Participants	231
Instruments	231
Procedure	232
Data Analysis.....	233
Results.....	234
Discussion	234
References.....	239
DISCUSSÃO E CONTRIBUTOS FINAIS	243
1. Síntese dos resultados.....	245
2. Discussão e contributos.....	246
3. Limitações e direcções futuras.....	253
REFERÊNCIAS.....	257
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS

CAPÍTULO III

Table 1. Dimensions of Elaboration of Countertransference Experience	135
--	-----

CAPÍTULO IV

Table 1. Dimensions of Elaboration in the ECE Rating System	163
---	-----

Table 2. Descriptive Data and Reliability (N = 14 dyads/52 sessions)	169
--	-----

Table 3. Summary of Multilevel Models Predicting ECE Factor 1	174
---	-----

CAPÍTULO V

Table 1. Dimensions of Elaboration in the ECE Rating System	198
---	-----

Table 2. Descriptive Data and Reliability (N = 12 dyads/44 sessions)	204
--	-----

Table 3. Summary of Multilevel Models Predicting Alliance Bond	210
--	-----

Table 4. Summary of Multilevel Models Predicting Alliance Tasks/Goals	211
---	-----

CAPÍTULO VI

Table 1. Summary of Multilevel Models Predicting Working Alliance	235
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

- Figura 1. Magnitudes de efeito para factores comuns do modelo contextual e factores específicos 17
- Figura 2. Organização dos artigos/Capítulos II a VI 87

CAPÍTULO II

- Figure 1. Components of countertransference experience 96

CAPÍTULO III

- Figure 1. Bidimensional model of the elaboration of countertransference experience 138

La visión binocular es especialmente importante ya que gracias a ella somos capaces de aumentar nuestro campo visual y percibir la profundidad del mundo que nos rodea.

(...) en el mapa retiniano, cada punto de la escena se proyecta en un punto de la retina que se corresponde con el mismo punto de proyección en la retina del otro ojo (correspondencia retiniana), sin embargo, estos puntos no coinciden exactamente, (...) esto es lo que nos hace ver en profundidad (...).

Cuando los objetos están próximos o muy lejanos, la disparidad de los puntos retinianos de proyección de los objetos, están separados por distancias que superan a la capacidad de unificación del cerebro, es decir ya no se perciben como un objeto sino que vemos dos, se produce visión doble (...).

Área Oftalmológica Avanzada, 2021

Central to Bion's (1965) thinking is the concept of "binocular vision" or "mental stereoscopy" – a dual-track model in which polar opposites conjoin collaboratively for a common goal, much like the operation of the two cerebral hemispheres. Bion's view is that the primary and secondary processes combine as a binary-oppositional structure (α -function) to constitute a binocular vision of internal and external mental life.

Grotstein, 2007, p. 297

I have often likened analysis to riding a bicycle. Recalling the process, I first had to learn to hold the handlebars and use the brakes, then to balance, and to learn all the rules of the road. When these were mastered, Paula Heimann told me to take my hands off the handlebars and let my countertransference take over. Finally, Bion removed the front wheel and told me to steer with that intuitive binocular mind, which I hoped was a distillate of all that I had learned and had now forgotten.

Mason, 2000, p. 988

INTRODUÇÃO

(...) we concluded that since the various theories of psychoanalysis can be shown to universalize the subjective world of each theorist, what psychoanalysis needed was a theory of subjectivity itself — a framework inclusive enough to encompass not only the phenomena that the various theories addressed, but also the theories themselves as psychological products.

(Stolorow, 2016, NP13)

Foi Sigmund Freud (1900/2009) quem, numa nota de rodapé tornada famosa,¹ afirmou que existe em todos os sonhos pelo menos um ponto insondável, como um umbigo que se afunda no desconhecido. Por analogia de princípios, não é nossa pretensão enunciar ou sequer sondar as motivações originais do trabalho que aqui apresentamos. Mesmo assim, poderá ter interesse, como forma de introduzi-lo, recuperar algumas das inquietações que o atravessaram e às quais procurou responder.

A psicoterapia enquanto prática pode ser vista como um território onde virtualmente se cruzam, articulam e defrontam todas as dimensões do humano. Técnica e relação, afecto e reflexão, observação e participação, passado e presente, fantasma e realidade, ciência e memória, improvisado e minúcia, universalidade e acaso, biologia e estética, ritmo, epistemologia e por vezes apenas a espera ante o que não tem nome nem forma são vectores que atravessam o território da psicoterapia e colocam o psicoterapeuta num lugar de encruzilhada.

Depois de “inventada” e disseminada enquanto prática profissional nas sociedades ocidentais entre o fim do século XIX e a primeira metade do século XX, a psicoterapia sofreu um abalo decisivo nos anos 50 quando foram postos em causa os seus efeitos. Sendo já anteriores a este momento os primeiros esforços de investigação sistemática do processo terapêutico, a sugestão de Eysenck (1952/1992) de que os seus resultados pudessem afinal ser equivalentes ou mesmo inferiores aos de grupos de pacientes² sem intervenção específica gerou uma

¹ “(...) Todos os sonhos têm pelo menos um ponto que é insondável, como um umbigo que os liga ao desconhecido.” (Freud, 1900/2009, p. 86).

² Sobre a histórica indecisão – ou, frequentemente, divisão – entre a opção pelos termos *paciente* e *cliente* na psicoterapia, somos sensíveis às razões históricas de ambos os lados: “paciente” carrega, frequentemente, uma carga associada à tradição médica e patologizante em que o terapeuta é tido como

importante mobilização no sentido de comprovar a eficácia da psicoterapia (Sales, 2009). Quando, por volta dos anos 70, parece por fim estabelecer-se a superioridade dos efeitos da psicoterapia face a grupos de controlo, surge um novo problema, que em 1936 havia sido anunciado por Saul Rosenzweig como o veredicto do pássaro Dodo e que entretanto é retomado por Luborsky et al. (1975): apesar das diversas abordagens e modelos terapêuticos, a que correspondiam diferentes pressupostos, técnicas, objectivos e enunciados acerca do funcionamento, da patologia e da mudança psicológica, vários estudos revelavam a ausência de diferenças relevantes nos resultados das várias terapias. *Toda a gente ganhou e todos devem receber prémios*, nas palavras do pássaro Dodo de Lewis Carroll em *As Aventuras de Alice no País das Maravilhas*.

As críticas ao “paradoxo da equivalência” (Stiles et al., 1986) e o interesse em aprofundar a comparação entre modelos, à procura dos *factores específicos* responsáveis, em cada um, pelos respectivos resultados terapêuticos, conduziram, nos anos 80, a um esforço de definição e controlo rigorosos das variáveis em jogo. Surgiram os ensaios clínicos randomizados, requerendo tratamentos manualizados a aplicar a amostras homogéneas quanto a categorias de diagnóstico da nosologia psiquiátrica, distribuindo-se os sujeitos aleatoriamente pelas diferentes condições experimentais e avaliando-se, ainda, a adesão dos terapeutas ao manual/protocolo (Roth & Fonagy, 2005; Sales, 2009). Nos anos 90, surge nos Estados Unidos da América o movimento dos tratamentos empiricamente validados (mais tarde chamados tratamentos empiricamente *suportados*; Westen et al., 2004), fixando critérios para o reconhecimento da eficácia de intervenções manualizadas no

figura de autoridade, ao passo que “cliente” arrisca uma excessiva colagem ao modelo de uma relação comercial e a desvalorização da dimensão de sofrimento e, por vezes, de verdadeira perturbação e desorganização da pessoa e da qualidade reparadora da experiência terapêutica. Parece-nos interessante, neste contexto, a reflexão de Wachtel (2011): “It turns out that the Latin roots of the word *patient* lie in words connoting ‘one who suffers,’ whereas the roots of the word *client* point to ‘one who depends.’ Indeed, *client* derives from the Latin *cliens*—freed (Roman) slaves who are still dependent on their masters. Thus, one can make a strong case that the word *patient* is more empathic with the person’s suffering and the word *client* is unwittingly demeaning” (p. xiv). No presente trabalho, utilizaremos ambos os termos de forma mais ou menos arbitrária, com o que pretendemos contribuir para esbater um antagonismo que nos parece desactualizado, num momento em que o monopólio da medicina no mundo da psicoterapia está largamente ultrapassado e em que não faltam terapeutas a “tratar os sintomas” dos seus “clientes”.

tratamento de perturbações específicas e visando a divulgação regular dos protocolos validados junto do público e das entidades financiadoras da psicoterapia (Moreira et al., 2005; Norcross, 2002).

Paralelamente, o paradoxo da equivalência lançou os investigadores na busca de *factores comuns* aos vários modelos que pudessem explicar a eficácia semelhante encontrada (Lambert, 2013b; Wampold, 2015). O estudo de factores comuns veio chamar a atenção, nomeadamente, para dimensões associadas ao terapeuta, ao paciente (características não diagnósticas) e à relação terapêutica. O interesse por identificar processos relacionais e preditores pessoais do terapeuta e do cliente com suporte empírico (Castonguay & Hill, 2017; Norcross, 2002, 2011; Norcross & Lambert, 2019b; Norcross & Wampold, 2019) chega até hoje, a par de esforços de integração de factores comuns e específicos pelo estudo da relação de dimensões técnicas, relacionais, do terapeuta e do paciente com a mudança terapêutica em problemáticas específicas (Castonguay & Beutler, 2006).

A psicoterapia continua a evoluir em vários sentidos: avanços na ciência básica iluminam e complexificam os seus objectos de estudo (e.g., Bucci, 2002; Caspi et al. 2014; Ecker, 2018; Hopwood et al., 2020; Lane & Nadel, 2020; Panksepp et al., 2017; Solms, 2019), o refinamento metodológico coloca ao alcance do estudo empírico nuances cada vez mais finas do processo terapêutico (e.g., Buchholz & Kächele, 2017; Falkenström et al., 2020; Kaluzeviciute, 2021; Kivlighan et al., 2016; Maskit, 2021; Paz et al., 2021; Peräkylä, 2019; Zilcha-Mano, 2019), novas sínteses teóricas e tendências culturais fazem aparecer novos modelos terapêuticos (e.g., Bateman & Fonagy, 2013; Fosha, & Yeung, 2006; Greenberg, 2015; Kahl et al., 2012; Landin-Romero et al., 2018; Ryle, 2005; Safran & Muran, 2000), alguns desenvolvidos para problemáticas específicas (e.g., Benjamin, 2003; Busch & Milrod, 2013; Greenberg & Watson, 2006; Linehan et al., 1999), e procura-se importar de outras áreas de actividade humana as estratégias que prometam aumentar a *expertise* em psicoterapia e melhorar os seus resultados (Rousmaniere, 2017; Tracey et al., 2014) – não sem que se vá constatando que a psicoterapia não parece ter hoje melhores resultados do que há 50 anos (Öst, 2008), podendo mesmo estar a piorar em alguns casos (Johnsen & Friberg, 2015),

e se lance o debate sobre a utilidade do constructo de *expertise* neste campo (Rønnestad, 2016).

Mais ou menos alheios a todo este movimento, sentados nos seus gabinetes, os psicoterapeutas permanecem no lugar da encruzilhada. A sós com os seus pacientes e dispendo de si mesmos como instrumento de trabalho, dão forma real à psicoterapia através das suas acções impregnadas de todas as determinações da acção humana, num plano em que os factores comuns, os específicos, os preditores, os manuais terapêuticos, as técnicas, o ecletismo ou a preferência meta-teórica se traduzem e reduzem à dimensão comum de *processos psicológicos e comportamento* em sessão.

O trabalho que aqui apresentamos foi atravessado pelas interrogações que nos assaltam ao olhar a psicoterapia neste seu plano que se reinicia a cada sessão. De que se serve o terapeuta no seu trabalho? Que tipo de conhecimento tem valor “terapêutico”? Como tem a ele acesso o terapeuta? Qual o papel da teoria, dos fenómenos emergentes no aqui e agora da sessão, ou dos processos de formulação ou simbolização daquilo que é novo e emergente na experiência interna e intersubjectiva? Como utiliza o terapeuta este conhecimento em benefício do paciente? Para explorar questões como estas, foi necessário colocar a subjectividade do psicoterapeuta no centro da nossa atenção e convocar os instrumentos conceptuais da ciência psicológica para tratá-la – e, com ela, o terapeuta enquanto agente psicológico e os seus modelos teóricos (episodicamente os nossos) como fenómenos da sua subjectividade, num exercício no limiar da epistemologia. A que não terá sido alheio um desejo de resgatar para a investigação em psicoterapia o lugar da subjectividade do terapeuta e a resistência que enquanto objecto de estudo oferece a qualquer tentação simplificadora. Como se verá, este posicionamento não deve ser confundido com qualquer tipo de “subjectivismo” ou inclinação solipsista que nos impeça de reconhecer e “objectivar” diferentes qualidades das experiências do terapeuta quanto à sua relação com a realidade partilhada da díade terapêutica.

Para levar a cabo os propósitos a que nos propomos, começaremos por visitar algumas das questões que no presente mais agitam a comunidade da

investigação em psicoterapia, procurando situar o nosso trabalho nesse contexto mais amplo (**Capítulo I**). Seguem-se dois capítulos de elaboração teórica com que delimitamos o nosso objecto de estudo central, que é, também, o cerne do contributo original aqui apresentado. No **Capítulo II**, pois, propomos uma conceptualização dos fenómenos subjectivos do psicoterapeuta na qual sintetizamos diferentes tradições teóricas e procuramos distinguir diferentes componentes da *experiência contratransferencial*, ilustrando cada uma com exemplos clínicos e alguma da investigação empírica que nela se pode inscrever. De seguida, no **Capítulo III**, apresentamos o constructo da *elaboração da experiência contratransferencial* (EEC) e a sua operacionalização para o estudo dos processos psicológicos implícitos e explícitos através dos quais o terapeuta trata e significa as suas experiências no processo terapêutico. Concebendo a EEC como um tipo particular de mentalização (Bateman & Fonagy, 2019; Bouchard et al., 2008; Choi-Khan & Gunderson, 2008; Fonagy et al., 2002), o modelo que propomos é informado por uma revisão sistemática da investigação sobre processos de mentalização do terapeuta. A hipótese que aí avançamos é a de que a EEC estará envolvida em várias das dimensões mais estudadas e estabelecidas na investigação em psicoterapia (e.g., aliança e reparação das suas rupturas, empatia, gestão da contratransferência, congruência/genuinidade, consideração positiva – Norcross, 2011; Norcross & Lambert, 2019b), bem como no uso *responsivo* das técnicas e factores específicos de cada modelo (Stiles et al., 1998) e na parte dos resultados terapêuticos devida aos *efeitos do terapeuta* (Baldwin & Imel, 2013). O **Capítulo IV** é então o primeiro em que apresentamos resultados do estudo naturalista *BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia*,³ no qual díades terapêuticas em psicoterapia ou apoio psicológico individual de adultos foram avaliadas em cinco momentos das primeiras 10 sessões do processo. Especificamente, examinamos a estrutura latente do nosso constructo, emergindo duas dimensões que poderão ser utilizadas como variáveis que sintetizam a EEC (*imersão/contenção da experiência subjectiva* e *reflexão/conjectura*), e examinamos a relação da EEC com dimensões

³ Para divulgação deste estudo, mas também para apoio aos participantes e plataforma de comunicação com eles, foi criado um *website* que pode ser visitado em <https://www.fpce.up.pt/binocular/>

da vinculação do terapeuta e do cliente e com avaliações concomitantes da gestão da contratransferência (Gelso & Hayes, 2007). As dimensões de *imersão* e *reflexão* são examinadas no **Capítulo V** quanto à sua participação na formação e variação da aliança terapêutica ao longo do processo. Os resultados sugerem níveis iniciais mais elevados de *imersão* do terapeuta em díades avaliadas mais positivamente pelos clientes na dimensão de ligação emocional da aliança; e que, em casos caracterizados por níveis mais baixos de organização da personalidade, existe covariação positiva entre a *reflexão* do terapeuta e o acordo percebido pelo cliente quanto às tarefas e objectivos da terapia. O estudo da relação entre EEC e aliança é aprofundado, no **Capítulo VI**, através da inclusão de dimensões da vinculação do terapeuta e do cliente e da combinação entre ambas como possíveis moderadores. Os resultados parecem indicar que os processos elaborativos do terapeuta (*reflexão*) e ambas as dimensões da aliança (ligação emocional e tarefas/objectivos) covariam ao longo do processo quando há maior contraste entre a vinculação do terapeuta e do cliente. Em conclusão, na **Discussão e Contributos Finais**, sintetizamos os resultados do nosso estudo empírico e procuramos explorar de que forma o trabalho apresentado poderá contribuir para a reflexão actual no campo da psicoterapia, nas vertentes teórico-conceptual, empírica, clínica e formativa.

Como se verá, cinco capítulos são apresentados em língua inglesa. Trata-se, na realidade, de artigos autónomos que se encontram publicados, em revisão ou submetidos a revistas internacionais. No entanto, foram seleccionados e colocados na sequência apresentada na convicção de que, juntamente com as restantes secções que compõem este documento, formam um corpo articulado e coerente capaz de representar de forma integrada o trabalho destes anos.

Para lá dos capítulos, apêndices e anexos, de novo o campo aberto do encontro terapêutico nos aguarda, o “espaço potencial que é base para o jogo, a criatividade, a empatia e outros factores que emprestam riqueza à experiência e à relação humana” (Bram & Gabbard, 2001, p. 686, tradução nossa). O lugar onde a justa dimensão das coisas toma forma e nos forma. Avancemos, pois.

CAPÍTULO I
Um Olhar sobre a Investigação em Psicoterapia na Actualidade

1. *Dodo* e o paradoxo da equivalência de resultados em psicoterapia

Apesar de primeiro identificado e baptizado por Saul Rosenzweig (1936) a respeito de diferentes escolas psicanalíticas juntamente com formas de intervenção de cariz religioso, foi pela mão de Luborsky et al. (1975) que o veredicto do pássaro *Dodo* foi retomado e definitivamente acolhido no debate da psicoterapia: apesar da diversidade de abordagens e modelos terapêuticos com diferentes pressupostos, técnicas, objectivos e enunciados acerca do funcionamento, da patologia e da mudança humana, a comparação dos resultados não parecia revelar diferenças relevantes. Aparentemente, em contraste com as diferenças substanciais entre os resultados da psicoterapia e a ausência de intervenção (eficácia absoluta), diferentes formas de psicoterapia tipicamente produzem resultados semelhantes (American Psychological Association, 2013). Vários refinamentos metodológicos dos anos subsequentes, como o recurso a meta-análises, o controlo dos efeitos da filiação teórica dos investigadores (*allegiance effects*) ou a limitação das análises a estudos comparando terapias *bona fide* (isto é, concebidas para obterem a máxima eficácia, por oposição a intervenções alternativas, não específicas ou placebo por vezes descritas como “feitas para falhar”), tenderam a confirmar a equivalência de resultados dos diferentes modelos terapêuticos em diferentes populações clínicas (Lambert, 2013b; Laska et al., 2014; Wampold et al., 1997).

Até ao presente, diferentes explicações surgiram para estes dados. Enquanto alguns investigadores questionam a equivalência de resultados e/ou insistem nas diferenças entre modelos terapêuticos e nos mecanismos através dos quais operam, outros acreditam que os efeitos da psicoterapia se deverão a aspectos presentes em todas as orientações teóricas e procuram identificar os factores comuns por eles responsáveis. Dentro deste grupo, podemos encontrar diferentes propostas sobre quais seriam em concreto as causas relevantes para os efeitos da psicoterapia, e existem mesmo diferenças profundas na forma de entender o significado dos factores comuns. É destas diferentes tendências que nos ocupamos de seguida.

1.1. Hipótese dos factores comuns em psicoterapia

De acordo com a visão dos factores comuns, os aspectos que fazem a psicoterapia funcionar não são aqueles através dos quais as diversas abordagens terapêuticas se diferenciam das restantes e que frequentemente constituem o maior foco de atenção nas diferentes escolas – nomeadamente, os seus modelos teóricos e técnicas específicas. Além da equivalência relativa de resultados já mencionada, a hipótese dos factores comuns é suportada por outros dados vindos da literatura empírica, como os ganhos terapêuticos súbitos verificados nas três primeiras sessões de diferentes tipos de psicoterapia – antes, pois, que as técnicas específicas tenham podido fazer efeito (Lambert & Oagles, 2014); e a dificuldade em encontrar associações consistentes entre os anos de experiência, o treino, a adesão a manuais terapêuticos ou a competência avaliada do psicoterapeuta e os seus resultados (e.g., Tracey et al., 2014; Wampold & Imel, 2015). Quais serão, pois, os factores presentes nas várias abordagens terapêuticas capazes de explicar a sua eficácia? De seguida, damos conta de algumas das mais conhecidas tentativas de responder a esta questão.

1.1.1. *Propostas de factores comuns*

Como vimos, foi Rosenzweig (1936) o primeiro autor a aventar a semelhança da eficácia relativa de abordagens terapêuticas distintas, e coroou a sua observação introduzindo o pássaro Dodo no mundo da psicoterapia, certamente sem supor que aí arrastaria o seu voo por décadas. O que não dissemos é que também este autor avançou desde logo uma interpretação baseada na ideia de factores comuns. Sugerindo que a semelhança de resultados indicaria a importância de aspectos não reconhecidos da intervenção, o autor pergunta-se: “(...) if they are only *apparently* diverse, what do these therapies actually have in common that makes them equally successful?” (p. 413). Numa curta exposição em que antecipa uma grande quantidade de hipóteses e interrogações que pontuam a investigação até ao presente, Rosenzweig acaba por sintetizar nos seguintes termos o que acredita serem os factores presentes em todas as abordagens terapêuticas: a actuação de factores implícitos, não verbalizados, como a catarse e

o efeito da personalidade do terapeuta; a consistência formal da “ideologia” do terapeuta como base para a reintegração da personalidade do paciente; e a apresentação de formulações alternativas dos eventos psicológicos, podendo diversas formulações possíveis ser terapêuticamente eficazes enquanto ponto de partida para a reorganização da personalidade vista como um todo interdependente e dinâmico. Na formulação mais curta e que ficaria para a história,

(...) it may be said that given a therapist who has an effective personality and who consistently adheres in his treatment to a system of concepts which he has mastered and which is in one significant way or another adapted to the problems of the sick personality, then it is of comparatively little consequence what particular method that therapist uses. (Rosenzweig, 1936, pp. 414-415)

Mais conhecida na comunidade psicoterapêutica veio a ser a proposta de Jerome Frank apresentada na sua obra *Persuasion and Healing*, publicada inicialmente em 1961 e cuja terceira e última edição seria editada em 1991, em co-autoria com a sua filha Julia Frank (Lundh, 2014). Antes de mais, de acordo com esta perspectiva, o que leva alguém a procurar psicoterapia é um estado de desmoralização resultante dos seus sintomas, e os efeitos da intervenção são obtidos em grande medida por actuarem sobre esta desmoralização, e só indirectamente sobre os sintomas ou a psicopatologia (Wampold & Imel, 2015). Quatro componentes comuns às várias abordagens terapêuticas seriam responsáveis pelos seus efeitos: o estabelecimento duma relação confiável e emocionalmente carregada com o terapeuta; um contexto terapêutico socialmente reconhecido como tal e onde se crê que o profissional actuará em benefício do cliente; um esquema conceptual, ou *mito*, que oferece uma explicação plausível para os problemas e a situação de vida do cliente, consistente com a sua mundividência ou na qual é levado a acreditar (o que não equivale a ser “verdadeira”); e um procedimento, ou *ritual*, no qual terapeuta e cliente participam e que é consistente com a explicação oferecida. O ritual, por sua vez, implica que a relação se mantém após a revelação dos sentimentos de desmoralização do

cliente; que o terapeuta é capaz de manter a esperança do cliente no processo terapêutico; que ocorrem novas experiências de aprendizagem; que as emoções do cliente são activadas; que as experiências em terapia aumentam o sentido de mestria e auto-eficácia do cliente; e que são oferecidas ao cliente oportunidades de praticar (Lundh, 2014; Wampold & Imel, 2015). A psicoterapia é vista, pois, como uma forma especial de influência pessoal e de retórica que pode ser entendida em termos hermenêuticos e em que o conteúdo dos modelos e procedimentos propriamente dito é secundário, importando essencialmente na medida em que contribui para a construção de novo significado e proporciona novas experiências de sucesso, processos encorajados pela qualidade da aliança estabelecida (Lundh, 2014). Tal como Rosenzweig, Frank alarga a sua proposta a formas de influência além da psicoterapia, como as conversões religiosas ou o xamanismo (Spielman, 2000).

O trabalho de Bruce Wampold, condensado nas duas edições do seu *The Great Psychotherapy Debate* (2001; Wampold & Imel, 2015), foi assumidamente inspirado pelo legado de Frank e constitui possivelmente a abordagem que na actualidade melhor representa a hipótese dos factores comuns. O autor propõe um Modelo Contextual, por contraposição ao Modelo Médico, de acordo com o qual existem três vias ou mecanismos pelos quais a psicoterapia produz os seus efeitos após a criação de uma ligação inicial: a relação real; a criação de expectativas através da explicação do problema e do tratamento proposto; e a adopção de comportamentos promotores da saúde (Wampold, 2015). A relação real, definida por Gelso (2014) como a relação pessoal entre terapeuta e paciente, marcada pelo grau em que são genuínos entre si e têm uma percepção realista um do outro, terá, só por si, um impacto no bem-estar do cliente, dada a necessidade humana de conexão, juntamente com qualidades especiais da relação terapêutica como sejam a empatia, a confidencialidade e a aceitação de conteúdos habitualmente disruptivos noutros contextos relacionais (Wampold & Imel, 2015). Em linha com as ideias de Frank, a segunda via definida por Wampold, referente às expectativas, prevê que as explicações sobre o cliente e os seus problemas e as respectivas tarefas propostas pelo terapeuta, independentemente da sua “validade científica”,

geram no cliente, quando aceites, a crença de que a psicoterapia o ajudará e aumentam a sua expectativa de que é capaz de fazer o que é necessário para resolver os seus problemas – o que pode ser formulado como aumento de mestria ou auto-eficácia, entre outros (Wampold, 2015). Desta forma, o acordo sobre objectivos e tarefas terapêuticas, que forma parte da aliança conforme conceptualizada por Edward Bordin e operacionalizada por Adam Horvath (e.g., Horvath & Greenberg, 1989), actuaria na psicoterapia através do efeito nas expectativas do cliente. Também o efeito placebo logo à partida relacionado com a expectativa de que a psicoterapia funciona teria um efeito de esperança e “remoralização” (Wampold & Imel, 2015). A terceira via definida por Wampold refere-se ao efeito dos ingredientes específicos de cada modelo terapêutico, mas equaciona a sua eficácia através de mecanismos diferentes dos que são apontados no Modelo Médico: por um lado, as técnicas terão impacto nas expectativas, potenciando a segunda via descrita; por outro, levam o cliente a envolver-se em acções saudáveis, como recorrer menos a esquemas disfuncionais, melhorar as relações interpessoais, aceitar-se melhor a si mesmo, entre outras. Este terceiro mecanismo assegurará parte dos resultados terapêuticos, independentemente da especificidade das acções promovidas por cada abordagem terapêutica particular (Wampold, 2015).

Outro contributo marcante para o estudo dos aspectos comuns às várias psicoterapias foi a proposta de Marvin Goldfried (1980) de que o foco seja colocado num nível intermédio de abstracção entre o quadro teórico e as técnicas específicas de cada modelo, ambos virtualmente inconciliáveis: o das *estratégias* clínicas, representando *princípios de mudança* em torno dos quais possa haver consenso. Para ilustrar, Goldfried identifica como estratégias comuns a procura de proporcionar ao cliente experiências correctivas e o fornecimento de *feedback* directo por parte do terapeuta. Para cada caso, o autor oferece exemplos de como abordagens psicodinâmicas, comportamentais e humanistas se servem das suas respectivas técnicas e linguagens para abordar processos aparentemente semelhantes. Goldfried admite que outras estratégias comuns existirão além destas – mais tarde, virá a sintetizar a sua proposta identificando como princípios de

mudança o aumento das expectativas, esperança e motivação do cliente, o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, a melhoria da consciência e *insight* do cliente relativamente às suas dificuldades, o encorajamento de experiências correctivas e o teste de realidade para lá do contexto terapêutico (Goldfried, 2019; Eubanks & Goldfried, 2019). Mas, na verdade, a sua maior preocupação parece ser a de que o campo da psicoterapia evolua do que considera um estado pré-paradigmático de infância para maior maturidade científica através da consensualização e da aproximação de diferentes abordagens em torno dos princípios de mudança terapêutica. Pouco depois do seu artigo de 1980, em 1983, a ideia da integração em psicoterapia faria nascer um verdadeiro *movimento*, potenciado pela criação da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (Goldfried et al., 2005). Apesar do interesse crescente no diálogo e em diferentes formas de integração entre abordagens terapêuticas (ver abaixo), é significativo que, quase 40 anos volvidos sobre o artigo em que interpelava os seus pares perguntando “Where Do We Go From Here?” (Goldfried, 1980, p. 995) e 25 anos depois do artigo “Psychotherapy Integration: An Idea Whose Time Has Come” (Castonguay & Goldfried, 1994), o autor apresente um dos seus mais recentes contributos para a área com o título “Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back?” (Goldfried, 2019).

Outra forma de abordar os factores comuns que se tornou célebre no campo da psicoterapia foi o agrupamento de factores terapêuticos partilhados entre abordagens em diferentes classes e a tentativa de comparar o seu peso relativo na explicação dos efeitos terapêuticos. É particularmente conhecida a proposta de Michael Lambert (2013b; Wampold & Imel, 2015) em que estima que 40% do sucesso explicado da psicoterapia se devam a factores do cliente e da sua vida (extra-terapêuticos), seguindo-se 30% devidos aos factores relacionais, 15% para as expectativas, esperança e placebo e 15% para as técnicas particulares de cada abordagem.⁴ Face à preocupação em criar evidência empírica para suportar

⁴ Note-se, contudo, que todos estes valores diminuem se considerarmos a variância total (não apenas a explicada) dos resultados terapêuticos. Neste caso, estimam-se 35% de variância não explicada, o que se

factores terapêuticos além dos modelos específicos (Laska et al., 2014; Messer, 2016), tem havido um esforço sistemático para identificar dimensões relacionais capazes de explicar efeitos terapêuticos independentemente da orientação teórica, esforço que é bem representado pelas sucessivas edições dos volumes de John Norcross sobre *Psychotherapy Relationships That Work* (Norcross, 2002; 2011; Norcross & Lambert, 2019b; Norcross & Wampold, 2019). O recurso a estudos meta-analíticos torna possível uma estimativa das magnitudes de efeito das diferentes dimensões estudadas, como se pode observar na Figura 1, retirada de Wampold (2015).

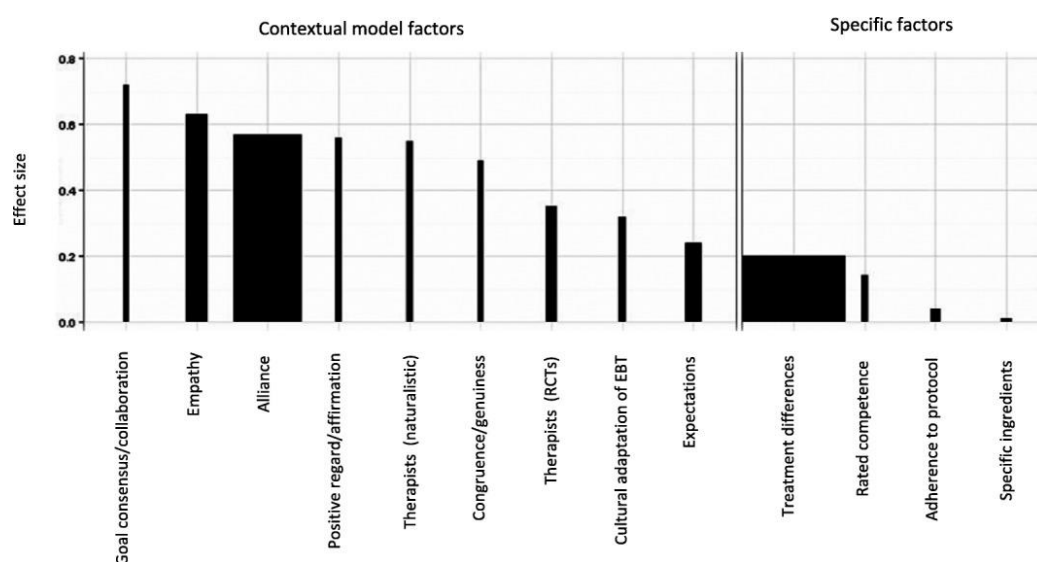


Figura 1. Magnitudes de efeito para factores comuns do modelo contextual e factores específicos. A largura das barras é proporcional ao número de estudos em que se baseia o efeito. RCTs – ensaios clínicos randomizados, EBT – tratamentos baseados na evidência. De “How important are the common factors in psychotherapy? An update”, por B. E. Wampold, 2015, *World Psychiatry*, 14, 270-277. Copyright 2015 por Wiley Online Library. Reproduzido com permissão.

Devido ao volume de investigação e às magnitudes de efeito encontradas, a empatia e a aliança merecer-nos-ão uma atenção mais específica nas próximas secções. Por agora, concluímos com uma breve alusão a outras visões dos factores comuns que oferecem interpretações teóricas originais.

pode dever a problemas metodológicos mas também à complexidade do objecto de estudo (Norcross & Lambert, 2019a).

Stiles et al. (1998) propõem que a proximidade de resultados entre abordagens se poderá dever à *responsividade* com que os terapeutas aplicam os seus modelos e técnicas específicas. De acordo com os autores, mesmo em ensaios clínicos com intervenções manualizadas, a terapia nunca é aplicada de forma “balística”, e os terapeutas tendem a ser responsivos ao contexto emergente (e.g., Hardy et al., 1998) – o que, por vezes, é mesmo previsto nos manuais terapêuticos. Neste sentido, a responsividade poderia ser um factor comum a considerar, o que, parece-nos, poderá ser representado pelos efeitos do terapeuta ou por dimensões do processo como a empatia (ver Figura 1). Na secção 2 voltaremos a este assunto com maior detalhe.

Basseches e Moscolo (2010), por seu turno, acreditam que alguma forma de desenvolvimento psicológico é o resultado comum de toda a psicoterapia eficaz, e propõem, nesse sentido, que se procurem identificar os processos facilitadores do desenvolvimento partilhados por todas as abordagens. Os três processos propostos (Basseches, 1997a; Basseches & Moscolo, 2010) são o suporte atencional (relacionado com a exploração das experiências do cliente e a criação de uma atmosfera de segurança), a interpretação (em que o terapeuta contribui com os seus processos de construção de significado para o cliente retirar e reorganizar significado das suas experiências) e a “actuação” (*enactment*) de novas experiências dentro e fora do contexto terapêutico. O pendor desenvolvimental desta proposta cria uma oportunidade para alargar as bases teóricas e científicas da Psicologia com utilidade para o estudo da psicoterapia.

Por fim, vem ganhando forma a proposta avançada por Fonagy de que a *mentalização* pode ser vista como o factor comum a todas as formas de psicoterapia eficaz (Fonagy & Allison, 2014). Na base desta tese está a tendência crescente para se falar num factor geral de vulnerabilidade psicopatológica associada ao comprometimento daquilo que os autores designam como *confiança epistémica* – em termos simples, a capacidade de aprender com a experiência (Bateman et al., 2018). Nesta linha, sugere-se que a psicoterapia funciona através de três sistemas de comunicação: num primeiro, comum aos vários modelos, o terapeuta serve-se dos instrumentos próprios da sua abordagem para reconhecer,

compreender e gerir as experiências do paciente – isto é, “mentalizá-lo”; no segundo, resultante do primeiro, o paciente ganha abertura para se envolver com o terapeuta num processo interpessoal que modela e reestabelece as suas capacidades para mentalizar; o processo mais importante, contudo, dá-se pelo impacto na confiança epistémica do paciente, que, por fim, no terceiro e mais importante sistema de comunicação, leva a que ocorram aprendizagens relevantes no contexto social exterior à psicoterapia – o que, por sua vez, dependerá da existência de um meio social suficientemente benigno (Bateman et al., 2018; Fonagy & Allison, 2014). É curioso verificar a proximidade desta posição com a de Wachtel (2014), quando descreve o papel do terapeuta como um *catalisador* e sublinha:

much of the therapeutic value of what happens in the relationship is in its impact on promoting the necessary new behaviors and experiences outside the consulting room that carry much of the weight of therapeutic change and that must be carefully attended to in their own right if the therapy is to be of maximal benefit to the patient or client. (p. 347)

Poderá residir aqui uma parte relevante dos factores extra-terapêuticos vistos acima.

1.1.1.1. Empatia

O conceito de empatia tem uma longa história de conceptualização e investigação na psicoterapia, destacando-se o seu reconhecimento como ingrediente central nas abordagens humanistas (e.g., Rogers, 1957) e na escola psicanalítica da psicologia do *self* (e.g., Kohut, 1959). Desde o fim dos anos 90, contudo, assistiu-se a um forte aumento do interesse vindo de várias áreas da Psicologia, nomeadamente em resposta aos contributos da investigação em neurociência social (Elliott et al., 2019). Apesar das diferentes definições que foram surgindo, é comum que apareçam três aspectos na descrição da empatia: uma reacção afectiva que envolve a partilha do estado emocional do outro, por vezes chamada “simulação emocional”; a capacidade cognitiva de imaginar a sua

perspectiva (tomada de perspectiva); e o processo de regulação emocional utilizado para tolerar a perturbação causada pelo contacto com as experiências e a situação do outro (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Elliott et al., 2019). Por vezes, acrescentam-se ainda processos de identificação, a manutenção da distinção entre o eu e o outro, a apreciação das causas do seu estado emocional e a sensibilidade ou consciência das suas necessidades (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Elliott et al., 2019; Tansey & Burke, 1989; Wampold, 2015).

De acordo com Elliott et al. (2019), a empatia pode manifestar-se em terapia através da atitude benevolente e compassiva do terapeuta, da sua “sintonização” (*attunement*) momento a momento com a experiência do cliente, ou da clarificação dos motivos subjacentes ao que é experienciado, existindo uma tendência para diferentes modelos darem preferência a cada uma destas formas. Contudo, os autores também notam: “When clients do not want therapists to be explicitly empathic, truly empathic therapists will use their perspective-taking skills to provide an optimal therapeutic distance” (pp. 276-277). Neste sentido, Hatcher (2015) considera útil distinguir a empatia enquanto técnica da empatia como forma de compreensão de quando e como utilizar (responsivamente) a técnica – qualquer técnica, poderia dizer-se. Voltaremos a esta questão mais à frente.

Como se viu, estima-se que a empatia tem um impacto relevante nos resultados terapêuticos (Figura 1). Os mecanismos através dos quais isto acontece podem ser diversos, incluindo o seu papel em alguns dos processos terapêuticos comuns antes identificados (e.g., Basseches, 1997a; Stiles et al., 1998; Wampold, 2015). Alguma investigação vem refinando a compreensão de processos directos e indirectos através dos quais a empatia actua, como sejam o impacto na segurança da vinculação e na regulação emocional do paciente (Watson et al., 2013, 2019). Ainda assim, existe uma elevada heterogeneidade dos efeitos (Elliott et al., 2019), e, ao contrário do que sucede com o estudo da aliança, ainda não é clara a distinção entre os contributos do terapeuta e do cliente para os efeitos encontrados (Wampold, 2015).

1.1.1.2. Aliança terapêutica

A aliança terapêutica, também designada aliança de trabalho, é certamente a variável mais investigada em psicoterapia (Wampold, 2015; Safran & Muran, 2006). O interesse nesta dimensão do trabalho terapêutico, que continua a crescer, deve-se provavelmente ao crescente reconhecimento dos factores relacionais em todas as abordagens terapêuticas, à robustez da sua associação com os resultados terapêuticos (Figura 1) e à facilidade da sua medição (Flückiger et al., 2019; Safran & Muran, 2006).

No sentido mais simples, a aliança diz respeito aos aspectos colaborativos da relação entre terapeuta e cliente (Flückiger et al., 2019; Ribeiro et al., 2013). Contudo, é de assinalar a diversidade de definições propostas, a ponto de o constructo poder tornar-se demasiado inclusivo e indistinguível do de relação terapêutica (Horvath, 2018). Na sua origem, o conceito foi útil, no campo psicanalítico, para dar conta de aspectos não transferenciais da relação, referentes à relação pessoal e colaborativa entre o terapeuta e a parte mais consciente, realista, observadora ou saudável do paciente, conforme as diversas formulações (Flückiger et al., 2019; Horvath, 2006). Ainda dentro do pensamento psicanalítico, Greenson distinguiu, dentro dos aspectos não transferenciais, a aliança de trabalho e a relação real, o que veio a originar a operacionalização de forma mais sistemática e aplicável a todos os modelos teóricos do modelo tripartido da relação terapêutica de Gelso (2014; Gelso & Carter, 1994). Segundo esta perspectiva, a configuração de transferência-contratransferência, referente às distorções com origem em conflitos oriundos do passado que são deslocados para a relação tanto pelo cliente como pelo terapeuta, existe lado a lado com a relação real, que, como vimos, contempla os aspectos genuínos e realistas da ligação entre os dois. Ambos podem ser afectados e afectar a aliança de trabalho (o aspecto de colaboração que é específico da situação terapêutica) de forma positiva ou negativa (Gelso & Carter, 1994). Ironicamente, o advento da perspectiva relacional na psicanálise (Greenberg & Mitchell, 1983), em que se admite uma permanente influência mútua inconsciente entre terapeuta e paciente e se vê como problemática a separação de aspectos realistas e distorcidos da relação, tornou o conceito de aliança crescentemente

marginal, enquanto o estudo dos factores comuns veio consagrá-lo na psicoterapia de todas as orientações (Safran & Muran, 2006).

A conceptualização que até aos dias de hoje é mais utilizada foi proposta por Bordin, para quem a aliança de trabalho seria definida pela colaboração em terapia assente em três componentes: o acordo sobre os objectivos terapêuticos, o consenso sobre as tarefas da terapia e uma ligação emocional entre o cliente e o terapeuta (Flückiger et al., 2019). O autor previu que diferentes modelos terapêuticos trariam diferentes desafios à relação, e que, assim sendo, o perfil ideal de aliança de trabalho seria variável. Safran e Muran (2006) consideram como vantagens desta descrição o facto de se abster de qualificar a aliança como racional ou irracional e consciente ou inconsciente, além de implicitamente sublinhar a interdependência entre dimensões técnicas e relacionais do trabalho terapêutico.

A investigação da relação entre aliança e resultados tem sofrido refinamentos relevantes nos últimos anos. O efeito da aliança pode agora ser dividido em três níveis (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015). O nível *entre terapeutas* reflecte diferenças na capacidade geral do terapeuta para formar alianças com diferentes clientes, e estuda o efeito destas diferenças nos resultados. O efeito *entre pacientes* averigua até que ponto pacientes com diferentes níveis de aliança (seguidos pelo mesmo terapeuta ou, erradamente, estudados sem controlar os efeitos do terapeuta) obtêm diferentes resultados terapêuticos. Por fim, o nível *intra-pacientes* ocupa-se da associação entre mudanças na aliança e mudanças nos resultados ao longo do processo. Em linha com esta tendência, Zilcha-Mano (2017) distinguiu recentemente uma componente “tipo traço” da aliança, devida à capacidade geral de criar relações satisfatórias com os outros, de uma “tipo estado”, referente às mudanças na aliança que são geradoras de progressos terapêuticos. Segundo a autora, esta segunda componente estabelece a aliança, especialmente o seu aspecto de ligação emocional, como um ingrediente terapêutico em si mesma, capaz de produzir mudanças, particularmente junto de pacientes com dificuldades interpessoais mais acentuadas e representações de si e dos outros mais problemáticas ou relações de objecto mais pobres. Esta noção das oscilações na aliança como mecanismo de mudança é consistente com a visão

de Safran e Muran (2000) da aliança como um processo dinâmico de negociação e a crescente tendência para investigar os processos de ruptura e reparação como aspectos centrais do trabalho terapêutico (Eubanks et al., 2019; Lingiardi & Colli, 2015). Também a colaboração terapêutica é estudada como um agente terapêutico *per se* (Ribeiro et al., 2013, 2016). A aliança pode, então, ter impacto nos resultados terapêuticos enquanto pré-condição ou como ingrediente terapêutico em si mesma.

Investigação em que se distinguem efeitos do cliente e do terapeuta na associação entre aliança e resultados sugere que são essencialmente as diferenças entre terapeutas que explicam a variação de resultados (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012, 2021). Dito de outro modo, as variações entre diferentes clientes do mesmo terapeuta na qualidade da aliança estabelecida tendem a não predizer os resultados terapêuticos. Já quando se comparam diferentes terapeutas quanto à qualidade da aliança que em média estabelecem com os seus clientes, as diferenças encontradas relacionam-se com os resultados. Ainda que existam exceções a esta conclusão (e.g., Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015), aparentemente estão em jogo efeitos do terapeuta, de que falaremos adiante. Não obstante, vale a pena salientar que há variáveis do cliente que parecem interferir na associação entre a aliança e os resultados. Falkenström et al. (2013) concluíram que o impacto da aliança na mudança sintomática subsequente era seis vezes maior em clientes com problemas de personalidade em comparação com um grupo com outro tipo de problemas. E Zilcha-Mano e Errázuriz (2015) mostraram que mudanças na aliança prediziam alteração sintomática para clientes com baixos níveis de funcionamento pré-terapia, mas não para clientes com níveis elevados. Estes dados parecem alinhar-se com a ideia de que os pacientes com maiores problemas de personalidade tenderão a experienciar mais rupturas na aliança, em função da labilidade ou constrição emocional e do espectro reduzido de recursos interpessoais de que dispõem (Tufekcioglu et al., 2013). A capacidade dos terapeutas de responderem a estas dinâmicas será decisiva nestes casos, o que parece consistente com a ideia, de que falaremos à frente, de que os efeitos do terapeuta são também maiores nestas situações (Saxon & Barkham, 2012).

1.1.2. Duas visões sobre os factores comuns: meta-modelo persuasivo e meta-modelo metodológico

Vimos, pois, que várias propostas foram sendo avançadas na tentativa de identificar os factores comuns às várias abordagens terapêuticas. Sucintamente, apresentaremos agora a distinção feita por Lundh (2014) entre duas visões contrastantes implícitas nas diferentes propostas. De acordo com o autor, a expressão “factores comuns” tem sido utilizada de forma ambígua, e para clarificar pode falar-se de dois modelos com pressupostos e implicações diferentes: o modelo relacional-procedimental-persuasivo (*relational-procedural-persuasion model*) e o de competências e princípios metodológicos (*methodological principles and skills model*). Nesta exposição, falaremos de meta-modelos persuasivo e metodológico, para simplificar e, por outro lado, reforçar a ideia de que são definidos por abstracções das diferentes propostas.

Lundh (2014) observa que algumas abordagens aos factores comuns presumem que os *métodos* propostos por cada modelo não são, em si, responsáveis pelos efeitos da psicoterapia, ao passo que outras tendem a considerar, em vez disso, que existem *comunalidades metodológicas* entre os diferentes modelos terapêuticos e que a elas se deve a relativa equivalência de resultados. O primeiro grupo de abordagens enquadra-se então no meta-modelo persuasivo e tem em Wampold (2001; 2015; Wampold & Imel, 2015; Laska et al., 2014) o seu representante mais puro. Nesta perspectiva, a ideia de que os resultados terapêuticos se possam dever a métodos específicos considerados terapêuticos é própria do Modelo Médico. No meta-modelo persuasivo, a ênfase é colocada, em vez disso, na necessidade de uma boa relação terapêutica, importante para envolver o paciente em determinados procedimentos, e de persuadi-lo para novas perspectivas, explicações e significados. Desde que proporcionem experiências de sucesso consistentes com os novos significados, o conteúdo dos procedimentos propostos é em si irrelevante, bem como o conteúdo destes significados. Lundh (2014) observa que, além da proposta de Wampold, também as de Rosenzweig e de Frank (ver acima) se enquadram no meta-modelo persuasivo. Ainda que ambas incluam elementos que poderiam ser considerados

“metodológicos”⁵, o que sobressai é a descrição da psicoterapia como uma forma particular de retórica e o lugar central de mecanismos partilhados com actividades de outros domínios, como o religioso.

Quanto ao meta-modelo metodológico, Lundh (2014) indica que os exemplos são mais dispersos na literatura, mas considera definidora a ideia, defendida por Goldfried (1980 – ver acima), de identificar estratégias e princípios de mudança comuns às várias abordagens terapêuticas. Muitas das propostas de integração em psicoterapia (ver abaixo) serão representativas deste meta-modelo. Usando como exemplos as novas experiências interpessoais de aprendizagem, o princípio da exposição e a escuta e validação empática, Lundh ilustra como princípios comuns de mudança podem manifestar-se através de técnicas específicas pertencentes a diferentes abordagens, e acrescenta que, no meta-modelo metodológico, as diferenças entre terapeutas se deverão à competência com que aplicam os princípios metodológicos a diferentes situações clínicas. A psicoterapia tende a ser encarada como uma forma de ciência psicológica aplicada, diferenciando-se, pois, das práticas de outras esferas.

Estas diferentes formas de pensar sobre os factores comuns têm implicações relevantes que são discutidas pelo autor e que vale a pena sintetizar. Em primeiro lugar, como vimos, o meta-modelo persuasivo parece implicar que não é a psicoterapia *enquanto tal* que produz efeitos, mas um conjunto de processos comuns a outras práticas. Lundh observa que uma boa relação, um ritual aceite, um mito credível e as consequências positivas sobre a esperança do paciente podem ser conseguidos num tratamento médico, e a sua eficácia terapêutica será considerada, nesse contexto, efeito placebo. De facto, Wampold et al. (2016) não descartam a ideia de que a psicoterapia possa ser considerada em si mesma um placebo, embora não no sentido de “condição inerte” inerente aos placebos da

⁵ Vale a pena notar que o artigo de Lundh é anterior à segunda edição de *The Great Psychotherapy Debate* (Wampold & Imel, 2015). A referência que fizemos acima à importância dos ingredientes específicos dos modelos na promoção de acções saudáveis foi introduzida pela primeira vez nesta edição, e poderá porventura ser considerada também um elemento “metodológico” na proposta de Wampold. Ainda assim, não é proposto qualquer princípio que permita apreciar por que mecanismo tais acções são benéficas, e parece presumir-se que serão todas igualmente saudáveis. Neste sentido, parece-nos que, no fundamental, a discussão de Lundh mantém actualidade.

investigação médica nem com a conotação pejorativa de impostura ou charlatanice por vezes associada ao placebo. Os autores observam mesmo que os factores comuns do modelo de Wampold são endémicos aos efeitos do placebo, podendo dizer-se, neste sentido, que contribuem para que deixem de ser “não específicos”. Noutra sítio, Wampold (2001) diz especificamente que os procedimentos da psicoterapia são benéficos por causa do significado a eles atribuído pelo cliente, e não pelos seus efeitos psicológicos específicos. Lundh (2014) nota que, nesta perspectiva, não é expectável que a psicoterapia tenha efeitos superiores a outras práticas que contenham os factores comuns identificados. A perspectiva de melhorar os resultados da psicoterapia dependerá, pois, de desenvolver as competências dos terapeutas relacionadas com os factores identificados – nomeadamente, a capacidade retórica ou persuasiva, de motivar o cliente e de criar e manter uma boa relação. Em contraste com esta visão, o meta-modelo metodológico prevê que a investigação possa revelar cada vez mais princípios metodológicos que façam desenvolver os modelos psicoterapêuticos e os seus resultados, por comparação quer com outras práticas quer com a psicoterapia como a conhecemos hoje. Neste sentido, Lundh considera que existe no meta-modelo metodológico maior optimismo quanto à margem de evolução da psicoterapia, e que a equivalência de resultados não é necessariamente uma fatalidade. Na sua perspectiva, além do desenvolvimento das competências do terapeuta, o desenvolvimento de modelos terapêuticos mais eficazes é possível, o que não acontece na visão do meta-modelo persuasivo. Supõe-se que existem estratégias cuja eficácia não depende da crença que nelas tenha o cliente, e que a mudança terapêutica não está limitada ao sistema explicativo (“explanatory system”; Lundh, 2014, p. 141), estendendo-se ao modo de funcionamento cognitivo e emocional e ao comportamento interpessoal. Esta observação parece remeter para aspectos procedimentais/não declarativos e frequentemente implícitos do funcionamento do sujeito de que falaremos mais adiante.

A ideia de que, no meta-modelo persuasivo, não exista margem para melhorar a terapia embora haja competências relevantes a melhorar nos terapeutas leva Lundh (2014) a apontar o que considera ser um paradoxo: um ensaio clínico

que comparasse os resultados de terapeutas treinados segundo os preceitos apontados por Wampold (2001) com os de um modelo terapêutico tradicional daria resultados superiores para os primeiros ou equivalentes? Respectivamente, o veredicto do pássaro Dodo ou a importância das competências treinadas seriam desmentidos pelos resultados do experimento. Na nossa perspectiva, o exercício de Lundh pode falhar ao assumir que o treino de terapeutas em competências consideradas nucleares no meta-modelo persuasivo desse origem a um modelo propriamente dito. De facto, a discussão sobre a pertinência de um “modelo dos factores comuns” já foi levantada, e a hipótese foi liminarmente rejeitada pelo grupo de Wampold (Lambert & Ogles, 2014; Laska & Wampold, 2014). Mas fica em aberto o interesse em discutir com mais detalhe a partir de que ponto um conjunto de competências ou técnicas treináveis e prescritas poderiam ser vistas como estratégias clínicas e princípios metodológicos equiparáveis aos que compõem os modelos já existentes. De resto, os chamados *faux uniques* (Castonguay et al., 2015) mostram-nos como o que é específico de um modelo pode afinal beneficiar os resultados de outros, e o que num modelo é uma técnica ou estratégia específica pode ser treinado noutra como uma competência do terapeuta exterior ao seu modelo de intervenção (e.g., reparação de rupturas na aliança, gestão da contratransferência). A distinção entre o que é e o que não é metodológico pode ser problemática, pois,⁶ e é possível que a separação entre terapeuta e modelo terapêutico seja em grande medida um artefacto estatístico – terapeuta e modelo terapêutico definem-se, em concreto, pelo que o terapeuta faz em sessão. Ideia semelhante terá sido expressa por Wachtel em 2013:

In an important sense, the therapy *is* the therapist and the therapist *is* the therapy. That is, what matters is (...) the therapeutic approach as *administered or practiced by a particular therapist*. Different therapists

⁶ A título de exemplo, veja-se como a construção de novos significados ou a aquisição de uma nova perspectiva, que na proposta de Wampold seriam aspectos “não metodológicos”, passam a “metodológicos” no contexto de propostas em que é oferecido um modelo do funcionamento e da mudança psicológica que incorpora esses mesmos aspectos – neste caso, Basseches (1997a) e D. B. Stern (2010), respectivamente.

will be a psychodynamic therapist or a cognitive behavioral therapist (or any other) in a different way. (Castonguay et al., 2015)

De algumas destas questões nos ocuparemos mais adiante.

1.2. Objecções à interpretação dos factores comuns

Apesar do grande volume de investigação dedicada ao estudo dos factores comuns em psicoterapia, existiu sempre contestação a esta interpretação da evidência sobre a equivalência relativa das diferentes abordagens terapêuticas (e.g., Stiles et al., 1986). De forma resumida, as objecções seguem uma de duas linhas: reclamar que limitações metodológicas tornam impossível detectar diferenças de resultados que, na realidade, existem; ou assumir que, podendo existir equivalência de resultados, os processos por isso responsáveis não são os mesmos entre diferentes modelos (Lambert, 2013b).

Num artigo recente, Cuijpers et al. (2019) fazem um ponto de situação esclarecedor sobre o que permanece em aberto quanto à questão de serem os factores comuns, os factores específicos ou ambos que fazem a psicoterapia funcionar – isto é, quanto aos seus mecanismos de mudança. Por um lado, existem meta-análises que apontam para diferenças entre terapias para problemáticas específicas, o que, de resto, é por vezes admitido por representantes da hipótese dos factores comuns como excepção à regra que não permite a sua rejeição (Laska et al., 2014) – além de em alguns casos, como relembram Cuijpers et al. (2019), as terapias utilizadas para comparação não poderem ser consideradas *bona fide* e haver ainda a sublinhar o efeito da filiação (*allegiance*) do investigador. Mas os autores observam também que, ao contrário do que se esperaria na visão dos factores comuns, a heterogeneidade das meta-análises de estudos comparativos é por vezes elevada, e frequentemente o número reduzido de estudos incluídos leva a que seja impossível determinar a magnitude da heterogeneidade de resultados, dados os intervalos de confiança muito alargados. Nas meta-análises que incluem comparações entre quaisquer duas terapias, colocam-se dificuldades de como agregar efeitos, tendo sido apenas um, e não propriamente recente, o estudo que

desenvolveu procedimentos para lidar com este problema (Wampold et al., 1997). Por fim, Cuijpers et al. (2019) notam que o poder estatístico da grande maioria dos estudos comparativos só permite detectar diferenças de resultados de elevada magnitude, o que não é expectável mesmo presumindo que existam diferenças. Embora as meta-análises permitam, em princípio, ultrapassar este problema, os autores reportam evidência de que mesmo assim não será possível fazê-lo se forem retidos apenas os estudos com baixo risco de enviesamento. A tudo isto pode ainda acrescentar-se a preocupação com o tipo de mudanças e resultados que são efectivamente medidos, com tendência para diferentes abordagens valorizarem dimensões também diversas em maior ou menor grau (Ogles, 2013; Stiles et al., 1986).

Cuijpers et al. (2019) revêem também os argumentos que, mesmo admitindo a possibilidade da equivalência de resultados, podem manter em aberto a discussão sobre se serão de facto comuns os mecanismos que operam na psicoterapia. Fundamentalmente, existe a possibilidade de que diferentes modelos actuem de forma diferente, e que as mudanças que cada um provoca numa área de funcionamento do paciente levem depois a alterações em outras áreas, conduzindo a resultados globalmente comparáveis sem que se possa dizer que os factores que a isso conduziram foram os mesmos. Mesmo tomando como exemplo uma dimensão como a aliança terapêutica, habitualmente classificada como factor comum, e em linha com o que vimos antes, existe evidência de que o seu papel nos resultados terapêuticos não seja o mesmo em todos os casos. Zilcha-Mano et al. (2018) verificaram que, para um grupo de clientes mais submissos e com tendência para procurar agradar, os níveis globais de aliança estavam mais associados aos resultados do que para os restantes sujeitos estudados; para clientes mais frios e distantes nas relações, as mudanças na aliança ao longo do processo estavam mais associadas aos resultados. Pelo que vimos antes, valeria a pena lembrar ainda que os próprios mecanismos através dos quais a aliança é formada podem ser diversos. Cuijpers et al. (2019) parecem ir neste sentido quando, de forma mais genérica, lembram que a associação entre determinada variável e resultados terapêuticos pode significar que uma terceira variável é a causa de ambas.

A conclusão genérica, e que subscrevemos, é apresentada nos seguintes termos: “the only empirical conclusion that can be drawn is that it is not known whether therapies work through common factors, specific factors, or both, and that more and better research is needed to establish this.” (Cuijpers et al., 2019, p. 225).

1.3. Integração em psicoterapia

Como acima dissemos, a evidência da equivalência de resultados entre abordagens teve entre os seus efeitos um acentuado aumento no interesse sobre a integração em psicoterapia, que pode ser definida como uma aproximação conceptual e clínica visando integrar diversos modelos e técnicas mas também compreender e melhorar a psicoterapia através da consideração das perspectivas de diferentes abordagens (Castonguay & Goldfried, 1994). Além do paradoxo da equivalência, outros factores contribuíram para este interesse ao longo do tempo (Norcross, 2005), mas logo em 1980 Goldfried acrescentava uma progressiva insatisfação dos terapeutas de diferentes modelos com os limites das suas respectivas abordagens e uma tendência para aderirem a aspectos de mais do que uma orientação. Socorrendo-se do pensamento de Thomas Kuhn sobre a estrutura das revoluções científicas, o autor viu nestes sinais o princípio de uma crise anunciando uma grande mudança de paradigma. Goldfried (2019) considera que a falta de uma base consensual na psicoterapia mantém ainda hoje a psicoterapia no que Kuhn consideraria uma fase pré-paradigmática. Não traremos aqui a discussão sobre se, nas ciências sociais, é possível e mesmo desejável o estágio de ciência normal caracterizado por um paradigma dominante (e.g., Santos, 1995), mas ao falarmos das diferentes tendências ou caminhos identificados no movimento integrativo ficará patente que existem, entre outras, divisões de teor epistemológico.

É habitual que os contributos do movimento integrativo sejam divididos em diferentes tendências, a saber: *integração teórica*, *ecletismo técnico*, *factores comuns*, *integração assimilativa* e, mais recentemente, *unificação* (Magnavita, 2008; Norcross, 2005). Começando pelos factores comuns, dado que nos debruçámos anteriormente sobre o assunto, bastará agora notar que, na medida em que os ingredientes considerados activos não são específicos das diferentes

abordagens, o foco proposto nesta perspectiva não está na criação de novos modelos. Em vez disso, a preocupação predominante é identificar os aspectos comuns às várias abordagens e aos terapeutas com mais sucesso e procurar potenciá-los na formação de terapeutas e na prática quotidiana, sem vantagem em que os modelos específicos utilizados sejam diferentes dos já conhecidos. Sempre que se propõem sistematizações (meta-)teóricas de quais são e como funcionam estes aspectos comuns a todas as psicoterapias, está a caminhar-se na direcção da unificação, definida como a utilização de meta-teorias que colocam as teorias, técnicas e princípios existentes num novo quadro holístico que habitualmente incluirá, além da psicoterapia, um modelo da personalidade e da psicopatologia do desenvolvimento (Magnavita, 2008). De certa forma, poderíamos dizer que os factores comuns e a unificação se situam em extremos opostos de um *continuum* de descritivo a explicativo. Neste sentido, teorizações dos factores comuns como as que vimos de Wampold (cuja base meta-teórica, diríamos, seria a de uma psicologia da influência interpessoal), Basseches (representando uma meta-teoria de base desenvolvimental) ou Fonagy (cuja meta-teoria ultrapassa já ela mesma os limites da ciência psicológica, incluindo aspectos desenvolvimentais, da organização da personalidade, psicopatológicos, clínicos, mas também das neurociências ou do evolucionismo) representariam, porventura, aproximações sucessivas à ideia de unificação. Contudo, que seja do nosso conhecimento, nenhuma destas abordagens se procurou apresentar como tal. Alguns dos mais conhecidos contributos que explicitamente se propõem dar corpo ao intuito da unificação em psicoterapia são o modelo sistémico de Magnavita (2008) ou o trabalho sobre o mecanismo de reconsolidação da memória que interessa a cada vez mais autores (Ecker, 2018; Ecker & Bridges, 2020; Lane et al., 2015; para uma reunião recente de perspectivas de diferentes autores sobre este tema comum, ver Lane & Nadel, 2020). A ideia da unificação tem um longo passado no ideal mais abrangente da unificação de todo o conhecimento humano – e, num nível intermédio, na unificação do conhecimento internamente em várias disciplinas. Este tipo de ambição é bem representado, actualmente, pelo trabalho de Henriques (e.g., 2003) em torno da unificação na Psicologia e, mais genericamente, do

advento anunciado pelo autor de uma Teoria Unificada do Conhecimento de que surgirá um segundo iluminismo.

Na integração teórica, recorre-se a dois ou mais modelos teóricos prévios para se criar um novo, esperando-se como resultado um modelo superior aos originais (Norcross, 2005). São disto exemplo o modelo psicodinâmico cíclico-contextual de Wachtel (2008), que começou por articular aspectos do comportamentalismo com uma base psicanalítica e foi absorvendo contributos de outras orientações para formar um novo modelo abrangente da psicoterapia, da personalidade e da psicopatologia; ou a terapia cognitiva-analítica de Ryle (2005), integrando ideias cognitivistas, psicanalíticas e construtivistas num modelo psicoterapêutico de duração limitada. Ao contrário do que se verifica com a unificação, na integração teórica os novos modelos criados, apesar de se pretenderem mais completos e versáteis do que os originais, não se situam num nível de abstracção diferente. Também não têm a ambição de criar um quadro que articule *todo* o conhecimento pré-existente, e, em contraste com os propósitos da unificação, alguns aspectos dos modelos de base serão necessariamente perdidos (Magnavita, 2008; Safran & Messer, 1997).

A opção pela integração assimilativa, por seu turno, significa manter como referência predominante um modelo terapêutico, mas com abertura para incorporar atitudes, perspectivas ou técnicas seleccionados de outros (Messer, 2019; Norcross, 2005). Um exemplo poderia ser um terapeuta cognitivo-comportamental utilizar pontualmente a técnica da cadeira vazia proposta pelos *gestaltistas*. Nesta forma de integração, reconhece-se que a maior parte dos terapeutas se forma num modelo específico e intervém mantendo um quadro de leitura predominante, mas com a experiência tende a importar aspectos de outros (Messer, 2019).

É comum dizer-se que a integração assimilativa se encontra num ponto intermédio entre a integração teórica e o ecletismo técnico. Nesta última opção, são utilizadas intervenções dos diferentes modelos consoante o cliente e o seu problema (Norcross, 2005). Apesar de ser a menos teórica das propostas do movimento integrativo, no sentido em que dispensa a filiação aos modelos de que extrai as técnicas, tende a utilizar a evidência disponível para seleccionar a

intervenção de forma sistemática, em linha com o repto que Gordon Paul lançou no final dos anos 60 aos investigadores: identificar que intervenção, aplicada por quem, é mais eficaz para um dado paciente, com um problema específico, em determinadas circunstâncias (Stiles et al., 1986). São conhecidas, nesta tradição, a terapia multimodal de Lazarus (2005) e a selecção sistemática de tratamento de Beutler (Beutler et al., 2005). A tendência será, respectivamente, para utilizar técnicas de diferentes modelos dentro do processo terapêutico de determinado cliente ou para prescrever intervenções ou técnicas preferenciais para diferentes clientes e problemas, sem fazer combinações dentro do mesmo processo.

Parece, pois, que a linha seguida pelos factores comuns e o ecletismo técnico presumem um olhar exterior/anterior aos modelos teóricos, ao passo que a integração teórica, a integração assimilativa e a unificação problematizam a partir do interior de um quadro teórico – de acordo com Messer (2008), nós inventamos as teorias e vemos através delas, ou, nas palavras de Einstein citadas pelo autor, é a teoria que decide o que podemos observar. Por outro lado, o ecletismo técnico, a integração teórica e a integração assimilativa propõem novas formas de fazer psicoterapia, enquanto os factores comuns e a unificação se situam num plano de abstracção supraordenado face aos modelos de intervenção.

Safran e Messer (1997), a partir de uma visão contextualista e pluralista, apontam alguns dos problemas de vários tipos de integração. Por um lado, observam que uma técnica retirada de um contexto ou sistema teórico para outro pode mudar o seu significado e impacto (veremos exemplos desta ideia mais adiante). Além disto, a selecção de determinada terapia para determinado paciente tende a ignorar as mudanças que ocorrem entre sessões e mesmo dentro da sessão, e que recomendariam um terapeuta capaz de responder a este tipo de dinâmica. Por outro lado, a ideia de princípios comuns de mudança oculta, frequentemente, diferenças relevantes na forma como diferentes modelos os põem em prática, devidas em larga medida a presunções fundamentalmente diferentes (e.g., sobre o valor atribuído à racionalidade, objectividade e pragmatismo do sujeito). Em certo sentido, através do processo terapêutico são implicitamente transmitidos os valores subjacentes ao modelo utilizado. A isto acrescentaríamos

que, se, como na proposta antes vista (Fonagy & Allison, 2014), mentalizar o cliente é um processo central de todas as psicoterapias, a coerência do modelo da mente do cliente existente na mente do terapeuta é um aspecto relevante – de resto, a consistência da explicação é um aspecto salientado também na proposta de Wampold.⁷ Voltando a Safran e Messer (1997), os autores acreditam que os princípios comuns são importantes para possibilitar o diálogo entre orientações e evitar atitudes tribalistas, de superioridade, desprezo e aversão entre si. Mas que as diferenças existentes em níveis superiores de abstracção devem também ser exploradas e valorizadas. Neste sentido, os autores consideram que a integração assimilativa é o melhor resultado do diálogo entre modelos.

Este último ponto remete para a distinção relevante e difícil de resolver entre uma visão pluralista das diferentes escolas psicoterapêuticas (Safran & Messer, 1997; Oddli et al., 2016) e uma tendência para entender a multiplicidade de perspectivas como um estado transitório ou circunstancial de imaturidade científica requerendo convergência, consenso e unificação (Goldfried, 2019; Magnavita, 2008). Para concluir esta secção, apresentamos a nossa tendência para uma posição intrinsecamente pluralista, baseando-a em argumentos de diferentes ângulos.

Em primeiro lugar, diferentes modelos teóricos (puros, integrados de forma mais ou menos assimilativa ou meta-teorizando factores comuns) acarretam inevitavelmente mundividências implícitas ou explícitas, nas quais estão presentes opções de valores e que, conforme notam Safran e Messer (1997), não são resolúveis através da evidência. Neste sentido, a ideia da unificação parece aspirar à procura de uma mundividência única. A demonstração mais simples dos problemas desta aspiração é constatarmos que estão excluídas à partida do

⁷ Wampold e Imel (2015) consideram que a necessidade de uma explicação própria do Modelo Contextual não é incompatível com o ecletismo. Possivelmente, o foco para esta observação situa-se no aspecto *convincente* da explicação a apresentar: neste caso, não é difícil conceber que o paciente aceite como proposta a utilização de uma intervenção com suporte empírico específico para o seu problema. Ainda assim, este tipo de explicação oferece um modelo de psicoterapia mais do que um modelo mental das dificuldades experienciadas. Esta diferença poderá ser relevante para a qualidade dos processos de mentalização envolvidos, ainda que algumas das qualidades da própria relação terapêutica possam ser em si mesmas “mentalizantes”.

projecto unificador as visões que não se revêem desde logo na ideia de unificação do conhecimento. A procura da unificação parece presumir que seja possível e desejável ultrapassar a incompatibilidade entre diferentes visões do mundo. Essas diferenças podem estar presentes, desde logo, na definição do resultado desejável da psicoterapia – para uma boa ilustração desta ideia, veja-se o ensaio de Safran (2017) sobre as dimensões filosóficas, históricas, políticas e culturais de que se revestiu o surgimento da autenticidade como valor e objectivo relevante na psicoterapia. Como veremos mais à frente, a discussão da medição dos resultados terapêuticos é, em si, um problema em aberto. Na nossa perspectiva, parte dele deve-se ao lugar de encruzilhada que é próprio da psicoterapia: enquanto profissão que se apoia em bases científicas e assume uma responsabilidade perante a comunidade, tem que se permitir escrutinar e é inevitável que os seus resultados sejam balizados por dispositivos normativos, incluindo – mas, desejavelmente, ultrapassando – dimensões mais ou menos tradicionais de saúde e doença que tenderão a assimilá-la ao paradigma médico. Como prática hermenêutica e disciplina do significado e da subjectividade, não pode deixar-se reduzir a uma visão única da condição humana. Mais do que optar entre as identidades de ciência empírica aplicada e actividade hermenêutica, objectividade e relativismo ou outras polaridades semelhantes, parece-nos importante que a psicoterapia se mantenha na área de tensão entre estas tendências.

A perspectiva desenvolvimental de Basseches (1997b), a que voltaremos mais adiante, oferece um contributo útil para a questão. Na sua forma mais simples, a adesão a um modelo teórico corresponderia a um pensamento formal-universalista em que se assumiria a existência de verdades e uma ordem universal que poderiam ser descritas por um sistema explicativo único. Num nível seguinte de complexidade teríamos o pensamento relativista, em que a assunção seria a de que diferentes indivíduos, grupos e culturas ordenam a realidade de formas diferentes e incompatíveis, cada uma com a sua coerência interna. Nesta perspectiva, cada modelo teórico seria necessariamente contextual, limitado e nem por isso menos válido do que outros, aceitando-se que pudesse adequar-se a uns clientes e não a outros sem que isso pusesse em causa o modelo em si. Por fim, o pensamento

dialético entende que as teorias representam esforços humanos para encontrar e criar ordem, num processo em que interagem com outras teorias e o seu ambiente. A reconstrução da teoria em busca de formulações cada vez mais inclusivas seria a actividade própria deste tipo de pensamento, que, de acordo com o autor, partilha com os universalistas a crítica à resignação dos relativistas e alinha-se com os relativistas na ideia de que é perigoso acreditar na possibilidade de uma ordenação totalmente inclusiva – “Intellectual imperialism’ is dangerous not only for those who see things differently, but also for the development of knowledge itself” (Basseches, 1997b, p. 105).

Será provavelmente demasiado simplista associar o ecletismo técnico e os factores comuns ao pensamento relativista e a integração assimilativa ao pensamento dialético. A questão, contudo, é ajuizarmos se a unificação obedece mais a um pensamento dialético ou a um regresso a um pensamento formal-universalista. No primeiro caso, é expectável que a dinâmica actual se replique num novo nível de abstracção e que o futuro traga a disputa entre diferentes modelos de unificação, mantendo-se o processo dialético indefinidamente; e com ele, dir-se-ia, a situação multiparadigmática que parece ser preocupação no pensamento unificador – Magnavita (2008) admite esta possibilidade e não parece oferecer uma resposta clara sobre o assunto, podendo indicar que não vê aí um problema de maior. No segundo caso, o risco de “imperialismo intelectual” apontado por Basseches deverá preocupar a comunidade psicoterapêutica.

Em suma, pensamos que o caminho preferencial que dirá quanta convergência é possível deve ser o do desenvolvimento a partir do interior de diferentes modelos coerentes da psicoterapia, através de processos que incluam a criação e o confronto com todo o tipo de evidência e de desafios colocados pelo diálogo com outros modelos, bem como a articulação coerente com teorias robustas do desenvolvimento, da personalidade e da psicopatologia – não pela aspiração de absorver todos os restantes modelos num só, mas pelo imperativo evolutivo e, porque não, de sobrevivência. Este processo parece compatível com a investigação denominada de desenvolvimento teórico (*theory building*) por Stiles (2015). Segundo o autor, apesar de a disciplina da psicoterapia ser, nos termos de

Kuhn, pré-paradigmática, cada uma das teorias explicativas alternativas pode ser tratada como um paradigma, e os mecanismos de desenvolvimento da ciência normal podem ser-lhe aplicados (Stiles, 2015; Stiles et al., 2015). Desta forma, a teoria explicativa integra novas observações e fenómenos, torna-se mais precisa, modifica-se. Apesar de haver nisto, segundo Stiles (2015), a procura de uma perspectiva coerente e unificadora, a co-existência de paradigmas alternativos em simultâneo é, como vimos, assumida. Diferente disto é a investigação de teorias da terapia (*treatment theories*), que servem para guiar os terapeutas sobre como conduzir a psicoterapia e muitas vezes não estão associadas a teorias explicativas. Em geral, a investigação de teorias da terapia insere-se na lógica da testagem de produtos (da sua eficácia), mas não na do desenvolvimento teórico (Stiles et al., 2015). As teorias explicativas podem ainda ser utilizadas para investigação de enriquecimento (*enriching research*), com o propósito bastante diferente de enriquecer nas pessoas a apreciação ou compreensão de um fenómeno, ajudando-as a discernir os seus significados implícitos e explícitos. Os propósitos do desenvolvimento teórico (voltado para a teoria explicativa) e do enriquecimento (voltado para as pessoas) podem ser considerados científicos e hermenêuticos, respectivamente (Stiles, 2015). Do uso dos modelos ao serviço da compreensão dos terapeutas ocupar-nos-emos em secções mais à frente.

1.3.1. O caso da teoria da vinculação

Na literatura sobre psicoterapia, o caso da teoria da vinculação (Bowlby, 1988; Cassidy & Shaver, 2016) representa um exemplo com particular interesse no contexto da integração em psicoterapia. Desde a sua origem, e crescentemente ao longo da sua evolução, a teoria da vinculação é, em si, um empreendimento que tende para a unificação teórica, ao reunir contributos e observações de campos científicos tão diversos como o evolucionismo, a etologia, a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento, as ciências cognitivas, a psicologia social, a psicopatologia, a cibernética ou as neurociências (Bretherton, 1992; Cassidy & Shaver, 2016; Fonagy, 2001; Matos, 2002). Curiosamente, este empreendimento, cujo ponto de partida se pode situar na tradição psicanalítica, nunca se traduziu na criação de um

modelo psicoterapêutico específico (Obegi & Berant, 2009). Nas palavras de Slade (2008), compreender a natureza e as dinâmicas da vinculação (e, acrescenta, da mentalização) *informa*, mais do que *define*, a intervenção e o pensamento clínico. Bowlby (1988), ele mesmo, continuou a considerar-se um psicanalista até ao final da sua vida, e pôde constatar que, ironicamente, foi no domínio clínico que as implicações da teoria da vinculação mais demoraram a ser exploradas. Hoje, a vocação integrativa da teoria da vinculação reflecte-se de forma evidente na sua aceitação e uso directo ou indirecto numa ampla variedade de modelos psicoterapêuticos originários de todas as orientações clássicas (e.g., Allen, 2013; Bateman & Fonagy, 2019; Benjamin, 2003; Eagle & Wolitzky, 2009; Fosha, & Yeung, 2006; Goodman, 2010; Guidano & Liotti, 1983; Holmes, 2010; Johnson, 2009; Levenson, 1995; Mallinckrodt et al., 2009; Mitchell, 2000; Parpottas, 2012; Safran & Muran, 2000; D. N. Stern et al., 1998; Wachtel, 2008), mas também no fulgor da investigação em psicoterapia que se socorre dos seus conceitos centrais.

Não cabendo nesta ocasião uma revisão abrangente do assunto, vale a pena destacar as principais formas pelas quais a teoria da vinculação tem oferecido contributos relevantes para a investigação em psicoterapia. Desde logo, os padrões inseguros de vinculação tornarão as pessoas mais vulneráveis ao tipo de dificuldades que levam alguém a procurar psicoterapia (Bowlby, 1988). Mesmo que não haja avaliação de psicopatologia, o tipo de estratégias adoptadas por pessoas inseguras tenderão a criar mais problemas na adaptação, nas relações e no bem-estar, e é mais incomum que pessoas avaliadas com perturbação psicopatológica sejam classificadas como seguras em termos de vinculação (Daniel, 2006). Tem havido bastante investigação documentando as relações entre vinculação e psicopatologia, incluindo as perturbações de personalidade (e.g., Bartholomew et al., 2001; Fonagy, 2001; Meyer & Pilkonis, 2005; Stovall-McClough & Dozier, 2016). Neste contexto, aumentar a segurança na vinculação tem sido apontado como um objectivo terapêutico (e.g., McWilliams, 2017) e mudanças na vinculação têm sido estudadas como variável de resultado (Diamond et al., 2003; Fonagy et al., 1996; Levy et al., 2006; Levy et al., 2019).

Por outro lado, dimensões da vinculação (anterior à terapia) tanto do cliente como do terapeuta têm sido estudadas como predictoras do processo e dos resultados terapêuticos. A revisão mais recente e mais alargada (Levy et al., 2019) sugere que a segurança do cliente prediz positivamente os resultados terapêuticos e que a insegurança tende a prejudicar mais as terapias “não interpessoais” do que as “interpessoais”. A meta-análise de Diener e Monroe (2011) indica que clientes com maior segurança tenderão a formar melhores alianças e que clientes mais inseguros terão piores alianças, especialmente se a aliança for avaliada pelo cliente. A vinculação de clientes e terapeutas tem sido estudada ainda como preditora de rupturas na aliança terapêutica (Marmarosh et al., 2015; Miller-Bottome et al., 2019).

Em relação ao terapeuta, contudo, os resultados parecem ser mais complexos. Na revisão sistemática de Degnan et al. (2016), os efeitos da segurança e insegurança do terapeuta encontrados são inconsistentes. Contudo, algumas interações relevantes têm aparecido. Um estudo de Cologon et al. (2017) com uma amostra de mais de 1000 clientes seguidos por 25 terapeutas encontrou um efeito da função reflexiva do terapeuta, mas não da sua vinculação, nos resultados. Contudo, foi detectada uma interação significativa entre as duas variáveis, de tal forma que a segurança da vinculação compensava níveis mais baixos de função reflexiva, e níveis mais altos de ansiedade na vinculação eram compensados por melhor função reflexiva.

Mas sobretudo têm surgido dados interessantes sobre a interação entre a vinculação do terapeuta e variáveis do paciente. Aparentemente, a segurança da vinculação do terapeuta pode predizer positivamente a aliança com pacientes apresentando problemas mais graves (Schauenburg et al., 2010), e a insegurança do terapeuta poderá associar-se a piores alianças com pacientes mais sintomáticos (S. Bucci et al., 2016). As interações entre vinculação do terapeuta e do paciente fornecem algum suporte para a hipótese de que estilos relacionais contrastantes e/ou respostas terapêuticas não complementares face ao estilo do paciente facilitarão a experiência emocional correctiva em terapia (Bernier & Dozier, 2002; Goodman, 2010; Mallinckrodt, 2000). De acordo com alguns estudos, estilos de

vinculação contrastantes parecem beneficiar o processo terapêutico (S. Bucci et al., 2016; Marmarosh et al., 2014; Tyrrell et al., 1999), e terapeutas seguros parecem ter mais tendência para responder a necessidades menos óbvias e diferentes da pressão imediata dos clientes, tolerando melhor o desconforto nisso implicado (Dozier et al., 1994). O facto de existir, nestes aspectos, alguma evidência contraditória (para revisões sobre o assunto, ver Daniel, 2006; Degnan et al., 2016; Steel et al., 2018; Strauss & Petrowski, 2017) leva Wiseman (2017) a crer que o efeito do emparelhamento dos estilos de vinculação da díade terapêutica dependerá daquilo que se pretende predizer (aliança, exploração, resultados), da fase do processo e de outras características do terapeuta (perfil profissional, nível de treino e de experiência).

A teoria da vinculação tem ajudado também a estudar a relação terapêutica, desde logo pela concepção do terapeuta como base segura e porto seguro para os processos de exploração e mudança do cliente, simultaneamente alvo da transferência relacionada com experiências anteriores de vinculação (Bowlby, 1988; Farber & Metzger, 2009; Levy et al., 2019), mas também pela avaliação do estatuto ou do estilo de vinculação estabelecido com o terapeuta (Diamond et al., 2003; Mallinckrodt, 2000). Recentemente, surgiu uma linha de investigação relevante, representando um “move to the level of the relation”, em que são identificados os comportamentos em sessão de clientes com diferentes classificações na Adult Attachment Interview (AAI) na interacção com o terapeuta (Talia et al., 2014), bem como as formas distintas de terapeutas de diferentes classificações na AAI se sintonizarem (*attune*) com o cliente (Talia et al., 2020).

É, pois, neste cenário que Connors (2011) vê na teoria da vinculação uma “base segura” para a integração assimilativa em psicoterapia, destacando a sua forte base empírica, aliada à sua perspectiva desenvolvimental englobando todo o ciclo vital, a forma como lança luz sobre diferenças individuais, dinâmicas relacionais, saúde, disfuncionalidade e processos de mudança. Gold (2011) sugere mesmo que as cinco tarefas terapêuticas definidas por Bowlby (1988)⁸ poderiam

⁸ Sinteticamente: fornecer uma base segura para o paciente explorar os aspectos dolorosos e ameaçadores das suas dificuldades actuais e passadas; encorajá-lo a explorar a sua contribuição para o

ser vistas com um modelo de factores comuns a considerar na integração em psicoterapia. Marmarosh (2015) sublinha ainda que a teoria da vinculação oferece descrições de mecanismos de mudança associados a variáveis empiricamente suportadas como a aliança, a empatia, a regulação emocional ou a experiência emocional correctiva. Matos (2011) destaca a forma como a teoria da vinculação nos permite conceptualizar as dificuldades trazidas por cliente e terapeuta para a criação de uma base segura, e a forma como, em si, esse trabalho poderá ser terapêutico – particularmente, diríamos, com clientes cuja insegurança dificulta os processos de exploração em que mais facilmente se envolve um cliente mais seguro sem exigir do terapeuta o mesmo tipo de trabalho relacional. Nestes processos, considera a autora, será relevante a capacidade do terapeuta de entender-se a si mesmo e à ressonância emocional do cliente em si: “Diríamos *escutar e pensar as suas próprias emoções, e escutar e sentir os seus próprios pensamentos* em face à pessoa do cliente e à sua história” (Matos, 2011, p. 263). Assim como a investigação demonstrou que a função reflexiva dos progenitores prediz melhor a segurança da vinculação da criança do que a classificação que têm na AAI (Fonagy et al., 1994), também no psicoterapeuta os processos de mentalização deverão desempenhar um papel relevante no sucesso terapêutico, como já sugerido pelo estudo de Cologon et al. (2017) visto acima.

2. Técnica, relação e responsividade do terapeuta

I think I interpret mainly to let the patient know the limits of my understanding.

(Winnicott, 1969, p. 711)

Muitos dos temas que temos vindo a abordar remetem para o problema de como entender o papel das técnicas e da relação terapêutica no processo e nos seus resultados. Na verdade, trata-se de um debate com um longo passado,

que acontece nas suas relações; examinar as dinâmicas presentes na relação terapêutica; encorajar o paciente a considerar como as experiências actuais podem ser resultado de experiências anteriores, nomeadamente com os pais, ou daquilo que recorrentemente lhe foi dito acerca delas; e assistir o paciente na actualização dos modelos de si e do outro trazidos do passado, tendo por base novas experiências significativas, incluindo a do contexto terapêutico.

anterior à consagração da disputa entre factores comuns e específicos como foco central da investigação em psicoterapia. Na psicanálise, considerou-se durante muito tempo que assentava na interpretação e no *insight* (acrescido, em rigor, do processo moroso de perlaboração/reelaboração/*working through* através do qual o *insight* dá origem a transformações duradouras – e.g., Etchegoyen, 2008) o “puro ouro” do processo psicanalítico (Freud, 1919/1955), olhando-se com desconfiança tudo o que pudesse ser classificado como “desvio à técnica”. Em parte, podemos ver nisto uma preocupação com a rejeição da *sugestão* como mecanismo explicativo dos efeitos terapêuticos, vincando-se a demarcação em relação à hipnose. Sinal deste interesse em isolar a interpretação como agente de mudança é também o que se conhece como *parâmetros técnicos de Eissler*, descrevendo procedimentos utilizados pelo analista quando a interpretação se revela insuficiente, situação facilmente encarada com desconfiança (Etchegoyen, 2008). Em contrapartida, surgem muito cedo autores valorizando a experiência de uma nova relação com um analista que não é apenas um objecto da transferência, mas também um novo objecto (Greenberg & Mitchell, 1983; Safran, 2012). O conceito proposto em 1946 por Alexander e French de *experiência emocional correctiva* é hoje, certamente, o mais conhecido, embora não o primeiro, dos representantes dessa tradição que foi ganhando importância à medida que os modelos psicanalíticos relacionais passaram a prevalecer sobre os pulsionais (Greenberg & Mitchell, 1983). Mas, principalmente, existe no presente uma maior tendência para não separar interpretação e relação de forma tão liminar. Por um lado, considerando que para diferentes pacientes e/ou em diferentes momentos pode ser mais benéfico recorrer a técnicas mais interpretativas/expressivas ou mais apoiantes (Gabbard, 2010; Gabbard & Westen, 2003; Lecours, 2007). Mas também por haver um maior foco na dimensão relacional que a própria interpretação, como técnica, sempre comporta, como tão bem expressou Winnicott na citação com que iniciámos esta secção. Conforme salientam Greenberg e Mitchell (1983), o aspecto mais importante de uma boa interpretação, mais do que o informativo, será, frequentemente, a natureza da relação que em torno dela se desenvolve (a consciência de que o terapeuta se preocupa com a pessoa, tenta compreender

sem julgar, etc.). Na verdade, num artigo marcante na história da psicanálise, Strachey (1934/1969) já observava que a interpretação mutativa, a que hoje, mais frequentemente, se chama transferencial (Etchegoyen, 2008), tem como elemento crucial o facto de que o objecto da transferência é, simultaneamente, quem oferece a interpretação, diferenciando-se nesse acto como um novo objecto. A distinção entre esta versão da nova relação como reparadora por se distinguir das expectativas transferenciais através de uma posição de observação do aqui e agora; ou, na linha de Alexander e French, provocada pela adopção intencional, por parte do terapeuta, de uma postura oposta à expectativa transferencial; ou ainda, mais simplesmente, por ser uma boa relação, com qualidades como as definidas por Rogers (1957), actuando em larga medida num nível implícito, remete para um debate que mantém actualidade na psicoterapia⁹ (Gabbard & Westen, 2003; Safran, 2012; D. N. Stern et al., 1998; Wachtel, 2014). Além disto, como vimos em secções anteriores a respeito da aliança e, de forma menos explícita, da relação terapêutica à luz da teoria da vinculação, pode conceber-se a relação como agente de mudança ou apenas como pré-condição para o uso eficaz de aspectos mais técnicos.

Mas parece-nos, neste contexto, que vale a pena tratar mais cuidadosamente a questão conceptual da técnica e da relação, e para isso afigura-se-nos útil o ponto de vista oferecido pela pragmática da comunicação humana como a formularam Watzlawick et al. (1967). No seu segundo axioma, os autores distinguem os níveis comunicativos de conteúdo e relação, análogos às dimensões de reporte e comando de Bateson, sendo o primeiro o aspecto informativo e o segundo uma definição implícita da relação entre os interlocutores, respeitante à forma como cada um se vê a si mesmo, vê o outro, imagina que o outro o vê a si, e assim indefinidamente. De acordo com os autores, nas relações mais patológicas ou doentias, o aspecto de conteúdo é substancialmente subjugado à definição da

⁹ Em causa estarão diferentes mecanismos através dos quais a relação pode actuar, como sejam a internalização de aspectos da função e da atitude do terapeuta, tanto na sua qualidade afectiva como na reflexividade a partir da “terceira posição”, ou a reorganização de padrões relacionais e emocionais implícitos (e.g., Aron, 2000; Fonagy et al., 2002; Gabbard & Westen, 2003; Kernberg, 1997; D. N. Stern et al., 1998).

relação. Em todos os casos, a relação funciona como uma metacomunicação¹⁰ em relação ao conteúdo, de tal forma que o seu significado pode ser alterado por ela. Ora, voltando ao contexto da psicoterapia, poder-se-á dizer que qualquer intervenção do terapeuta, além do seu valor explícito ou facial, *metacomunica* algo, no sentido em que carrega implicitamente alguma forma de definição da relação. Este significado relacional será pelo menos em parte responsável pelo seu efeito terapêutico, que por sua vez pode variar consoante a configuração relacional imediata em que ocorre. Uma ideia próxima desta é formulada por Safran e Muran (2000) quando afirmam que as intervenções são actos relacionais. É assim que, por exemplo, a atitude convicta ou preocupação genuína com que uma interpretação ou uma instrução de relaxamento são apresentadas pode explicar uma parte da sua eficácia num dado momento; e ambas poderiam metacomunicar autoritarismo ou condescendência por parte do terapeuta num outro momento. Do nosso ponto de vista, o aspecto metacomunicativo poderá explicar muito do que as técnicas de diferentes modelos poderão ter em comum, bem como muitas das diferenças na eficácia com que as mesmas técnicas são utilizadas em diferentes momentos e/ou por diferentes terapeutas.

O problema coloca-se, pois, com o uso prescritivo e não responsivo das técnicas como fins em si mesmas¹¹ (Hatcher, 2015). Como antes referimos de passagem, Stiles et al. (1998) chamam a atenção para a importância da responsividade apropriada¹² do terapeuta, definida como o seu comportamento que é afectado pelo contexto emergente. De acordo com os autores, a responsividade está sempre presente em algum grau na psicoterapia, podendo distinguir-se quatro níveis: da selecção da terapia, quando os clientes são enviados para terapias que

¹⁰ Neste contexto, metacomunicação não tem necessariamente o sentido que lhe é dado por Kiesler (2001) ou Safran e Muran (2000), nomeadamente porque não requer troca explícita e verbal. Por outro lado, poderá aproximar-se dos aspectos procedimentais da memória de que nos ocuparemos mais à frente.

¹¹ Mesmo em ensaios clínicos controlados, existe evidência de que a técnica do terapeuta varia em função de características do cliente (e.g., Hardy et al., 1998), a ponto de se verificar um afastamento dos manuais terapêuticos (e.g., Boswell et al., 2013), sem prejuízo dos resultados.

¹² Responsividade, segundo notam os autores, é um termo neutro, que pode incluir acção hostil ou destrutiva. O adjectivo *apropriada* visa, pois, sublinhar que a psicoterapia se organiza em torno de objectivos benignos, e que está em causa uma responsividade que busca fazer o melhor pelo cliente.

se julgam apropriadas às suas características; das estratégias terapêuticas, quando a forma de abordar um caso é adaptada à formulação que é feita e pode ir variando de acordo com os resultados obtidos e mudanças nos objectivos terapêuticos; das táticas terapêuticas, em que o terapeuta vai alterando a forma de responder ao cliente conforme o seu estado vai mudando; e momento a momento, envolvendo alterações durante uma acção em função do *feedback* imediato e podendo mesmo medir-se numa escala temporal de milissegundos. Em acréscimo ao que vínhamos dizendo, podemos ver, então, que o valor das técnicas dependerá da sua utilização responsiva, ou seja, como resposta sensível à realidade emergente do processo terapêutico. Hatcher (2015) define a responsividade como uma meta-competência, organizadora das competências interpessoais e da forma como são utilizadas, e as técnicas como um grupo de competências interpessoais (entre outros) que pode ser utilizado responsivamente em terapia.

O conceito de responsividade é utilizado por Stiles (1996; 2009; Stiles et al., 1998) para olhar criticamente alguns aspectos da investigação em psicoterapia. Desde logo, a noção de modalidade terapêutica como variável independente, quando cliente e terapeuta mudam a sua acção atendendo ao contexto emergente. Além disto, a importância clínica de algumas componentes deixa de ter expressão estatística. Se imaginarmos que cada paciente está a receber a dose necessária de determinada técnica e que essa dose não é igual para todos, então o uso responsivo dessa técnica tenderá para uma correlação nula com os resultados terapêuticos. Da mesma maneira, se os terapeutas responderem apropriadamente a características dos clientes relevantes para o processo (ex.: um traço de personalidade), as associações dessas características com os resultados tenderão para zero. Pode dar-se este caso com características pessoais, a orientação teórica ou o uso de determinadas técnicas. Erradamente, ser-se-á ser levado a concluir que estes aspectos não têm um papel relevante no processo terapêutico. Stiles et al. (1998) acreditam, pois, que pelo menos uma parte do “paradoxo da equivalência” pode ser explicada desta forma.

Mas há também situações em que a investigação encontra correlações entre componentes terapêuticas e os resultados. Stiles et al. (1998) apresentam duas

explicações principais para estes casos “when more is better” (p. 445). Por um lado, podem estar em causa componentes importantes que estejam em défice, e cujo aumento, portanto, terá um efeito positivo – por exemplo, um modelo terapêutico que subestime sistematicamente a importância de uma componente relevante como a expressão emocional; nesse modelo, mas não em outros, a expressão emocional estará positivamente associada com os resultados terapêuticos. Um caso mais prosaico descrito por Stiles (1996) é o de quando o tempo de consultas médicas é de poucos minutos, insuficiente para informar convenientemente o paciente. Nesta circunstância, mais informação prediz maior satisfação do paciente, mas o mesmo não se verifica com consultas de maior duração. O segundo tipo de situação em que “mais é melhor” é quando estão em causa variáveis avaliativas – que, ao contrário das descritivas, incorporam já em si mesmas julgamentos da responsividade apropriada do terapeuta. É o caso da aliança terapêutica, do impacto da sessão, da empatia, entre outras. Se a componente em estudo é uma técnica, o seu contributo para os resultados terapêuticos depende do seu uso responsivo. Já a avaliação da aliança inclui, só por si, um julgamento sobre se o terapeuta está a trabalhar adequadamente.

Esta é mais uma forma de percebermos que é problemática a separação entre técnicas e relação. É de esperar que uma técnica utilizada responsivamente seja relevante para a relação, e até que resida aí boa parte do seu efeito. Frequentemente, tiram-se conclusões abusivas sobre os factores comuns presumindo, por um lado, que se referem sempre a aspectos relacionais (Lambert & Ogles, 2014); e, por outro, que as técnicas não são responsáveis pela qualidade da relação. Em relação à aliança, por exemplo, sublinha-se, por vezes, a importância de não perder de vista que é uma aliança *acerca* de qualquer coisa, que é o trabalho terapêutico. Construí-la não é uma actividade separada do trabalho terapêutico, das suas tarefas, técnicas e objectivos. A responsividade no uso das técnicas pode mesmo ser tão relevante para a dimensão de ligação emocional da aliança como, por exemplo, o tom mais ou menos caloroso do terapeuta, que em si poderá favorecer ou dificultar a aliança conforme o paciente. Este poderia ser um bom exemplo para a observação de Cuijpers et al. (2019) de que antes demos

conta – de que a associação entre uma variável e os resultados terapêuticos pode significar que uma terceira variável é a causa de ambas. Sob este prisma, não seria impossível que a aliança e os resultados, em vez de manterem uma relação causal, resultassem ambos do uso responsivo de técnicas específicas. Este problema já foi reconhecido também nas dificuldades e possíveis artifícios que coloca ao cálculo das percentagens de variância dos resultados explicadas por factores comuns e específicos quando se assume que são preditores independentes (de Felice et al., 2019).

Parece então prudente assumirmos que as técnicas terão significado e efeito distinto conforme o contexto em que são utilizadas, incluindo as características e estados do cliente e do terapeuta,¹³ a dinâmica relacional imediata e prévia ou mesmo, como vimos anteriormente, o modelo teórico e as visões do mundo que acarreta.¹⁴ Além disto, é relevante observar que a responsividade do terapeuta, especialmente (mas não apenas) no seu nível momento a momento, envolve aspectos da sua reactividade e processos relacionais implícitos. Ainda que se tente sistematizar a responsividade do terapeuta definindo marcadores para a aplicação de certas respostas terapêuticas (e.g., Constantino et al., 2013), alguns aspectos da responsividade continuarão sempre numa esfera de espontaneidade das respostas contingentes que, pelo que sabemos da literatura sobre mentalização (Fonagy et al., 2002), pode explicar parte da sua importância para o paciente, que assim se vê espelhado e representado na mente do terapeuta. Coloca-se, então, a

¹³ Como observam Stiles e Horvath (2017), diferentes terapeutas não podem nem devem responder da mesma forma.

¹⁴ Messer (2019) oferece uma ilustração interessante desta ideia. O autor seguia em terapia um jovem sofrendo intensa ansiedade no seu local de trabalho já desde que terminara o curso de Direito. Apesar do trabalho essencialmente psicodinâmico em que procurava ajudá-lo a lidar com um pai bastante crítico e exigente, o autor quis responder às dificuldades de concentração do paciente no trabalho, decidindo para isso importar algumas técnicas cognitivas – salientou o seu foco selectivo nos aspectos negativos do trabalho e a tendência para a catastrofização, ajudou-o a utilizar estratégias cognitivas durante o dia e a lembrar-se de experiências de sucesso anteriores, ao mesmo tempo observando como alimentava expectativas exageradas para início de carreira. Rapidamente surgiu a dificuldade em não se tornar demasiado dependente do terapeuta enquanto figura masculina mais velha e, da parte do autor, a dificuldade em não se deixar absorver pelo papel de figura parental salvadora. Sem atender à dimensão metacomunicativa destas técnicas, o terapeuta não poderia dar conta de aspectos relevantes do processo terapêutico.

questão de saber o que ainda podemos definir como técnica e o que pertence já a um domínio não técnico.

Recentemente, partindo precisamente da dicotomia problemática entre técnica e relação, Lundh (2017) propôs uma nova forma de definir e classificar as técnicas utilizadas na psicoterapia. Baseando-se em definições anteriores na área da psicoterapia, mas também da história e da filosofia da ciência, o autor propõe que se entenda a técnica como (a) um procedimento desenhado para atingir determinados objectivos terapêuticos, (b) que pode ser especificado em livros, manuais, ensino ou supervisão, ou observado em sessão, e que (c) é disponibilizado aos terapeutas através de diversos programas de treino. Psicologicamente, as técnicas manifestam-se (d) sob a forma de competências pessoais (conhecimento procedimental pessoal) e, experiencialmente, (e) de atitudes específicas. Entre as implicações desta definição, Lundh sublinha que o uso das técnicas não pode ser dissociado das competências da pessoa; que, dizendo respeito ao domínio procedimental, o seu estudo empírico requer a observação do terapeuta em acção; e que, também por isto, a técnica pode resultar da adesão espontânea e implícita a regras que poderão ser induzidas da observação e articuladas verbalmente, mas das quais o próprio terapeuta pode não ter conhecimento declarativo. Outra implicação é que, sendo a relação terapêutica organizada em torno de um propósito (ajudar outra pessoa a atingir determinado objectivo), envolve inevitavelmente o uso da técnica como aqui definida. Ainda assim, abrange aspectos não técnicos, partilhados com outros tipos de relação, como a percepção do outro ou a resposta emocional. Em todo o caso, nesta perspectiva, as competências relacionais são competências técnicas. O autor distingue ainda dois grupos: as técnicas relacionais, que são todas as formas prescritas de interacção com o paciente (não se limitando, pois, às técnicas “meta-relacionais” que especificamente se focam na relação) – por exemplo, explicações de tipo psicoeducativo, respostas empáticas, interpretações transferenciais; e as técnicas dirigidas ao próprio (*self-techniques*), que o terapeuta procura ensinar ao paciente para que ele as utilize, e que em alguns

casos podem ser indicadas para o próprio terapeuta utilizar – por exemplo, auto-observação, regulação emocional, auto-análise.¹⁵

Esta concepção das técnicas parece aproximar-se da abordagem de Basseches (1997a) em que tanto os modelos teóricos como as suas técnicas são entendidas como parte integrante dos esquemas que organizam a acção, o pensamento e a significação da experiência do terapeuta. Tínhamos visto já a observação de Wachtel de que o que importa é a abordagem *conforme praticada por um terapeuta em particular*. Carvalho (2011) cita também Strupp ao dizer que as técnicas são inertes a menos que formem parte integral da pessoa do terapeuta, e Lundh (2017) refere a analogia de Bromberg da técnica do terapeuta com a do músico: não se trata de *aplicar* a técnica, mas de incorporá-la na forma de interagir com o paciente. O que acima descrevíamos sobre o uso não responsivo da técnica e os casos em que o aspecto metacomunicativo/relacional da técnica poderá ser contraproducente é descrito por Lundh (2017) mais simplesmente como incompetência no uso da técnica.

Para concluir esta secção, acrescentaríamos que a técnica poderá, então, ser utilizada com diferentes graus de incorporação aos esquemas de acção do terapeuta, e que a sua maior integração/naturalização envolverá um uso mais flexível, responsivo, personalizado e integrado com outros domínios do funcionamento do terapeuta. Esta ideia, que adiante exploraremos melhor, parece convidar a um outro tipo de integração em psicoterapia, além dos quatro já enunciados: o da *integração psicológica*.

¹⁵ Nestes termos, o autor considera a contratransferência entre os aspectos não técnicos da relação, e discute brevemente enquanto aspectos técnicos a dimensão da sua análise ou da atitude do terapeuta em relação aos seus processos mentais. Mais genericamente, Lundh procura classificar de acordo com a sua taxonomia as principais técnicas de vários modelos dentro das tradições psicanalítica, cognitivo-comportamental e experiencial-humanista. De notar, entretanto, que, nesta classificação, parece fútil distinguir as técnicas prescritas pelos modelos terapêuticos daquelas que, em algumas perspectivas dos factores comuns, o terapeuta poderá treinar independentemente do modelo.

3. O terapeuta como factor

3.1. Efeitos do terapeuta

Apesar de ter sempre existido a intuição de que alguns psicoterapeutas têm melhores resultados do que outros, nem sempre a investigação em psicoterapia reflectiu esta ideia. Já em 1966, Kiesler apontava a “assunção da uniformidade” (Wampold & Imel, 2015), e o movimento dos tratamentos empiricamente validados/suportados de que falámos anteriormente contribuiu claramente para que se encarasse a variação entre terapeutas como variável a controlar e alheia ao interesse científico, voltado para a comparação entre modelos terapêuticos e negligenciando o terapeuta como “variável” de interesse (Garfield, 1997). A mudança de foco criada pelos investigadores de factores comuns terá sido decisiva para alterar este problema.

Em contraste com o que temos vindo a discutir até aqui a respeito da equivalência de resultados entre diferentes abordagens terapêuticas, existe hoje ampla evidência de que as diferenças *entre terapeutas*, independentemente das abordagens utilizadas, explicam uma parte importante dos resultados terapêuticos (Baldwin & Imel, 2013; Castonguay & Hill, 2017; Johns et al., 2019; Wampold & Imel, 2015). Uma meta-análise particularmente robusta, envolvendo 14000 pacientes, sugeriu que os efeitos do terapeuta explicam cerca de 5% dos resultados terapêuticos, agregando ensaios clínicos randomizados (em que se tenta uniformizar o desempenho dos terapeutas controlando a sua adesão a manuais) e estudos naturalistas (Baldwin & Imel, 2013). Norcross e Lambert (2019a), atendendo à evidência mais recente, consideram que o valor estará entre os 5% e os 8% da variância total de resultados. Apesar de aparentemente modestas, vale a pena considerar que as magnitudes calculadas para este efeito são similares às de alguns dos melhores preditores que a investigação tem identificado (ver Figura 1), ao passo que a variação de resultados explicada pelas diferenças entre modelos está estimada em cerca de 1% (Wampold & Imel, 2015). Além do mais, existe evidência de que as diferenças entre terapeutas podem ter implicações clínicas relevantes, significando que os clientes dos terapeutas mais eficazes tendem a mostrar melhorias mais rápidas e substanciais, enquanto os de terapeutas menos

eficazes podem, em média, sofrer um agravamento nos seus sintomas (Okiishi et al., 2003). Num estudo com 119 terapeutas e 10786 pacientes em que se observou um efeito de terapeuta de 6.6%, a taxa de recuperação do terapeuta com melhores resultados foi de 95.6%, contrastando dramaticamente com os 23.5% do terapeuta com piores resultados (Saxon & Barkham, 2012).

A estimativa dos efeitos do terapeuta é, contudo, bastante heterogénea, e o estudo de moderadores é, em si, uma área relevante. Aparentemente, o efeito varia substancialmente em função do desenho dos estudos. Intuitivamente, dir-se-ia que os ensaios clínicos, com todo o esforço de uniformização dos procedimentos dos terapeutas, teriam efeitos de terapeuta mais reduzidos, e foi essa a conclusão da meta-análise de Baldwin e Imel (2013). Contudo, uma revisão sistemática recente em que se procurou actualizar os resultados desse estudo aponta em sentido contrário, o que poderá ter que ver com a dimensão das amostras dos estudos naturalistas (tendencialmente maiores) (Johns et al., 2019) ou também com a maior variabilidade entre pacientes, considerando que o cálculo dos efeitos do terapeuta resulta da comparação da variância devida ao terapeuta com a que se deve ao paciente (Goldberg, Hoyt, et al., 2016). Outro moderador relevante a considerar é a situação clínica dos pacientes, com efeitos mais elevados para casos mais graves (e.g., Johns et al., 2019; Saxon & Barkham, 2012) – o que parece em linha com o que vimos antes sobre a influência das dimensões da vinculação do terapeuta. Aparentemente, pois, é com os pacientes com problemas mais graves que a diferença entre terapeutas mais se faz sentir, no que estarão envolvidas dimensões pessoais do profissional. Outro moderador, que os investigadores acreditam poder estar relacionado com este, é a duração do processo (Johns et al., 2019). Num estudo recente de Saxon et al. (2017), o efeito do terapeuta era, para o número médio de 7 sessões, 5.8%. Contudo, o efeito passava a 2% em processos com 2 sessões e a 40% em processos com 20 sessões ou mais. Num outro estudo naturalista, com efeitos de terapeuta baixos mas significativos, Goldberg, Rousmaniere, et al. (2016) verificaram que a discrepância de resultados entre terapeutas aumentava à medida que a duração da terapia era maior, e também que, ao contrário do que sucedia com os terapeutas com pior desempenho, os

terapeutas com melhor desempenho atingiam melhores resultados em processos terapêuticos mais longos. Dito de outro modo, nos melhores terapeutas existirá um “efeito de dose” (*dose-effect* ou *dose-response model*), ao passo que nos terapeutas com pior desempenho existirá um efeito de “nível suficientemente bom” (*good-enough level model*). As medidas de resultado utilizadas parecem ser também moderadoras dos efeitos do terapeuta, com magnitudes diferentes conforme as variáveis utilizadas (Owen et al., 2016). Também há diferenças comparando casos não completos (*dropouts*) com casos completos. No estudo de Saxon et al. (2017), não existiam efeitos de terapeuta nos casos não completos, o que parece indicar que estão em jogo variáveis do cliente. Os efeitos do terapeuta calculados apenas com casos completos subiam para 11.2%. Contudo, outros estudos encontraram variação significativa entre terapeutas nas taxas de *dropout*, embora sem associação com a eficácia do terapeuta (ver Barkham et al. 2017), o que recomenda prudência nas conclusões sobre este assunto.

Inevitavelmente, todos estes dados levantam a questão de saber o que distingue os terapeutas mais eficazes dos restantes. Contudo, a investigação nesta área ainda é recente e não há conclusões suficientemente robustas. Veremos em seguida alguns dos contributos relevantes que têm surgido.

3.2. Preditores das diferenças entre terapeutas

Alguns dos resultados que se têm encontrado na procura de factores capazes de explicar as diferenças de resultados entre terapeutas parecem ser bastante contra-intuitivos e colocar grandes desafios à forma como se vê e pratica a formação de psicoterapeutas. Como vimos anteriormente, tem havido evidência de que os anos de experiência, o treino, a adesão a manuais terapêuticos e a competência avaliada¹⁶ do psicoterapeuta não predizem diferenças entre

¹⁶ Adesão e competência formam, no seu conjunto, aquilo a que se chama, por vezes, a integridade ou fidelidade da terapia (Wampold & Imel, 2015). A primeira refere-se à presença das intervenções previstas no manual, ao passo que a segunda avalia se as intervenções são competentemente utilizadas; isto é, entende-se que importa o *como*, e não apenas o *quê* (Boswell et al., 2013). Ambas são avaliadas por observadores externos. Na verdade, a ausência de associações consistentes entre estas variáveis e os resultados é uma discussão complexa, nomeadamente por limitações metodológicas e pela hipótese, sugerida por alguns estudos, de que a relação em estudo não seja linear – mas, por exemplo, quadrática

terapeutas (e.g., Tracey et al., 2014; Southam-Gerow et al., 2021; Wampold & Imel, 2015).

Considerando a importância de factores relacionais na psicoterapia (Norcross, 2011; Norcross & Lambert, 2019b; Wampold, 2015), parece plausível que as correspondentes características relacionais dos terapeutas expliquem algo das suas diferenças de eficácia. Como vimos em relação à aliança, mas com evidência de que o mesmo se aplica também às condições relacionais definidas por Rogers, tal hipótese parece ser suportada pelos estudos em que se verifica que é o contributo do terapeuta para a relação, mais que o do cliente, o responsável por variações nos resultados (e.g., Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012, 2021; Zuroff et al., 2010). Tratando-se de variáveis avaliativas (ver secção 2 deste capítulo), Stiles e Horvath (2017) acreditam que estes dados confirmam a importância da responsividade apropriada para explicar as diferenças entre terapeutas.

Uma linha de investigação que tem contribuído de forma relevante para o estudo dos efeitos do terapeuta é a das chamadas competências interpessoais facilitadoras (*facilitative interpersonal skills* – FIS) (Anderson et al., 2009; Anderson, Crawley, et al., 2016; Anderson, McClintock, et al., 2016). Sucintamente, um conjunto de competências dos terapeutas¹⁷ são pontuadas a partir do desempenho numa tarefa em que devem responder a vídeos, interpretados por actores, simulando situações de terapia desafiantes em termos interpessoais (Anderson, Crawley, et al., 2016; Anderson, McClintock, et al., 2016). Procura-se que a tarefa seja feita no local habitual onde o terapeuta vê os seus clientes, o que, juntamente com o facto de ser uma medida baseada no desempenho, pretende maximizar a validade ecológica (Anderson et al., 2009). A investigação utilizando esta forma de

(ver Webb et al., 2010). Além do mais, estudos recorrendo a metodologias diferentes apresentam resultados que desafiam a conclusão da irrelevância da integridade da terapia. São exemplos o estudo de Messer et al. (1992) em que as intervenções em psicoterapia dinâmica breve foram cotadas examinando cuidadosamente o contexto em que ocorriam; ou o estudo clássico de Ablon e Jones (1998) em que o protótipo do processo terapêutico psicodinâmico se revelou preditivo de resultados positivos tanto em terapias psicodinâmicas como cognitivo-comportamentais.

¹⁷ Com algumas variações entre estudos, tendem a ser incluídas fluência verbal, expressão emocional, persuasão, esperança (*hopefulness*), afabilidade/consideração positiva (*warmth/positive regard*), empatia, capacidade de ligação emocional/colaboração (*alliance bond capacity/collaboration*) e resposta a rupturas na aliança

operacionalizar as FIS tem confirmado a sua importância. A comparação entre terapeutas com FIS elevadas e FIS baixas revelou maior sucesso dos primeiros em várias medidas de processo e de resultados (Anderson, Crawley, et al., 2016). Avaliadas em estudantes de Psicologia nas semanas iniciais da sua formação graduada, as FIS revelaram-se também capazes de prever melhores resultados mais de 1 ano depois (Anderson, McClintock, et al., 2016).

Numa revisão sistemática recente, Lingardi et al. (2018) procuraram averiguar as variáveis subjectivas do terapeuta com impacto nos resultados da psicoterapia psicodinâmica. Beutler et al. (2004) tinham classificado as variáveis do terapeuta em quatro grupos, de acordo com duas dimensões, a saber: características objectivas (directamente observáveis, como idade, sexo ou anos de experiência) ou subjectivas (inferidas, como valores ou traços de personalidade); e específicas da terapia (competências presentes do trabalho clínico, crenças sobre a terapia) ou transversais (partilhadas com a vida não profissional – cultura, estilo de vinculação, etc.). A revisão de Lingardi et al. (2018) abrangeu 30 estudos posteriores a 1987, com o foco em características subjectivas transversais do terapeuta. Os resultados evidenciaram em primeiro lugar a importância das competências e funcionamento interpessoal. Algum suporte foi encontrado para o efeito dos estilos de vinculação, da história relacional com os cuidadores e do auto-conceito ou introjecto do terapeuta quando em interacção com outras variáveis, como as intervenções técnicas, a patologia do paciente e a aliança terapêutica. As capacidades reflexivas e introspectivas do terapeuta foram apontadas como inconsistentes nos resultados, requerendo mais investigação, enquanto os valores e atitudes foram descritos como tendo efeitos baixos nos resultados.

Mais recentemente, Heinonen e Nissen-Lie (2019) publicaram uma outra revisão sistemática sobre as características dos terapeutas mais eficazes, mas alargada, neste caso, a todas as abordagens terapêuticas e incluindo variáveis pessoais (transversais) e profissionais (específicas da terapia) subjectivas (as objectivas foram excluídas devido à falta de evidência da sua relevância para distinguir terapeutas com melhores ou piores resultados) pré-terapia, isto é, avaliadas fora do contexto do trabalho com clientes particulares. Os 31 estudos

posteriores a 2000 analisados apontaram poucos efeitos directos de características intrapessoais como as imagens internalizadas de si e dos outros (vinculação, introjecto) e vários efeitos em interacção com outras variáveis, como a patologia do paciente. Mais importantes parecem ser qualidades e recursos intrapessoais como a função reflexiva, o *mindfulness* ou a inteligência emocional. Pouca evidência foi encontrada para o efeito de competências sociais auto-avaliadas, mas o contrário verificou-se para as competências interpessoais profissionais avaliadas com base no desempenho em tarefas, especialmente envolvendo situações desafiantes. Características profissionais auto-avaliadas de natureza mais instrumental também apareceram como preditoras de resultados terapêuticos, incluindo as dificuldades experienciadas na prática clínica, os mecanismos de *coping* utilizados, as atitudes perante a terapia ou a auto-avaliação da eficácia. Contudo, nem sempre na direcção esperada. Têm recebido particular atenção os resultados de Nissen-Lie et al. (2013, 2015) indicando uma forte associação positiva entre a dúvida profissional dos terapeutas (*professional self-doubt*), especialmente em combinação com um introjecto auto-afiliativo, e melhorias dos pacientes – dando origem ao sugestivo título “Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist?” (Nissen-Lie et al., 2015). Também foi encontrado um efeito negativo das competências relacionais avançadas auto-avaliadas pelos terapeutas no funcionamento global e problemas interpessoais dos pacientes (Nissen-Lie et al., 2013).

Com base no que vimos em secções anteriores, contudo, ficam em aberto os mecanismos através dos quais muitos destes preditores afectam os resultados terapêuticos – nomeadamente, até que ponto o uso responsivo das técnicas poderá ser um mediador relevante. Neste âmbito, dois estudos, separados por décadas, ficaram conhecidos por encontrarem equivalência de resultados entre grupos de participantes acompanhados por terapeutas treinados e por pessoas sem treino terapêutico, a quem simplesmente foi pedido que tentassem ajudar os participantes da forma que achassem benéfica (Anderson, Crawley, et al. 2016; Strupp & Hadley, 1979). Algumas características destes estudos, relacionadas, nomeadamente, com o perfil e o recrutamento dos participantes, recomendam cautela e limitam as conclusões a reter. Ainda assim, são suscitadas interrogações de grande relevância

para a investigação e a formação dos psicoterapeutas. É do problema de como identificar e promover a máxima qualidade dos psicoterapeutas que a seguir nos ocupamos.

3.3. *Expertise*

3.3.1. *Definições e divergências*

Como parte do reconhecimento de que alguns terapeutas são melhores do que outros e de que se poderá falar de terapeutas “peritos” (*expert therapists*), tem havido um interesse, nos meios da investigação em psicoterapia, no tema e na literatura sobre *expertise*.¹⁸ Contudo, o problema prende-se, desde logo, com a definição do termo (Hill et al., 2017). Num artigo recente que viria a provocar alguma agitação, Tracey et al. (2014) tomam como referência o trabalho de revisão sobre o assunto que em 1992 foi publicado por Shanteau, examinando a *expertise* em diferentes profissões. A definição proposta pelo autor é simples e operacional: qualidade melhorada de desempenho obtida através de experiência acrescida. A partir desta concepção, e utilizando os dados disponíveis da investigação em psicoterapia, Tracey e colaboradores interrogam se existirá *expertise* na psicoterapia. Na verdade, Shanteau identificou um conjunto de profissões em que claramente se demonstra existir uma relação entre experiência e competência (e.g., pilotos, matemáticos, jogadores de xadrez), e paralelamente exemplificou outras em que tal não acontece, incluindo nesse grupo juizes, psiquiatras, psicólogos clínicos, entre outros. A justificação seria que, nestes casos, estariam em falta a previsibilidade de resultados e a disponibilidade de *feedback* de qualidade existentes no primeiro grupo.

Para a área da psicoterapia, Tracey et al. (2014) constatarem que a *expertise* tem sido variavelmente compreendida em termos de *reputação*, *desempenho* ou *resultados terapêuticos*. Os autores acreditam que nos três casos a concepção é

¹⁸ Provavelmente, a melhor tradução do termo seria *perícia*. Contudo, esta palavra parece carregar mais ambiguidade na língua portuguesa do que no inglês, nomeadamente pelos seus usos associados a habilidades bastante específicas ou a análises técnicas feitas por especialistas de diferentes áreas. Por este motivo, optamos, neste trabalho, por manter o estrangeirismo.

limitada, mas optam por se focar exclusivamente na terceira. A reputação, dizem, pode ser depreendida pela nomeação de pares, os graus obtidos, outras distinções profissionais e quantidade de experiência, aspectos que, apesar de valorizados pelos autores, serão pouco relevantes para o desempenho e os resultados. Quanto ao desempenho, os autores observam que, além de difícil de definir e avaliar, a investigação não tem demonstrado a relação entre competência avaliada ou adesão a protocolos clínicos e resultados terapêuticos. Além disto, Tracey e colaboradores acreditam que a *expertise* deve ultrapassar o mero desempenho competente. Assim, os autores propõem que sejam considerados *experts* os terapeutas responsáveis por resultados e melhorias mais substanciais nos seus clientes. Mesmo reconhecendo que uma parte relevante desses resultados será devida a factores do cliente, os autores afirmam importar-se mais com a *expertise* na profissão da psicoterapia do que em terapeutas individuais, e analisam as barreiras e os métodos para aumentá-la.

Como reacção a este artigo, Hill et al. (2017) revisitam o conceito de *expertise* e contestam vários pontos apresentados por Tracey et al. (2014). Reconhecendo que, se não se demonstrar o benefício da formação e da experiência prática, será necessário reexaminar todos os modelos de formação graduada e educação contínua na área, Hill et al. (2017) suspeitam de que a falha em encontrar evidência para o desenvolvimento de *expertise* na psicoterapia se deve a problemas na conceptualização e operacionalização do termo. Para começar, os autores acreditam que a concepção inspirada em Shanteau é problemática, uma vez que pode haver melhorias na qualidade do desempenho e ainda assim o nível obtido ser medíocre. A definição que propõem é, pois, outra: "*Expertise* na prática da psicoterapia é definida como a *manifestação dos níveis mais elevados de capacidade, habilidade, competência profissional e eficácia.*" (p. 3, tradução nossa). Os autores admitem que esta definição é apenas parcialmente baseada na evidência, mas propõem-na como guia para a teoria e a investigação. Os critérios que propõem como mais importantes para avaliar a *expertise* são o desempenho (técnico e relacional), o processamento cognitivo e os resultados terapêuticos. Menos importantes, mas também merecedores de inclusão, são a experiência, as

qualidades pessoais e relacionais do terapeuta, os títulos ou credenciais, a reputação e a auto-avaliação do terapeuta. Para cada um dos critérios, os autores fazem uma extensa revisão da evidência existente, sublinhando exceções à tendência dominante, reflectindo sobre esses dados e, genericamente, mantendo um pressuposto de que a falta de evidência não equivale necessariamente à irrelevância do critério. Como exemplos, colocam a hipótese de que, para que a competência se relacione com os resultados, seja necessário que quem a avalia sejam terapeutas *experts*. E notam, em relação à experiência, que existe evidência de que alguns terapeutas têm melhores resultados com a experiência e outros não; que a relação da experiência com resultados e com *dropouts* foi diferente em alguns estudos; que a operacionalização da experiência (bem como da formação) em número de anos é demasiado simplista, havendo interesse em considerar intensidade (número de clientes e de sessões por ano), variedade, tipo de formação, profundidade da formação com tipos específicos de clientes ou problemas, quantidade e tipo de supervisão e leitura independente; e que raramente a questão da experiência é examinada em estudos longitudinais, ao que acresce que, em estudos transversais, os terapeutas mais novos estão inevitavelmente sob supervisão, o que confunde os resultados.

Nas várias respostas a esta revisão, os próprios autores do artigo anterior têm oportunidade de reafirmar as suas ideias principais (Goodyear et al., 2017), e surgem outros contributos para o diálogo. Destacaremos o de Reese (2017), que relembra que a perspectiva de Hill e colaboradores é mais aspiracional e apenas parcialmente baseada na evidência. O autor relaciona esta observação com os dois critérios possíveis para estabelecer *expertise* apontados em 2014 por Shanteau e Weiss: o de coerência (privilegiando a consistência entre o desempenho e a teoria ou a prática comum) e o de correspondência (focando-se na associação entre o desempenho e evidência externa, como os resultados). Ao passo que Tracey et al. tendem a rejeitar os aspectos do desempenho com pouca ou nenhuma evidência externa, perseguindo o critério de correspondência, Hill et al. adoptam uma posição mais prudente, não encontrando na falta de evidência razão suficiente para rejeitar os aspectos que cumprem o critério de coerência. A este respeito, vale a pena

lembrar que o próprio entendimento de qual a evidência a considerar na prática baseada na evidência pode variar, e inclui, frequentemente, o julgamento clínico do terapeuta (e.g., Shedler, 2018).

Na sequência da discussão estruturada de 2015 de onde nasceu o artigo de Hill et al. (2017), também Rønnestad (2016), investigador interessado no tema de longa data, oferece contributos relevantes: segundo o autor, a reputação é útil como uma forma, entre outras, de localizar possíveis *experts*; os resultados terapêuticos poderão, depois, permitir identificar terapeutas excepcionalmente bem sucedidos, mas em si não informam sobre o que fazem esses terapeutas, e para tal são necessárias descrições ricas e *nuanceadas* dos seus desempenhos – que serão, essas sim, definições úteis de *expertise*. Rønnestad considera que o entendimento de Shanteau não é aplicável à psicoterapia, uma vez que nem a situação terapêutica como “estímulo” tem a constância e a previsibilidade requeridas pelo autor nem o entendimento de causalidade linear é adequado – e, assim sendo, será um modelo essencialmente aplicável ao desempenho envolvendo objectos inanimados. Também a nós nos parece que Tracey et al. (2014) procuram resolver o problema da falta de *feedback* de qualidade disponível, mas tendem a ignorar a outra questão apontada por Shanteau, da previsibilidade de resultados, que nos parece um aspecto de substância na psicoterapia. Mas, para abordarmos esta questão, precisaremos de descrever brevemente as propostas sobre o desenvolvimento de *expertise* neste campo.

3.3.2. Desenvolvimento de expertise

3.3.2.1. Prática deliberada, feedback e monitorização de resultados

Como vimos, Tracey et al. (2014, 2015) acreditam que é a falta de *feedback* de qualidade o motivo central para a dificuldade em encontrar associações entre a experiência e a melhoria de resultados terapêuticos. Neste sentido, defendem o uso de *feedback* sistemático do progresso dos clientes. Este tipo de monitorização destinada a fornecer informação ao terapeuta ao longo do processo tem sido crescentemente implementado nas duas últimas décadas, por vezes sob a designação de “evidência baseada na prática” (Rousmaniere et al., 2017a). O

princípio é que, na psicoterapia, ao contrário de outras áreas de desempenho, raramente existe uma ligação clara e temporalmente próxima entre a acção do terapeuta e os seus efeitos, resultando num certo grau de “cegueira” e tornando difícil aprender, melhorar e aumentar a responsividade (Lambert & Shimokawa, 2011). Os sistemas de *feedback* sistemático envolvem, habitualmente, o uso periódico de alguma medida aplicável a várias problemáticas e diagnósticos, muitas vezes avaliando bem-estar, funcionamento interpessoal, desconforto sintomático (*symptom distress*), entre outros; a existência de trajetórias normativas de progresso dos clientes derivadas do progresso de amostras alargadas; e informação ao terapeuta sobre como determinado cliente se situa face ao progresso normativo de outros com severidade inicial comparável e em fase equivalente do processo, podendo consistir em avisos que vão desde a sugestão de terminar a terapia dado o bom nível de funcionamento registado até alertas “not-on-track” para o risco de desistência ou deterioração clínica (Lambert, 2013a; Tracey et al., 2014). Além de resultados, têm por vezes sido monitorizados outros aspectos, como a aliança; e, em alguns casos, é fornecido ao terapeuta um instrumento de decisão clínica/resolução de problemas em que lhe é recomendado que avalie possíveis causas de desvio como a motivação, o apoio social ou acontecimentos de vida negativos, a par de sugestões para intervir nelas (Lambert et al., 2019). A investigação tem apontado benefícios clínicos da implementação de sistemas deste tipo, embora os efeitos se registem especialmente nos pacientes “not-on-track”. Em pacientes “not-on-track” com sintomatologia severa não se têm observado benefícios, e os resultados são contraditórios e com efeitos tendencialmente baixos no que toca a pacientes “on-track” (Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018; Lambert et al., 2019; Lambert & Shimokawa, 2011). Além do mais, os benefícios do *feedback* recebido para um cliente não parecem generalizar-se ao trabalho com outros (Rousmaniere et al., 2017a). Posto isto, Tracey et al. (2014) notam que, apesar de encorajadores, os resultados encontrados têm alcance limitado quando se pretende discutir o desenvolvimento de *expertise*, considerando até que não se fica a saber o que fizeram os terapeutas para melhorar os seus resultados. Os autores consideram o *feedback* necessário mas não suficiente para desenvolver *expertise*.

Das sugestões oferecidas em complemento ao *feedback*, destaca-se a recomendação da prática deliberada.

Em anos recentes, uma aposta na literatura sobre excelência e prática deliberada surgiu entre investigadores interessados em trazer para a psicoterapia o que se sabe do desenvolvimento de *expertise* noutros domínios (Goodyear et al., 2017; Rousmaniere, 2017, 2019; Rousmaniere et al., 2017b; Tracey et al., 2014, 2015). Sucintamente, pode dizer-se que a prática deliberada surgiu dos estudos de Ericsson e colegas, nos anos 90, sobre o processo pelo qual os músicos atingem níveis excepcionais de desempenho. Através de entrevistas, os autores verificaram que, em comum, os músicos relatavam tempo substancial (fala-se mesmo de uma “10000 hours” ou “10 years rule”) de prática solitária focada em objectivos específicos a melhorar, identificados em encontros regulares com os seus mestres/professores (Rousmaniere, 2017). O autor viria a sistematizar o conceito de prática deliberada como envolvendo, necessariamente, a observação do seu próprio desempenho, o *feedback* de *experts*, o estabelecimento de objectivos incrementais imediatamente acima do nível de capacidade existente, o ensaio comportamental repetido de competências específicas e a avaliação contínua do desempenho – no caso particular da psicoterapia, Rousmaniere (2017) propõe que esta avaliação contínua seja feita pela monitorização de resultados reportados pelo cliente. Miller et al. (2017) sublinham a importância de que a prática se prolongue por um período extenso e que seja realizada fora do contexto de desempenho real. Ainda que não haja muita evidência sobre a relevância da prática deliberada na psicoterapia, os autores referem o estudo de Chow e colaboradores em que se verificou que, nos seus primeiros 8 anos de prática, terapeutas com melhores resultados passavam, em média, quase três vezes mais tempo que os terapeutas dos três quartis inferiores em actividades intencionalizadas para melhorar a sua capacidade clínica.

Quanto aos aspectos sobre os quais deve incidir a prática deliberada, Miller et al. (2017) sublinham que essa decisão deverá depender das necessidades específicas do terapeuta. Wampold (2017) sugere que o foco seja nas características e actividades do terapeuta para cuja relevância existe evidência,

destacando a formação da aliança com diferentes tipos de cliente, as FIS (ver acima) e os modelos terapêuticos, que, na sua proposta de factores comuns, são parte indispensável da psicoterapia *bona fide*. Rousmaniere (2019) considera que as competências relacionais que a investigação aponta como cruciais no terapeuta são decisivamente limitadas pela sua *capacidade psicológica* e competências intrapessoais, que determinam quanto desconforto consegue tolerar ao entrar em contacto com as experiências do cliente antes de recorrer ao evitamento experiencial. Partindo deste princípio, o autor dedica um volume inteiro à prática deliberada destinada a expandir os *inner skills* do psicoterapeuta.

Apesar dos vários aspectos promissores destas abordagens e do objectivo, da máxima relevância, de acolher, na formação de psicoterapeutas e na gestão de serviços de psicoterapia, os desafios colocados pela evidência, parece-nos importante não perder de vista alguns riscos e interrogações por elas suscitadas. É disto que nos ocuparemos nas próximas secções, primeiro em relação à monitorização de resultados e, em seguida, à prática deliberada como modelo de desenvolvimento da *expertise* em psicoterapia.

3.3.2.2. Resultados e sua monitorização em psicoterapia: dúvidas e interrogações

Dissemos já em secções anteriores que a definição dos resultados desejáveis da psicoterapia é já parte do que diferencia os diferentes modelos teóricos e as suas diferentes visões do mundo e do ser humano, ainda que seguramente haja resultados que reúnem um consenso alargado (Safran & Messer, 1997). Admitindo que a remissão ou alívio de sintomas ou do sofrimento a eles associado possa ser parte comum dos objectivos, bem como a durabilidade dos resultados e a ausência de *dropouts* (e.g., Rønnestad, 2018), formulações adicionais podem ser tão diversas como: a compreensão e aceitação de si mesmo; a relativa libertação de inibições aos talentos pessoais; a possibilidade de formar e manter relações interpessoais satisfatórias e duradouras; o sentido de identidade; o sentimento de valor pessoal próprio; a felicidade; o desenvolvimento psicológico; a satisfação com a vida; a segurança da vinculação; a autenticidade; a tolerância e

regulação emocional; a resiliência; a capacidade de reflectir sobre si; a capacidade de mentalizar outros; a flexibilidade na resposta ao *stress*; a vitalidade; a aceitação daquilo que não pode ser mudado; entre muitas outras (Basseches & Moscolo, 2010; Lambert, 2013a; McWilliams, 2017). Na sua reflexão sobre diferenças fundamentais entre modelos, Safran e Messer (1997) salientam ainda outras nuances: se uma pessoa aceitar a sua timidez, podemos considerar isto um bom resultado ou tem que haver uma redução substancial na sua timidez? A autenticidade terá a mesma importância como objectivo em diferentes abordagens? Quando um terapeuta intervém sobre a tendência auto-crítica de um cliente entendendo-a como desadaptativa e irracional estará a fazer o mesmo que um terapeuta que intervenha no sentido de que seja reconhecida, aceite e integrada com outras partes do *self*? Messer (2019) inspira-se nos géneros literários para identificar quatro grandes visões da realidade que acredita estarem inerentes a importantes diferenças entre modelos psicoterapêuticos: as visões trágica, cômica, romântica e irónica. Como já havíamos dito, a nossa posição é a de que as diferenças de concepção do ser humano, que não têm resolução empírica, são em grande parte desejáveis, além de inevitáveis. Contudo, tornam sempre até certo ponto problemático uniformizar medidas de resultados – existindo aliás, em anos recentes, um interesse por medidas de resultados individualizadas (e.g., Sales et al., 2014).

Outra dificuldade, de ordem metodológica, prende-se com o uso de instrumentos de auto-relato como fonte de informação sobre os resultados terapêuticos. Shedler et al. (1993) demonstraram que muitos pacientes respondem defensivamente a estes instrumentos, levando a que fiquem por detectar as suas verdadeiras dificuldades. Além disso, como notam Hill et al. (2017), há tendência para os clientes manipularem as suas respostas conforme queiram iniciar/manter ou deixar a terapia. Os autores observam, de resto, que a mudança deveria ser avaliada por terapeutas, clientes e outros significativos.

Mesmo reconhecendo os problemas descritos, mas admitindo os benefícios que a investigação tem demonstrado, parece-nos defensável o pragmatismo de

Goodyear et al. (2017) quando admitem que nenhuma medida é perfeita, mas que, sem uma alternativa melhor, as vantagens superam os problemas.

Sem porem em causa a relevância de monitorizar o progresso dos casos para a sua gestão, Langkaas et al. (2018) ofereceram recentemente um importante contributo para esta área ao distinguirem diferentes formas de interpretar os dados dos sistemas de monitorização. De entre cinco tipos de “diferença clínica” que podem ser registados, os autores sublinham que a única relevante para as decisões do terapeuta (e para melhorar com a experiência) é aquela a que chamam *diferença induzida*¹⁹ – e que nenhum sistema de *feedback* oferece actualmente. A diferença induzida refere-se às mudanças que podem ser atribuídas à terapia, utilizando como termo de comparação os resultados esperados sem intervenção. Como observam os autores, alguns exemplos contra-intuitivos podem ajudar a esclarecer melhor os tipos de mudança que importam ou não como *feedback*. Num primeiro caso, seria possível um cliente melhorar no seu problema apesar de estar a ser sujeito a uma terapia prejudicial, caso fosse de esperar que melhorasse mais sem intervenção. Um outro exemplo poderia mostrar que a psicoterapia está a ser benéfica apesar de não haver mudança – caso a trajectória esperada sem intervenção fosse de deterioração. Por fim, é possível um paciente piorar antes de melhorar como parte da trajectória expectável, caso em que um agravamento clínico numa certa fase pode ser parte de uma terapia eficaz. Os autores concluem que o facto de nenhum sistema de monitorização de resultados fornecer, actualmente, este tipo de dado, torna impossível que deles se tirem conclusões sobre a qualidade do processo terapêutico. Estas observações relembram também a necessidade de controlar cuidadosamente as características de base dos clientes no estudo dos efeitos do terapeuta e dos preditores de diferenças entre terapeutas antes de descartar a relevância de variáveis consagradas pela experiência para as quais a evidência seja reduzida ou inconsistente. Como sublinham Langkaas et al. (2018), um terapeuta

¹⁹ As restantes são: diferença observada (qualquer alteração registada num indicador), diferença detectada (que não é devida a erro de medição), diferença prevista (que está de acordo com a trajectória esperada considerando as características do caso) e diferença de cumprimento (*attainment difference*; a distância em relação aos objectivos terapêuticos).

pode obter efeitos elevados trabalhando com casos cuja trajetória esperada sem intervenção fosse já positiva – sem que isso revele muito da sua eficácia; o reverso poderá ser também verdade. De forma mais passageira, já Hill et al. (2017) tinham apontado como problema do critério dos resultados para determinar *expertise* a questão de se saber quanta da sua variação será devida ao paciente. O contributo de Langkaas et al. (2018) parece anunciar, pois, uma fase promissora da evidência baseada na prática.

Porém, um estudo recente de Errázuriz e Zilcha-Mano (2018), não incluído na mais recente meta-análise sobre sistemas de *feedback* (Lambert et al., 2019), vem levantar ainda outro tipo de preocupação. Uma amostra de 547 pacientes foi distribuída por cinco condições, incluindo um grupo de controlo sem *feedback* e quatro tipos diferentes de *feedback* (só sintomas, só aliança, sintomas e aliança e comparação com trajetórias normativas de progresso). Diferentes medidas e critérios de resultado foram utilizadas e moderadores de terapeuta e paciente foram examinados. Ao contrário do esperado, não foram encontradas quaisquer diferenças entre os grupos em termos de resultados terapêuticos, aliança e comparência às sessões. Estes resultados mantiveram-se restringindo a análise aos pacientes “not-on-track”. Finalmente, para pacientes mais complexos – com história prévia de hospitalização psiquiátrica ou com sintomatologia inicial mais grave e “not-on-track” – observaram-se melhores resultados na condição de controlo, ou seja, sem *feedback*. As autoras admitem que, para casos mais complexos, o *feedback* negativo aos terapeutas pode desencorajá-los ou deixá-los mais inseguros. Tendo sido o estudo realizado no Chile, as autoras advertem que poderão estar também em jogo diferenças culturais em relação aos países desenvolvidos de língua inglesa onde foi realizada a generalidade dos outros estudos nesta área, além de ter sido utilizada uma amostra com níveis iniciais de funcionamento psicológico mais baixos. Juntando-se às conclusões de uma revisão anterior, Errázuriz e Zilcha-Mano consideram que os benefícios dos sistemas de *feedback* podem não ser generalizáveis, podendo mesmo haver efeitos prejudiciais, e recomendam que não

sejam implementados em grande escala sem se testarem cuidadosamente os seus efeitos em cada contexto específico.²⁰

A partir de um ponto de vista relacional que antes procurámos caracterizar com recurso ao conceito de metacomunicação de Watzlawick et al. (1967), acrescentaríamos ainda que a introdução de um sistema de *feedback* do tipo dos que têm sido experimentados instaura dinâmicas relacionais que devem ser tidas em conta na sua apreciação. *O que* o terapeuta sabe não é forçosamente mais importante do que *como* o sabe. Em certo sentido, talvez se possa considerar que, além de um recurso auxiliar da intervenção, a monitorização de resultados cria um modelo de relação – e, portanto, em larga medida, um modelo de intervenção. Algo caricaturalmente, podemos pensar num modelo em que o cliente recorre a um canal paralelo para comunicar com o terapeuta, que, por sua vez, intolerante à incerteza e à “opacidade da mente” (Fonagy et al., 2012) do cliente, procura permanentemente aceder àquilo a que não acede em sessão para prontamente reajustar a sua acção.²¹ Nas palavras de Lambert (2013a),

Collecting this information from the client on a session-by-session basis provides the clinician with a systematic way of monitoring life functioning from the client’s point of view. A brief formal assessment can provide a summary of life functioning that is not otherwise available to the therapist, unless the therapist spends time within the treatment hour to systematically inquire about all the areas of functioning covered by the self-report scale, an activity that detracts from service delivery. (p. 45)

Mesmo entendendo a pressão sobre os serviços prestados em grande escala que esta passagem parece denunciar, e ainda que saudando o nível de desenvolvimento e generalização do acesso à psicoterapia que traz consigo esta

²⁰ Numa breve nota, também a nós nos parece que poderão existir aspectos culturais relevantes em causa nesta tendência para a monitorização de resultados – nomeadamente, parece sentir-se algo do “espírito do tempo” na ideia da regulação de serviços por “customer reviews” e da introdução de algoritmos e processos de decisão externos na pretensão de colmatar as insuficiências do ser humano comum.

²¹ Existe margem para se especular sobre as dinâmicas de controlo mútuo induzidas ou as comunalidades com aquilo a que, na linguagem da teoria da vinculação, se chama uma relação ansiosa. Pode dizer-se também que, em algumas abordagens terapêuticas, vários destes procedimentos seriam possivelmente qualificados como quebras de limites terapêuticos (Gutheil & Gabbard, 1993).

ordem de problemas, é-nos difícil olhar a solução menos relacional como aspiração para o futuro da psicoterapia.²²

Encerrando, por agora, o assunto da monitorização de resultados, acrescentaremos apenas que não nos parece esgotado o estudo dos processos através dos quais o terapeuta pode otimizar a qualidade e utilidade do *feedback* que consegue recolher em sessão através da interacção directa com o cliente.²³ Em larga medida, é desse problema que se ocupa este trabalho.

3.3.2.3. Treino e desenvolvimento: alternativas e interrogações

Quando, ainda no artigo de Hill et al. (2017), os autores reflectem sobre os mecanismos de mudança responsáveis pelo desenvolvimento de *expertise*, recorrem a uma mistura do critério de coerência com o de correspondência (Reese, 2017; ver acima) para destacar a experiência real com clientes, a psicoterapia pessoal, a supervisão, a prática deliberada e o *feedback* (vindo do cliente, mas também de observadores treinados, supervisores clínicos e da observação do próprio terapeuta, incluindo aquele que pode ser procurado em sessão através do trabalho de *immediatez* [*immediacy*] ou da metacomunicação – e.g., Hill et al., 2020; Safran & Muran, 2000). Em relação à prática deliberada, os autores consideram que, dadas as características da psicoterapia, o envolvimento intensivo em actividades como a supervisão profissional e de pares, a reflexão sobre os clientes entre sessões, o planeamento de intervenções específicas, a consideração de alternativas ou o *feedback* constituem prática deliberada neste domínio. Na reacção

²² Evans (2012), autor de um dos principais instrumentos utilizados na monitorização de resultados, lança apelos sobre as ramificações sócio-políticas e consequências inesperadas desta nova tendência, recomendando que seja ponderada a sua compatibilidade com as teorias e práticas terapêuticas existentes.

²³ Oddli et al. (2014) relatam evidência de que o desempenho de terapeutas *experts* difere do de terapeutas com resultados piores pelo uso de processamento implícito, decisões intuitivas e processos não planeados e não lineares, embora orientados para objectivos, com interacções caracterizadas pelo rápido ajustamento momento a momento. Neste processo, que ilustra bem o conceito de responsividade ao contexto emergente (Stiles, 2009) e remete para as dimensões implícitas do funcionamento do terapeuta de que falaremos adiante, Oddli et al. (2014) consideram que o *feedback* estruturado a que se referem Tracey et al. (2014) é menos relevante do que os ajustamentos de mais pequena escala que resultam da rápida percepção de pistas presentes na interacção terapêutica, incluindo as reacções emocionais do terapeuta.

a este artigo, Goodyear et al. (2017) consideram a prática reflexiva importante mas não, em si, prática deliberada.

A questão do modelo de formação de psicoterapeutas e, mais especificamente, do desenvolvimento da *expertise* é em alguma medida remanescente das diferenças entre abordagens terapêuticas, que tendem a privilegiar diferentes procedimentos e processos de mudança. Também aqui se pode interrogar, pois, se seria preferível um esforço tendencialmente unificador ou pluralista. A prática deliberada, como é hoje definida, coloca a ênfase numa dinâmica de *treino*, convocando mesmo a figura do *coach* e o imaginário do ginásio.²⁴ Rousmaniere (2019), por exemplo, coloca o foco de interesse da prática deliberada em termos nos quais nos revemos inteiramente: será a tolerância do terapeuta às experiências suscitadas pela interação terapêutica que determinará até que ponto consegue fazer uso das suas competências clínicas, e nesse sentido poderá ser decisivo o desenvolvimento de “inner skills” (poderíamos dizer “self-techniques” na linguagem de Lundh, 2017) que Rousmaniere encontra na literatura com designações diversas, como a reflexividade sobre si, a capacidade meta-emocional e meta-cognitiva, o *mindfulness* do terapeuta ou a gestão da contratransferência ou do evitamento experiencial. O autor reconhece que estão em causa competências dificilmente comparáveis com as de outros domínios de *expertise*, afirmando mesmo: “It’s less about skill acquisition and more about emotional growth.” (Rousmaniere, 2017, p. 96). A proposta que apresenta, contudo, parece importada das outras áreas de *expertise* com poucas alterações, aproximando-se também da tradição do treino de competências característico dos modelos cognitivo-comportamentais.

Em alternativa, julgamos que pode ter interesse explorar as pistas de uma perspectiva mais desenvolvimental. Hatcher (2015) observa que as competências interpessoais requeridas na psicoterapia têm raiz desenvolvimental e remontam aos primeiros anos de vida. O autor afirma:

²⁴ Uma rápida visita ao *website* do *DP Institute/Society*, onde se reúnem diversos recursos de grande interesse e actualidade para a prática deliberada em psicoterapia, permite confirmar esta impressão através da própria iconografia utilizada (e.g., <https://www.dpfortherapists.com/about-1>).

Significant differences in the abilities needed to foster a productive therapeutic process among students entering graduate programs may result from stable, long-term differences in the development of social or interpersonal skills. Thus training is intended to strengthen or build on the capabilities for flexible, judicious, and responsive interaction that have developed during the trainee's earlier life. (p. 13)

Se aceitarmos como nuclear e comum a todas as abordagens terapêuticas a capacidade de mentalização do terapeuta (Fonagy & Allison, 2014), também aqui seremos remetidos para a natureza desenvolvimental, agora mais especificamente das competências intrapessoais de Rousmaniere (2019). Na literatura desta área, estariam em jogo processos de mentalização orientados para o próprio (Fonagy et al., 2012) – que, como se verá em capítulos mais adiante, constituem o foco principal do nosso trabalho. O que sabemos sobre mentalização diz-nos que ela se desenvolve em contextos relacionais que proporcionam a experiência consistente de resposta sintonizada e contingente aos estados mentais do próprio vinda de um outro significativo (Fonagy et al., 2002). A literatura sobre vinculação e mentalização fornece também uma perspectiva relevante sobre o tipo de limite da capacidade psicológica que Rousmaniere (2019) procura expandir através da prática deliberada. No modelo bio-comportamental da relação entre *stress* e mentalização controlada (Luyten et al., 2019), reconhece-se que a capacidade de mentalização é altamente contextual e que a activação (*arousal*) crescente, nomeadamente em situações interpessoais desafiantes, torna progressivamente mais difícil mentalizar, levando, a partir de um certo ponto de viragem, a um tipo de processamento não reflexivo típico do estado de “luta ou fuga”. O nível de tolerância determinado por este “ponto de viragem” e a facilidade de recuperação do funcionamento reflexivo estão estreitamente ligados a dimensões da vinculação, o que mais uma vez acentua a natureza desenvolvimental dos processos envolvidos.

Transportando estes princípios para a formação de psicoterapeutas e o desenvolvimento da sua *expertise*, parece-nos de reter²⁵ a qualidade securizante e

²⁵ Reenquadrar o desenvolvimento da *expertise* a esta luz não significa descartar aspectos relevantes salientados na prática deliberada. Destacáremos, nesse sentido, o foco em dinâmicas específicas do

emocionalmente significativa do contexto relacional em que deverá ocorrer; as dúvidas sobre a prática isolada – porventura mais adequada, como acima se disse, ao desempenho envolvendo objectos inanimados; um enfoque maior na aceitação, reflexão e significação e menor no treino e no controlo das experiências do terapeuta;²⁶ e a necessidade de integrar os aspectos técnicos a desenvolver com processos psicológicos implícitos e explícitos que são parte do funcionamento da pessoa do terapeuta – e que, ao contrário da generalidade dos domínios em que a *expertise* é estudada, são aprendidos desde o nascimento e constitutivos do próprio sujeito psicológico. É também com esta ideia em mente, a que acima nos referimos como a *integração psicológica*, que avançamos para a secção final deste capítulo.

3.4. A subjectividade do terapeuta

3.4.1. Teoria, técnica e pessoa

So, to reverse Lewin, 'there is nothing so theoretical as good practice'.

(Holmes, 2014, p. 491)

A relação do terapeuta com a teoria é necessariamente diferente da do investigador. Mesmo quando ambos os papéis possam reunir-se na mesma pessoa, um e outro implicam usos da teoria substancialmente diferentes. Se a investigação em psicoterapia se ocupa, em grande medida, de recolher dados empíricos e, a essa luz, fazer evoluir a teoria (Stiles, 2015), a actividade do terapeuta caracteriza-se fundamentalmente por observar, tentar compreender, decidir e agir num contexto interpessoal. Nesses processos, a teoria assiste, informa, norteia,

processo terapêutico e em dificuldades concretas do terapeuta e a utilização de registos que permitam a auto-observação, preferencialmente partilhada com pares e/ou supervisores. Os processos de que falamos têm toda a vantagem em ser abordados no contexto específico do trabalho psicoterapêutico, e de resto é reconhecido que a mentalização, sendo altamente contextual, varia, numa mesma pessoa, em função de interlocutores e relações em concreto, de emoções, áreas de funcionamento e sintomas específicos, do nível de activação, entre outros (e.g., Diamond et al., 2003; Fonagy & Bateman, 2019; Lecours & Bouchard, 2011; Rudden, 2017).

²⁶ Tem havido, nas últimas décadas, um deslocamento de ênfase, nas perspectivas cognitivo-comportamentais, do auto-controlo para a auto-aceitação (Safran & Messer, 1997). Possivelmente, este tipo de diferença meta-teórica faz-se sentir também na concepção dos processos mentais do terapeuta e, conseqüentemente, da sua formação e *expertise*. As diferenças de atitude terapêutica em diferentes abordagens será alvo de mais considerações no Capítulo II.

sensibiliza (Matos, 2011; Oddli et al., 2016), mas finalmente manifesta-se no plano dos processos psicológicos do terapeuta, que por sua vez a excedem. É, pois, diferente estudar ou investigar as teorias de que se servem os terapeutas de estudar a forma como delas fazem uso os terapeutas para pensar e agir no processo terapêutico.

Diferentes terapeutas terão diferentes relações com os modelos teóricos de que se servem. Vimos já uma das formas como estas diferenças podem ser conceptualizadas, quando descrevemos a distinção, proposta por Basseches (1997a, 1997b), entre as assunções formal-universalista, relativista e dialética, representando posicionamentos epistemológicos e ontológicos diversos e, mais especificamente, diferentes papéis atribuídos à teoria ou variações na relação do terapeuta com as suas próprias ideias, técnicas, teorias e processos de construção de significado em geral.²⁷ De acordo com o autor, a necessidade de preservar a teoria do terapeuta pode conduzir ao “abuso teórico”²⁸, menos provável num tipo de pensamento dialético. Em qualquer caso, existe na perspectiva de Basseches a ideia de que as teorias são parte de um conjunto mais lato de estruturas psicológicas através das quais o terapeuta constrói significado na situação terapêutica. Parece-nos, contudo, que não fica completamente claro, no pensamento dialético, a extensão da revisão das teorias do terapeuta que deverá ocorrer em face das dificuldades que surgem no processo terapêutico. Devido ao uso algo indiscriminado entre teoria, estruturas e esquemas, nem sempre nos fica claro que processos do terapeuta o autor considera, podendo ir da acomodação da acção ao contexto emergente até reformulações teóricas mais abstractas.

No contexto da psicanálise, mas com aplicação extensiva à generalidade dos modelos, Holmes (2014) distingue três usos da teoria – como ideologia, como heurística ou como base de evidência. Em todos os casos, poderão existir riscos e

²⁷ A relação entre desenvolvimento epistemológico do terapeuta e a forma como é entendida e utilizada a teoria foi também explorada por Vasco (1992; Vasco & Dryden, 1997), de acordo com a ideia de que poderia ser mais relevante do que as diferenças devidas à orientação teórica.

²⁸ Na definição do autor, “(...) all *therapists’ activities which (at least in part) represent efforts to meet the therapists’ own meaning-making needs (i.e., to maintain the coherence of their conceptual frameworks, world views, professional identities, self-concepts, or understandings of human nature) and which occur at the expense of their clients, regardless of the therapists’ intent.*” (Basseches, 1997b, p. 92).

benefícios. Enquanto ideologia, a teoria é utilizada como porto seguro/fonte de segurança e significado em face das ansiedades que emergem da situação clínica, o que poderá ser determinante para preservar o *setting* e assegurar uma resposta contentora em situações perturbadoras e confusas como a psicose, a perversidade e a ideação suicida – mas, no pior dos casos, pode tornar-se um sistema de crenças com que se evita a complexidade. Enquanto heurística, a teoria pode proporcionar princípios orientadores úteis para abordar e compreender o material clínico, desde que não seja tomada como representação exacta da realidade e, nesse sentido, passe a limitar, mais do que expandir, o que pode ser compreendido.²⁹ Enquanto base científica, a teoria pode ser utilmente utilizada como ponto de referência, funcionando como um “terceiro” a partir do qual o terapeuta pode analisar a situação clínica e os seus próprios processos subjectivos, constituindo uma base segura para a exploração criativa da experiência terapêutica. O risco é quando um uso inseguro e defensivo da teoria determina que ela funcione como um “salva-vidas” que, ao invés de permitir a exploração criativa, tende a manter o *status quo*.

Tanto nos exemplos de Basseches (1997a, 1997b) como nos de Holmes (2014), vemos como a teoria pode ser utilizada beneficemente ou em prejuízo do processo terapêutico, e que, para que tal distinção emerja, precisamos de perceber que função cumpre no quadro mais amplo dos processos psicológicos do terapeuta – defensiva, regulatória, exploratória, etc. Skovholt e Starkey (2010) oferecem ainda outro ponto de vista sobre a relação entre teoria e outras dimensões do terapeuta. Os autores consideram que, dada a complexidade do ser humano e a incerteza inerente ao trabalho terapêutico, o terapeuta serve-se de três fontes de conhecimento para desenvolver sabedoria: a ciência/teoria, a reflexão sobre a experiência prática e a vida pessoal. Nenhuma é suficiente ou dispensável. De um ângulo um pouco diferente, Lundh (2019) afirma: “The psychotherapist needs to be conceptualized as a whole person, with a special focus on patterns of professional

²⁹ Oddli et al. (2016) propõem que se utilizem os princípios de mudança terapêutica como “conceitos sensibilizadores” (*sensitizing concepts*) mais do que conceitos definidos, permitindo, no primeiro caso, uma abertura a diferentes manifestações de um fenómeno e à expansão e refinamento do próprio conceito à medida que é utilizado para a construção de significado.

skills, but also including the therapist's more personal way of functioning.” (p. 17). O trabalho qualitativo de Carvalho e Matos (2016) sobre o desenvolvimento do psicoterapeuta confirma este tipo de intuição. Através de entrevistas a 20 psicoterapeutas de diversas orientações com elevada reputação entre os seus pares, as autoras acederam a testemunhos corroborando que as experiências da esfera pessoal e profissional dos terapeutas se influenciam mutuamente, observando igualmente uma tendência para progressiva coerência e diálogo entre os *selves* pessoal e profissional.

O plano em que se move o terapeuta implica, pois, considerar as variáveis habitualmente isoladas pela investigação no seu conjunto dinâmico, do qual ele mesmo como pessoa faz parte. Teoria e técnica emergem como parte dos processos psicológicos e da acção do terapeuta. Falarmos da qualidade da *integração psicológica* significa, então, que os modelos teóricos e as técnicas mais actuautes serão os que o terapeuta assimilou aos princípios com que ordena a sua experiência, a sua acção, a sua visão do mundo, de si mesmo, das relações e do seu trabalho – dito de outro modo, os que passaram por um processo de *validação pessoal* ou psicológica que a validação científica não substitui. Neste sentido, dificuldades relacionadas com a integração psicológica do(s) modelo(s) terapêutico(s) ou do próprio terapeuta como pessoa sobrepõem-se facilmente.

Estudar estes processos corresponde àquilo que no Capítulo IV defendemos como a necessidade de *mentalizar os psicoterapeutas* na investigação. Por agora, ocupar-nos-emos brevemente de contributos que a própria ciência psicológica pode dar para apreciarmos genericamente os processos psicológicos do terapeuta.³⁰

³⁰ Os modelos que propomos nos Capítulos II e III referem-se especificamente aos processos psicológicos do terapeuta *em terapia*. Na secção que se segue, falaremos preferencialmente, e de forma bastante mais abreviada, de aspectos não específicos da psicoterapia.

3.4.2. Alguns contributos teóricos da... Psicologia

3.4.2.1. Conhecimento implícito e explícito

Sob a forte influência das evoluções nas neurociências, assistiu-se nas últimas décadas a alguma convergência entre diferentes tradições teóricas da Psicologia em torno da importância de processos psicológicos alternativamente designados inconscientes, não conscientes, implícitos ou automáticos. Vem já de Freud (1912/2001) a distinção entre os sistemas consciente, pré-consciente e inconsciente, remetendo também para a diferenciação entre o inconsciente descritivo, composto por tudo o que em dado momento se encontra fora do foco da atenção consciente do sujeito, e o inconsciente dinâmico, de que mais se ocupou a psicanálise clássica e que, mais especificamente, trata de processos com um nível considerável de elaboração simbólica que são defensivamente excluídos da consciência. Nas ciências cognitivas, a atenção a processos “não conscientes” (assim designados, frequentemente, para evitar a conotação com o inconsciente dinâmico) está habitualmente mais ligada à compreensão crescente dos diferentes sistemas de memória. Na psicanálise contemporânea, a importância do inconsciente dinâmico continua a ser reconhecida, mas a atenção a outras classes de fenómenos inconscientes é cada vez maior (Busch, 2017), o que inclui, mas ultrapassa, os sistemas de memória que interessam também às ciências cognitivas.

Em primeiro lugar, pois, vale a pena trazer a distinção entre os sistemas de memória explícita ou declarativa e implícita ou não declarativa, havendo ainda a especificar, dentro da primeira, a memória episódica e a semântica, factual ou genérica (ambas presentes, por sua vez, na memória auto-biográfica); e, na segunda, a procedimental – a que se acrescenta, por vezes, a associativa³¹ (Fonagy, 1999; Gabbard, 2006; Tulving, 2002). Tipicamente, a memória declarativa envolve “conhecimento de”, ao passo que a procedimental refere-se a “conhecimento de como” (e.g., tocar piano, conduzir um carro, reagir a

³¹ No campo psicanalítico, surge por vezes uma proposta de organização ligeiramente diferente dos conceitos, separando-se a divisão de diferentes tipos de conhecimento (declarativo ou procedimental) da de diferentes modos de expressão ou recuperação (explícita ou implícita), e admitindo-se, pois, quatro combinações alternativas – recuperação explícita (consciente) de procedimentos, implícita de factos, etc. (Gabbard, 2006).

determinadas situações interpessoais), podendo ser recuperada sem a experiência de recordar e de forma “passiva”, isto é, sem intenção ou esforço consciente (Fonagy, 1999; Gabbard, 2010). Em termos desenvolvimentais, a memória procedimental é anterior à declarativa (Fonagy, 1999; Tulving, 2002), o que significa que as experiências que estão na sua base podem preceder a possibilidade de serem representadas e “armazenadas” de forma simbólica, verbal ou consciente – e implicando, também, que podem fazer-se sentir na relação com o outro sem que o próprio (e, frequentemente, o outro) possa aperceber-se.

Muitas formulações relevantes vindas de diferentes abordagens teóricas da Psicologia dizem respeito à esfera procedimental. É o caso, nas abordagens psicodinâmicas, dos modelos de relação *self*-outro, das relações de objecto internalizadas, dos introjectos, das representações internas, dos modelos internos dinâmicos, das fantasias inconscientes, do conhecimento relacional implícito, dos mecanismos de defesa, entre outros (e.g., Fonagy, 1999; Fosshage, 2011b; Gabbard, 2006; Kernberg, 1999; Lyons-Ruth et al., 1998). Em algumas destas conceptualizações, a memória declarativa estará também envolvida, mas é principalmente o seu aspecto procedimental que as torna activas na vida do indivíduo. Autores influenciados por Piaget e pela psicologia cognitiva tendem também a reportar-se ao domínio implícito através de conceitos como os de esquemas de acção, princípios ou padrões de organização, esquemas emocionais, processos tácitos, mecanismos de *coping*, entre outros (e.g., Basseches, 1997a; Bucci, 2002; Fosshage, 1994, 2011b; Guidano, 1991; Wachtel, 2008), e também os aspectos da organização das narrativas são estudados no que revelam das operações implícitas de processamento de informação e regulação afectiva postas em marcha (e.g., Daniel, 2009).

Na psicanálise contemporânea, alguns autores debruçam-se ainda sobre uma classe de fenómenos que podem ser designados como não representados, insuficientemente representados, não formulados, não simbolizados, não mentalizados, primitivos, entre outros (Busch, 2017; Killingmo, 2006; Levine, 2012; D. B. Stern, 2010). Nem sempre é clara a relação assumida pelos autores entre este tipo de fenómeno e o que descrevemos como pertencente ao domínio

procedimental, o que poderá reflectir, além da pertença a tradições teóricas diversas, o próprio facto de permanecerem dúvidas sobre como é representado o conhecimento implícito (Lyons-Ruth et al., 1998). Por outro lado, os estados não representados são por vezes associados a aspectos procedimentais que, sendo anteriores à memória declarativa, nunca atingiram suficiente forma simbólica ou que foram dissociados devido a experiências traumáticas, havendo propensão para que irrompam no campo fenomenológico sob a forma de manifestações somáticas, impulsos para agir, conteúdos mentais intrusivos, entre outros (Busch, 2017; Lecours, 2007). Não cabendo aqui uma discussão mais detalhada, vale então a pena assinalar que, na esfera implícita, podem conviver experiências com níveis muito diversos de estruturação, desde conhecimentos não declarativos altamente sofisticados e sistemáticos (e.g., as habilidades de um bailarino; os esquemas sensoriais de um provador de vinhos – Bucci, 1999) até fenómenos vagos e que em larga medida serão *criados* através da formulação (D. B. Stern, 2010) ou sujeitos a algum tipo de transformação antes que possam ser pensados (Killingmo, 2006; Levine, 2012).

Na discussão sobre *expertise*, Norcross e Karpiak (2017) utilizam a distinção entre conhecimento declarativo e procedimental para notar a diferença entre, respectivamente, saber sobre terapia e ser bom terapeuta. Já Lundh (2017), como vimos anteriormente, tinha dedicado atenção ao conhecimento procedimental pessoal do terapeuta, e, acrescentando a isto, pudemos já descrever brevemente como Oddli et al. (2014) encontraram evidência para a relevância de aspectos do funcionamento implícito e das decisões intuitivas momento a momento em que assenta o trabalho dos terapeutas mais capazes. A nossa perspectiva sobre a integração psicológica do(s) modelo(s) teórico(s) e das dimensões técnicas dele(s) decorrentes pode ser agora posta a uma nova luz: importa que o conhecimento declarativo teórico do terapeuta se articule com o conhecimento pessoal organizado semanticamente que, inevitavelmente, participa na compreensão da situação clínica. Por sua vez, a acção do terapeuta será decisivamente determinada por conhecimento procedimental que largamente opera fora da esfera e do controlo consciente do terapeuta. Sem uma boa integração entre estes diferentes sistemas

de conhecimento, juntamente com uma atitude reflexiva e de auto-observação, pouco se saberá da verdadeira participação do psicoterapeuta no processo terapêutico. Recuperando a discussão da prática deliberada, se aceitarmos que dela decorrerão aprendizagens procedimentais relevantes que a formação de psicoterapeutas não tem conseguido assegurar, ficará ainda assim por saber como se articulam essas aprendizagens com os incontornáveis processos implícitos herdeiros da história desenvolvimental do terapeuta.

3.4.2.2. Interpenetração implícito/explicito

Feita a distinção entre os níveis procedimental e declarativo, e implícito e explícito, do funcionamento do terapeuta, é ainda relevante percebermos como pode ser vista a sua relação. Trata-se, enfim, de conceber como opera o conhecimento do terapeuta – teórico, técnico, pessoal, emergente – no seu trabalho.

Como se adivinha, a complexidade do tema não nos permite ir além de algumas observações que deixam em aberto diversas implicações possíveis para o psicoterapeuta. Impõe-se, antes de mais, notar que os autores que se ocupam deste assunto na psicoterapia tendem a divergir nas suas visões. Propondo uma revisão importante de várias das ideias clássicas da psicanálise, e com raízes profundas na investigação desenvolvimental e neurocientífica, o conhecido Boston Change Process Study Group (BCPSG; e.g., BCPSG, 2013; Lyons-Ruth et al., 1998; D. N. Stern et al., 1998) tem chamado a atenção para as mudanças no conhecimento relacional implícito (*implicit relational knowing*) do cliente como objectivo fundamental da intervenção. Nesse processo, os sistemas de memória antes vistos são concebidos como essencialmente independentes, levando a que se ponha em causa a relevância classicamente atribuída à interpretação na psicanálise. Neste sentido, é sobretudo através de uma nova relação criada ao nível implícito que ocorrerão mudanças, e sem que obrigatoriamente o *insight* desempenhe um papel determinante. Através de um processo diádico não linear, o terapeuta terá acesso a momentos de potencial reorganização relacional

emergente através do que é designado pelos autores como *now moments* – podendo acontecer que sejam aproveitados ou desperdiçados.

Outros autores, contudo, parecem depositar mais expectativas na possibilidade de integração entre os sistemas. Bucci (2002) tem desenvolvido trabalho destacado sobre aquilo a que chamou *processo referencial*. A autora e os seus colaboradores concebem três sistemas de processamento e representação da informação (não verbal sub-simbólico, não verbal simbólico e verbal simbólico), e definem o processo referencial como um processo bidireccional através do qual a experiência corporal e emocional, largamente sub-simbólicas, são ligadas a imagens e depois à linguagem, e as palavras de outros são ligadas aos sistemas emocional e corporal do próprio (Bucci et al., 2012). Linguagem vívida, clara, específica e concreta sinaliza, normalmente, elevada actividade referencial (i.e., processamento de emoções através da linguagem, ou simbolização). Recentemente, este grupo começou a estudar este tipo de processo em terapeutas, a partir das suas anotações e de transcrições de sessões (Bucci & Maskit, 2007; Bucci et al., 2012; Hoffman et al., 2013; Mariani & Negri, 2015) e mesmo de um instrumento de auto-relato acabado de apresentar (*Referential Process Post-session Scale – Therapist Version*; Negri et al., 2020).

Possivelmente, uma boa forma de sintetizar outros contributos relevantes para este assunto será partindo da revisão de Safran (2011) sobre o trabalho de Theodore Reik, e a forma como o seu conceito de “ouvir com o terceiro ouvido” (*listening with the third ear*), vindo do final dos anos 40, foi herdado e é hoje representado de diferentes formas. Reik considerou que muitas dimensões relevantes do comportamento do paciente são processadas pelo terapeuta num plano inconsciente, e que apenas “olhando para dentro” e “ouvindo com o terceiro ouvido” poderá o terapeuta perceber estes aspectos do paciente. Safran (2011) considera, pois, que, na psicanálise contemporânea, diferentes formas de usar a subjectividade do terapeuta podem ser vistas como extensões do trabalho de Reik. Por um lado, destaca autores que se servem das suas próprias associações espontâneas e *reveries* para, reflectindo sobre elas, acederem a aspectos implícitos presentes no campo intersubjectivo – o exemplo de Ogden (2004) será o mais

imediatamente, e acrescentaríamos as ideias de Levine (2010, 2012) e Botella e Botella (2005) sobre o trabalho de figurabilidade psíquica. Por outro lado, Safran (2011) destaca os autores relacionais (Bromberg, D. B. Stern, Aron, entre outros) que tendem a entender a situação terapêutica como um *enactment* inevitável em que se entrelaçam processos inconscientes de ambos os elementos da díade, levando a que a forma de acesso do terapeuta ao domínio implícito seja através da tomada de consciência da sua própria participação no *enactment* em curso.

Outras abordagens teóricas procuram explorar a maior ou menor permeabilidade entre os processos explícitos e implícitos. Fosshage (2011a) acredita existir evidência de que tanto o sistema explícito como o implícito registam e processam informação através de formatos imagísticos e verbais, facilitando a interação e a fluidez entre os dois sistemas. Fosshage (2011b) considera, ainda, que o modo de funcionamento empático no terapeuta torna mais permeáveis as fronteiras entre os dois tipos de processamento.

Às abordagens descritas poderíamos ainda juntar os processos de *experiencing* estudados com inspiração nos trabalhos de Rogers e de Gendlin ou a própria exploração do *felt sense* de que se ocupou este último (Klein et al., 1986; Pascual-Leone & Greenberg, 2006), de congruência (Rogers, 1957), *mindfulness* (Kabat-Zinn, 2003), *insight* e perlaboração (e.g., Etchegoyen, 2008; Freud, 1914/1958), função alfa (Bion, 1962), entre outros. Por agora, será suficiente acrescentarmos que, conforme descreveremos no Capítulo III, acreditamos que o conceito de *mentalização* pode ser utilizado num sentido lato procurando abarcar, sem uniformizar, todos estes processos. Mais especificamente, debruçar-nos-emos sobre um tipo particular de mentalização a que chamámos *elaboração da experiência contratransferencial* – em si um tipo de trabalho psicológico de integração e interação entre processos psicológicos implícitos e explícitos que dá vida à teoria no contexto terapêutico.

3.4.2.3. Uma nota sobre subjectividade e objectividade do terapeuta

If you really believe a theory, then it's wrong.

(Gendlin, 2005, in Preston, 2015)

Numa secção em que temos estado a discutir a subjectividade do terapeuta e o seu uso clínico, gostaríamos de terminar com uma alusão à tensão, com longas raízes filosóficas e epistemológicas e presença assinalável no mundo da psicoterapia, entre a inevitabilidade da condição subjectiva do terapeuta e a possibilidade de objectividade. No artigo de Safran (2011) a que acima nos referimos, é observada uma diferença entre autores que parecem acreditar que, examinando cuidadosamente a sua actividade subjectiva, poderão alcançar algum tipo de objectividade sobre o paciente e a situação terapêutica, e os que entendem que não existe uma posição exterior ao envolvimento inconsciente entre terapeuta e cliente a partir da qual o profissional possa conceber a situação clínica subtraindo a sua própria influência. O que nos parece é que, nesta discussão, surge frequentemente alguma confusão entre os binómios observação-participação, positivismo-construtivismo e objectividade-subjectividade, bem como uma tendência dicotómica que pode não ser a mais conveniente ao assunto.

O efeito do observador e o princípio da incerteza de Heisenberg são frequentemente trazidos a esta discussão (e.g., Fonagy, 2001) pela compreensão de que o acto de observação de um fenómeno altera a natureza do próprio fenómeno, dado que o observador se torna parte do sistema em observação. Com ênfase diferente, mas relacionada, Maturana (1997) afirma que tudo o que é dito é dito por um observador, imerso na *praxis de vivir*, propondo que se coloque a objectividade entre parêntesis. E, em sentido comparável, Santos (2000) observa que o conhecimento é sempre contextualizado pelas condições que o tornam possível – embora, no seu caso, seja a *neutralidade*, mais do que a *objectividade*, que se questiona. Muito do que temos estado a ver sobre o psicoterapeuta na situação clínica pode até certo ponto ser visto como uma transposição para o plano teórico e técnico de princípios filosóficos e epistemológicos deste tipo. Contudo, não pensamos que a qualidade dos processos subjectivos do terapeuta e a sua

relação com aquilo que lhes é exterior seja uniforme ou irrelevante a partir do momento em que abandonamos a aspiração de objectividade ou a ideia de conhecimento como representação directa da realidade. Para que continuem a ter significado aspectos elementares da actividade do terapeuta como a incerteza e a dúvida, a curiosidade, o interesse por compreender o outro, a possibilidade de equívoco, a falibilidade do conhecimento, os mecanismos de defesa, a empatia ou a descentração, importa que evitemos os excessos de um “relativismo solipsista” (Kernberg, 1997) que por vezes se pressente nas críticas ao pensamento positivista. No limite, tentar ou não tentar “ser objectivo” são processos diferentes enquanto actividade subjectiva. É, pois, necessário que possamos distinguir, dentro do que é inescapavelmente do domínio da subjectividade do terapeuta, processos fundamentalmente diferentes na relação que mantêm com “a realidade”. Podemos, inclusivamente, considerar que o indivíduo é, em certo sentido, exterior a si mesmo, na medida em que admitamos que a opacidade da mente se estende à do próprio (Fonagy & Bateman, 2019).³² Vimos, na secção anterior, que o acesso ou a relação com o implícito funciona, só por si, como um constrangimento às produções subjectivas do terapeuta. Em estudos de filosofia da mente, à concepção herdeira de Wittgenstein de que os limites da significação seriam, fundamentalmente, os da linguagem, contrapõe-se por vezes a experiência prosaica do falante que pode ser formulada como “eu sei o que quero dizer” (Miguens, 2005). Dito de outro modo, parece vantajoso admitir que a subjectividade do terapeuta é constrangida por “entes” que lhe são exteriores, incluindo quando o terapeuta se toma a si mesmo como objecto.

³² Lacan é um dos autores que famosamente captaram este aspecto de estranheza ou divisão ontológica do sujeito face a si mesmo (Feyaerts & Vanheule, 2015). De outros pontos de vista, discute-se o problema da “autoridade da primeira pessoa” e da “não inferencialidade” do auto-conhecimento de estados mentais, tratando de procurar alternativas à explicação introspeccionista clássica, cartesiana, de um acesso directo do sujeito ao seu “interior” (e.g., Santarelli & Talia, 2017). Os estudiosos da mentalização sugerem que as representações de segunda ordem resultantes do espelhamento fornecido pelos outros são o que fornece ao indivíduo a possibilidade de representar e reflectir sobre os seus estados mentais, embora não seja indiferente a qualidade contingente do espelhamento (e.g., Fonagy et al., 2002; para uma discussão cuidada de alguns dos problemas teóricos em aberto neste processo, ver Liljenfors & Lundh, 2014; Santarelli & Talia, 2017).

Num artigo em que se ocupa da objectividade do psicanalista, Gabbard (1997) sugere que se recupere a matriz da palavra como significando que o terapeuta é, para o paciente, um objecto exterior à sua subjectividade. Como tal, parte do valor da sua visão não será o de ser mais verdadeira, mas o de ser outra, diferente. Neste sentido, e alinhando-se com um pensamento perspectivista, o autor considera que será útil o terapeuta oscilar entre uma posição de *sujeito* experiencialmente imerso nas dinâmicas relacionais em curso e de *objecto* exterior. É esta posição que permite ao paciente aceder a uma perspectiva diferente daquela que experiencia – e que o terapeuta empaticamente também contribui para clarificar e validar. Apresentando uma visão comparável à de Gabbard, Kernberg (1997) formula esta posição exterior como a *terceira posição*, implicando que o terapeuta se dissocia entre uma parte experiencial e uma parte observadora³³ (ver Holmes, 2014, acima, sobre o papel da teoria enquanto terceiro). Tanto Gabbard (1997) como Kernberg (1997) observam que o que sabemos do desenvolvimento da função reflexiva confirma que uma perspectiva sobre os estados mentais do indivíduo que é simultaneamente contingente e distinta da do próprio é fundamental para que sejam sentidos como “experiências” e para o desenvolvimento da reflexividade.

Transportando a questão para a objectividade ou subjectividade da teoria e dos processos psicológicos do próprio terapeuta, também Winnicott (1971/1975) contribui para que nos libertemos da dicotomia quando identifica os fenómenos transitivos ou transicionais como pertencentes a um espaço intermédio entre o sujeito e a realidade externa. Este estatuto intermédio é precisamente o que permite que, enquanto sujeitos, o reconheçamos simultaneamente como produção nossa e

³³ Tal como observa Safran (2011), a posição exterior nunca ocorre fora do campo intersubjectivo, e portanto não é neutra. Contudo, o que nos parece decisivo é que, só por si, a função de observação importa mais por ser outra em relação à experiencial ou de mera participação, criando, como diz Kernberg (1997), o espaço triangular da reflexividade, do que por uma pretensa objectividade ou autoridade epistemológica. Note-se que, apesar de estarmos a citar literatura da área psicanalítica, consideramos que várias intervenções de outras escolas teóricas fazem uso desta função de observação e contribuem, desta forma, para a terceira posição que abre o espaço reflexivo. É o que acontece, por exemplo, quando um terapeuta cognitivo-comportamental convida o cliente a observar e registar sequências de acontecimentos, cognições e consequências emocionais e comportamentais, ou quando um terapeuta da terapia focada nas emoções ajuda o paciente a reconhecer duas vozes internas em conflito.

representante da realidade. Sem esta área intermédia de experiência, que permite que a realidade seja experienciada como “pessoalmente significativa”, o sujeito ficaria condenado a uma “opção” entre o isolamento numa realidade deslocada e uma adaptação obediente que compromete a sua autenticidade. Recentemente, Taipale (2021) publicou um ensaio em que aplica as ideias de Winnicott ao uso que o próprio autor fazia da teoria, partindo das pistas oferecidas por uma carta sua a Melanie Klein no período ainda tenso dos anos a seguir às “discussões controversas” na comunidade psicanalítica britânica (Caldwell, 2015). Pressionado para conformar as suas formulações teóricas às da linha Kleiniana, Winnicott terá escrito:

I can see how annoying it is that when something develops in me out of my own growth and out of my analytic experience I want to put it in my own language. This is annoying because I suppose everyone wants to do the same thing, and in a scientific society one of our aims is to find a common language. This language must, however, be kept alive as there is nothing worse than a dead language. (Taipale, 2021, p. 36)

Esta tensão entre a necessidade de autoria criativa do terapeuta, a necessidade de conciliá-la com uma linguagem comum e os perigos da teoria como *língua morta* parece resumir bem, dentro de um pensamento Winnicottiano, os problemas que temos estado a formular.

A solução de compromisso entre subjectividade e objectividade do terapeuta pode finalmente vir da área da mentalização que enforma muito do trabalho que aqui apresentamos. É usual, neste contexto, distinguirem-se três modos de experienciar a realidade psíquica (aqui, as experiências do terapeuta e os seus modelos teóricos): em *equivalência psíquica*, os processos psicológicos são experienciados como parte da realidade externa e objectiva, como um espelho dela; a natureza representacional das ideias e sentimentos não é plenamente reconhecida. Pelo contrário, no segundo modo, o “*faz-de-conta*” (*pretend mode*), é plenamente assumido que a realidade psíquica é diferente da exterior, mas não se reconhece a sua relação significativa com ela. Só no modo *reflexivo* são conciliadas

estas duas formas de conceber a realidade psíquica: os processos psicológicos são experiências particulares da realidade, estados mentais simultaneamente reais, mutáveis e falíveis face ao que representam (“sinto-me *como se...*”) (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996). Respectivamente, estes modos parecem retratar, na psicoterapia, uma linha mais positivista, relativista e, escapando à dicotomia subjectivo-objectivo e mantendo estes pólos em tensão criativa, o que advogamos como um psicoterapeuta capaz de mentalizar a sua experiência.

4. Sobre este trabalho

O estudo dos processos de mentalização da experiência do psicoterapeuta foi precisamente o centro do nosso interesse neste trabalho. Com tudo o que vimos apresentando e discutindo até este ponto, não será já uma surpresa a constatação. Ainda assim, antes de entrarmos nos capítulos que darão conta dos nossos contributos originais para alguns dos temas de investigação que temos estado a tratar, poderá ter interesse uma breve recapitulação das questões que mais directamente pontuaram o nosso trabalho, simultaneamente um roteiro para o que virá a seguir.

O destino de tudo o que a experiência, a teoria e a evidência nos possam ensinar sobre a psicoterapia joga-se na acção quotidiana do psicoterapeuta. Mais especificamente, as experiências reais, em contexto natural, e o que com elas fazem os psicoterapeutas pareceram-nos desde o início um objecto de estudo interessante e um campo de observação privilegiado para tentarmos perspectivar *em marcha* uma diversidade de factores, variáveis e preditores da psicoterapia. Antes de mais, era preciso, pois, conceptualizar as experiências do terapeuta, e disso nos ocupámos no trabalho apresentado no *Capítulo II*. O constructo da contratransferência, com toda a evolução por que passou em mais de 100 anos, é fundacional na elevação da experiência subjectiva do terapeuta a tema de estudo dotado de interesse técnico – ainda que, em conformidade com a orientação epistemológica dominante à época do seu nascimento, estudado inicialmente como *perturbação*. Quisemos, pois, inscrever o nosso trabalho nessa tradição e acolher o seu legado, mas também adoptar uma perspectiva tão inclusiva quanto possível

da diversidade de experiências presentes no trabalho psicoterapêutico. O termo *experiência contratransferencial* procura, então, ao invés de isolar algum aspecto das experiências do terapeuta, abrir a observação a todo o seu campo experiencial, incluindo os seus aspectos mais repetitivos ou constrictivos juntamente com as suas qualidades *emergentes*, que colocam à prova a *responsividade* do terapeuta

Mas, como dissemos, interessava-nos perceber *o trabalho* do terapeuta com as suas experiências em terapia. Aí esperávamos poder apreender a interacção entre os aspectos não técnicos, respeitantes às experiências do terapeuta, e as *self-techniques* (Lundh, 2017) com que são geridos, os processos de significação com que são tratados, a participação do conhecimento declarativo e procedimental, teórico e pessoal, explícito e implícito, e a maior ou menor integração psicológica entre si. Precisávamos, pois, de criar um modelo que nos permitisse conceptualizar e operacionalizar estes fenómenos, que descrevemos como a *elaboração da experiência contratransferencial*, de modo a que pudéssemos torná-los objecto de investigação sistemática, e privilegiando uma medida de processos implícitos/baseada na *performance* face a instrumentos de auto-relato (Ganellen, 2007). O *Capítulo III* dá conta desse trabalho, que implicou revisão, elaboração teórica e a criação de uma nova medida. O constructo de mentalização, especificamente focado nas experiências do terapeuta, proporcionou-nos uma forma abrangente de entender os seus processos mentais e estados subjectivos, além de ancorar o nosso objecto de estudo num amplo corpo de conhecimento sobre as suas raízes desenvolvimentais, a sua ligação às dinâmicas da vinculação, a sua sensibilidade aos contextos relacionais imediatos e mesmo, como vimos, o seu lugar central como possível factor comum às várias abordagens terapêuticas.

Para estudarmos a EEC enquanto constructo e medida, procurámos, depois, aplicar o sistema de classificação criado a comentários produzidos por terapeutas após sessões com pacientes reais da sua prática clínica, recolhidos já no âmbito do estudo *BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia*. Além de testarmos o acordo entre avaliadores, utilizámos estes dados para examinar a estrutura factorial das dimensões do nosso modelo. Considerando a ligação, estabelecida na literatura, entre mentalização, vinculação e contexto relacional, quisemos averiguar

também a vinculação do terapeuta e do cliente, bem como o seu emparelhamento, enquanto preditores dos processos de EEC. Por fim, analisámos as associações entre as dimensões da EEC e avaliações da gestão da contratransferência (Gelso & Hayes, 2007) feitas por auto-relato. É este o trabalho que aparece representado no nosso *Capítulo IV*.

Como vimos, parece ser sob a pressão de situações clínicas mais exigentes que as diferenças entre terapeutas se tornam mais importantes, incluindo a organização dos seus modelos de vinculação e a sua capacidade para formar e manter a aliança de trabalho. No *Capítulo V*, apresentamos a forma como explorámos as associações entre a EEC e a aliança, de dois ângulos diferentes: averiguando se as variáveis da EEC prediziam diferenças entre díades terapêuticas na qualidade da aliança formada; e se, ao longo do tempo, as suas variações dentro do mesmo caso estavam associadas a oscilações na aliança. Além disso, procurámos perceber se a organização da personalidade do paciente, representando, presumivelmente, diferentes desafios contratransferenciais ao terapeuta, moderava as possíveis associações entre EEC e aliança. Considerando que também as dimensões da vinculação de terapeuta e cliente, incluindo a maior ou menor semelhança entre si, acarretam, previsivelmente, situações clínicas de pressão contratransferencial e desafios à capacidade do terapeuta de estabelecer uma boa aliança de trabalho, procurámos examinar ainda estas variáveis como moderadoras da relação entre EEC e aliança, trabalho de que damos conta no *Capítulo VI*.

Vemos, então, que os próximos cinco capítulos correspondem a cinco artigos que elaborámos e submetemos a publicação autonomamente, mas que representam uma sequência lógica no nosso trabalho, decorrente das questões de investigação que percorremos ao longo deste primeiro capítulo. A Figura 2 representa visualmente o encadeamento de temas por capítulos que acabámos de descrever.

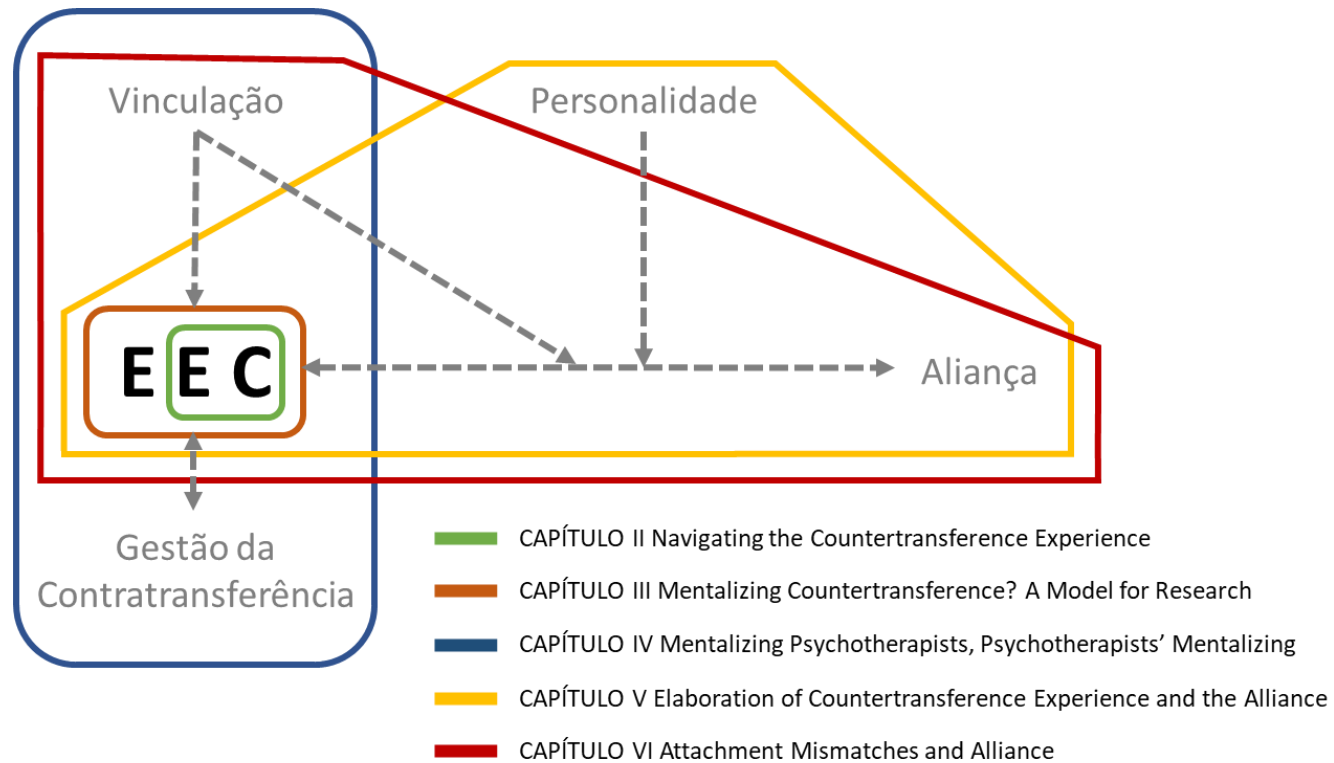


Figura 2. Organização dos artigos/Capítulos II a VI. EEC = elaboração da experiência contratransferencial.

4.1. *BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia*

Como fomos adiantando, o estudo principal deste trabalho – abreviadamente, o BINOCULAR – envolveu díades terapêuticas em psicoterapia ou apoio psicológico individual de adultos em contexto natural: concretamente, consultórios privados, serviços de apoio psicológico no ensino superior e outros serviços inseridos na comunidade. A divulgação do estudo, após aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP (Anexo 1), recorreu a diferentes intermediários (pares, através da técnica de nomeação de pares; sociedades de psicoterapia; organizações profissionais), tornando impossível determinar o número final exacto de terapeutas contactados. Com certeza, podemos afirmar que mais de uma centena de potenciais participantes receberam informação e um convite inicial para entrar no estudo. Com 32 terapeutas, os contactos avançaram o suficiente para que lhes fossem enviados os materiais do estudo e o *link* para recolha de dados (Anexo 2). Com 17 desses terapeutas e 27 dos seus clientes chegou a concretizar-se, pelo menos, uma recolha.

Os próximos capítulos oferecem informação mais detalhada sobre o estudo, incluindo os seus critérios de inclusão, os momentos de avaliação, instrumentos utilizados,³⁴ características da amostra, entre outros. Como indicámos acima, foi também criado um *website* (<https://www.fpce.up.pt/binocular/>) para divulgação do estudo, apresentação do seu desenho e objectivos, incluindo ainda uma secção de perguntas frequentes (FAQ) e uma caixa de mensagens permitindo, entre outras funcionalidades, que qualquer participante, terapeuta ou cliente, contactasse a equipa de investigação mantendo o anonimato. Sobre este ponto, e para concluir, por agora, esta breve introdução ao BINOCULAR, sublinhamos apenas que todos os dados foram recolhidos *online* (*LimeSurvey 1.87®*) e anonimamente, com consentimento informado, em separado para cada participante individual (nos casos completos, houve lugar a cinco momentos de recolha junto de cada elemento da díade, ao longo das primeiras 10 sessões). Cada terapeuta criou um código de participante e uma variante para cada cliente seu incluído no estudo. Desta forma,

³⁴ De entre os que constam neste trabalho, os respectivos itens organizados por dimensão/variável estudada podem ser consultados no Anexo 3.

a equipa recebeu todos os dados de forma cega em relação à sua origem, ao mesmo tempo podendo emparelhar a informação por díade e por terapeuta. Estas opções, embora comportando riscos, visaram criar um procedimento tão pouco intrusivo quanto possível e preservar o funcionamento habitual dos processos, privilegiando, pelos motivos que já expusemos, a validade ecológica dos dados. Os testemunhos que tivemos dos participantes vieram a revelar a percepção da baixa interferência do estudo no desenrolar dos processos terapêuticos.

CAPÍTULO II
Navigating the Countertransference Experience: A Transtheoretical
Specifist Model

Barreto, J. F., & Matos, P. M. (submetido). *Navigating the countertransference experience: A transtheoretical specifist model.*

Abstract

The attempt to identify and classify distinct experiences falling under the common designation of countertransference has been labeled the specifist tradition. In this paper, a model describing two dimensions differentiating four components of countertransference experience is proposed. For each experiential component (subjective countertransference, objective countertransference, therapeutic attitude, and emerging experience), a brief description based on previous literature from diverse theoretical fields is offered, along with clinical implications and illustrations, and an account of empirical literature explicitly or implicitly addressing the specific component. In conclusion, the model is presented as a heuristic guide that can serve different purposes across different therapeutic orientations, with valuable implications for practice, training, and supervision.

Keywords: countertransference, therapist subjectivity, therapist use of self, psychotherapy integration

Introduction

Freud coined the term *countertransference* in 1910 at a conference devoted to the future of psychoanalytic therapy (Etchegoyen, 2008). More than 100 years later, countertransference has conquered its place both in the world of research and practice in psychotherapy, but suffered a great deal of conceptual change along the way. Despite some common ground emerging in a number of assumptions about countertransference and its value for therapeutic change (Gabbard, 1995), within and beyond psychoanalysis (Gelso & Hayes, 2007; Kiesler, 2001), important definitional divergences and even confusion remain. The broad range of experiences falling under the common designation of countertransference led to efforts to categorize different classes of therapist experiences within the “big tent” (Brown, 2018) of countertransference. These attempts have been labeled the *specifist* tradition by Tansey and Burke (1989). The authors identify a predominant dimension differentiating experiences, from those reflective of therapists’ idiosyncrasies to those directly reflective of patients’ internal world and interactional pressure, and mention a number of others. In this paper, we combine two dimensions that result in four experiential components through which we propose to synthesize countertransference phenomena. Our particular *specifist* approach assumes that such components are experienced as a whole and none is ever absent or inactive – or, to say the least, none is ever to be dismissed in therapists’ clinical thinking. Therefore, we prefer the assumption that any of the four components can be dominant at a certain point in time (*acute* countertransference experiences) or as an enduring relational pattern (*chronic* countertransference experiences), and that overlooking or overestimating *any* of them is a threat to the therapeutic process.

A Transtheoretical Specifist Model of Countertransference Experience

As represented in Figure 1, we believe it is helpful to consider two dimensions accounting for variation in therapists’ predominant experiences with their patients: whether experience can be best understood as mostly induced by *therapist* or *patient*; and whether it can be mainly considered *conflict-based* (highly conflict-determined) or *conflict-free* (minimally conflict-determined). By this conflict

dimension we mean the extent to which one's self and other/object representations or relationship models, and/or insufficiencies in mental states representation/mentalization themselves (Killingmo, 2006; Lecours, 2007; Levine, 2012), impose upon the therapeutic relationship. Therefore, both conflict and deficit expressions, that in clinical practice are usually intertwined in complex patterns (Busch, 2017; Killingmo, 2006), may be involved. As a result of combining the dimensions considered, four components of therapists' experiences with patients appear.

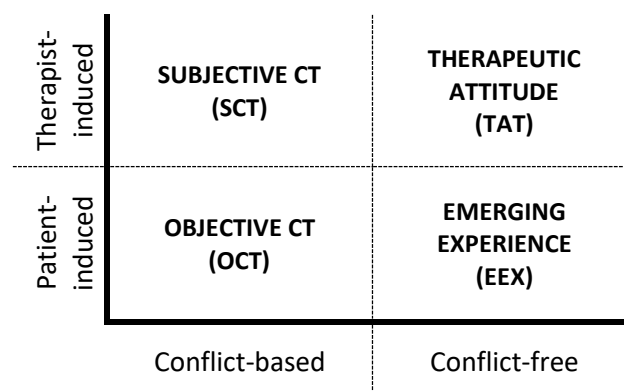


Figure 1. Components of countertransference experience.

Subjective Countertransference

Subjective countertransference (SCT) refers to experiences deriving from a therapist's conflicts, blind spots, or vulnerabilities put in motion in the therapeutic situation, as in the classical Freudian view and Gelso and Hayes' (2007) extension of the concept. It can include the therapist's own transference, in the sense that the patient comes to represent some therapist's internal object (Racker, 1968), or, within a different model of transference (e.g., Fosshage, 1994), the assimilation (in the Piagetian sense) of the therapeutic relationship to the therapist's relational schemas or organizing principles derived from past experience. SCT can also be described as therapist's rigidity in relatedness (D. B. Stern, 2010) or his/her tendency or pull to recreate with the patient previous relational experiences, especially those lacking psychological integration.

Beyond the epistemological and theoretical discussion of whether SCT distorts the objective reality of the patient or participates in the construction of the (inter)subjective reality, some common ideas can be ascertained. SCT experiences that are intolerable (i.e., exceed a therapist's psychological capacity threshold; Rousmaniere, 2019) or pertain to more vulnerable aspects of therapists' functioning, that more extensively operate outside awareness, that are less psychologically integrated, and lack sufficient "as if" quality will tend to exert an unrecognized, involuntary, and constraining relational pull on the patient and bring therapists' needs to the center of the stage.

Thus, when predominant within a therapist's experiential field, SCT will constrain his/her experience of the relationship. When ignored, it may facilitate excessive acting-out on the therapist's part and burden the patient (Ligiéro & Gelso, 2002). When overvalued, it may result in a self-absorbed attitude that may hinder the therapeutic process. As simple illustrations of SCT predominance, we can imagine an unresolved grief from a therapist being stirred up by a patient's material, resulting in difficulties exploring emotions and increased directiveness compared to this therapist's habitual stance; or a clinician's pervasive difficulties maintaining stable boundaries due to attachment-related anxieties around fear of rejection and disapproval.

Examples of empirical research that explicitly or implicitly focus on SCT include Gelso and Hayes' line of research on CT management and CT behavior (see Hayes et al., 2018) and other examples where the same view of CT is assumed (e.g., Hofsess & Tracey, 2010; Tishby & Wiseman, 2014); and investigation centered around how therapists' personal/subjective variables affect therapy, such as attachment insecurity and other interpersonal patterns and representations (Heinonen & Nissen-Lie, 2019; Lingardi et al., 2018; Steel et al., 2018).

Objective Countertransference

Objective countertransference (OCT), a term coined by Winnicott (1949) and later adopted by Kiesler (2001), includes experiences stemming from "realistic/average expectable" complementary reactions to the relational pull

exerted by a patient. This pull can be diversely conceptualized as the transference, the internalized object relation activated (namely, the self or object representation projected onto the therapist) at a given moment, the defensive operations employed, the interpersonal style, emotion schemas, or other (Bernier & Dozier, 2002; Bucci, 2002; Kernberg, 1999). OCT may operate through processes previously described as introjective identification (Tansey & Burke, 1989), projective counteridentification (Grinberg, 2001), self-fulfilling prophecy (Wachtel, 2008), and others. What Sandler (1976) described as role-responsiveness can also illuminate the process. However, role-responsiveness involves a compromise-formation between the therapist's own tendencies and the role forced on him/her by the patient – hence, between SCT and OCT. The same can be said about the phenomena often referred to as enactments (e.g., Gabbard, 1995; D. B. Stern, 2010).

When predominant within a therapist's experiential field, OCT will constrain the therapist to respond in ways that confirm the patient's patterns at work in the therapeutic situation. When ignored, it will be of limited use as information about what is being transferred/enacted by the patient. When overvalued, there is the risk of, as pointed by Melanie Klein, blaming the patient for CT problems (Gabbard, 1995). To illustrate the predominance of OCT, we can picture a patient with a personal history of abandonments recurrently questioning the worth of remaining in therapy, leading the therapist to feel unrecognized and powerless in his/her efforts to forge an alliance – and thus repeating the patient's experience of feeling unable to capture the object's consistent interest, eventually disengaging and ultimately confirming the patient's fears. Another instance might be a therapist's reluctance to address the therapeutic relationship with a particularly avoidant intellectualizing patient.

Empirical research that implicitly or explicitly concern OCT includes the study of therapists' pattern reactions to specific patients (Löffler-Stastka et al., 2019), diagnostic groups (see Colli & Ferri, 2015), or patients' relational features such as attachment orientation (e.g., Hardy et al., 1999; Rubino et al., 2000) or interpersonal style (Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hardy et al., 1998).

Therapeutic Attitude

Therapeutic attitude (TAT) pertains to the usual mindset of a given therapist resulting from his or her particular theoretical approach to psychotherapy – which is part of a wider frame commonly designated as the therapeutic setting (Zachrisson, 2009). This may include the so-called evenly-suspended/hovering attention (Freud, 1912/1958), a state of no memory and no desire (Bion, 1970), or *reverie* (Bion, 1962; Ogden, 2005), to name some of the most well-known recommendations in psychoanalysis; congruence, positive regard, empathy (Rogers, 1957), or therapeutic presence (Geller et al., 2010) for humanistic-experiential therapists; or a more rationalist, active, and directive stance among cognitive-behavioral therapists (McGinn & Sanderson, 2001).

When predominant, an overly technical or disengaged stance may be present, which in some cases may be an expression of SCT or OCT. When ignored, the desirable asymmetry of the therapeutic relationship may be at risk and an enactment is probably under way, one in which the therapist no longer remains “the guardian of the setting” (Duparc, 2001) – which can ultimately take the form of boundary violations, professional misconduct, and abuse (Gutheil & Gabbard, 1993). When overvalued, the therapist may be unaware of and unresponsive to the current relational dynamics taking place. A therapist rigidly sticking to an intervention principle or technique (e.g., chair work, free association) unaware of the patient’s resistance; engaging in gossip or chattering with no therapeutic purpose; or changing the duration of sessions for reasons extraneous to the understanding of the patient’s needs and the adequate functioning of psychotherapy, may be examples of problematic TAT.

Empirical research that controls for therapists’ adherence to treatment manuals (see Webb et al., 2010) and its variation (e.g., Boswell et al., 2013) may indirectly and in part involve aspects of TAT.

Emerging Experience

Finally, *emerging experience* (EEX) comes from the creation of a new interpersonal field (D. B. Stern, 2010) or third subjectivity (Ogden, 2004) that results

spontaneously from the interaction of two minds and cannot be anticipated from previous knowledge of either.³⁵ This new subjectivity is the product of a unique dialectic generated between two separate subjectivities and seems to take on a life of its own in the interpersonal field (Ogden, 2004). EEX can be linked to other concepts within and outside psychoanalysis, such as the shared implicit relationship (D. N. Stern et al., 1998) or the real relationship (Gelso, 2011). In any case, neither therapist's nor patient's previous patterns fully determine EEX, despite their inevitable participation. The fact that it is represented in Figure 1 as patient-induced does not dismiss the participation of the therapist. Instead, we refer to a relationship-specific emerging ground of experiences, as opposed to a predictable general pattern, "conflict-based" or not. It should be noticed that the special quality of these EEX is not necessarily that they are more "real" or "rational", as sometimes implied in distinctions between transference and non-transference phenomena (e.g., Kiesler, 2001; Gelso & Carter, 1994). For instance, Morgan et al. (1998) stress that, although transference (narrowly defined) and SCT always affect the therapeutic exchange, "what is experientially prominent in the here and now [of the real relationship] is the past the patient and therapist share together, rather than the past they share with other people. This shared past, along with the here and now, is what makes up the real relationship." (p. 326).

EEX requires some minimal degree of (self-)observing activity combined with experiential or emotional engagement on therapists' part, something that has been described as a "third position" (Kernberg, 1997), triangular space (Britton, 2004), mentalized affectivity (Jurist, 2005), or the integration of observing and experiencing functions in self-reflexivity (Aron, 2000), to name a few approaches. Thus, although assuming that every experience carries novelty by definition; that assimilative processes always entail a modicum of accommodation (Wachtel, 2008); and even that new patterns can form at the implicit realm of the therapeutic exchange without

³⁵ It is beyond the scope of this article to examine the important variations in the concept of "field". For an exploration of similarities and differences between interpersonal/relational and Bionian psychoanalytic field theories, see the reviews presented by D. B. Stern (2013a, 2013b) and the responses by others (e.g., Ferro & Civitarese, 2013).

ever reaching full awareness (D. N. Stern et al., 1998); EEX that is not experienced by therapists as such will not participate in the creation of the *potential space* that “is the basis for play, creativity, empathy and other factors that lend richness to human experience and relatedness” (Bram & Gabbard, 2001, p. 686).

Many views of the corrective experience in psychotherapy (see Castonguay & Hill, 2012), including recent developments studying memory reconsolidation as a change mechanism (Ecker, 2018), seem to require therapists’ abilities to disengage, disembed, unhook from or, in any case, disconfirm³⁶ vicious cognitive-interpersonal cycles and expectations (Bernier & Dozier, 2002; Kiesler, 2001; Safran & Muran, 2000; Wachtel, 2008). Arguably, EEX facilitates such processes.

When predominant, EEX may signal a state of mind that is productive for therapeutic work, characterized by a capacity to be surprised (D. B. Stern, 1990), openness to turn unexpected “now moments” into “moments of meeting” (D. N. Stern et al., 1998), an inquisitive stance (Fonagy & Bateman, 2019), appropriate responsiveness (Stiles et al., 1998), and other related features. When ignored, it must be a signal of an overly *saturated* (Bion, 1970) mental state within the therapist, a “subjugating third” (Ogden, 2004), or that SCT and OCT have captured most of the experiential field, in which case transference and CT expectations as defined in the classical view have become quite “real”. When overvalued, a naïve or defensive unawareness of patterns being played out or conflict-based experiences taking place may be present. Each illustration of the previous components of countertransference experience can be seen as cases where EEX is missing, in the sense that the therapist becomes blindly engaged in some active experiential process while unable to observe, let alone explore, play with, use, or master the experience. For instance, a therapist experiencing the therapeutic situation as if it were a boxing ring, becoming aware of spontaneous related imagery, memories, and aggressive competitive feelings towards the patient, finds him or herself in a

³⁶ Resonating with and expanding Strachey’s (1934/1969) formulation, we may say that whenever a therapist provides a mutative/reparative relational experience, a distinction emerges between what would be a patient’s transference-based expectations and what comes to be a new “disconfirming” experience.

position where this experience can be explored internally or with the patient, held in mind awaiting further elaboration, or simply tolerated within reasonable boundaries. Also, when these experiences lead to transitory or enduring enactments and boundary crossings, therapists recognizing what is taking place is what allows for reestablishing the setting at a new emerging level of subjective and intersubjective experience.

EEX can be said to be inherently present in empirical research that tries to address therapists' work in the here and now of the therapeutic exchange, as in the study of transference interpretations (Høglend et al., 2011), immediacy (Shafran et al., 2016), metacommunication (Safran & Muran, 2000), empathy (Elliott et al., 2018), or moments of meeting (Duarte et al., 2020). Also, research addressing therapists' mentalizing and/or reflective processes in therapy deal directly or indirectly with EEX (e.g., Barreto et al., 2020; Bucci & Maskit, 2007; Bucci et al., 2012; Cartwright et al., 2015; de la Cerda et al., 2019; Diamond et al., 2003; Kazariants, 2011; Ensink et al., 2013; Reading et al., 2019; Safran et al., 2014; Talia et al., 2020).

Concluding Remarks

A few additional observations are in order before we terminate. First, it can be argued that the model proposed is overly inclusive, throwing away the specificity of the CT construct (for similar considerations, see Gelso & Hayes, 2007). Also, why not simply talking about therapists' subjectivity or use of self? Our option has a number of reasons. First, by preserving the CT referent we wish to situate the subject within a technical realm that implies therapists' need to work with these phenomena. Second, the type of work required from therapists, to which we have called the *elaboration of countertransference experience* (ECE) elsewhere (Barreto & Matos, 2018), involves making sense of the whole experiential field before hypothetical distinctions between different components (SCT, OCT, etc.) and their momentary or enduring balance can emerge. Therefore, what some authors prefer to leave outside the realm of "proper" CT must be dealt with just in the same way as other aspects of therapists' experiences and can actually share common underlying

psychological processes (Levine, 1997). Third, we do not intend to propose a model of therapists' subjectivity. For that purpose, a coherent model of the mind would be required. Instead, we presented four experiential components, each of which was described from the perspective of quite different and often irreconcilable models of the mind. This is also why we talk of CT experience instead of CT. In fact, what we propose is a heuristic model of generative hypotheses that can guide the mentalizing or meaning-making process that we call ECE. We believe that ECE must never overlook any of the four experiential components and that it is through implicit and explicit ECE that the productive area of EEX expands and becomes available for therapeutic use. Therefore, what we propose is a model that can guide the process of therapists making sense of their experiences. In line with this thinking, we also believe that research attempting to address these four components simultaneously will provide more complex and realistic portraits of therapists' actual work.

Our model is also intentionally described in a way that accommodates theoretical divergence concerning the conception and the use to be given to different components of the countertransference experience (e.g., whether or not understanding SCT as irrational, admitting the possibility of pure OCT, using OCT as information, disclosing countertransference experience, etc.). It is, thus, a transtheoretical model. Put differently, ECE processes that use this model as a background can serve different purposes according to different therapeutic orientations: to maintain neutrality, increase objectivity, or prevent burdening the patient by "subtracting" therapists' disturbing subjectivity (Freud, 1910/1957; Gelso & Hayes, 2007); to identify and unhook from maladaptive relational patterns enacted in therapy (Kiesler, 2001; Safran & Muran, 2000); to expand therapists' psychological capacity threshold and prevent experiential avoidance, acting-out, and switching to nonreflective functioning (Ligiéro & Gelso, 2002; Luyten et al., 2019; Rousmaniere, 2019); to deepen the empathic process (Tansey & Burke, 1989); to guide responsiveness and responsive use of techniques (Stiles et al., 1998); to model self-regulation and mentalization (Bateman & Fonagy, 2012; Safran & Muran, 2000); to regulate relational/therapeutic distance in accordance with patients' deeper needs and longings and resist the transference pull (Mallinckrodt

et al., 2009; Bernier & Dozier, 2002); to tolerate, “survive”, or contain and transform patients’ projections or dissociated material (Bion, 1962; Safran & Muran, 2000; D. B. Stern, 2010); to illuminate important aspects of a patients’ functioning and experiences inside and outside the therapeutic context (Bouchard et al., 1995; Heimann, 1950/1989; Racker, 1968); to assist patients in meaning-making and in the work of representation, psychic figurability, mentalization of unformulated or unrepresented mental states, or referential process, when such work summons therapists’ own mental functions (Bucci, 2002; Lecours, 2007; Levine, 2012; D. B. Stern, 2010); to maintain a reflective stance and recover from ruptures, enactments, or entanglements (Bateman & Fonagy, 2012; Kernberg, 1997; Safran & Muran, 2000); to avoid detrimental use of technique (Dahl et al., 2017); etc.

Finally, we strongly believe that, in face of the robust findings pointing to the importance of relational and therapist factors in explaining psychotherapy outcomes (e.g., Wampold, 2015), models that may help therapists’ handling intrapsychic and interpersonal processes are most valuable for practice, training, and supervision.

References

- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 17*(4), 667–689. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.17.4.667>
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 25*(3), 427–439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>
- Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy, 57*(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/pst0000250>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). Individual techniques of the basic model. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 67–80). American Psychiatric Association.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy, 39*(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.32>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Tavistock.
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., . . . Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 443–454. doi: 10.1037/a0031437
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Séguin, M.-H. (1995). Countertransference as instrument and obstacle: A comprehensive and descriptive framework. *The Psychoanalytic Quarterly, 64*(4), 717–745. doi:10.1080/21674086.1995.11927473
- Bram, A. D., & Gabbard, G. O. (2001). Potential space and reflective functioning: Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications.

- International Journal of Psychoanalysis*, 82(4), 685-699.
<https://doi.org/10.1516/5ce7-qdtr-e4d5-gqgk>
- Britton, R. (2004). Subjectivity, objectivity, and triangular space. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 47–61. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00152.x>
- Brown, L. J. (2018). Deconstructing countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 87(3), 533–555. <https://doi.org/10.1080/00332828.2018.1495523>
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 766-793.
<https://doi.org/10.1080/07351692209349017>
- Bucci, W., & Maskit, B. (2007). Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1355–1397.
<https://doi.org/10.1177/000306510705500412>
- Bucci, W., Maskit, B., & Hoffman, L. (2012). Objective measures of subjective experience: The use of therapist notes in process-outcome research. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(2), 303–340.
<https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.2.303>
- Busch, F. N. (2017). A model for integrating actual neurotic or unrepresented states and symbolized aspects of intrapsychic conflict. *The Psychoanalytic Quarterly*, 86(1), 75–108. <https://doi.org/10.1002/psaq.12127>
- Cartwright, C., Rhodes, P., King, R., & Shires, A. (2015). A pilot study of a method for teaching clinical psychology trainees to conceptualise and manage countertransference. *Australian Psychologist*, 50(2), 148–156.
<https://doi.org/10.1111/ap.12092>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.) (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46–56.
<https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000119>

- Dahl, H.-S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017) Does therapists' disengaged feelings influence the effect of transference work? A study on countertransference. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 462–474. <https://doi.org/10.1002/cpp.2015>.
- De la Cerda, C., Tomicic, A., Pérez, J. C., Martínez, C., & Morán, J. (2019). Mentalizing in psychotherapy: Patients' and therapists' reflective functioning during the psychotherapeutic process / Mentalizando en psicoterapia: Funcionamiento reflexivo de pacientes y terapeutas durante el proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 40(2), 396–418. <https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1583469>
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227–259. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.227.23433>
- Duarte, J., Martinez, C., & Tomicic, A. (2020). Episodes of meeting in psychotherapy: An empirical exploration of patients' experiences of subjective change during their psychotherapy process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.440>
- Duparc, F. (2001). The countertransference scene in France. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(1), 151–169. <https://doi.org/10.1516/d93e-f7w5-3f45-nkn0>
- Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2018.0001-0092>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 23*(5), 526–538. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Etchegoyen, H. (2008). *Fundamentos da técnica psicanalítica* [The fundamentals of psychoanalytic technique]. Artmed.
- Ferro, A., & Civitarese, G. (2013). Analysts in search of an author: Voltaire or Artemisia Gentileschi? Commentary on “Field Theory in Psychoanalysis, Part 2: Bionian Field Theory and Contemporary Interpersonal/Relational Psychoanalysis” by Donnel B. Stern. *Psychoanalytic Dialogues, 23*(6), 646–653. <https://doi.org/10.1080/10481885.2013.851549>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.) (pp. 3–20). American Psychiatric Association Publishing.
- Fosshage J. L. (1994). Toward reconceptualising transference: Theoretical and clinical considerations. *International Journal of Psychoanalysis, 75*(2), 265–280.
- Freud, S. (1910/1957). The future prospects of psycho-analytic psychotherapy. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139–151). The Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111–120). The Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis, 76*(3), 475–485.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research, 20*(5), 599–610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden dimension of change*. American Psychological Association.

- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Erlbaum.
- Grinberg, L. (2001). *Teoria da identificação* [The theory of identification]. Lisboa: Climepsi.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *The American Journal of Psychiatry, 150*(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.188>
- Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research, 17*(4), 393–403. <https://doi.org/10.1080/10503300600702323>
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*(1), 36–53. <https://doi.org/10.1093/ptr/9.1.36>
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304–312. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.2.304>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy, 55*(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Heimann, P. (1950/1989). On counter-transference (1949/50). In M. Tonnesmann (Ed.), *About children and children-no-longer. Collected papers 1942-80, Paula Heimann* (pp. 55–59). Routledge.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review.

- Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hofsess, C. D., & Tracey, T. J. G. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 52–67.
<https://doi.org/10.1037/a0018111>
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. O., & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697–706.
<https://doi.org/10.1037/a0024863>
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426–444. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426>
- Kazariants, G. (2011). *The relationship between therapist capacity for experientially grounded reflection on the therapeutic relationship and alliance rupture resolution* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3495827).
- Kernberg, O. F. (1997). The nature of interpretation: Intersubjectivity and the third position. *American Journal of Psychoanalysis*, 57(4), 297–312.
<https://doi.org/10.1023/A:1022463306053>
- Kernberg, O. F. (1999). Acute and chronic countertransference reactions. In P. Fonagy, A. M. Cooper, & R. S. Wallerstein (Eds.), *Psychoanalysis on the move: The work of Joseph Sandler* (pp. 171–186). Routledge.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053–1063.
<https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation: Relating to states of unmentalised affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(1), 13–21.
<https://doi.org/10.1080/01062301.2006.10592775>
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895–915.

- Levine, H. B. (1997). The capacity for countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(1), 44-68. <https://doi.org/10.1080/07351699709534109>
- Levine, H. B. (2012). The colourless canvas: Representation, therapeutic action and the creation of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 363-385. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00574.x>
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapists' contribution. *Psychotherapy*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 85-101. <https://doi.org/10.1002/cpp.2131>
- Löffler-Stastka, H., Sell, C., Zimmermann, J., Huber, D., & Klug, G. (2019). Is countertransference a valid source of clinical information? Investigating emotional responses to audiotaped psychotherapy sessions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(4), 353-375. https://doi.org/10.1521/bumc_2019_83_02
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., pp. 37-62). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Mallinckrodt, B., Daly, K., & Wang, C.-C. (2009). An attachment approach to adult psychotherapy. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 234-268). Guilford.
- McGinn, L. K. & Sanderson, W. C. (2001). What allows cognitive behavior therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 23-27.
- Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N., & Tronick, E. Z. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 324-332.

- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 167–195. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00156.x>
- Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. Routledge.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. Karnac Books.
- Reading, R. A., Safran, J. D., Origlieri, A., & Muran, J. C. (2019). Investigating therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 115–121. <https://doi.org/10.1037/pap0000213>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Press.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford.
- Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24(3), 269-285. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874054>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3(1), 43-47.
- Segal, H. (1981/1993). Countertransference. In A. Alexandris & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference: Theory, technique, teaching* (pp. 13-20). Karnac Books.
- Shafran, N., Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Bhatia, A., & Hill, C. E. (2016). Therapist immediacy: The association with working alliance, real relationship, session

- quality, and time in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(6), 737–748.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1158884>
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 5–42.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22484>
- Stern, D. B. (1990). Courting surprise. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(3), 452–478. <https://doi.org/10.1080/00107530.1990.10746672>
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. Routledge.
- Stern, D. B. (2013a). Field theory in psychoanalysis, part I: Harry Stack Sullivan and Madeleine and Willy Baranger. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(5), 487–501.
<https://doi.org/10.1080/10481885.2013.832607>
- Stern, D. B. (2013b). Field theory in psychoanalysis, part 2: Bionian field theory and contemporary interpersonal/relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 23(6), 630–645. <https://doi.org/10.1080/10481885.2013.851548>
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903-921.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Strachey, J. (1934/1969). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50(3), 275-292.
- Talia, A., Muzi, L., Lingardi, V., & Taubner, S. (2020). How to be a secure base: Therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment and Human Development*, 22(2), 189–206.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1534247>
- Tansy, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. The Analytic Press.

- Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research, 24*(3), 360–375. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.893068>
- Wachtel, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis, 30*, 69-74.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis, 18*(3), 177–188.

CAPÍTULO III
Mentalizing Countertransference? A Model for Research on the
Elaboration of Countertransference Experience in Psychotherapy

Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(3), 427–439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>

Abstract

As a construct, the elaboration of countertransference experience (ECE) is intended to depict the implicit and explicit psychological work to which therapists submit their experiences with clients. Through ECE, defined as a mentalizing process of a particular kind, therapists' experiences are presumed to acquire and increase in mental quality and become available for meaning-making and judicious clinical use. In this paper, we claim that such an ongoing process facilitates engagement with common therapeutic factors, such as the therapeutic alliance and countertransference management, enhancing therapist responsiveness in psychotherapy. We synthesize relevant literature on countertransference, mentalization, and, in particular, therapists' mentalization, informed by a systematic literature review. As a result, we propose a model for assessing ECE in psychotherapy, comprising 6 diversely mentalized countertransference positions (factual-concrete, abstract-rational, projective-impulsive, argumentative, contemplative-mindful, mentalizing), 2 underlying primary dimensions (experiencing, reflective elaboration), and 5 complementary dimensions of elaboration. Strengths and limitations of the model are discussed.

Keywords: countertransference, mentalization, therapist factors, therapeutic relationship, common factors

Key Practitioner Message

- What therapists experience with clients within and between sessions is an important component of psychotherapy process across therapeutic models
- Elaboration of these experiences may facilitate engagement with common factors of psychotherapy, such as alliance and countertransference management, and enhance therapists' responsiveness to the emerging needs of each singular client
- This psychological work can be studied and understood with help from a model describing predominant mental attitudes towards experience (countertransference positions) and different dimensions of elaboration of that experience

Introduction

From a relational standpoint, therapists' experiences in and between sessions may shape important aspects of process and outcome across psychotherapy schools. However, the prevailing concern in psychotherapy pertains to clients' experiences and how to address them.

In this paper, we focus on the implicit and explicit psychological work to which therapists' experiences are submitted, naming it the *elaboration of countertransference experience* (ECE). We intend to operationalize this process for research purposes. To this end, we start with a brief outline of the concept of countertransference (CT) and propose a synthesis of previous theorizations through a four-component view of CT experience. In order to conceptualize ECE, we frame it in the previous work on CT management (Gelso & Hayes, 2007) and propose a shift in focus from management to elaboration, describing the latter as a particular form of mentalization (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012; Lecours & Bouchard, 1997). Following a review of the mentalization construct and research on therapist's mentalization informed by a systematic literature review, we finally present our operationalization of ECE, a model describing six diversely mentalized CT positions, two underlying primary dimensions, and five complementary dimensions/facets of elaboration.

We claim that successful CT management, considered a promising therapeutic element in evidence-based research (Norcross, 2011), requires and largely operates through ECE, which in turn can facilitate other well established common factors of psychotherapy and enhance therapists' responsiveness to the emerging needs of singular clients. To the extent that most of the studied common factors explicitly involve therapists handling emotional states and relational processes in-session (e.g., alliance development and rupture repairing, empathy, positive regard, congruence), it is our belief that the type of psychological work depicted in ECE is involved. Furthermore, findings highlighting the importance of therapist effects in psychotherapy outcomes are robust, but the understanding of what such effects are made of is still in its first steps (Wampold, 2015). It seems reasonable to presume that relevant differences across therapists and within

particular therapists' cases may rely on the successful use of common factors and, thus, on ECE and its vicissitudes.

Countertransference: Converging and Contending Views

Historically, CT was initially seen as a disturbance and later as an instrument of psychoanalytic work, depending on its construal as therapist's reactions stemming from unresolved neurotic conflicts (*classical view*) or his or her global emotional response to a particular patient, correlative of the latter's unconscious experiences (*totalistic view*) (e.g., Gelso & Hayes, 2007). Additionally, a more recent trend often called *constructivist* tends to focus on a "third" entity created by each unique dyad and examine transference and CT as a function of this "field" (see M. J. Diamond, 2014; Gabbard, 2001).

Yet, a common ground emerged concerning a number of assumptions about CT, within and beyond psychoanalysis (Gelso & Hayes, 2007; Kiesler, 2001), namely: (a) the inevitability of CT phenomena in all therapeutic processes, even from a narrow conflict-based standpoint (Gelso & Hayes, 2007); (b) the acceptance of these phenomena as *joint creation*, despite variable emphasis on the relative contributions of therapist and client (Gabbard, 2001); (c) the idea that they can hinder the therapeutic process, particularly when insufficiently recognized by therapists (Ligiéro & Gelso, 2002; Racker, 1968); and (d) that CT can be a useful tool, or at least not harmful, particularly to the extent that it is acknowledged, managed, and/or worked through (e.g., Ligiéro & Gelso, 2002).

Important divergences remain, though, and empirical research on the field often addresses different classes of phenomena (Gelso & Hayes, 2007). Thus, a clear position is required from investigators. We now present our own view.

A Model of Countertransference Experience

Our view of CT experience echoes a totalistic position since it requires attending to and working with the total response to the patient. However, it discriminates four experiential components, derived from previous literature, to

which different therapists may assign distinct clinical value: subjective CT, objective CT, therapeutic attitude, and emerging experience.

Subjective countertransference (SCT) (Keisler, 2001) refers to experiences deriving from the therapist's conflicts and blind spots, as in the classical view and Gelso and Hayes' (2007) extension of the concept. SCT may exert an unrecognized and involuntary relational pull on the patient and come out as detrimental CT behavior (Friedman & Gelso, 2000).

Objective countertransference (OCT) (Winnicott, 1949; Kiesler, 2001) includes experiences stemming from "realistic/average expectable" complementary reactions to the patient's interpersonal style, his or her relational pull, defensive operations employed, or the internal object relation activated (namely, the self or object representation projected onto the therapist) at a given moment. In our understanding of the concept, it may operate through processes previously described as introjective identification (Tansey & Burke, 1989) or projective counteridentification (Grinberg, 2001).

Therapeutic attitude (TAT) refers to the usual mindset of a given therapist as a function of his or her particular theoretical approach to psychotherapy – which is part of a wider frame commonly designated as the therapeutic setting (Zachrisson, 2009). Examples include the so-called evenly-suspended/hovering attention (Freud, 1912/1958), for psychoanalysts; congruence, positive regard, and empathy (Rogers, 1957) for humanistic-experiential therapists; or a more rationalist, active, and directive stance among cognitive-behavioral therapists (McGinn & Sanderson, 2001).

Finally, *emerging experience* (EEX) refers to the experience of a new interpersonal field (D. B. Stern, 2010), unfolding as the "real relationship" develops and takes shape, in which neither therapist's nor client's unresolved conflicts play the leading defining role, despite their inevitable participation. It is a relationship-specific emerging ground of experiences, as opposed to a predictable general pattern, and it includes the therapist's experiences coming from (and constantly reshaping) the shared implicit relationship (D. N. Stern et al., 1998). The special quality of these EEX is not that they are more "real" or "rational". To this respect, we

prefer Morgan et al.'s (1998) idea that, although transference and SCT affect the therapeutic exchange, "what is experientially prominent in the here and now [of the real relationship] is the past the patient and therapist share together, rather than the past they share with other people." (p. 326). In this sense, EEX is what accounts for the development of a *new relationship*, potentially providing corrective emotional experiences (Bernier & Dozier, 2002) or the rearrangement of implicit relational knowing (Lyons-Ruth et al., 1998). This is facilitated by the therapist's abilities to unhook from and disconfirm³⁷ cognitive-interpersonal cycles (Bernier & Dozier, 2002; Kiesler, 2001; Safran & Muran, 2000).

These distinctions, though, *don't actually exist as such at the experiential level*. They can be tentatively inferred, elaborated, or hypothesized through psychological work, but not before they are experienced *as a whole*. Besides, none of these experiential components is *ever* absent or inactive, and, as pointed by Levine (1997), they often share the same underlying psychological processes. Therefore, we prefer the assumption that any of the four components can be dominant at a certain point in time (*acute* CT experiences) or as an enduring relational pattern (*chronic* CT experiences); and that overlooking or disowning *any* of them is a threat to the therapeutic process (e.g., underestimating SCT may facilitate excessive acting-out on the therapist's part and burden the patient; unawareness of the EEX may be a signal of an overly "saturated" [Bion, 1970] mental state within the therapist; etc.). Conversely, overestimating any of these qualities of experience also proves problematic (excessively technical TAT, defensive or naïve selective focus on EEX, etc.).

We then propose the term *countertransference experience* to refer to the range of phenomena we intend to investigate. In our view, the desirable methodological efforts to distinguish different components or sources of therapists' (inter)subjective experiences with patients shouldn't elude the fact that none of them

³⁷ Resonating with and expanding Strachey's (1934/1969) formulation, we believe that whenever a therapist provides a mutative/reparative relational experience, a distinction emerges between what would be a patient's transference-based expectancies and what comes to be a new "disconfirming" experience.

can subsume the others, and that it is mainly through *elaboration* that each of them can be attended to and made available to inform clinical decision-making. We conceive of this psychological work as a meaning-making process in which the four components described must be held in mind as permanent *generative working hypothesis*. Like many others, we take *meaning* as both discovered and created, and meaning-making as a process in which mostly pre-conceptual felt experience constrains but does not fully determine meaning (Angus & Greenberg, 2011). This felt experience is regarded as being dialectically transformed through symbolization, in turn giving rise to new experience (in this sense, ECE is likely to expand EEX). Thus, ECE is proposed to be a dialectic, transformative, integrative, contextual, and agency-enhancing process of making “clinically relevant” sense of experience.³⁸

Elaboration of Countertransference Experience

Managing and Elaborating Countertransference

As stated earlier, with the construct of ECE we intend to conceptualize the therapist’s psychological work involved in the successful use of CT experience in psychotherapy across therapeutic models. We believe this is a relevant process mediating accurate clinical decision-making. To our knowledge, though, little research has been done on such a process.

Charles J. Gelso and Jeffrey A. Hayes’ pioneering work on CT management (CM) (e.g., Gelso & Hayes, 2007) represents an exception. According to the authors, CM is a process by which therapists try to prevent detrimental effects of CT, repair or minimize these effects, and use CT to benefit the work with patients. Five factors are expected to underlie successful CM: therapist self-insight, self-integration, empathy, anxiety management, and conceptualizing skills (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Among other results, the authors found support for what has been called a *two-step model for CM* (Latts & Gelso, 1995) which involves, at

³⁸ We assume the coexistence of diversely structured/saturated ingredients of unconscious experience, some of which are dynamically defended against (e.g., Levine, 2012). Still, we choose to include the range of required modalities of psychological work under the broad designation of ECE, an ever-incomplete quest of making sense of the whole experiential field involving more than dealing with resistances.

first, the therapist becoming aware of his or her feelings, and then being able to interpret them within a theoretical framework. Evidence that conceptual ability in the absence of awareness of feelings produces high levels of CT behavior was interpreted as revealing that a “defensive use of theory” is ineffective in terms of CM (Hayes et al., 2011).

We think CM can be reappraised in some points. First, the two-step hypothesis may support a conceptualization of effective CM as a *cognitive-affective integrative process in which there is something more than strictly managing or regulating aroused experience – this “something more” being a dialectical process from which new meaning and new experience emerge* (see EEX above). Second, we believe theory is not the exclusive cognitive resource participating in this process (reflection, personal memories, or personal beliefs are concurring instances). Finally, CM research tends to assess trait-like correlates or factors rather than state-like actual constituents of CM. Gelso, Fassinger, Gomez, and Latts (1995) refined an existing measure of the five factors mentioned above (Countertransference Factors Inventory; Hayes, Gelso, Van Wagoner, & Diemer, 1991) by only retaining items that directly address therapists’ work with clients. This, along with session-specific uses of the instrument in naturalistic studies, allows a more direct apprehension of CM. Still, in our view, it remains closer to a *person level* than to a *process level* approach. For these reasons, we think it is useful to further conceptualize the actual psychological work performed by therapists towards CT experience.

We use the term *elaboration* inspired by McDougall’s (1985) broad sense in which two different kinds of mental labor taken out from Freud’s writings are included: working out/working over (*psychische Verarbeitung*) and working through (*Durcharbeitung*). According to Laplanche and Pontalis (2009), working out includes the transformation of “physical quantity into psychic quality” (p. 131, our translation) and subsequent associative or linking (*Bindung*) processes. We believe these are the processes that Bram and Gabbard (2001) qualify as mentalization in its broadest sense: “the ability to put words and images to somatic experience and integrate them in the service of creating psychological meaning” (p. 688). Working through is a more restricted process, originally applied to analysands, that in simple

terms involves dealing with resistances to insight, thus preventing repetition and leading to enduring psychological change (Freud, 1914/1958). In McDougall's (1985) use of the term, which she applies to the analyst's mental work, it seems to consist of a reflective effort to make sense of thoughts, feelings, and fantasies stirred up in him (made available by previous working out). So, in this sense, *therapist's elaboration can be seen as a process through which raw experience acquires (and increases in) mental quality and becomes available for meaning-making, involving a close interconnection and integration between implicit-spontaneous and explicit-reflective psychological processes*. Again, this seems coherent with the two-step model mentioned above. But now we are describing ECE as a process of mentalization, which calls for a consideration of this construct.

Construing Mentalization

Mentalization was first explicitly described by French psychoanalysts studying psychosomatic phenomena in the 1960s, heavily drawing on Freud's initial ideas on the mental apparatus (Holmes, 2006; Lecours & Bouchard, 1997). Since then, Francophone authors have further elaborated this line of thought, while absorbing influences from other sources, most importantly Bion's theory of thinking (see Bouchard & Lecours, 2008; Lecours & Bouchard, 1997). In their review, Choi-Kan and Gunderson (2008) synthesize the psychoanalytic view of the concept as "understanding and transforming internal experience into mentally contained forms" (p. 7). Within this perspective, the term involves something *becoming mental* through some sort of transformation, otherwise being bound to discharge outside the mental realm – namely, through somatization and acting-out. In Allen, Fonagy, and Bateman's (2008) words, "to make something mental – or more *elaborately mental*" (p. 7, italics in the original) is still the bedrock sense of mentalizing.

Still, the most popular and vastly explored use of the term, which might be called the Anglophone perspective, has a more recent origin in the work of Peter Fonagy and his collaborators (e.g., Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Bridging concepts and findings from psychoanalysis, attachment theory, developmental psychology, psychopathology, philosophy of mind, and

neuroscience, they use the terms mentalization, mentalizing, and reflective function (RF) rather interchangeably, although such distinctions became increasingly relevant as theory refined and expanded. In their definition, mentalization is the ability to represent and understand mental states in oneself and others, and to interpret actions in terms of intentional mental states (e.g., needs, desires, feelings, beliefs, goals, purposes, reasons) (Bateman & Fonagy, 2004). It is a developmental achievement based on the consistent experience of having one's mental state accurately mirrored in a marked contingent way (i.e., attuned but modified) by a significant caregiver, thus allowing for the development of representations of mental states, or second order representations (Fonagy et al., 2002). This metacognitive ability is preceded by two other (prementalistic) modes of experiencing psychic reality: *psychic equivalence*, in which mental states are felt as real, with no "as-if" quality (equating reality instead of representing it); and *pretend mode*, when mental states are decoupled from reality as if unrelated to and having no implications on it (Fonagy et al. 2002; Fonagy & Target, 1996).

That these two perspectives, Francophone and Anglophone – or French-Freudian and developmental-intersubjective (Bouchard & Lecours, 2008), or yet psychoanalytic/clinical-psychodynamic and social cognitive/developmental (Bouchard et al., 2008; Choi-Kan & Gunderson, 2008) –, both use the same word seems nearly incidental at first. In fact, what becomes mentalized in one case and the other (affects, drives, raw experience vs. self, other, actions) is not quite the same. Also, a tendency to focus on intrapsychic processing in the first case and in interpersonal interpretation/social cognition in the second appears to exist. Additionally, a higher emphasis on preconscious automatic mental functions seems to characterize the former where a concern with metacognition and reflection conducted by an agentic self takes the main role within the latter. However, authors believe that different facets of a core mentalization process are illuminated by each perspective (Bouchard et al., 2008).

One possible view would be that mentalization in its broadest sense provides the building blocks in which the more complex and specific capacity for RF – using representation and symbolization to make sense of mental states – relies (Bram &

Gabbard, 2001; Lecours & Bouchard, 1997). Vermote (2005) defies this idea, arguing that some patients show great capacity for interpreting others' behavior while lacking contact with their own affects. Others are highly creative in associative psychic functioning and in great contact with emotions but at the same time lack ability to interpret their own behavior and that of others. Finer conceptual integration may be facilitated by the recent description of mentalization as a multidimensional construct within which at least four polarities can be described and assessed: automatic (implicit)/controlled (explicit), internally focused/externally focused, self-oriented/other-oriented, and cognitive process/affective process (Fonagy et al., 2012). Clearly, different dimensions and polarities are privileged within different approaches to mentalization.

Of particular interest, though, are the suggestions coming from the study of Bouchard et al. (2008) in which the relationships between three measures of mentalization were examined. After rating the same transcripts from Adult Attachment Interview (AAI) protocols with three different scales – Reflective Function Scale (RFS), Mental States Rating System (MSRS), and “Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect” [Verbal Elaboration of Affect Scale] (GEVA) –, exploratory factor analyses revealed three components of mentalization composed of combined aspects of the rating systems: the capacity to use high-level affective regulatory (defensive) procedures over low-level defensive ones; the capacity to elaborate, transform, and objectify affects into verbally articulate abstract form; and an attitude of focusing on mental processes.

Importantly, these results suggest that high levels of mental elaboration may not imply reflectiveness, and instead tend to associate with a rational objectivistic attitude towards mental processes. In fact, the formal quality of representations does not inform about their present dynamic role (Bouchard et al., 2008) – for instance, *high levels of elaboration can be used defensively and/or in pretend mode.*

Research on Therapist's Mentalization

Very few studies have addressed therapists' mentalizing processes. In a systematic literature review on assessment methods of psychotherapists'

mentalization,³⁹ we ended with 10 records, to which we added seven more considered relevant coming from prior non-systematic search. From this set, we were able to identify only 12 different empirical studies (reported in 16 references), among which 11 involved therapists as participants and only two included patients as well; four of the 17 records concerned the presentation, validation, and/or development of measures. As to the measures themselves, most of the records employed variants of Lina Normandin and Marc-André Bouchard's Countertransference Rating System (CRS); three studies used the RFS applied to different sources; and one paper proposed a new approach to assess therapist's reflective consciousness based on mentalization and experiencing scales. We now present a review of this research.

Without initially making explicit use of the concept of mentalization, Normandin and her colleagues created the CRS (Lecours, Bouchard, & Normandin, 1995; Normandin & Bouchard, 1993), in which they described three types of therapist's mental (or CT) activities: *objective-rational* (Obr), where a detached observer rather than a participant position is adopted, and a concern with generalizability beclouds the uniqueness of the patient's experience; *reactive* (Reac), representing the classical idea of CT as defensive reactivity turning the therapist into an unaware participant; and *reflective* (Ref), when a therapist-participant contains and elaborates to some extent his or her emotional reaction without falling into unrecognized impulsive mental activity. In initial versions of the CRS, only the Ref activity was further divided into phases and sub-phases. Later, subtypes were added to the Obr and the Reac dimensions as well (Normandin &

³⁹ The review was conducted according to PRISMA guidelines. Eleven databases were searched in November 2014. Search terms were: (1) therapist* OR psychotherapist* OR counselor* OR counsellor* OR countertransference OR counter-transference (Subject); AND (2) reflective function* OR mentali* OR mental state* OR affect* elaboration; NOT (3) mentalist; NOT (4) mentalism. We found 665 results, 504 after removing duplicates. Through an intentionally overinclusive screening process, we filtered 101 results, applying exclusion criteria only: editorials, reviews, errata, interviews, non-scientific documents, and records that did not link the two dimensions were kept out. Eligibility was assessed with more strict criteria (references with explicit mention to therapist mentalization and presenting research methods and/or results), resulting in 10 records. No restraints were introduced respective to language and type or year of publication.

Ensink, 2007); Bouchard developed the MSRS (see above) as a general model of adult mental states that has been applied to CT research (e.g., Goldfeld et al., 2008); and the CRS was converted into the Therapist Mental Activities Scale to make it fully compatible with Fonagy's model (Ensink et al., 2013).

Research using the CRS across different psychotherapeutic models, rating therapist's written reactions to clinical material, has suggested that, contrary to expectation, novices tend to respond with higher proportions of Ref activity, whereas experienced therapists show more Reac activity; however, the latter came up with richer Ref activity (Séguin & Bouchard, 1996; Lecours et al., 1995; Normandin & Bouchard, 1993). A profile for high-level therapist's reflective functioning was suggested, including the *ability to achieve high reflective elaboration, to let oneself react* (adaptive regression), *and to be flexible enough to reexamine this reactivity* (Normandin & Ensink, 2007; Séguin & Bouchard, 1996).

D. Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, and Levy (2003) studied therapists' and patients' attachment state of mind and RF regarding the therapeutic relationship and their impact on the process and outcome in Transference-Focused Psychotherapy over the course of one year. Results showed that the same therapist may reveal different levels of RF with different patients, a finding for which the authors offered three explanations believed to be at work: "(1) The therapist's RF rating is picking up a countertransference factor that might curtail or enhance his or her capacity to mentalize; (2) The therapist's RF may be modified by that of the patient so that it comes to mirror that of the patient, or vice versa; or (3) The RF might be coconstructed such that each patient and therapist contributes to the creation of a unique interpersonal climate that may allow RF to flourish or wither for both participants." (p. 242). In his reanalysis of this study, Goodman (2010) further explored the first explanation and found evidence suggesting that "therapists working with traumatized patients, whose mental contents might feel overwhelming, summon a highly sophisticated and complex RF to protect themselves from feeling so overwhelmed" (pp. 86-87). In sum, in different ways, both approaches to this study support our assumption that *therapists' mentalization must be studied as a relationship-specific state-like process* rather than (or additionally to) a general trait-

like capacity, and they suggest that it is a *relevant dimension in dealing with CT phenomena*.

This conclusion appears to be supported by a more recent study from Rizq and Target (2010). Findings indicated that higher RF in counseling psychologists could be associated with the ability to manage feelings evoked by difficult and challenging patients, and lower levels of RF were accompanied by accounts of distancing or becoming overwhelmed by strong feelings and patient's in-session behavior. However, exceptions were found. Specifically, one of the 12 participants' high RF appeared to fuel clinically detrimental anxious and depressive ruminations. Thus, *a useful model of ECE should allow discriminating productive mentalization of CT from ruminative self-consciousness* – which, according to Campbell et al. (1996), is involuntary, emotionally negative, and motivated by anxiety, in contrast to reflection, which is voluntary, emotionally positive, and guided by curiosity.

Measuring therapists' RF through semi-structured interviews about specific patients, a recent study (Reading, 2013) assessed the relationship between the mentalizing capacity of 43 therapists' conducting Brief Relational Therapy and a number of process and outcome variables. Results suggest that therapists' RF can predict relevant process dimensions (namely with regard to addressing and resolving alliance ruptures) and therapeutic results reported at 6-month follow-ups. Hence, therapists' mentalization appears to facilitate relational work, which in turn may be an important mediator of long-term therapeutic gains.

Lambooy, Blanchet, and Lecomte (2004) validated linguistic indicators of therapists' reflective consciousness based on descriptions of reflectivity extracted from CRS, GEVA, and the Experiencing Scale manuals (EXP; Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler, 1986 – see below). The authors intended to reduce inference and increase objectivity and inter-rater fidelity, which they demonstrated to be problematic in the measures reviewed, with the final goal of creating the “Grille d'Analyse de la Conscience Reflexive du Thérapeute” [Therapist Reflective Consciousness Rating System]. To our knowledge, the task was left unfinished so far, but the motivations and preliminary findings of this study are important to the

field, showing that linguistic markers can be an alternative and/or add objectivity to rating systems in assessing reflectivity.

Although lacking explicit reference to mentalization, and thus uncaptured in our systematic review (see footnote 3), a few other lines of research may be relevant to our scope. In particular, research addressing therapists' mental activity as *referential process* (Bucci, 2002) and *experiencing* (Klein et. al, 1986) has an arguable connection with mentalization.

Bucci's (2002) Multiple Code Theory draws on the psychoanalytical notion of multiple systems of thought and proposes a new metapsychology based on both cognitive science and psychoanalytic ideas on emotional information processing. Specifically, three systems of processing and representing information are described (nonverbal subsymbolic, nonverbal symbolic, and verbal symbolic), each with its own operating principles. These systems are connected, partially and to varying degrees, by the *referential process* – a bidirectional process by which emotional and bodily experience, largely subsymbolic, is linked to imagery and then to language, and the words of others are connected to one's own emotional and bodily systems (Bucci, Maskit, & Hoffman, 2012). Based on the debate, held by the authors, comparing the referential process with Lecours and Bouchard's model of mentalization (Bouchard & Lecours, 1998; Bucci, 1999; Lecours & Bouchard, 1999), we believe there are significant points of contact between the two, despite a greater emphasis on *integration* achieved through the former while *transformation* is central in the latter.

Recent studies assessed components of the referential process in session transcripts and therapists' case notes through computerized linguistic measures of referential activity (RA) and reflection (REF) (Bucci & Maskit, 2007; Bucci et al., 2012; Hoffman, Albus, Braun, Bucci, & Maskit, 2013). RA, considered pivotal in the referential process (narrative/symbolizing phase, following the arousal phase), can be considered a measure of engagement in experience, the degree to which language processes emotional experience. In the opposite direction, representing the reorganizing/working through phase of the referential process, REF means regulation or distancing from emotional experience. In the first of these studies,

assessing session transcripts of a psychoanalytic treatment, high levels of RA in the analyst's speech were significantly correlated with session effectiveness as rated by independent judges (Bucci & Maskit, 2007). In the second one, involving case notes from successful and unsuccessful psychoanalytical processes, high positive correlations were found between measures of therapists' RA and therapeutic effectiveness assessed by independent judges based on initial and final treatment notes (Bucci et al., 2012). REF yielded a nonsignificant mild negative correlation with the same measure of change. The fact that REF and RA clearly vary in opposite directions suggests that the term "reflection" within this model is employed somehow differently from the common use in mentalization research (see last paragraph from the previous section). REF's emphasis on logic functions and distancing from experience may lie closer to MSRS's objective-rational and high-level defensive mental activity. Its use by therapists may also be part of the type of regulatory mechanism activated with more challenging patients that Goodman (2010) highlighted (see above).

The dimension of experiencing was mostly conceptualized in the work of Eugene Gendlin and Carl Rogers as "the process of attending to that unverballed yet ongoing visceral flow and using it as a referent against which one can check tentative symbolizations, thereby discovering the meanings and significance of what one is feeling" (Pascual-Leone & Greenberg, 2006, p. 33). EXP (Klein et al., 1986), its operationalization for research, rates the quality of an individual's experiencing of himself through seven levels as revealed in verbal communications, ranging from impersonal, superficial, or abstract-intellectual content at low levels, to more advanced stages where feelings are purposefully explored and emergent levels of experiencing serve as referents for problem resolution and understanding (Klein et al., 1986). It has been suggested that the experiencing construct may fill a gap in mentalization literature regarding implicit self-oriented mentalization of affect (Liljenfors & Lundh, 2015). Although research on therapists' experiencing is very scarce, one of the two studies we found (Kazariants, 2011) supports the relevance of the matter, suggesting that it benefits the resolution of alliance ruptures. The other

one demonstrated that “experientially grounded reflection”, measured with EXP, can be positively impacted by training (Safran et al., 2014).

In conclusion, several previous models pertain to the field of ECE. However, by proposing a new model we intend to, simultaneously: extend the scope of CT management research, namely through a preferential focus on *elaboration*; narrow the scope of previous mentalization models by limiting the object of study to self-oriented psychotherapist mentalizing processes (i.e., by sticking to the field of CT phenomena); and widen the range of psychological processes contemplated under the notion of elaboration, by absorbing influences from other models describing the mental processing of experience.

Mentalizing Countertransference Experience: A Model for Research

Based on the reported literature, thus, we are interested in designing a model for ECE that accounts for increasing levels of elaboration without losing sight of the quality of experiential engagement. We believe two primary dimensions are needed to this end, separating non-defensive immersion in and awareness of experience from reflection. Others found value in similar distinctions, from supporters of the aforementioned two-step model to authors defining self-reflexivity as a “dialectical process of experiencing oneself as a subject as well as of reflecting on oneself as an object” (Aron, 2000, p. 668), integrating objective and subjective self-awareness; or even those suggesting a “kind of bidimensionality” in EXP, where stages 1 to 3 represent progressive ownership of affective reactions; stage 4 is the turning point, characterized by an account of fully owned experiences from an inward attention focus; and stages 5 to 7 involve increasing self-exploration, questioning, and awareness of emergent feelings and internal processes (Greenberg & Safran, 1987; Klein et al., 1986). Descriptions of CT internal processing in terms of phases also identify a turning point from evenly-hovering attention to active search for meaning, from containment to observation and questioning (Tansey & Burke, 1989). In mentalization terms, these dimensions may be regarded as implicit versus explicit poles.

In addition, and in line with the importance of linguistic features mentioned above (Lambooy et al., 2004), we believe narrative research may also provide us with useful clues as to how psychological work can be traced in therapists' discourse, considering that narrative organization may reveal implicit information-processing, defensive, and affect-regulatory mechanisms employed in the topic being addressed (e.g., Daniel, 2009). For instance, Habermas (2006; Habermas & Diel, 2010) distinguished between elaborated, dramatic, and impersonal narrative types. Differences among these types may signal varying levels of defense mechanisms, and are indicated by linguistic features such as the number of perspectives included/excluded, focus on present-narrator/past-protagonist perspectives, or subjectivity markers (e.g., mental expressions, presence of grammatical subject).

We propose, then, a bidimensional model to study ECE as a mentalization process varying in **Experiencing** and **Reflective Elaboration**. Contrary to some of the examples just cited, our dimensions are not cumulative, but virtually *independent* instead. Complementing these primary dimensions, our model assesses five other facets of ECE, inspired by the literature reviewed above and narrative and language research. These additional dimensions can be separately investigated and rated, and are described in detail in Table 1.⁴⁰ Besides clarifying ECE in greater depth, our seven dimensions may be articulated in a continuous score, which is useful for research purposes. In practice, ECE is to be assessed in therapists' comments on particular sessions and/or patients.

Concerning our primary dimensions, *Experiencing* expresses increasing ownership and containment of immediate experience. Its levels (Table 1) resonate with important aspects of stages 1 to 4 from the EXP, the first four levels of the affect tolerance dimension from GEVA (see Lecours & Bouchard, 1997), and several features from CRS and MSRS (see above). In level 0, parts of what is being

⁴⁰ Aside from the existing literature, our five complementary dimensions of ECE reflect our effort to refine the capacity of the model to differentiate levels of elaboration when applied to material of varying elaborative quality. Also, we reckoned that adding these dimensions would be useful to further characterize countertransference positions (Figure 1) and thus help future raters, while providing several ordinal scores to be tested separately or in articulation. Future research should examine whether the latent structure of these seven dimensions confirms our hypothesized organization of ECE in two primary dimensions.

Table 1

Dimensions of Elaboration of Countertransference Experience

DIMENSION	DESCRIPTION	LEVEL				
		0	1	2	3	4
EXPERIENCING	<i>Increasing subjectivation, ownership, appropriation, or containment of immediate experience</i>	<i>Detached:</i> absent or remote contact with present experience; disengaged, impersonal, and objectivistic accounts of events or ideas		<i>Disruptive:</i> reactions insufficiently integrated; feelings not fully owned; subjectivity mostly described as legitimate or inevitable consequence of external determinants		
						<i>Containing:</i> experience fully recognized, accepted, and explored in its subjective quality
REFLECTIVE ELABORATION	<i>Effort to explain, organize, or make sense</i>	<i>Description/expression:</i> mere account of information, be it a fact or a subjective experience	<i>Active meaning-making</i>			
			<i>Simple explanation:</i> conclusive interpretation of causes, meanings, or sources (no awareness of opaqueness of mental states evidenced)			<i>Investigation/exploration:</i> open-ended search for questions and meaning as the subject speaks
EPISTEMIC POSITION	<i>Experienced relation between therapist's psychic reality and external reality (therapeutic process, client)</i>	<i>Equation:</i> feelings, observations, and ideas felt as copy or direct apprehension of clinical reality		<i>Separation/isolation:</i> concern with distinguishing subjective from objective aspects of therapist perspective; assumption that subjective is private and only objective is informative		
						<i>Dialectic:</i> feelings and ideas treated as products of dialectic relation to reality, thus clinically meaningful
EXPERIENTIAL GROUNDEDNESS	<i>Extent to which therapists' observations process/integrate and are anchored in concrete aspects of experience</i>	<i>Absent:</i> nothing in therapist speech particularizes a lived experience		<i>Diffuse:</i> therapist tries to report something that forces into phenomenological field, although it cannot be precisely defined		
						<i>Vivid:</i> speech includes imagetic (memories, fantasies...), sensorial and/or bodily (somatic, motor) elements signaling concrete felt experience

EMOTIONAL DIFFERENTIATION	<i>Complexity and discriminative capacity with which emotional themes (from therapist and/or client) are treated</i>	<i>Diffuse/absent:</i> emotional focus hardly identifiable; if present, emotions mentioned in vague and abstract manner, without reference to concrete situations	<i>Simple:</i> emotion recognized; reference to more than one affect, if existent, refers to distinct experiences (e.g., different subjects, different moments) or presumes mutual exclusion (e.g., discerning whether client felt one emotion or another)	<i>Complex:</i> internal or relational emotional dynamism recognized and expressed in detailed, nuanced, and subtle accounts; or identification of interaction between emotions - simultaneous (mixed, conflicting...) or in causal sequence - or between emotions and other psychological processes
TEMPORAL FOCUS	<i>Articulation of past and immediate perspectives; differentiation and integration between past protagonist and present narrator perspectives</i>	<i>Past:</i> omits narrator current perspective, focusing exclusively on prior events or experiences; includes use of "historical present"	<i>Present:</i> reveals point of view held in the moment the speech is produced; even if reporting to past event, focus on current experience and apprehension	<i>Present-past:</i> focus oscillates between present and past perspectives in an effort to compare and integrate them
INTERNAL FOCUS ^a	<i>Extent to which internal experience is attended to and explored</i>	<i>Absent:</i> external focus; first person scarcely employed	<i>Implicit:</i> predominant external focus, but the speech is experiential; evident traces of a personal look (e.g., frequent use of first person, poetic or evaluative language)	<i>Explicit:</i> takes experience as the center; external elements used in the service of experience contextualization and depth exploration

Note. The primary dimensions, imported from the bidimensional model (Figure 1), are in boldface. Scores 1 and 3 may be used to rate intermediate processes lying between level descriptions.

^a We do not imply that therapists should privilege an internal focus in session, but that they should be able to engage in self-exploration when looking back at experiences in session

experienced are warded off, avoided, or dissociated, the result being that an observer has no experiential access to it. On the contrary, in level 2 reactions emerge that can be spotted by an observer although they are insufficiently integrated by the therapist him/herself. Although “reactivity” is overt at this level, we believe both levels 0 and 2 can substantiate CT reactions, to the extent that they deviate from a therapist’s normal/baseline CT experience. Only in level 4 a full acceptance of experience takes place. Although transformation in the mental quality of experience occurs through preconscious spontaneous psychic work at these levels, they entail progressive CT elaboration. Thus, we view experiencing as a dimension of *automatic/implicit mentalization* (Fonagy et al., 2012) of CT experience (although, at level 4, controlled/explicit processes begin to operate).

Reflective Elaboration represents an actual effort to explain, organize, or make sense of things, pertaining to *controlled/explicit elaboration*, and can be simplified in two main levels (Table 1): Level 0, a rather passive account of information, be it a fact, an idea, or a subjective experience, in which the conscious/explicit goal of the speaker is to convey a communicative content already present in his or her mind; and level 2, an active attempt to generate questions, explanations, signification, or understanding – more than a recipient or a vehicle, the subject takes the position of an author.

As stated before, our primary dimensions are independent, meaning that, for example, high levels of reflective elaboration can operate with varying degrees of experiential basis. The result is a model in which six CT positions can be described, as presented in Figure 1.

The concept of CT position employed is borrowed from Racker’s (1968) distinction between CT thoughts and positions, where the former can be seen as mental *contents* and the latter imply greater ego involvement, in what may be considered mental *attitudes*. Clearly, our model describes what therapists do with CT experience regardless of its contents, thus making it a model of CT positions. We now describe each position in greater detail.

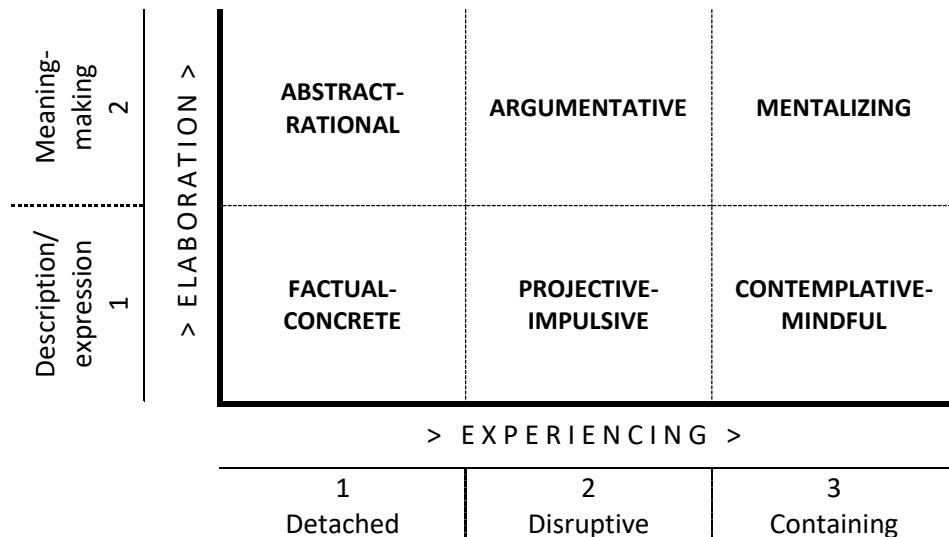


Figure 1. Bidimensional model of the elaboration of countertransference experience.

Factual-concrete position (detached description)

When asked to comment on a session, the therapist provides impersonal objectivistic descriptions of events, actions, or concrete personal characteristics. There is a sense of absent subject, as if it would be indifferent who the speaker is, and little can be known about his or her experience of the session. The therapist is more concerned with reporting than explaining or understanding – the emphasis is on *description*. An example might be: *She was about 30. She was silent for a while, and I told her we had 50 minutes to talk about anything she wanted.*

Abstract-rational position (detached meaning-making)

Here, we also find an impersonal objectivistic comment, but this time the observations are made in terms of general categories, with the main emphasis on *explanation and classification*. This may include theoretical jargon, description of personal or relational patterns, diagnostic hypothesizing, but always in a rather rational and affectively distant fashion. References to the therapist experience are eventually made, but as if observed from the outside, lacking specificity, and presented as part of a conceptual frame rather than a personal one. The defensive use of theory mentioned above can be present, in which case intellectualization is the specific defense employed. Example: *He is a narcissistic man. Narcissists tend*

to be leaders, because of their need to be the center of others' attention. Still, they often become annoying for other people, including therapists.

Projective-impulsive position (disruptive expression)

These are the cases when the therapist expresses poorly modulated emotions – the emotion having the person rather than the person having the emotion (Angus & Greenberg, 2011). The main emphasis is on *discharge or catharsis*, since the purpose appears to be to expel or get rid of an untolerated experience rather than exploring it. A blind engagement or unrecognized reactivity is present: The internal determinants of what is being experienced are unattended, and instead its object/target is implicitly or explicitly recognized as direct and sufficient cause. Examples: *He's just so boring! No wonder her wife left him...*; or *How could I be so stupid?*

Argumentative position (disruptive meaning-making)

Also here, the therapist is blindly engaged in some kind of unrecognized reaction, but now there is an emphasis on *justification and self-legitimization*, mechanisms through which he/she seems to be struggling with some aspect of experience – e.g., guilt. Once more, defensive uses of theory may fall on this CT position, but this time rationalization will be the central defense. Self-legitimization can be either achieved through justification or judgmental appreciations (including self-blaming). Ruminative self-consciousness (see above), driven by whatever type of anxiety, can also be included here. In fact, the main feature in this position is the presence of an undesired experience with which the therapist is trying to deal while failing to accept it in him or herself. An example for this position might be: *Just because he's new in town and felt lonely for a couple of weekends, doesn't mean he needs a therapist. You shouldn't go to therapy looking for a friend.*

Contemplative-mindful position (contained description/expression)

When speaking from this position, therapists will provide an account of emerging thoughts, perceptions, sensations, or emotions from an experiential

standpoint. Contents expressed are owned as subjective production, implying that the emphasis is on *disclosure* and the therapist reveals acceptance of, and attention to, different nuances within the experiential field. This kind of CT position can be easily associated with mindfulness, with its qualities of nonjudgmental and nonreactive awareness of moment-to-moment experience (Kabat-Zinn, 2003). It also intersects with descriptions of congruence (Rogers, 1957), therapeutic presence (Geller et al., 2010), or the type of evenly-hovering attention and openness to internal experience recommended by psychoanalytic authors (Bion, 1970; Freud, 1912/1958; Ogden, 2005). We believe this CT position may have a very relevant clinical impact in itself, as it entails an ability to experience, tolerate, and “survive” feelings evoked in the therapist by the patient’s intense emotions – Bion’s (1962) containing function –, establishing a form of affective communication through which the latter learns to tolerate and regulate his or her affective experience (Safran & Muran, 2000). Also because this aware, nonreactive taking-in of the patients’ emotional life will be decisive for the unhooking from cognitive-interpersonal cycles mentioned earlier in this paper – in our view, Safran and Muran’s (2000) *metacommunication*, described by the authors as “a type of *mindfulness in action*” (p. 108) and key strategy to repair alliance ruptures and resolve therapeutic impasses, relies on this CT position. An example: *At a point I realized I wasn’t paying attention. I could sense her feeling of a huge burden, but my mind just wandered away, while a kind of boredom started to grow inside me.*

Mentalizing position (contained meaning-making)

From this CT position, the therapist tries to reflect and make sense of his or her experience while engaged in and fully recognizing it as his or her own. The emphasis, now, is in *understanding*, and an investigatory attitude prevails. The dialectic movement between experiencing, reflecting, and transforming shares important features with processes of mentalized affectivity (Jurist, 2005) and advanced experiencing and emotional processing (Klein et al., 1986; Pascual-Leone & Greenberg, 2007). The main difference between this position and the previous is in part pointed by Choi-Kain and Gunderson (2008) when comparing mindfulness

with mentalization: The contemplative-mindful position concerns acceptance of internal experience, whereas mentalizing emphasizes the construction of representation and meaning related to these experiences. So, now we find a therapist tentatively exploring his or her CT experience, tolerant to frustration and uncertainty (i.e., cognizant of the opaqueness of mental states), and hopefully achieving new understanding and new experiences regarding what is going on in therapy. The kind of insight coming from this process, no matter how experience-near (Pascual-Leone & Greenberg, 2006), is certainly experience-grounded and has a quality of *emerging knowledge*, which is compatible with using theory as a resource in the process of signification. The fact that clinical understanding is informed by sufficiently mentalized CT experience makes it necessarily rooted in and contingent of the intersubjective field created by the particular dyad, and this is, to our understanding, the key ingredient of unsaturated (Bion, 1963), lively, clinically relevant knowledge and understanding. Example: *I don't usually get this feeling in the end of our sessions. It feels like I've done most of the talking, like when you're with a stranger in an elevator. I'm wondering why she would feel like a stranger to me, why now.*

Concluding Remarks

We presented our operationalization of ECE as a model of CT positions and dimensions reflecting the quality of therapists' mentalization. Mostly, we are interested in investigating whether variations in ECE can be associated with other process and outcome dimensions of psychotherapy from any approach. In fact, we think ECE may play an important role in facilitating a number of studied common factors of psychotherapy such as alliance, empathy, positive regard, congruence, repairing alliance ruptures, and CT management (cf. Norcross, 2011). We also believe it is pivotal in rendering experiential and relational dimensions of therapy as less incidental and more available for patient-customized judicious clinical use as possible.

Conceptualizing ECE as therapist mentalization facilitates a balance among historical tensions regarding CT: within the classical position, CT is decoupled from

the patient's reality and treated as if unrelated to it, echoing the pretend mode; but reservations sometimes expressed towards Heimann's totalistic position (cf. Gabbard, 2001) may be synthesized as warnings against the risk of managing CT in psychic equivalence, where disowned personal reactivity is either unrecognized (projected) or felt as a direct expression of external reality (the patient's difficulties). We subscribe to the view that mentalizing CT experience means recognizing it as related to the clinical reality and yet being able to "play" with it (Fonagy et al. 2002; Fonagy & Target, 1996).

It should be clear, though, that our model does not concern but a few dimensions within the broad field of mentalization. In particular, regarding the four polarities aforementioned (Fonagy et al., 2012), we believe ECE is a model of mentalization equally involving automatic and controlled processes (e.g., experiencing and reflecting), with an internal focus (feelings, thoughts, imagery, somatic experiences...) somewhat prevailing over the external focus (e.g., therapist's reactions and actual behaviors), mostly about self (vs. others), and balancing cognitive and affective processes. Also, ECE is quite specific in pertaining to CT experience, rendering dispensable for our model a range of mentalization deficits unlikely to be found in psychotherapists' work (e.g., autistic states, paranoid delusions, severe loss of impulse control), and leaving other-oriented mentalization on a secondary level of importance. We wish to make a brief point about the implications of this selective focus.

Clearly, we wouldn't suggest that mentalizing about patients and the therapeutic exchange in itself is any less important than ECE, or even that such processes are clearly separable since the latter is grounded in relational experience. We think ECE is an important ingredient of effective psychotherapy, impacting both relational and technical dimensions of the therapeutic process, but we assume it is one among others. More importantly, though, our model *prioritizes the assessment* of self-oriented aspects of mentalization over patient-oriented mentalization. In our view, the distinction between self- and other-focus is clear at the explicit level of mentalization, and an explicit focus on self is rated higher in our model compared to an explicit focus on patient's experiences (e.g., *internal focus* dimension – see Table

1). At the implicit level, though, the distinction between self- and other-focus seems less straightforward, which may be the cause for the gap in mentalization literature mentioned previously (Liljenfors & Lundh, 2015). Still, we believe that the predominance of subjective experiential embeddedness (i.e., the extent to which inner felt referents are used) may account for the self-orientation at the implicit affective level. In turn, self-focused implicit mentalization of cognition may be indicated by signs of post-formal reasoning (e.g., treating one's own thoughts as relative, dialectical, contextual, and subjective; see Marchand, 2002). In the words of Allen (2006), implicit self-mentalizing entails "a sense of self as an emotionally engaged agent – 'what it feels like to be me' in the process of thinking, feeling, and acting" (p. 11). Our model privileges self-oriented mentalization in the sense that its dimensions tend to value markers of implicit and explicit self-oriented mentalizing over mentalization of patients' actions and experiences.

And yet, we believe that ECE (in particular, therapist's implicit self-oriented mentalization) is actually a *necessary* part of clinically useful other (patient)-oriented mentalizing. For instance, highly accurate observations about patients' experiences can be irrelevant or even detrimental if stated from a poorly mentalized CT position – e.g., failing to convey the therapist's containment of his or her own emotions or a full awareness of the subjective and relative nature of his or her own impressions. In other words, we believe important mentalizing principles in psychotherapy, such as the inquisitive stance, not-knowing, or the respect for the opaqueness of mental states (Fonagy et al., 2012), rely primarily on the therapist's attitude towards his or her own mental processes and subjective states, i.e., on CT positions. In this regard, a recent study found a strong positive association between therapists' "professional self-doubt" and patients' improvement in interpersonal problems, and a negative effect of therapists' self-assessed "advanced relational skills" on patients' global functioning and interpersonal problems (Nissen-Lie, Monsen, Ulleber, & Rønnestad, 2013). In the light of our model, these results might mean diversely mentalized CT positions.

As may have become evident, our major assumptions about the therapist's work are indebted to the work of others, namely Bion's model of container-

contained, alpha-function, *reverie*, and theory of thinking (Bion, 1962, 1963; Ogden, 2005), Winnicott's concepts of potential space and transitional phenomena (Winnicott, 1971; Bram & Gabbard, 2001), Kernberg's (1997) defense of a "third position" created by the analyst's reflective stance aside from the engagement in the transference-CT dynamics, Fonagy and colleagues' descriptions of the mentalizing stance (Bateman & Fonagy, 2004), Rogers' delineation of the conditions for change (Rogers, 1957), and Safran and Muran's views on the "beginner's mind" and the use of metacommunication (Safran & Muran, 2000). Regardless of its roots, though, we believe our model addresses ubiquitous phenomena in psychotherapy.

The main limitations of our approach concern, first and foremost, the impossibility of a direct apprehension of CT phenomena – we will be *inferring* from *derivatives* of our object of study. Second, speech as the source of information about CT has its shortcomings. As much as we put all our efforts in refining a rating system, important unconscious and phenomenological dimensions will remain inaccessible – counteridentifications, imagery, visceral responses, to name a few examples. Third, the focus on CT positions does not guarantee a sufficient account of other constituents of the CT construct (Hayes, 2004) – e.g., origins, triggers, effects –, neither does it address larger experiential patterns, or transference-countertransference configurations, unfolding as the process evolves over time.

Still, we hope our model adds to the effort of investigating and drawing attention to the importance of psychotherapists' purposeful use of subjectivity and consideration of the experiences emerging within each unique dyad. In times of treatment manualization, such delicate work may require no less protection than an endangered species.

References

- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). Chichester: Wiley.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angus, L., & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 667–689. doi: 10.1037/0736-9735.17.4.667
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York; Oxford University Press.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy, 39*, 32–43. doi: 10.1037//0033-3204.39.1.32
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psycho-analysis*. London: William Heinemann Medical Books Ltd.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Bouchard, M.-A., & Lecours, S. (1998). Some comments on Bucci's Multiple Code Psychoanalytic Psychology. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 6*, 261-270.
- Bouchard, M.-A. & Lecours, S. (2008). Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's *Project*. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 103–129). New York: The Analytic Press.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 47–66. doi: 10.1037/0736-9735.25.1.47
- Bram, A. D., & Gabbard, G. O. (2001). Potential space and reflective functioning: Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications.

- International Journal of Psychoanalysis*, 82, 685-699. doi: 10.1516/5ce7-qdtr-e4d5-gqgk
- Bucci, W. (1999). Response to the comments of Bouchard and Lecours. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 7, 23-29.
- Bucci, W., & Maskit, B. (2007). Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 1355-1397. doi: 10.1177/000306510705500412
- Bucci, W., Maskit, B., & Hoffman, L. (2012). Objective measures of subjective experience: The use of therapist notes in process-outcome research. *Psychodynamic Psychiatry*, 40, 303-340. doi: 10.1521/pdps.2012.40.2.303
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156. doi: 10.1037//0022-3514.70.1.141
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Daniel, S. I. F. (2009). The developmental roots of narrative expression in therapy: Contributions from attachment theory and research. *Psychotherapy*, 46, 301-316. doi: 10.1037/a0016082
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259. doi: 10.1521/bumc.67.3.227.23433
- Diamond, M. J. (2014). Analytic mind use and interpsychic communication: Driving force in analytic technique, pathway to unconscious mental life. *The Psychoanalytic Quarterly*, 83, 525-563. doi: 10.1002/j.2167-4086.2014.00106.x
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function

- of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23, 526-538. doi: 10.1080/10503307.2013.800950
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Freud, S. (1912/1958). Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111–120). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1914/1958). Remembering, repeating, and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II). In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 145–156). London: The Hogarth Press.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1221–1235. doi: 10.1002/1097-4679(200009)56:9<1221::aid-jclp8>3.0.co;2-w
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 983–991. doi: 10.1002/jclp.1065
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20, 599–610. doi: 10.1080/10503307.2010.495957
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 356–364. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.356

- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Goldfeld, P., Terra, L., Abuchaim, C., Sordi, A., Wiethaeuper, D., Bouchard, M.-A., . . . Ceitlin, L. H. (2008). Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychotherapy Research*, *18*, 523–34. doi: 10.1080/10503300801968640
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Grinberg, L. (2001). *Teoria da identificação* [The theory of identification]. Lisboa: Climepsi.
- Habermas, T. (2006). Who speaks? Who looks? Who feels? Point of view in autobiographical narratives. *International Journal of Psychoanalysis*, *87*, 497-518. doi: 10.1516/axwm-qrnf-h69k-9k3c
- Habermas, T., & Diel, V. (2010). The emotional impact of loss narratives: Event severity and narrative perspectives. *Emotion*, *10*, 312-323. doi: 10.1037/a0018001
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, *14*, 21–36. doi: 10.1093/ptr/kph002
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, *48*, 88–97. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0012
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., VanWagoner, S., & Diemer, R. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports*, *69*, 139-148. doi: 10.2466/pr0.69.5.139-148
- Hoffman, L., Albus, J., Braun, W., Bucci, W., & Maskit, B. (2013). Treatment notes: Objective measures of language style point to clinical insights. *Journal of the*

- American Psychoanalytic Association*, 61, 535–568. doi: 10.1177/0003065113489026
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31-49). Chichester: Wiley.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 426–444. doi: 10.1037/0736-9735.22.3.426
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kazariants, G. (2011). *The relationship between therapist capacity for experientially grounded reflection on the therapeutic relationship and alliance rupture resolution* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3495827).
- Kernberg, O. F. (1997). The nature of interpretation: Intersubjectivity and the third position. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 297-312.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1053–1063. doi: 10.1002/jclp.1073
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. (1986). The Experiencing Scales. In L. S. Greenberg, & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). New York: Guilford.
- Lamboy, B., Blanchet, A., & Lecomte, C. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute [Operationalisation of the concept of therapist reflexive consciousness]. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54, 189–205. doi: 10.1016/j.erap.2004.04.001
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* [The language of psychoanalysis]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy*, 32, 405–415. doi: 10.1037/0033-3204.32.3.405

- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, *78*, 855–875.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1999). Further comments on Bucci's paper and response. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, *7*, 297-301.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, *12*, 259-279. doi: 10.1037/h0079634
- Levine, H. B. (1997). The capacity for countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, *17*, 44-68. doi: 10.1080/07351699709534109
- Levine, H. B. (2012). The colourless canvas: Representation, therapeutic action and the creation of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, *93*, 363–385. doi: 10.1111/j.1745-8315.2012.00574.x
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapists' contribution. *Psychotherapy*, *39*, 3-11. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.3
- Liljenfors, R., & Lundh, L.-G. (2015). Mentalization and intersubjectivity towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology*, *32*, 36-60. doi: 10.1037/a0037129
- Marchand, H. (2002). Some reflections on postformal stage. *Behavioral Development Bulletin*, *11*, 39-46. doi: 10.1037/h0100490
- McDougall, J. (1985). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Basic Books.
- McGinn, L. K. & Sanderson, W. C. (2001). What allows cognitive behavior therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 23-27. doi: 10.1093/clipsy.8.1.23
- Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N., et al. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, *19*, 324–332. doi: 10.1002/(sici)1097-0355(199823)19:3<324::aid-imhj9>3.3.co;2-c

- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 86–104. doi: 10.1080/10503307.2012.735775
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Normandin, L. & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research, 3*, 77-94. doi: 10.1080/10503309312331333689
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC: Grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité [The Countertransference Rating System (CRS): A tool to analyse countertransference in the treatment of severe personality disorders]. *Santé Mentale au Québec, 32*, 57–74. doi: 10.7202/016509ar
- Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. London: Routledge.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2006). Insight and awareness in experiential therapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 31–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 875–887. doi: 10.1037/0022-006x.75.6.875
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: Karnac Books.
- Reading, R. A. (2013). *The role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3566470).
- Rizq, R., & Target, M. (2010). 'If that's what I need, it could be what someone else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: A

- mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38, 459–481. doi: 10.1080/03069885.2010.503699
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. doi: 10.1037/h0045357
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24, 269-285. doi: 10.1080/10503307.2013.874054
- Séguin, M.-H., & Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 457–474. doi: 10.1037/h0079705
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., . . . Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Strachey, J. (1934/1969). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 275-292.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Vermote, R. (2005). *Touching inner change: Psychoanalytically informed hospitalization-based treatment of personality disorders. A process-outcome study*. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit, Leuven, Belgium.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy: An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277. doi: 10.1002/wps.20238

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Routledge.

Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18, 177–188. doi: 10.1080/08037060902727761

CAPÍTULO IV

Mentalizing Psychotherapists, Psychotherapists' Mentalizing: Results
from a Naturalistic Longitudinal Study

Barreto, J. F., Saraiva, L. & Matos, P. M. (submetido). *Mentalizing psychotherapists, psychotherapists' mentalizing: Results from a naturalistic longitudinal study.*

Abstract

Studying the psychological processes through which therapists make sense of experiences with clients may help psychotherapy research “mentalize psychotherapists”. Such processes, in turn, may be assessed as a therapist mentalizing activity denominated the elaboration of countertransference experience (ECE), presumably involved in well-established common factors of psychotherapy and therapist responsiveness, which can be themselves reframed through an integrative mentalizing lens. A rating system with 7 dimensions of elaboration and 6 diversely mentalized countertransference positions was created to investigate ECE. In this study, the ECE rating system was tested by examining the latent structure of its dimensions, comparing ratings of ECE and countertransference management (CM), and examining therapist and client scores on attachment anxiety and avoidance as predictors of ECE. Seventy-five post-session comments were rated by two judges. Fifty-two session assessments from 14 dyads were analyzed with longitudinal multilevel modeling. Interrater reliability showed mostly good to excellent results. Two latent factors of ECE were found through exploratory factor analysis (*immersion in/containing of subjective experience* – factor 1 – and *reflection/conjecture* – factor 2). Correlations between ECE and CM scores tended to be negative. Client attachment anxiety and client-therapist discrepancy on avoidance and anxiety were the main predictors with a negative association with ECE. Therapist attachment avoidance positively predicted part of ECE dimensions. ECE factor 2 was unrelated with attachment. These findings and their implications for the ECE construct and rating system are discussed. In conclusion, investigating ECE may help mentalizing therapists, depicting therapists’ actual work with clients and assisting training and supervision across theoretical orientations.

Keywords: common factors, therapist factors, countertransference, mentalization, attachment

Introduction

The psychological processes through which psychotherapists make sense of their experiences throughout therapy are arguably the cornerstone of their expertise. Conceptual understanding, technical skills, clinical training and experience, treatment protocols, personal or relational patterns, experiences, abilities and reactions, all converge and transpire in psychotherapists' actions in session that ultimately affect the therapeutic process and outcomes. The study of isolated therapist, relationship, or treatment factors to predict outcomes seems distant from actual in-session experience and insufficient as a portrait of what actually goes on in therapists' minds and how therapists come to act with clients. In this sense, there may be a risk of studying therapists without "mentalizing them", i.e., without making sense of what they do in terms of subjective states and mental processes (Bateman & Fonagy, 2010).

Studying psychotherapists mentalizing processes in and of themselves can be one way to pursue this goal. Clients being mentalized by therapists and subsequently reestablishing epistemic trust and further learning from experience beyond therapy has been claimed to be the mechanism underlying similar effectiveness among psychotherapy of diverse orientations (Bateman et al., 2018). Put shortly, mentalizing can be the common factor across different forms of effective psychotherapy (Fonagy & Allison, 2014). In its broadest sense, mentalization has been defined as "the ability to put words and images to somatic experience and integrate them in the service of creating psychological meaning" (Bram & Gabbard, 2001, p. 688). The most common operationalization of this ability is Peter Fonagy and his collaborators' notion of reflective functioning as the capacity to represent and understand mental states in oneself and others, and to interpret actions in terms of intentional mental states (Bateman & Fonagy, 2004). Thus defined, it is a developmental achievement that relies on good enough attachment relationships and particularly on early attachments, as they reflect the extent to which one's subjective experiences were adequately mirrored by a trusted other (Fonagy & Allison, 2014). Other conceptualizations exist, namely among authors from the francophone and/or "bionian" psychoanalytic traditions (e.g., Bouchard et al., 2008;

Vermote, 2005). Choi-Kan and Gunderson (2008) synthesize the psychoanalytic view of the concept as “understanding and transforming internal experience into mentally contained forms” (p. 7).

Research on the field of psychotherapist mentalization is extremely scarce, however. In a previous systematic review of literature (see Barreto & Matos, 2018), we were able to find no more than 12 different empirical studies, among which only two involved clients as direct participants (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, & Levy, 2003; Reading, 2013). We recently identified one more record that could be added to this group (Cologon, Schweitzer, King, & Nolte, 2017). In sum, the evidence suggests that psychotherapists’ ability to mentalize may benefit therapeutic work as a “trait”/therapeutic factor and to be a relevant “state”/therapeutic process dimension. Nonetheless, more research is needed and more can be done aiming at the investigation of therapists processing of and response to concrete experiences with clients.

With this purpose, we recently proposed the term *elaboration of countertransference experience* (ECE; Barreto & Matos, 2018) to designate the implicit/spontaneous and explicit/reflective psychological work or processes through which therapists make sense of their experiences with clients, in and between sessions. Within the experiential field of countertransference, we discriminate four components to which different therapists may assign distinct clinical value, namely subjective countertransference (experiences deriving from the therapist’s conflicts and blind spots), objective countertransference (experiences stemming from “realistic/average expectable” complementary reactions to the patient’s relational pull), therapeutic attitude (the usual mindset of a given therapist resulting from his or her particular theoretical approach to psychotherapy), and emerging experience (the experience of a new, relationship-specific interpersonal field in which neither therapist’s nor client’s unresolved conflicts play the leading defining role, despite their inevitable participation). These components, assumed to be always present in varying degrees and balances, differ in the extent to which they can be assimilated to therapist or client features and involve greater or lesser psychological conflict. Our view still echoes a “totalistic” take on countertransference in the sense that

therapist elaboration of these experiences as a whole is necessary for such distinctions to emerge (see Barreto & Matos, 2021, for a more detailed explanation of each component and their varying balances).

What we call ECE can be viewed as a mentalization process of a particular kind, more directed towards self (therapists/countertransference experience) than others (clients). More than simple awareness of countertransference phenomena, ECE involves an elaborative attitude towards experience through which each of the four experiential components mentioned above can be attended to and held in mind as permanent *generative working hypothesis* for meaning-making (Barreto & Matos, 2018). Therefore, despite the inevitable blind spots inherent to any conceptualization of countertransference (Gelso & Hayes, 2007) and to the mentalizing principle of respect for the opaqueness of internal states (Bateman & Fonagy, 2016), the risks of overlooking or overestimating any of the experiential components will be mitigated by the reflective attitude just described. In a previous work, we maintained that the type of psychological work depicted in the ECE construct is presumably involved in crucial aspects of psychotherapy across orientations. Namely, considering that most of the so-called *common factors* of psychotherapy explicitly involve therapists handling emotional states and relational processes in session (e.g., alliance building and rupture repair, empathy, countertransference management, congruence, immediacy – see Norcross and Lambert, 2018), it seems plausible that ECE is involved (Barreto & Matos, 2018). Also, pertaining to how therapists deal with emerging context, ECE is by definition associated with therapists' responsiveness (Stiles et al., 1998), regarded as a super-ordinate or meta-competence inherent to evaluative variables established as common factors (Hatcher, 2015). Finally, as mentioned above, responsiveness and common factors can be themselves reframed through an integrative mentalizing lens (Bateman et al., 2018; Fonagy & Allison, 2014). Elsewhere, we claimed that ECE is a necessary part of therapists' broader mentalizing processes (Barreto & Matos, 2018).

To study ECE, we created a rating system intended to be applied to therapists' post-session comments. These comments are relatively easy to elicit and are thus well suited to naturalistic research and repeated measurement over the

therapeutic process, compared to time-costlier and more intrusive approaches such as interviews. At the same time, they warrant an access to therapists' experiences and elaborative processes that are inaccessible in session transcripts. Reflecting influences from literature on mentalization, experiencing, referential process, narrative research, and countertransference (e.g., Bouchard et al., 2008; Bucci, 2002; Ensink et al., 2013; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998; Habermas, 2006; Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler, 1986; Tansey & Burke, 1989; Vermote, 2005), our model comprises seven dimensions or axes of elaboration, two of which are considered primary dimensions: *experiencing* and *reflective elaboration* (Table 1). Experiencing expresses increasing ownership and containment of immediate experience, ranging from detached (disengaged, impersonal, and objectivistic accounts) to containing (experience fully recognized, accepted, and explored in its subjective quality) levels. Reflective elaboration represents the effort to explain, organize, or make sense of things, and goes from description/expression (rather passive account of information, be it a fact, an idea, or a subjective experience) to investigation/exploration (open-ended search for questions, meaning, and understanding that emerge as the subject speaks/writes). These primary dimensions can be viewed as independent, meaning that, for example, high levels of reflective elaboration can operate with varying degrees of experiential basis.⁴¹

In real post-session comments with contrasting ECE ratings, differences in the extent to which specific and nuanced subjective experience is acknowledged and purposefully explored in a way that opens room for clinically relevant meaning to emerge may be quite evident (see examples in Appendix A).

⁴¹ In combination as orthogonal axes, the two primary dimensions also allow a distinction between diversely mentalized *countertransference positions* that are intended to represent a therapist's predominant attitude towards his/her current experience of a given session. For a detailed presentation of the model and its foundations in psychotherapy literature of diverse backgrounds, the reader is referred to Barreto and Matos (2018).

Table 1

Dimensions of Elaboration in the ECE Rating System

DIMENSION	DESCRIPTION AND RATING				
EXPERIENCING ^a	<i>Increasing subjectivation, ownership, appropriation, or containment of immediate experience</i>				
	0 - Detached	1	2 - Disruptive	3	4 - Containing
REFLECTIVE ELABORATION ^a	<i>Effort to explain, organize, or make sense (facts, ideas, experiences)</i>				
	0 - Description/ expression	1	Active meaning-making		4 - Investigation/ exploration
EPISTEMIC POSITION	<i>Experienced relation between therapist's psychic reality and external reality (therapeutic process, client)</i>				
	0 - Equation	1	2 - Separation/ isolation	3	4 - Dialectic
EXPERIENTIAL GROUNDEDNESS	<i>Extent to which therapist's observations process/integrate and are anchored in concrete aspects of experience</i>				
	0 - Absent	1	2 - Diffuse	3	4 - Vivid
EMOTIONAL DIFFERENTIATION	<i>Complexity and discriminative capacity with which emotional themes (from therapist and/or client) are treated</i>				
	0 - Diffuse/ absent	1	2 - Simple	3	4 - Complex
TEMPORAL FOCUS	<i>Articulation of past and immediate perspectives; differentiation and integration between past protagonist and present narrator perspectives</i>				
	0 - Past	1	2 - Present	3	4 - Present-past
INTERNAL FOCUS	<i>Extent to which internal experience is attended to and explored</i>				
	0 - Absent	1	2 - Implicit	3	4 - Explicit

Note. Scores 1 and 3 are used to rate intermediate processes lying between level descriptions. Adapted from Barreto, Nata, & Matos, 2020.

^aPrimary dimensions.

This Study

In this study, we aim at testing our model, (a) having real psychotherapists' post-session comments rated by two independent judges, and subsequently (b) examining the latent structure of ECE dimensions and (c) comparing ECE dimensions' ratings with concomitant self-reported assessments of countertransference management (CM). Also, (d) testing therapist and client attachment as predictors of the ECE dimensions will both help clarify the ECE construct and add to the understanding of attachment as a predictor of the therapeutic process. Despite the established developmental and functional association between attachment and mentalizing (e.g., Fonagy & Allison, 2014; Luyten, Malcorps, Fonagy, & Ensink, 2019), no studies to our knowledge have yet investigated the impact of attachment on therapist mentalizing processes in session. Therapist, client, and dyadic aspects of attachment orientations appear to be important factors affecting psychotherapy process and outcomes (e.g., Degnan, Seymour-Hyde, Harris, & Berry, 2016; Diener & Monroe, 2011; Steel, Macdonald, & Schroder, 2018). Both relational complementarity and noncomplementarity within the dyad, namely representing different matches between the partners' secondary attachment strategies, may prove beneficial to important aspects of the therapy process such as early-phase alliance formation and middle-phase reparative experiences (Bernier & Dozier, 2002; Goodman, 2010; Wiseman, 2017). CM, regarded as a likely effective element of the therapy relationship across orientations (Norcross & Lambert, 2018), has been defined by Gelso and Hayes (2007) as a process by which therapists try to prevent detrimental effects of countertransference, repair or minimize these effects, and use countertransference to benefit the work with clients. Although the volume of research on CM is considerable (for a review, see Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018), only one previous study adopted a self-report measure of CM that allows for a session-specific utilization (Rosenberger & Hayes, 2002). Elsewhere, we claimed that ECE may be involved in successful CM, although ECE is intended to extend the scope of CT management research, namely through a preferential focus on *elaboration*

(Barreto & Matos, 2018). To this date, we have no knowledge of research examining the associations between CM and therapist mentalizing processes.

Therefore, we will compare observer ratings of ECE and therapist self-ratings of CM pertaining to the same sessions with real clients and test therapist, client, and therapist-client discrepancy scores on attachment (representative of relational and affect-regulation dissimilarities and thus varying relational complementarity) as predictors of ECE. We are interested in studying ECE as a process variable, and consequently we will assess it in different time-points within therapeutic dyads, allowing for a comparison of within- and between-dyads variation and an appreciation of time effects/change. Although, as mentioned, we believe ECE is involved in successful CM and a positive association between the constructs is to be expected, ECE emphasis on elaboration rather than management, along with the inherent differences between self-report/explicit measures and performance-based/implicit measures (Ganellen, 2007), may ultimately mitigate these associations. Also, CM ratings from counselors and their former supervisors were found to be uncorrelated ($r = -.16$) in a previous study (Hayes, Riker, & Ingram, 1997). We then expect that (i) therapist and client higher attachment insecurity and attachment discrepancy will have a negative impact on ECE due to the personal and relational challenges they represent to therapists; and we anticipate that (ii) attachment variables will show diverse associations with different ECE scores, supporting the multidimensionality of the ECE construct, and (iii) ECE and CM will show moderate positive associations. Additionally, we expect (iv) ECE to change over time, parallel to the development of the therapeutic relationship, and we expect (v) change to be affected (moderated) by attachment predictors, such that more insecurity and higher discrepancy will have a negative effect on the change rate.

Methods

Participants

Seventeen therapists and, through them, 27 adult psychotherapy clients followed in different community contexts (private practice, college counseling centers, and community mental health centers) voluntarily accepted to participate

in a longitudinal study. From this initial set, a total of 75 post-session comments and assessments were received from 16 therapists (24 dyads). After narrowing the number of participants due to insufficient data (namely, less than two session assessments available), 14 independent dyads were retained (52 session assessments – 12 dyads with four sessions, two dyads with two sessions) for most of the analyses presented here. Clients included 10 women and four men whose ages ranged from 19 to 58 years ($M = 28.6$, $SD = 13.4$). The initial level of psychological distress ranged from severe (one case) to low (three cases), with most cases classified as mild (four), moderate (three), or moderate-to-severe (three) according to the severity levels defined in the CORE system (Barkham, Mellor-Clark, Connell, & Cahill, 2006). Therapists ranged from 28 to 55 years of age ($M = 40.9$, $SD = 8.1$), including 11 women and three men who reported between four and twenty three years of experience ($M = 13.3$, $SD = 6.1$). Five held a 5-years bachelor degree (with additional non-academic post-graduate courses), eight had a Master's degree, and one held a PhD. The initial degrees were in Psychology or Psychiatry in 13 cases and one participant had a certification in Nursing. Ten therapists received specialized training in psychotherapy, 11 had clinical supervision, and 10 were or have been in psychotherapy. The reported predominant theoretical orientation was psychoanalytic/dynamic in five cases, humanistic/experiential in two, cognitive-behavioral in three, systemic in one, eclectic/integrative in two, and cognitive-behavioral plus eclectic/integrative in one.

Instruments

Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR; Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011; Portuguese version by Moreira, Martins, Gouveia, & Canavarro, 2014). Self-report scale designed to assess attachment dimensions in different relationships (9 items each) in a scale from 1 (*strongly disagree*) to 7 (*strongly agree*). Each item is rated on a dimension of attachment-related Avoidance (6 items; e.g., *I prefer not to show this person how I feel deep down*) or Anxiety (3 items; e.g., *I'm afraid this person may abandon me*). In this study, three targets were included (mother, father, and romantic partner or best

friend), originating global Avoidance and Anxiety scores (internal consistency and descriptive statistics are presented in Table 2). Discrepancy coefficients in Avoidance and Anxiety were calculated as the absolute difference between therapist and client scores on each of these dimensions, higher values meaning increased dissimilarity.

Elaboration of Countertransference Experience Rating System (ECE-RS; Barreto & Matos, 2018). Rating system composed of six countertransference positions and seven dimensions of mental elaboration (Table 1). The rating system assesses contextual (session-specific) “state” aspects of implicit and explicit psychological work reflected in therapists’ post-session comments elicited by a demand question (Fonagy et al., 1998): *(a) register impressions, reactions, or associations triggered in you by this session as sincerely and spontaneously as possible; (b) write fluidly, in “stream-of-consciousness”, avoiding corrections and concerns with text organization or linguistic inaccuracies; (c) what you write will NOT be regarded as a full account of your experience – you are not expected to present it.* Each comment must be produced immediately after the session, wishfully under the influence of its “experiential state”, with no indications regarding length. One predominant countertransference position is identified and each of the seven dimensions is rated from 0 to 4 and later articulated in a total ECE score (0 to 28) (interrater reliability and descriptive statistics are presented in Table 2). In this study, we leave the countertransference positions out of our focus, since they would represent an overload of additional analyses.

Countertransference Factors Inventory – Direct (CFI; Gelso, Fassinger, Gomez, & Latts, 1995; Portuguese version by Barreto, Carvalho, & Matos, 2014). Twenty one-item scale assessing CM through five dimensions underlying the effective management of countertransference: self-insight (5 items; e.g., *I was aware of feelings in me elicited by the client*), empathy (6 items; e.g., *I was emotionally ‘in tune’ with the client*), conceptualizing skills (4 items; e.g., *I was able to conceptualize client’s dynamics and issues clearly*), self-integration (4 items; e.g., *I effectively distinguished between the client’s needs and my own needs*), and anxiety management (2 items; e.g., *I did not become overly anxious in the presence of the*

client's problems). Self-integration and anxiety management were excluded from analysis due to inadequate internal consistency (Cronbach's $\alpha < .70$ in every time-point). CFI uses a 5-point Likert scale from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*) and is usually rated by a supervisor or a colleague who is familiar with the therapist's work. Here, a self-rated session-specific form was used, in line with one previous study (Rosenberger & Hayes, 2002). This involved a change in the instruction (from "The therapist:" to "In this session:") and in items' wordings (e.g., *I was aware of...* instead of *Is often aware of...*). Item 17 (*It is possible that I have hampered the client's progress*) was dropped in order to improve internal consistency and ensuring that the retained items represented the psychological processes being assessed.

Table 2 contains detailed descriptive data for the measures used in this study.

Procedure

As part of a longitudinal naturalistic study on attachment, countertransference, and mentalization, approved by the authors' institutional Ethics Committee, therapists of different orientations were invited to participate following formal contacts with psychotherapy societies and professional organizations and the peer nomination technique. Inclusion criteria for therapists included basic training in psychology or psychiatry, or a professional certificate from an existing psychotherapy society; and currently working in a setting of outpatient individual psychotherapy. Clients received the invitation and the study's materials through their therapists after the first contact between the two. Therapists were instructed to choose among adult clients voluntarily seeking individual psychotherapy or counseling. All data were collected anonymously and on-line (*LimeSurvey 1.87*®), after informed consent, separately for each individual participant. Each therapist created his/her own participant code and a variant for each client entering the study. This way, the research team was blind to the origin of all data received, yet still being able to match information by dyad and by therapist. Regarding the variables reported in this study, attachment and socio-demographic data (reported by clients and therapists) were collected prior to the second session (time 0). The process

Table 2*Descriptive Data and Reliability (N = 14 dyads/52 sessions)*

	Measure	Cronbach's α	Mean	SD	Min	Max	Scale
ECR	Avoidance C	.78	3.22	0.87	2.11	5.00	1-7
	Anxiety C	.87	2.69	1.38	1.00	6.00	
	Avoidance T	.93	2.77	1.09	1.50	5.17	
	Anxiety T	.90	1.60	0.93	1.00	4.22	
	Discrepancy Avoidance		0.89	0.59	0.06	2.22	0-6
	Discrepancy Anxiety		1.26	1.38	0.11	4.89	
		Cronbach's α^a	Mean	SD	Min	Max	Scale
CFI	Insight	.78/.58/.70/.44	3.85	0.48	2.50	4.75	1-5
	Empathy	.87/.72/.85/.76	3.90	0.50	2.83	5.00	
	Conceptualizing	.51/.57/.70/-.05	3.76	0.49	2.50	4.75	
	Total	.79/.67/.89/.59	3.78	0.35	3.15	4.75	
		ICC ^b	Mean	SD	Min	Max	Scale
ECE-RS	Experiencing	.88	1.91	1.29	0.00	4.00	0-4
	Reflective Elaboration	.74	2.02	0.96	0.00	4.00	
	Epistemic Position	.84	2.00	1.57	0.00	4.00	
	Experiential Groundedness	.76	2.54	1.26	0.00	4.00	
	Emotional Differentiation	.82	2.74	1.12	0.00	4.00	
	Temporal Focus	.54	1.88	1.09	0.00	4.00	
	Internal Focus	.96	2.18	1.47	0.00	4.00	
	Total	.94	15.28	7.05	3.50	26.50	

Note. C = client; T = therapist.

^aValues for time 1 (n = 14)/time 2 (n = 14)/time 3 (n = 12)/time 4 (n = 12). ^bn = 55.

variables (from ECE-RS and CFI, reported by therapists) were measured after sessions 2 (time 1), 5 (time 2), 8 (time 3), and 10 (time 4). Participants were instructed to respond as soon as possible after the respective session. In the specific case of the post-session comment (see above), therapists were encouraged to register it immediately after the session, on paper if necessary. No payment or other type of compensation was offered for the participation.

Data Analysis

Two judges independently rated the post-session comments with the ECE-RS. One judge was a male and an author of the model, held a bachelor degree in

Psychology and was a PhD candidate in Psychology by the time of the study, having also had clinical training and experience in psychodynamic psychotherapy. The other judge was female, held a Master's degree in Psychology, and had research and clinical experience. The second judge was introduced to the ECE-RS through a short intensive training that started with reading and detailed discussion about the construct and the rating system, followed by rating exercises. In particular, 20 post-session comments were selected from the total of 75 available considering two criteria: A priority to comments belonging to dyads with ineligible or incomplete data, and representativeness concerning length. These 20 comments were assessed separately, following which the ratings were discussed and harmonized and the training process was deemed complete. The remaining 55 comments were rated independently by the same judges and used to calculate interrater reliability with intraclass correlation coefficients (ICC) based on a mean-ratings, consistency, two-way random effects model, which can be represented as ICC (2,2). For these 55 comments, the final scores were obtained by averaging the judges' ratings of the ECE dimensions.

The effects of time (centered on session 2) and attachment predictors (mean centered for avoidance and anxiety, raw for discrepancy scores) on ECE were modeled through a series of multilevel analyses, appropriate for dealing with the nested nature of our data (repeated measures within therapeutic dyads) and the longitudinal design of the study, besides the flexibility to handle unstructured and unbalanced longitudinal data, i.e., varying spacing and number of waves across dyads⁴² (Singer & Willett, 2003). The insufficient number of therapists with more than one client did not allow for three-level models (sessions within dyads within therapists). The amount of independent dyads was beyond or very close to the minimum number recommended for accurate level-1 and level-2 fixed- and random-effect estimates with restricted maximum likelihood (REML), but not for either fixed-

⁴² Our time variable was recoded not just as a way to be centered on the first session assessed, but also to accommodate the differing space between waves, both due to the study design (shorter interval from session 8 to session 10) and to incidental deviations entering the data in two cases (after session 3 and after session 6). This procedure allows an interpretation of time slopes as the variation in outcomes *per session*.

effect or variance standard error adequate estimations, meaning an increased risk of type I errors (McNeish & Stapleton, 2016). To counter this risk and the possible bias in level-2 fixed-effect estimates, we combined the REML with a Kenward-Roger correction, a method that has been shown to outperform others in dealing with distortions associated with small samples in multilevel modeling (see McNeish, 2017a, 2017b). With the risk of type I errors attenuated, and considering the limited power resulting from our sample size, we decided to report effects with significance values of $p < .10$ as a strategy to spot effects that might be found significant through conventional criteria with slightly larger samples.

With the purpose of reducing to a minimum the number of parameters to be estimated for each model, we never introduced more than one level-2 predictor in the same model, and our level-1 covariate (time) was dropped whenever a significance level of $p \geq .10$ was found. For each dependent variable, the same modeling sequence was followed: *unconditional means model* (no predictors) – ICC calculation; *unconditional growth model* (time fixed and random effects tested and retained only when $p < .10$ and no convergence problems occurred) – level-1 explained variance calculation as Pseudo- R^2 (Singer & Willett, 2003); *level-2 predictor model* (attachment variables as predictors) – level-2 explained variance calculation; *cross-level interaction model* (effect of level 2 predictors on change rate) – level-1 and level-2 explained variance calculation.

All analyses were run with *IBM SPSS Statistics 23* and repeated in the *R* package *lmerTest* (Kuznetsova, Brockhoff, & Christensen, 2017) for application of the Kenward-Roger correction.

Results

As mentioned, we started by using 55 post-session comments to calculate the interrater reliability of the ECE-RS variables. Table 2 shows that good to excellent levels were achieved for most ECE dimensions. However, for temporal focus, interrater reliability was moderate.

We then examined whether our final sample ($n = 14$) and the dyads left out of the main analyses (see above) could be distinguished in terms of the participants' background and attachment variables. No differences were found.

With the complete set of sessions available ($N = 75$), we conducted an exploratory factor analysis (principal axis factoring with varimax rotation) of our seven ECE dimensions. Both the scree plot and the Kaiser criterion supported a two-factor solution, accounting for 78.8% of the variance. Experiencing, internal focus, and epistemic position loaded primarily on the first factor (loadings of 0.94, 0.93, and 0.69, respectively) with reflective elaboration, emotional differentiation, and temporal focus loading on the second (loadings of 0.90, 0.60, and 0.58). Experiential groundedness was the only dimension with nearly equivalent regression weights on both factors (0.61 and 0.62).

The results described to this point ignored the non-independence of our data. In order to deal with this problem, we first examined the possible associations of ECE-RS and CFI variables averaged by dyad with therapists' sex and age. No effects were found. Then, we decided to explore the associations between ECE-RS and CFI variables separately for each time-point. Considering the nature of the ECE rating system, we chose to conduct Spearman's rank correlations. The results showed that ECE-RS and CFI dimensions tended to be negatively correlated, although there was greater variability concerning the CFI self-insight dimension. A tendency for the negative correlations to decrease over time was also apparent (see Appendix B).

Finally, we run a series of multilevel analyses using each of the ECE-RS scores (seven dimensions and total score) as outcomes and testing time and attachment scores as within-dyads and between-dyads predictors. All outcomes yielded substantial clustering effects (ICCs from 0.465 to 0.684). Most outcomes failed to confirm a linear systematic change over time and differences in rate change across dyads (random slopes) were not found in any case. When present (total ECE, experiencing, epistemic position, internal focus), the effect of time was negative, suggesting a slight decreasing tendency – unstandardized coefficients from $-.12$ ($p = .031$, epistemic position) to -0.05 ($p = .096$, total ECE). Therapists' avoidance, clients' anxiety, and both discrepancy scores were the most important time-invariant

(level-2) predictors, reaching a maximum of 88.8% of level-2 explained variance (anxiety discrepancy on internal focus). Contrary to other attachment predictors, therapists' avoidance positively predicted the total ECE, as well as experiencing, epistemic position, internal focus, and, with a higher p value of .054, experiential groundedness. Within the ECE-RS, no effects of attachment dimensions with a significance level below .10 were found for reflective elaboration and emotional differentiation. Considering that the ECE dimensions represented by each of the factors found through factor analysis appeared to be differentially associated with the predictors, we decided to extend the analyses to include the first and second ECE factors as outcomes, computing the scores with the Bartlett method from the total set of 75 session ratings (see above). Table 3 presents the results for factor 1 (mostly representative of experiencing, internal focus, epistemic position, and emotional groundedness), with client anxiety, therapist avoidance, and anxiety match as relevant predictors, and therapist anxiety and the time variable as predictors with lower effect sizes. Therapist attachment variables were the only predictors with a positive effect. As for factor 2 (mainly representing reflective elaboration, emotional differentiation, temporal focus, and emotional groundedness), the clustering effect was similar to the one found with factor 1 (0.46 and 0.48, respectively), but neither the time variable nor any of the attachment variables showed effects with a level of significance below .10.

Discussion

We wanted to test our model of ECE with real data, subjecting psychotherapists' post-session comments to independent ratings, exploring the latent structure of these data, comparing ECE with CM ratings of the same sessions over time, and testing therapist and client attachment as predictors. Results were encouraging in terms of interrater reliability and appeared to support a bidimensional approach to ECE and the expectation of therapist, client, and dyadic attachment

Table 3

Summary of Multilevel Models Predicting ECE Factor 1

	UMM	UGM	A	B	C	D
Fixed effects						
Intercept	0.02 (0.23)	0.30 (0.27)	0.30 (0.22)	0.31 (0.25)	0.31 (0.21)	0.96*** (0.22)
Time (change per session)		-0.07* (0.03)	-0.07* (0.03)	-0.08* (0.03)	-0.08* (0.03)	-0.07* (0.03)
A - Anxiety client			-0.41** (0.13)			
B - Anxiety therapist				0.42† (0.24)		
C - Avoidance therapist					0.59** (0.15)	
D - Anxiety match						-0.52*** (0.10)
Variance components						
Level 1	0.61*** (0.14)	0.55*** (0.13)	0.55*** (0.13)	0.55*** (0.13)	0.55*** (0.13)	0.54*** (0.12)
Level 2 (intercept)	0.55† (0.29)	0.59* (0.29)	0.29 (0.18)	0.48† (0.26)	0.21 (0.15)	0.09 (0.10)
Model summary						
Intraclass correlation	0.478					
Pseudo-R2						
Within-dyad variance		0.093	0.097	0.094	0.098	0.104
Between-dyad variance			0.474	0.131	0.622	0.838
Parameters	3	4	4	5	5	5

Note. UMM = unconditional means model; UGM = unconditional growth model. N = 52 (level 1)/14 (level 2).

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

dimensions affecting therapists' elaboration of session experiences. Hypotheses concerning change in ECE over time were mostly unconfirmed, and unanticipated associations between ECE and CM were found.

As stated earlier, interrater reliability was only moderate for temporal focus. The rating process of the temporal focus may help illuminate this finding: There was a difficulty in judging whether some therapists' observations would be better interpreted as descriptions of thoughts that occurred *in session* or, alternatively, that were being produced *while writing* the comments, implying a difference between a 0 (past) and a 2 (present) score (see Table 2). This type of rating decision may be further clarified through training refinement.

As regards the results of the exploratory factor analysis, albeit the necessary caution due to the non-independence of observations, the emergence of two factors seems to support the ECE model in that it relies on two primary dimensions. The first factor seems to reflect *immersion in and containing of subjective experience* (thus, mostly *implicit elaboration*), whereas the second factor entails *explicit meaning-making, reflection, and conjecture*. It is no wonder that attachment scores were better predictors of the first factor's score and its dimensions. This may mean that factor 1 is more sensitive to relational and affect-regulatory processes inherent to attachment representations, contrary to factor 2 and some of its dimensions, independent *to a larger extent* of the processing of immediate experience. These two kinds of mental process may somehow operate separately, as suggested in what has been called the two-step model of CM (Latts & Gelso, 1995). Still, the weaker associations of attachment variables with factor 2, reflective elaboration, and emotional differentiation may both signal different facets of psychological processes (e.g., associated with the formal quality of representations and less concerned with an actual dynamic role – see Bouchard et al., 2008) or mere lack of statistical power.

The tendency for negative correlations between ECE and CM scores was not anticipated and deserves attention. ECE dimensions are inferred by judges from therapists' discourse, assuming that they can represent explicit and implicit/procedural mental processes employed by therapists in dealing with the experiences elicited in sessions. On the contrary, CM scores rely on therapists'

conscious representations of experience. Despite their indisputable utility in research, the limitations of self-reports have been pointed out in literature. Namely, they may be accurate concerning what individuals know about themselves, but limited “by the individual’s willingness to communicate openly and frankly and to describe themselves in unfavorable terms; their ability to make accurate judgments about themselves; and their insight into their emotional world, patterns of thinking, interpersonal style, or behavior” (Ganellen, 2007, p. 33). These limitations may be especially relevant for countertransference experience, considering its largely acknowledged unconscious component (see Gelso & Hayes, 2007) and the possible impact of participating in the study in and of itself. As mentioned, one of the only studies using self-rated CFI inspired reservations about this version, although a session-specific form was not adopted in that case (Hayes et al., 1997). Pertaining to mentalizing processes, Fonagy et al. (2016) explicitly asked: “How can anyone self-reflect accurately and arrive at the conclusion that they are poor at self-reflection?” (pp. 2-3), concluding that since reflective functioning occurs largely outside conscious awareness and control, those with limited mentalizing abilities are commonly unaware of such difficulties and biased in responding to self-reports. We anticipated that associations of ECE with CM might be obscured by these reasons. However, negative correlations appear to require further interpretation. One possible view would be that self-reported CM signaled therapists’ defenses against countertransference difficulties, such that higher distress (depicted in ECE lower scores) triggered self-protective reports of a successful handling of countertransference (CM higher scores) – Shedler, Mayman, and Manis (1993) demonstrated that defensive denial of distress can go unnoted in self-report measures. In opposite direction, lower countertransference arousal might have the effect of relaxing therapists’ defenses and thus facilitate engagement in mentalizing (high ECE scores) and openness to consider possible shortcomings (lower CM scores). This explanation would be coherent with Luyten et al.’s (2019) view of the relation between arousal and mentalization, and also with recent findings describing apparently paradoxical associations between therapists’ self-assessment and patients’ improvement (see Nissen-Lie, Monsen, Ulleber, & Rønnestad, 2013). Yet

a different view might be that CM as measured through self-reported CFI is activated as a compensatory response from therapists towards clients' difficulties (Barreto & Matos, 2017). Higher CFI ratings would then mean greater CM efforts triggered by greater countertransference difficulties captured by lower ECE scores. Finally, the decreasing tendency of negative correlations over time might mean that the defensive or compensatory use of self-reported CM is attenuated after the initial stage of the process and/or due to familiarization with the routines of participating in the study.

Our results from multilevel analyses suggest that a high proportion of ECE variability is due to differences between dyads, which is to some extent expected in longitudinal studies. Still, it may indicate a considerable continuity of countertransference phenomena through time. A third clustering level nesting dyads within therapists would allow an appreciation of more “therapist-dependent” or “client-dependent” ECE dimensions. In this sense, a comparison of therapist and client contributions to the “joint creation” of countertransference (Gabbard, 2001) would be possible. Still, results with time-invariant predictors (see below) suggest that level-2 variability may be related both to therapist and client differences.

As we have seen, the effect of time, when present, was negative, although accounting for a small proportion of variation within dyads and corresponding to a rather slight decline (at most, for epistemic position, 9.6% of explained variance and -0.12 points per session in a 0 to 4 scale). Increasing elaboration difficulties from session 2 to 10, if reaching practical significance, may originate from the challenges of therapy entering different phases. For instance, the transition from an engaging to a working phase of the process. Or, more generally, the surfacing of emotional schemata from both partners as the relationship evolves, with possible transference-countertransference entanglements or mutual enactments. Still, time effects need further investigation with increased statistical power.

Concerning attachment predictors, therapist avoidance positively predicting ECE factor 1, experiencing, epistemic position, and internal focus were unexpected findings. Looking at the descriptive data (Table 2), we can hypothesize that avoidance variations within prototypically secure therapists are at stake, although

the average avoidance level in our therapists sample (2.77) is slightly above the 2.32 mean found in a Portuguese sample of community individuals (Moreira et al., 2014). The observed effect may mean that therapists' immersion in and containing of experience benefits from the ability to keep a necessary distance for maintaining an "observing ego" and inward attention. From another angle, ECE may somehow be used as a deactivating strategy by therapists coping with difficulties associated with closeness in the therapeutic relationship. This compensatory use of ECE would be coherent with the findings of Cologon et al.'s (2017) study mentioned before, according to which reflective functioning seemed to compensate for attachment difficulties and lower reflective functioning was compensated by attachment security in therapists. The slight positive effect of therapist attachment anxiety on the ECE factor 1 score appears to be less relevant but also deserves attention. If confirmed, this could be another instance of a compensatory use of ECE, or it might mean that more anxious therapists immerse in experience as an attempt to process and contain arousal. Table 2 descriptive data suggest that these variations occur among mostly secure therapists in terms of attachment style.

Regarding the strong hindering effects of clients' attachment-related anxiety on most ECE dimensions, a possible interpretation would be that more anxious clients exert higher relational pressure and need more reassurance, pulling therapists into less mentalized functioning and temporarily collapsing mental space. Similar to this description are Talia et al.'s (2014) findings that patients classified as preoccupied in the Adult Attachment Interview tend to enlist the therapist's constant validation of their perspective while obstructing interventions and leaving little room for separateness in the relationship. Yet another interpretation might be that the efforts of more anxious clients to seek therapists' approval through gratification or seductive strategies would have the effect of influencing therapists into less mentalized states.

Attachment anxiety discrepancy was the most important negative predictor of most ECE dimensions. Although future studies need to examine the presence of this effect after controlling for clients' attachment anxiety, it appears that discrepancy in this dimension adds to the effects just discussed, which may mean

that more anxious clients' functioning in therapy may be less disturbing for therapists with less contrasting relational needs. Considering that attachment-avoidance dissimilarity also showed a tendency for negative effects on ECE, it may be that therapists mentalize better on their "proximal relational zone", at least during the phase of therapy included in our study.

Overall, the nearly complete lack of effects of clients' avoidance and therapists' anxiety is somewhat surprising. Dismissing patients tend to downplay negative experiences and apparently discharge therapists from participating (Talia et al., 2014). This, in combination with the slight tendency towards avoidance in our therapists' sample (see above), may again suggest a picture of a "proximal relational zone" in which, at this stage of psychotherapy, therapists' ability to mentalize is not substantially affected. As for therapists' attachment anxiety, it may affect the countertransference experience in greater extent later in the process, after an initial stage in which their own attachment-related needs may apparently benefit therapy (Sauer, Lopez, & Gormley, 2003). Still, statistical factors (statistical power, low predictors' variability) must not be discarded.

Our study has several limitations, starting with the sample size. The lack of statistical power increases both the risk of type II errors (ignoring real effects) and that significant effect sizes are inflated (Ioannidis, 2008; Yarkoni, 2009). In multilevel analysis, we have seen that our sample size also entails an increased danger of type I errors due to underestimation of standard errors (McNeish & Stapleton, 2016), although, as explained, we compensated for this with a Kenward-Roger correction. Small samples also make it more difficult to verify the assumptions required in multilevel modeling (McNeish & Stapleton, 2016). Finally, the small sample also prevented us from testing more complex models, namely introducing more predictors and interactions and discriminating therapist from client effects through nesting dyads within therapists. Second, ECE-RS and most notably CFI have some problematic results concerning reliability. Other difficulties pertain to the naturalistic design of our study. While hopefully benefiting ecological validity, this option leaves important contextual sources of variability without control. Furthermore, our cautious approach, concerned with reducing intrusiveness to a minimum, came with a cost,

notably as regards loss of information due to errors in data entry and an unbalanced final data set. Lastly, our results are limited to the first 10 sessions, which in some cases may represent an advanced stage of therapy while in others is just the beginning. Besides, this option limits our ability to assess final therapy results/changes and to discriminate good-outcome and poor-outcome processes.

Future directions for this line of research should include testing more complex models (including curvilinear change) with larger samples; systematizing training in ECE-RS rating and improving interrater reliability; further studying EFA factors as new variables of ECE; and investigating associations of ECE with other predictors, process variables, and therapeutic outcomes. In particular, examining the associations of ECE variables with well-established effective relational elements of psychotherapy such as alliance or empathy will help illuminate whether ECE actually facilitates common factors and appropriate responsiveness as we hypothesize.

In conclusion, our model may be a valuable contribution to the endeavor of *mentalizing psychotherapists*, shedding some light into how clinicians' background and emergent challenges turn into therapeutic action and clinical wisdom. The understanding of therapist effects is still in its first steps. Contrary to what most would anticipate, factors like adherence to treatment manuals, professional training, and experience appear not to be central to effectiveness (e.g., Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014). Research into therapists' actual psychological work might hopefully help clarify these findings – namely, examining how experience and training improve, hinder, or fail to affect therapists' exploration of mental states in daily work, or how adherence to clinical protocols qualifies as a model of mental functioning. Aside from a research instrument, thus, we believe that our model can be a useful tool in psychotherapy training and supervision across theoretical orientations.

References

- Barreto, J. F., Carvalho, H. M., & Matos, P. M. (2014). *Inventário de Factores da Contratransferência – Versão Portuguesa* [Countertransference Factors Inventory – Portuguese version]. Unpublished manuscript, Center for Psychology at University of Porto, University of Porto, Porto, Portugal.
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2017). Balancing clinical risk with countertransference management protects alliance. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *20*, 179–186. doi: 10.4081/ripppo.2017.279
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*, 427–439. doi: 10.1002/cpp.2177
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2021). *Navigating the countertransference experience: A transtheoretical specifist model*. Manuscript submitted for publication.
- Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy*, *57*, 141–150. doi: 10.1037/pst0000250
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, *6*, 3–15. doi: 10.1080/14733140600581218
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York; Oxford University Press.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11-15. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*, 32–43. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.32
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 47–66. doi: 10.1037/0736-9735.25.1.47
- Bram, A. D., & Gabbard, G. O. (2001). Potential space and reflective functioning: Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications. *International Journal of Psychoanalysis, 82*, 685-699. doi: 10.1516/5ce7-qdtr-e4d5-gqgk
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry, 22*, 766-793. doi: 10.1080/07351692209349017
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: 10.1007/s10488-017-0790-5
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 23*, 47-65. doi: 10.1002/cpp.1937

- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*, 227–259. doi: 10.1521/bumc.67.3.227.23433
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy, 48*, 237–248. doi: 10.1037/a0022425
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 23*, 526-538. doi: 10.1080/10503307.2013.800950
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*, 372-380. doi: 10.1037/a0036505
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016) Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE, 11* (7): e0158678. doi: 10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment, 23*, 615-625. doi: 10.1037/a0022898
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 983–991. doi: 10.1002/jclp.1065
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: Strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of Personality Assessment, 89*, 30-40. doi: 10.1080/00223890701356987

- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 356–364. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.356
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Habermas, T. (2006). Who speaks? Who looks? Who feels? Point of view in autobiographical narratives. *International Journal of Psychoanalysis, 87*, 497-518. doi: 10.1516/axwm-qrnf-h69k-9k3c
- Hatcher R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist, 70*(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy, 55*, 496–507. doi: 10.1037/pst0000189
- Hayes, J. A., Riker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*, 145–153. doi: 10.1080/10503309712331331933
- Heck, R. H., Thomas, S. L., & Tabata, L. N. (2010). *Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS*. New York, NY: Routledge.
- Ioannidis, J. P. A. (2008). Why most discovered true associations are inflated. *Epidemiology, 19*, 640–648. doi: 10.1097/ede.0b013e31818131e7
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. (1986). The Experiencing Scales. In L. S. Greenberg, & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). New York: Guilford.
- Kuznetsova, A., Brockhoff, P., & Christensen, R. (2017). ImerTest Package: Tests in linear mixed effects models. *Journal of Statistical Software, 82* (13), 1-26. doi: 10.18637/jss.v082.i13

- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy, 32*, 405–415. doi: 10.1037/0033-3204.32.3.405
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.) (pp. 37–62). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- McNeish, D. (2017a). Challenging conventional wisdom for multivariate statistical models with small samples. *Review of Educational Research, 87*, 1117–1151. doi:10.3102/0034654317727727
- McNeish, D. (2017b). Small sample methods for multilevel modeling: A colloquial elucidation of REML and the Kenward-Roger correction. *Multivariate Behavioral Research, 52*, 661–670. doi:10.1080/00273171.2017.1344538
- McNeish, D. & Stapleton, L.M. (2016). The effect of small sample size on two level model estimates: A review and illustration. *Educational Psychology Review, 28*, 295-314. doi: 10.1007/s10648-014-9287-x
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2014). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication. doi: 10.1080/00223891.2014.950377
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 86–104. doi: 10.1080/10503307.2012.735775
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*, 303-315. doi: 10.1037/pst0000193
- Reading, R. A. (2013). *The role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3566470).

- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 221-232. doi: 10.1037//0022-0167.49.2.221
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 13*, 371-382. doi: 10.1093/ptr/kpg027
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist, 48*, 1117-1131. doi: 10.1037/0003-066x.48.11.1117
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. New York: Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 5-42. doi:10.1002/jclp.22484
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(4), 439-458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Talia, A., Daniel, S. I. F., Miller-Bottome, M., Brambilla, A., Miccoli, D., Safran, J. D., & Lingiardi, V. (2014). AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: A 'move to the level of the relation' for attachment-informed psychotherapy research. *Attachment & Human Development, 16*, 192-209. doi: 10.1080/14616734.2013.859161.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist, 69*, 218-229. doi: 10.1037/a0035099
- Vermote, R. (2005). *Touching inner change: Psychoanalytically informed hospitalization-based treatment of personality disorders. A process-outcome study*. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit, Leuven, Belgium.

Wiseman, H. (2017). The quest for connection in interpersonal and therapeutic relationships. *Psychotherapy Research*, 27, 469–487. doi: 10.1080/10503307.2015.1119327

Yarkoni, T. (2009). Big correlations in little studies: Inflated fMRI correlations reflect low statistical power – Commentary on Vul et al. (2009). *Perspectives on Psychological Science*, 4, 294-298. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01127.x

Appendix A

Examples of Therapist Post-session Comments Rated with ECE-RS

Two real examples of therapist comments with contrasting ratings of ECE can give a clearer picture of what the construct represents:

Comment A: (...) *Still shows some regrets and defends against the sense of failure. Socratic dialogue aiming at a normalization of the mourning process and valorization of the gains achieved. Academically more functional (...)* – **ECE total score: 8.5 (from 0 to 28); countertransference position: Abstract-Rational**

Comment B: (...) *I realized I have doubts about her engagement in the process. She is very rigorous with assiduity and schedule, but prefers to “digest” the subjects before she brings them to session. (...) This makes me feel uneasy about the work we’re doing, maybe also because I realize I’m directing too much. Still, I like her and she elicits in me a nearly maternal wish to see her doing well.* – **ECE total score: 25.5 (from 0 to 28); countertransference position: Mentalizing**

Appendix B

Spearman's Rank Correlations between ECE and Countertransference Management

Measure	CFI															
	Insight				Empathy				Concept				Total			
	t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
ECE-RS																
Experiencing	.00	-.23	-.28	.22	-.24	-.22	-.16	-.28	-.49†	-.42	-.45	-.31	-.46†	-.44	-.34	-.23
Reflective Elaboration	-.51†	-.26	.20	-.05	-.16	-.22	.18	.16	-.50†	-.61*	-.08	.26	-.42	-.42	.09	.17
Epistemic Position	-.23	-.10	.13	.23	-.35	-.31	-.13	-.31	-.51†	-.52†	-.44	-.50†	-.58*	-.54*	-.19	-.27
Experiential Groundedness	.17	-.45	.23	.38	-.18	-.27	.38	-.15	-.64*	-.57*	.09	-.17	-.31	-.43	.25	.09
Emotional Differentiation	-.27	.10	.19	.25	-.11	-.07	.15	.37	-.47†	-.51†	-.06	.31	-.32	-.20	.07	.72**
Temporal Focus	-.43	-.37	.10	.15	-.55*	-.31	.06	-.25	-.64*	-.55*	-.12	-.04	-.70**	-.55*	.00	-.08
Internal Focus	.09	-.21	-.13	.22	-.22	-.13	.01	-.46	-.29	-.36	-.18	-.36	-.34	-.35	-.14	-.40
Total	-.22	-.20	.06	.25	-.40	-.28	.06	-.22	-.68**	-.68**	-.23	-.25	-.64*	-.52†	-.05	-.07

Note. t1 = time 1 (n = 14); t2 = time 2 (n = 14); t3 = time 3 (n = 12); t4 = time 4 (n = 12).

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

CAPÍTULO V
Elaboration of Countertransference Experience and the Workings of
the Working Alliance

Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy, 57*(2), 141–150.
<https://doi.org/10.1037/pst0000250>

Abstract

Alliance may impact psychotherapy outcomes both as a precondition that enables therapeutic work and as an evolving process that is therapeutic in itself. This study examined the participation of the elaboration of countertransference experience (ECE) in alliance variation between therapist-client dyads early in therapy and within dyads over time. 44 session assessments nested within 12 dyads were modeled through longitudinal multilevel analyses and utilized to examine the associations between the ECE dimensions of *Immersion* and *Reflection* and alliance components across 4 time-points within the first 10 sessions of psychotherapy. Results supported the importance of initial ECE to explain differences in alliance between dyads, the particular relevance of ECE with clients presenting lower levels of personality organization, and the effect of personality difficulties on alliance change. Unexpected results emerged concerning the correlations between ECE and alliance and their covariation over time. In conclusion, ECE dimensions appear to be involved in alliance formation, both in initial differences between dyads and in changes over time within the same case. ECE seems particularly important with more personality-disturbed clients. Future research should disentangle therapist and client contributions and examine the participation of ECE in the resolution of alliance ruptures.

Keywords: countertransference, alliance, therapist factors, mentalization, longitudinal multilevel analysis

Clinical Impact Statement

- Question: Is alliance formation associated with the psychological processes that therapists use in making sense of their experiences with clients, defined as the elaboration of countertransference experience (ECE)?
- Findings: Therapists' engagement in their subjective experience (Immersion) in the beginning of psychotherapy is higher in dyads with a better emotional bond. With clients with personality difficulties, therapists' explicit meaning-making (Reflection) may benefit clients' sense of collaboration and goal consensus.

- Meaning: In practice and in training, therapists should be helped to understand how to make use of what they experience in and between sessions in ways that improve psychotherapeutic processes and outcomes.
- Next Steps: Future research should disentangle therapist and client contributions to ECE and examine its participation in the resolution of alliance ruptures.

Introduction

Although the association between alliance and outcome is among the most robust findings in psychotherapy research (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018), there is still room for different understandings of the mechanisms underlying this association. Recently, Zilcha-Mano (2017) distinguished between a *trait-like component of alliance*, the client's general ability to form satisfactory relationships with others, manifested in a strong alliance and simultaneously influencing the capacity to benefit from treatment; and a *state-like component of alliance*, referring to changes in alliance that bring about therapeutic change. As the author observes, while the former component may work as a precondition that enables therapy to be effective, the latter establishes alliance, especially its *bond* component, as a therapeutic ingredient in itself, capable of producing changes.

The notion of changes in alliance being a therapeutic mechanism is consistent with Safran and Muran's (2000) view of alliance as a dynamic process of negotiation and the growing tendency to investigate alliance ruptures and resolutions as central aspects of therapeutic work (Lingiardi & Colli, 2015). Changes in alliance may be particularly therapeutic with clients presenting more severe interpersonal difficulties and more problematic self-other representations or lower quality of object relations (Zilcha-Mano, 2017). Falkenström, Granström, and Holmqvist (2013) found the alliance to have a six times stronger impact on subsequent symptom change in a group of clients with personality problems compared to a group without personality problems. Zilcha-Mano and Errázuriz (2015) showed that changes in the alliance predicted symptoms for clients with low but not with high pretreatment psychological functioning.

It may be, then, that some clients require more relational work than others. In these cases, therapist factors appear to be especially critical for the therapeutic outcomes. It is known that some therapists have consistently better results than others – according to a recent meta-analytic study, therapist effects account for about 5% of the variance in psychotherapy outcomes (Baldwin & Imel, 2013). This estimation varies substantially as a function of study characteristics (e.g., naturalistic vs. clinical trial, outcome measure) and, importantly, clients' variables, with greater

effects for more severe cases (e.g., Saxon & Barkham, 2012). In the specific case of personality difficulties, the challenges brought to the alliance by clients' emotional lability or constriction and the restricted range of interpersonal behavior they entail (Tufekcioglu, Muran, Safran, & Winston, 2013) may magnify differences between therapists that depend on their ability to work through relational strains.

Therapist Mentalization and the Elaboration of Countertransference Experience

For the reasons stated above, therapist factors and processes involved in the formation of alliances may be at the core of differences in effectiveness, particularly with clients presenting greater interpersonal difficulties and, thus, trait-like tendencies for weaker alliances. Trying to add to the understanding of these processes, we recently used the term *elaboration of countertransference experience* (ECE; Barreto & Matos, 2018) to designate the implicit/spontaneous and explicit/reflective psychological processes through which therapists make sense of their experiences with clients, in and between sessions.⁴³ ECE can be viewed as a particular type of mentalization (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012), more directed towards self (therapists/countertransference experience) than others (clients). It has been our claim that, to the extent that most of the studied common factors explicitly involve therapists handling emotional states and relational processes in session (e.g., alliance development and rupture repairing, empathy, positive regard, congruence, countertransference management), the type of psychological work depicted in the ECE construct is involved (Barreto & Matos, 2018).

To study ECE, we created a rating system intended to be applied to therapists' post-session comments, which are suited to naturalistic and longitudinal research while warranting access to therapists' experiences and elaborative

⁴³ We view countertransference as a ubiquitous phenomenon in psychotherapy. Our model echoes a "totalistic" position on countertransference experience in the sense that it involves therapist's experiences as a whole. However, it discriminates four experiential components, derived from previous literature, to which different therapists may assign distinct clinical value: subjective countertransference, objective countertransference, therapeutic attitude, and emerging experience (see Barreto & Matos, 2018).

processes. The model comprises two primary independent dimensions and five complementary dimensions or axes of elaboration (Table 1).⁴⁴

Preliminary results with the ECE rating system (Barreto, Saraiva, & Matos, 2018) showed mostly good to excellent interrater reliability and suggest that the seven dimensions may be organized in two latent orthogonal factors accounting for 78.8% of the variance. The first factor (F1, labeled *immersion in/containing of subjective experience*) represents the therapist experiential engagement and acceptance of experience, expressed through inward attention and treating one's own feelings and ideas as both clinically relevant and subjective productions. It can be seen as a form of *implicit* elaboration. The second factor (F2, labeled *reflection/conjecture*) represents a more *explicit* type of meaning-making, manifested in a search for explanations and complex accounts of internal and relational dynamics. Initial results suggest that therapist, client, and dyadic attachment dimensions all seem to impact ECE dimensions, particularly those more representative of Immersion.

So far, very few studies have investigated the impact of therapist mentalization on psychotherapy with real clients. Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, and Levy (2003) assessed therapists' and clients' reflective functioning – an operationalization of mentalizing as the process by which people implicitly and explicitly make sense of each other and themselves in terms of subjective states and mental processes (Bateman & Fonagy, 2010) – regarding the therapeutic relationship and their impact over the course of one year in Transference-Focused Psychotherapy. Results suggested that clients benefit when therapists are one step ahead in reflective functioning but are able to adjust their own level of mentalization to the clients'. Later, Goodman (2010) reanalyzed these results and found evidence that therapists employed a highly sophisticated and complex reflective functioning

⁴⁴ In combination, the primary dimensions also allow a distinction between diversely mentalized *countertransference positions* that are intended to represent a therapist's predominant attitude towards his/her current experience of a given session (for a detailed presentation of the model and its foundations in psychotherapy literature of diverse backgrounds, the reader is referred to Barreto & Matos, 2018).

Table 1

Dimensions of Elaboration in the ECE Rating System

DIMENSION	DESCRIPTION AND RATING				
EXPERIENCING ^a	<i>Increasing subjectivation, ownership, appropriation, or containment of immediate experience</i>				
	0 - Detached	1	2 - Disruptive	3	4 - Containing
REFLECTIVE ELABORATION ^a	<i>Effort to explain, organize, or make sense (facts, ideas, experiences)</i>				
	0 - Description/ expression	1	Active meaning-making		4 - Investigation/ exploration
EPISTEMIC POSITION	<i>Experienced relation between therapist's psychic reality and external reality (therapeutic process, client)</i>				
	0 - Equation	1	2 - Separation/ isolation	3	4 - Dialectic
EXPERIENTIAL GROUNDEDNESS	<i>Extent to which therapist's observations process/integrate and are anchored in concrete aspects of experience</i>				
	0 - Absent	1	2 - Diffuse	3	4 - Vivid
EMOTIONAL DIFFERENTIATION	<i>Complexity and discriminative capacity with which emotional themes (from therapist and/or client) are treated</i>				
	0 - Diffuse/ absent	1	2 - Simple	3	4 - Complex
TEMPORAL FOCUS	<i>Articulation of past and immediate perspectives; differentiation and integration between past protagonist and present narrator perspectives</i>				
	0 - Past	1	2 - Present	3	4 - Present-past
INTERNAL FOCUS	<i>Extent to which internal experience is attended to and explored</i>				
	0 - Absent	1	2 - Implicit	3	4 - Explicit

Note. Scores 1 and 3 are used to rate intermediate processes lying between level descriptions.

^aPrimary dimensions.

when facing traumatized clients, probably as a protection from feeling too overwhelmed. This analysis may support a view of reflective functioning as a relevant dimension in dealing with CT phenomena. With a slightly different emphasis, Diamond et al. (2003) had already suggested that therapists' level of reflective functioning might reflect a countertransference factor that could either curtail or enhance their capacity to mentalize.

A few years later, Reading (2013) scored therapists' reflective functioning from semi-structured interviews about specific clients receiving Brief Relational Therapy and found that therapists' reflective functioning can predict relevant process dimensions (namely, addressing and resolving alliance ruptures) and therapeutic results reported at 6-month follow-ups.

More recently, Cologon, Schweitzer, King, and Nolte (2017) studied 1001 clients treated by 25 therapists and found that therapists' overall reflective functioning could predict therapeutic change. More specifically, the authors estimated that 70.5% of the variance in therapist effectiveness was accounted for by reflective functioning. An interaction between therapists' reflective functioning and attachment was also found, such that reflective functioning seemed to compensate for higher attachment anxiety and lower reflective functioning was compensated by attachment security in therapists.

In sum, the existing evidence suggests that therapist mentalization, either as a general trait or a case-specific state, is positively associated with process and outcome measures.

Research on countertransference management, a construct that overlaps but does not equate ECE (see Barreto & Matos, 2018), is limited, but the available evidence suggests that it is positively associated with psychotherapy outcomes (for a review, see Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018).

The Present Study

In this study, we want to examine the associations between the ECE factors described above (for ease of reference, henceforth called *Immersion* and *Reflection*) and alliance assessed by clients at onset and across 4 moments within the first 10

sessions. In all, we believe ECE dimensions may be related to alliance in more than one way. As therapist trait-like attributes, they may be involved in differences in therapists' ability to form alliances across clients. At the case level, they may be related to the success of particular dyads in forming an alliance. As session-specific therapist activities, they may moderate the impact of client, therapist, or dyadic characteristics that would otherwise be likely to hinder the alliance, such as personality and interpersonal difficulties, or they may be negatively affected by those same characteristics, therefore simply mediating their detrimental impact on alliance. Albeit assessed as reflective functioning, as seen above, evidence of therapist mentalization compensating for preexisting difficulties in clients and therapists has been reported before (Cologon et al., 2017; Goodman, 2010), as well as a positive impact on addressing and repairing alliance ruptures (Reading, 2013).

Using a naturalistic longitudinal design and approaching our data with multilevel modeling of time-waves (level 1) nested within dyads (level 2), we will (a) examine the linear change over time of alliance dimensions, testing therapist ECE and client personality difficulties as moderators of the effect of time on alliance; (b) examine the covariation (within dyads) between ECE factors and alliance components within the first 10 sessions; (c) investigate differences in initial (time 1) levels of ECE as predictors of alliance variation between dyads; (d) test initial (time 1) levels of ECE as moderators of the association between (within-dyads) ECE and alliance components along time; and (e) test clients' baseline personality difficulties as moderators of the association between (within-dyads) ECE and alliance components along time. We expect that (i) ECE factors, both initial (measured at time 1) and within dyads (measured across sessions), will be positively associated with alliance components, especially the emotional bond; (ii) these effects will be higher for clients with lower levels of personality functioning; (iii) positive linear change in alliance components will be accentuated by therapist ECE and attenuated or inverted by clients' higher personality difficulties; and (iv) positive covariation of ECE and alliance will be stronger in dyads that begin with lower levels of ECE.

Method

Participants

From an initial set of 17 therapists and 27 adult clients working in different community contexts (private practice, college counseling centers, and community mental health centers) that accepted to participate in the study, 75 post-session comments coming from 16 therapists (24 dyads) were received and used for raters' training (20), calculating interrater reliability (55), and obtaining factors scores (75; for detailed information, see Barreto et al., 2018). Among these, only independent dyads with client baseline variables available and a minimum of two time waves completed were retained, resulting in a final sample of 12 dyads and 44 session assessments (eight dyads with four sessions and four dyads with three sessions each – among these, two clients missed the third wave and two others missed the fourth wave). The average number of sessions per dyad was 3.7, ranging from three to four.

Clients included nine women and three men whose ages ranged from 19 to 58 years ($M = 29.0$, $SD = 14.1$). Therapists ranged from 28 to 55 years of age ($M = 42.8$, $SD = 7.1$), including nine women and three men who acknowledged between five and twenty three years of experience ($M = 14.3$, $SD = 5.9$). The reported predominant theoretical orientation was psychoanalytic/dynamic in five cases, humanistic/experiential in two, cognitive-behavioral in two, eclectic/integrative in two, and cognitive-behavioral plus eclectic/integrative in one.

Instruments

Inventory of Personality Organization (IPO; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Portuguese short version by Barreto, Matias, Carvalho, & Matos, 2017). Self-report scale assessing personality organization according to Otto F. Kernberg's model, which describes personality functioning in a severity/developmental continuum ranging from normal-neurotic functioning, through high and low borderline levels, and ending in the psychotic pole. These variations are a function of identity diffusion, primitive defenses, and reality testing, which are also the primary scales of the instrument, composed of 57 items classified

along a Likert scale from 1 (*never true*) to 5 (*always true*). The study of the Portuguese version yielded an alternative latent structure formed by three factors: Instability of Self, aggregating items that reflect concerns with self (discontinuity of self-experience, goal volatility, erratic, impulsive, or contradictory behavior; e.g., *Even people who know me well cannot guess how I'm going to behave*); Instability of Others, revealing concerns about others (dependency, idealization, abandonment, internal/external reality confusion; e.g., *When others see me as having succeeded, I'm elated and, when they see me as failing, I feel devastated*); and Psychosis, for experiences involving difficulties separating self from nonself and intrapsychic from external stimuli, and alienation from ordinary social criteria of reality (e.g., *I can see things or hear things that nobody else can see or hear*). These factors were initially found through EFA with a derivation sample of 586 participants and subsequently confirmed through CFA in a cross-validation sample of equal size ($X^2 = 3845.82$, $df = 1535$, $CFI = .904$, $TLI = .900$, $RMSEA = .051$). Internal consistency and temporal stability yielded acceptable to excellent results. Correlations with the measures used to examine convergent and construct validity (assessing self-concept coherence, emotion dysregulation, psychoticism, symptom severity, and personality disturbance) were as expected, and sensitivity to clinical status was confirmed (Barreto et al., 2017). In this study, we used a 24-item short version of IPO from which we calculated scores for the three dimensions described and a total IPO score reflecting Personality Disturbance (descriptive data and Cronbach's alphas in Table 2).

Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay 2006; Portuguese version by Ramos, 2008). Twelve-item self-report scale comprising three dimensions – Bond (e.g., *I feel that my therapist appreciates me*), Tasks (e.g., *I believe the way we are working with my problem is correct*), and Goals (e.g., *My therapist and I are working towards mutually agreed upon goals*) – with four items each and rated on a 5-point Likert-type scale from 1 (*seldom*) to 5 (*always*). In a sample of 195 clients of psychotherapy, an EFA of the Portuguese adaptation yielded two factors that accounted for 48.8% of the total variance with acceptable to good internal consistency (Ramos, 2008). Following the results of this

version, and in line with previous findings in alliance research, Tasks and Goals were merged in a single dimension, and item 5 was dropped from the Bond score. Table 2 presents descriptive data from the present study.

Elaboration of Countertransference Experience Rating System (ECE-RS, Barreto & Matos, 2018). Rating system composed of six countertransference positions (see Barreto & Matos, 2018) and seven dimensions of mental elaboration (Table 1). The rating system assesses contextual (session-specific) “state” aspects of implicit and explicit psychological work reflected in therapists’ post-session comments elicited by a demand question: *(a) register impressions, reactions, or associations triggered in you by this session as sincerely and spontaneously as possible; (b) write fluidly, in “stream-of-consciousness”, avoiding corrections and concerns with text organization or linguistic inaccuracies; (c) what you write will NOT be regarded as a full account of your experience – you are not expected to present it.* Each comment must be produced immediately after the session, wishfully under the influence of its “experiential state”. One predominant countertransference position is identified and each dimension is rated from 0 to 4 and later articulated in a total ECE score (0 to 28). A previous study (Barreto et al., 2018) suggested that the seven dimensions can be organized in two orthogonal latent factors (F1 – Immersion – and F2 – Reflection)⁴⁵. With a sample of 52 session comments nested within 14 dyads that mostly coincided with the current one, the intraclass correlations found were .48 for Immersion and .46 for Reflection, indicating that, in both cases, the proportion of variance within dyads was only slightly above the between-dyads component. The scores of Immersion and Reflection were obtained with the Bartlett method from the total set of 75 session ratings (see above), 55 of which were also used to calculate the interrater reliability (Table 2). In this study, we leave the countertransference positions out of our focus, since they would represent an overload of additional analyses.

⁴⁵ Experiencing, Internal Focus, and Epistemic Position loaded primarily on the first factor (F1), while Reflective Elaboration, Emotional Differentiation, and Temporal Focus loaded on the second (F2). Experiential Groundedness had nearly equivalent loadings on both factors.

Table 2*Descriptive Data and Reliability (N = 12 dyads/44 sessions)*

	Measure	Cronbach' α	Mean	SD	Min	Max	Scale
IPO	Instability of Self	.85	2.22	0.75	1.00	3.33	
	Instability of Others	.75	2.90	0.72	1.80	4.20	1-5
	Psychosis	.80	1.94	0.55	1.00	2.90	
	Total	.87	2.25	0.51	1.29	3.00	
		Cronbach' α^a	Mean	SD	Min	Max	Scale
WAI-SR	Bond	.90/.91/.83/.94	3.73	1.03	1.67	5.00	
	Tasks/Goals	.93/.91/.96/.91	4.03	0.75	2.25	5.00	1-5
	Total	.95/.93/.95/.91	4.02	0.73	2.25	5.00	
		ICC (2,2)	Mean	SD	Min	Max	Scale
ECE-RS ^b	Experiencing	.88	1.92	1.29	0.00	4.00	
	Reflective Elaboration	.74	2.02	0.97	0.00	4.00	
	Epistemic Position	.84	2.01	1.52	0.00	4.00	
	Experiential Groundedness	.76	2.58	1.21	0.00	4.00	0-4
	Emotional Differentiation	.82	2.74	1.12	0.00	4.00	
	Temporal Focus	.54	1.92	1.06	0.00	4.00	
	Internal Focus	.96	2.24	1.45	0.00	4.00	
	Total ECE	.94	15.28	7.05	3.50	26.50	0-28

Note. IPO = Inventory of Personality Organization; WAI-SR = Working Alliance Inventory – Short Revised; ECE-RS = Elaboration of Countertransference Experience Rating System; ECE = Elaboration of Countertransference Experience; ICC = Interrater reliability obtained with intraclass correlation coefficients based on a mean-ratings, consistency, two-way random effects model.

^aValues for time 1 (n = 12)/time 2 (n = 12)/time 3 (n = 10)/time 4 (n = 10). ^bICC values of the total set (n = 55). n = 48 for the remaining values (no missing assessments among therapists).

Procedure

As part of a longitudinal naturalistic study on attachment, countertransference, and mentalization, approved by the authors' institutional Ethics Committee, therapists of different orientations were invited to participate following formal contacts with psychotherapy societies and professional organizations, and the peer nomination technique.⁴⁶ Inclusion criteria for therapists included basic training in psychology or psychiatry, or a professional certificate from an existing

⁴⁶ The dissemination of the study resorted to different types of mediators (from professional organizations or psychotherapy societies; or peers, in the case of the peer nomination technique), making it impossible to determine the final number of therapists that were contacted. With certainty, we can affirm that over 100 potential participants received information and an invitation to enter the study, and 32 among these got to the point of receiving the study materials and the link for data collection.

psychotherapy society; and currently working in a setting of outpatient individual psychotherapy. Therapists were instructed to choose among adult clients voluntarily seeking individual psychotherapy or counseling about to start the process. Clients received the invitation and the study's materials through their therapists after the first contact between the two. These materials included a brief presentation of the study, instructions, and an email address of the research team. Therapists and clients also had access to the study's website, in which the aims and the design were explained, a FAQ section was presented, and a message box allowing anonymous contact with the research team was made available. All data were collected anonymously and on-line (*LimeSurvey 1.87*®), after informed consent, separately for each individual participant. Each therapist created a participant code and a variant for each client entering the study. This way, the research team was blind to the origin of all data received, yet still being able to match information by dyad and by therapist. IPO (reported by clients) and socio-demographic data (reported by clients and therapists) were collected prior to the second session (time 0). The process variables (from ECE-RS, reported by therapists, and WAI-SR, by clients) were measured after sessions 2 (time 1), 5 (time 2), 8 (time 3), and 10 (time 4).

Data Analysis

A series of multilevel analyses was performed with alliance components (Bond and Tasks/Goals) as outcomes. Multilevel analysis is appropriate for dealing with the nested nature of our data (repeated measures within therapeutic dyads) and the longitudinal design of the study, besides the flexibility to handle unstructured and unbalanced longitudinal data, i.e., varying spacing and number of waves across dyads⁴⁷ (Singer & Willett, 2003).

The amount of independent dyads was beyond the minimum number recommended for accurate level-1 fixed-effect estimates and both level-1 and level-

⁴⁷ Our time variable was recoded not just as a way to be centered on the first session assessed (session 2), but also to accommodate the differing space between waves, both due to the study design (shorter interval from session 8 to session 10) and to an incidental deviation entering the data in one case (after session 6 instead of 5). This procedure allows an interpretation of time slopes as the variation in outcomes *per session*.

2 random-effect estimates with restricted maximum likelihood (REML), but only close to the minimum of 15 clusters recommended for level-2 fixed-effect estimates and substantially below the 30 clusters required for adequate estimations of standard errors, thus meaning an increased risk of type I errors (McNeish & Stapleton, 2016). To counter this risk and the possible bias in level-2 fixed-effect estimates, we combined the REML with a Kenward-Roger correction, a method that has been shown to outperform others in dealing with distortions associated with small samples in multilevel modeling (see McNeish, 2017a, 2017b). With the risk of type I errors attenuated, and considering the limited power resulting from our sample size, we decided to report effects with significance values of $p < .10$ as a strategy to spot effects that might be found significant through conventional criteria with slightly larger samples.

With the purpose of reducing to a minimum the number of parameters to be estimated for each model, we never introduced more than two simultaneous covariates in the same model. For each dependent variable, the same modeling sequence was followed: *unconditional means model* (no predictors) – ICC calculation; *unconditional growth model* (time fixed and random effects tested) – level-1 explained variance calculation as Pseudo- R^2 (Singer & Willett, 2003); *level-1 predictor model* (group-mean centered ECE-RS variables as covariates, fixed and random effects) – level-1 explained variance (Pseudo- R^2) calculation; *level-2 predictor model* (grand-mean centered ECE-RS and IPO variables as predictors) – level-2 explained variance calculation; *cross-level interaction model* (effect of level 2 predictors on change rate or level-1 ECE-RS variables) – level-1 and level-2 explained variance calculation.

All analyses were run with *IBM SPSS Statistics 23* and repeated in the *R* package *lmerTest* (Kuznetsova, Brockhoff, & Christensen, 2017) for application of the Kenward-Roger correction.

Results

Before our main analyses, we examined whether the final sample ($N = 12$) and the dyads left aside (see above) could be distinguished in terms of the

participants' background variables (sex, age, therapist experience and theoretical preferences) and also, for clients, personality organization variables. No differences were found. Considering the apparent capacity of Immersion and Reflection to summarize the ECE-RS original dimensions (Barreto & Matos, 2018b; see above), we selected these variables and IPO scores for further data examination and conducted a series of multilevel analyses using alliance Bond and Tasks/Goals scores as outcome variables. The results are synthesized in Tables 3 and 4.

Change of Alliance Over Time

For the Bond dimension of the alliance, a linear systematic change over time was indicated by a positive effect of time that explained 11.9% of the variance within-dyads. Although significant, this increasing tendency appeared to be slight – 0.05 points per session in a five-point scale, meaning an average growth of 0.40 from sessions 2 to 10. For the Tasks/Goals alliance dimension, no effect of time was found, except with the Instability of Self variable of IPO as a moderator, suggesting that this dimension of alliance tends to increase over time for dyads in which the client shows average and low disturbance of self-image (indicated by low IPO scores in this dimension), while clients suffering from instability in self representations tended to deteriorate the alliance component of goal consensus and collaboration over time.

Initial Levels of ECE as Predictors of Between-dyads Alliance Variation

A substantial clustering effect was found for the Bond dimension of the alliance (82.3% of variance due to level 2), meaning that dyads differed considerably in this dimension. ECE Immersion at time 1 explained 35.1% of these differences. For the Tasks/Goals alliance dimension, 65.3% of the variance was due to differences between dyads, representing a greater proportion of within-dyad variation. However, none of the predictors was able to explain the between-dyads variation in this case.

Covariation Between ECE and Alliance

No significant or nearly significant ($p < .10$) effects were found using the ECE factors as level-1 covariates of neither of the alliance components.

Initial Levels of ECE as Moderators of the Covariation Between ECE and Alliance

An interaction between ECE Immersion at time 1 and ECE Immersion within-dyads variation with $p = .065$ was found. Apparently, initial Immersion tended to moderate the association between Immersion and the Bond variation within dyads, such that, for dyads with an initial level of Immersion of one standard deviation above average, the association between Immersion and Bond seemed nonexistent; but, for dyads below average in their initial Immersion level, a negative covariation between Immersion and the Bond was apparent.

Another cross-level interaction was found indicating that the initial level of ECE Reflection affected the association of Immersion with Tasks/Goals within dyads, such that the association was nonexistent for dyads with low Reflection at time 1; but, as initial Reflection increased, a negative association between the variables accentuated.

Clients' Personality Difficulties as Moderators of the Covariation Between ECE and Alliance

The total score of IPO was a significant moderator of the association between ECE Reflection and the Tasks/Goals alliance component within dyads, and a moderating effect of the Instability of Self on this same association was found with a $p = .051$. In both cases, Reflection was positively associated with alliance Tasks/Goals for more personality-disturbed clients, but a negative association was found for clients with lower personality disturbance.

In order to further clarify the difference between the ECE factors, we additionally examined the correlations of Immersion and Reflection with the IPO variables separately for each time-point. Several strong negative associations were found between Reflection and IPO Instability of Others (from $r_s = -.74$ to $r_s = -.30$),

Psychosis (from $r_s = -.70$ to $r_s = -.18$), and Personality Disturbance (total score; from $r_s = -.59$ to $r_s = -.19$).

Discussion

With this study we aimed to examine the associations between ECE factors and alliance components at onset and throughout four time-points within the first 10 sessions of psychotherapy, testing initial levels of ECE and client personality disturbance as possible moderators. Our results supported some of our initial hypotheses. Namely, with respect to the importance of ECE factors to explain differences in alliance between dyads; the effect of personality difficulties on alliance change; and the particular importance of ECE for alliance with clients presenting lower levels of personality organization. However, a number of unexpected results emerged, challenging our initial assumptions and calling for reflection.

Beginning with the associations between therapists' ECE and clients' alliance scores within dyads, the lack of significant results can be interpreted in more than one way. First, it may mean that, contrary to our expectations, the type of therapist psychological processes captured by our measure is irrelevant for the development of alliance as assessed by clients, especially after the initial sessions. This would mean that therapists' elaborative processes would ultimately go unnoticed for clients. However, further analyses suggest otherwise, and other interpretations seem plausible. The effect of therapists' elaborative work may be more relevant for the subsequent session than for the session in which it is produced. Being assessed from post-session comments, it may be that a good deal of the elaboration observed was actually produced after the session. Although the post-session comments are intended to be representative of the dominant in-session experiential state and attitude towards one's own mental processes and subjective states (Barreto & Matos, 2018), it is hardly surprising that the levels of mental elaboration of these comments, reflected in ECE scores, can differ from those achieved during the session. In fact, cases in which the therapist is dealing with emerging thoughts and experiences as the comment is written are explicitly classified in our model as rating

Table 3

Summary of Multilevel Models Predicting Alliance Bond

	UMM	UGM	B	B x A
Fixed effects				
Intercept	3.74*** (0.29)	3.55*** (0.31)	3.74*** (0.24)	3.73*** (0.24)
Time (change per session)		0.05* (0.02)		
Level 1 Predictor A - Immersion				-0.25† (0.13)
Level 2 Predictor B - Immersion at time 1			0.64* (0.25)	0.65* (0.25)
Level 2 Predictor B on level 1 predictor A				0.26† (0.14)
Variance components				
Level 1	0.21*** (0.05)	0.18*** (0.05)	0.21*** (0.05)	0.19*** (0.05)
Level 2 (intercept)	0.97* (0.44)	0.98* (0.44)	0.63* (0.31)	0.64* (0.31)
Model summary				
Intraclass correlation	0.823			
Pseudo-R2				
Within-dyad variance		0.119		0.075
Between-dyad variance			0.351	0.340
Parameters	3	4	4	6

Note. UMM = unconditional means model; UGM = unconditional growth model. N = 44 (level 1)/12 (level 2).

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Table 4

Summary of Multilevel Models Predicting Alliance Tasks/Goals

	UMM	UGM	C x A	D x B	E x Time	E x B
Fixed effects						
Intercept	4.04*** (0.19)	3.92*** (0.21)	4.03*** (0.20)	4.04*** (0.20)	3.92*** (0.21)	4.04*** (0.19)
Time (change per session)		0.03 (0.02)			0.03 (0.02)	
Level 1 Predictor A - Immersion			-0.37* (0.15)			
Level 1 Predictor B - Reflection				0.00 (0.09)		0.06 (0.10)
Level 2 Predictor C - Reflection at time 1			-0.06 (0.15)			
Level 2 Predictor D - IPO				-0.01 (0.40)		
Level 2 Predictor E - IPO Self					0.11 (0.30)	-0.12 (0.27)
Level 2 Predictor C on level 1 predictor A			-0.25* (0.10)			
Level 2 Predictor D on level 1 predictor B				0.51* (0.23)		
Level 2 Predictor E on change (time)					-0.06* (0.03)	
Level 2 Predictor E on level 1 predictor B						0.36† (0.18)
Variance components						
Level 1	0.20*** (0.05)	0.20*** (0.05)	0.18*** (0.05)	0.19*** (0.05)	0.18*** (0.05)	0.19*** (0.05)
Level 2 (intercept)	0.38* (0.19)	0.39* (0.19)	0.43* (0.21)	0.41* (0.21)	0.42* (0.21)	0.39* (0.20)
Model summary						
Intraclass correlation	0.653					
Pseudo-R2						
Within-dyad variance			0.133	0.072	0.127	0.047
Between-dyad variance			0.000	0.000	0.000	0.000
Parameters	3	4	6	6	6	6

Note. UMM = unconditional means model; UGM = unconditional growth model; IPO = Inventory of Personality Organization. N = 44 (level 1)/12 (level 2). † $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

higher in levels of elaboration (see Table 1). Furthermore, as mentioned earlier, the ECE construct tries to depict therapist psychological processes that may take place both in and between sessions. Research with consecutive sessions would allow for testing the participation of ECE processes in alliance ruptures and resolutions measured as session-to-session alliance fluctuations (Lingiardi & Colli, 2015).

The different pattern of associations of ECE Immersion and Reflection with other variables – namely, positive associations of Immersion (but not Reflection) with initial Bond and negative associations of Reflection (but not Immersion) with IPO scores – suggests that they may actually capture different types of mental work. The Reflection factor, more concerned with reflection, conjecture, and explicit meaning-making (Barreto et al., 2018; Barreto & Matos, 2018), seems to be more affected by clients' problems, whereas the Immersion factor, representing therapists' implicit processes of immersion in and containing of subjective experience, may be more relevant for the therapeutic relationship, particularly the emotional aspect of alliance. This is coherent with previous findings showing that ECE dimensions representative of this factor are more affected by therapist and client attachment predictors, i.e., that these dimensions are more sensible to relational and affect-regulatory processes inherent to attachment representations (Barreto et al., 2018). Further analyses may help to understand ECE factors in greater depth.

Factor 1, the level of therapists' immersion in and containing of subjective experience, was the only variable in this study capable of explaining differences in alliance between dyads. Specifically, around one third of the differences between dyads in Bond were positively predicted by Immersion measured after session 2. This finding is relevant for our expectation of the importance of ECE for alliance development. However, it may have different implications in terms of causality. Therapists' initial awareness and containing of countertransference experience, a central aspect of empathic understanding (Tansey & Burke, 1989), may have a critical impact on clients' sense of the formers' emotional availability, engagement, and capacity to tolerate (survive and contain) the affective experience they are struggling with (Safran & Muran, 2000). However, therapists' initial success in containing countertransference and clients' high levels of emotional bond with their

therapists may both be consequence of clients' trait-like tendencies to form satisfying relationships (Zilcha-Mano, 2017). We would need a clients-within-therapists design and sufficient statistical power to sort out therapist and client contributions to this association. Still, clients' personality variables (IPO) did not predict differences between dyads in initial Immersion, which may be an argument in favor of the importance of the therapist contribution – or client factors uncaptured by IPO.

As a covariate of alliance within dyads, results with Immersion were unexpected, more intriguing, and difficult to discuss with reasonable confidence given the limitations of our small sample size – particularly in the presence of cross-level interactions. The interaction with Immersion at time 1 seems to suggest that, in dyads with lower initial immersion in subjective experience from therapists, increases in Immersion tend to be accompanied by declines in Bond scores. We might speculate that therapists with greater difficulties or lower tendencies concerning this dimension of ECE (trait-like) would use it in unhelpful ways (e.g., ruminative internal focus). Also, as mentioned earlier, we have no way to test whether decreases in Bond accompanied by increases in Immersion might be part of a rupture resolution process that would benefit the following sessions. Adding to the difficulty of this discussion, it is worth noting that only 7.5% of the Bond variance within-dyads is explained by this model, with a significance value of .065.

The other unanticipated finding with Immersion concerned the cross-level interaction with Reflection measured at time 1 in predicting variations in the Tasks/Goals component of alliance within dyads. As it turns out, therapist Immersion seems unrelated to clients' perception of collaboration and goal consensus in a given session among dyads with low initial Reflection, i.e., with therapist's lesser reflective efforts. However, within dyads with higher initial Reflection, clients' assessment of alliance tasks and goals tended to be lower in sessions where therapists were more engaged with their own subjective experience (Immersion). Again in a rather speculative manner, we might ponder that a more explicitly elaborative (high Reflection) and objectivistic (low Immersion) attitude from therapists would benefit clients' sense of alliance tasks and goals. Contrarily, therapists' higher Immersion combined with high Reflection (i.e., a *mentalizing*

countertransference position; Barreto & Matos, 2018) could entail an attitude more concerned with exploring and making sense of emergent experiences within the intersubjective field, and therefore less focused on directly addressing the therapeutic rationale and negotiating objectives and activities (see Safran & Muran, 2000). As reported earlier, though, these effects only pertain to changes within dyads, which means that they do not have implications for overall differences in alliance between therapeutic dyads.

Factor 2, the facet of therapist elaboration concerned with reflection, conjecture, and explicit meaning-making, also worked as a covariate of alliance tasks and goals within dyads if the client's level of personality organization was taken in consideration. IPO Instability of Self, and especially the IPO total personality disturbance score, operated as moderators, such that the association between Reflection and the Tasks/Goals score was positive with more personality-disturbed clients and negative with those presenting higher levels of personality organization. It appears that therapists' reflective efforts may have helped clients more prone to personality pathology increase their sense of agreement on therapeutic tasks and goals, but that the opposite effect occurred with healthier clients. Again, without replication it would not be reasonable to base solid conclusions on these results. One explanation to be further examined would be that, as anticipated, clients experiencing greater personality and interpersonal difficulties, including the volatility of goals that the IPO Instability of Self covers (see Barreto et al., 2017), would require and benefit from therapists' elaborative efforts to achieve a stable sense of purpose and control in therapy. Clients with lower levels of personality organization typically possess a more limited capacity for self-reflection, especially under highly charged affective states, undermining therapist collaboration with an observing part of the self (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007). Therapist reflection is likely to have an impact on these difficulties and thus increase the sense of collaboration. When considering the correlational results reported above, yet another interpretation is possible. Reflection generally suffered a negative impact from IPO dimensions, which can be seen as therapists being overwhelmed by the complexity of the clients' problems and/or by their interpersonal style and thus having trouble trying to make

sense of it and keeping themselves a sufficient “observing ego” aside from experience. In such cases, an increase in this dimension of ECE might be especially helpful, in particular for (re)establishing the therapeutic frame, its limits and functioning. If replicated, these results could also support the notion that countertransference work is more important with clients more prone to personality pathology, which may be an explanation for the finding that therapist effects are wider with more severely impaired clients (Saxon & Barkham, 2012).

As stated before, both components of alliance varied greatly between dyads. Although high intraclass correlations are to be expected in longitudinal studies, this result may also reflect differences in the trait-like component of alliance (Zilcha-Mano, 2017) of both therapists and clients (these effects cannot be disentangled in our study). Linear growth from sessions 2 to 10 was present for the Bond component only. This increase, if reaching practical significance (Thompson, 2002), may mean that, in itself, time spent together in sessions tends to create a sense of emotional connection in the dyad, contrary to the Tasks/Goals dimension, whose change may be less linear and/or require more specific actions. Still, the Tasks/Goals component of the alliance was affected by time if examined as a function of clients’ instability of self-experience and representations. Differences in this (and other) personality dimension(s) did not predict differences between dyads in overall levels of alliance in any of its components, but they seemed to affect change in collaboration and goal agreement. One may wonder that the instability of self-image begins to affect the process as it advances in time, and the already mentioned volatility of goals of this IPO dimension is particularly damaging of the sense of working towards clear goals in therapy.

Our study has several limitations. The first relates to the small sample size and the lack of statistical power, that increase both the risk of type II errors (ignoring real effects) and of inflated significant effect sizes (Ioannidis, 2008; Yarkoni, 2009). In multilevel analysis, we have seen that our sample size also entails an increased danger of type I errors due to an underestimation of standard errors (McNeish & Stapleton, 2016), although, as explained, we compensated for this with a Kenward-Roger correction. Small samples also make it more difficult to verify the assumptions

required in multilevel modeling (McNeish & Stapleton, 2016). Additionally, the impossibility of nesting clients within therapists, also due to sample size, limited the hypotheses we could test. Aside from sample size, as we have seen, the fact that we did not have a session-to-session assessment made it impossible to examine important hypotheses that emerged from the discussion of our results. Other difficulties pertain to the naturalistic design of our study. While hopefully benefiting the ecological validity of our results, this option leaves important contextual sources of variability out of our control. Furthermore, our cautious approach, concerned with reducing intrusiveness to a minimum, came with a cost, notably as regards loss of information due to errors in data entry and an unbalanced final data set. Lastly, our results are limited to the first 10 sessions, which in some cases may represent an advanced stage of therapy while in others is just the beginning. Besides, this option limits our ability to assess final therapy results/changes and to discriminate good-outcome and poor-outcome processes.

Future directions for this line of research should include testing more complex models (including curvilinear change) with larger samples; exploring 3-level models with sessions nested within clients within therapists, making it possible to disentangle therapist and client contributions, and trait-like vs. state-like effects as well; and investigating the role of ECE processes in the resolution of alliance ruptures. Another relevant area for future investigation might be examining whether process and outcome in psychotherapy can be enhanced by the promotion of mentalization processes of the type represented in our model, either through therapists' personal therapy, supervision, experiential training, deliberate practice, or others.

In conclusion, ECE dimensions appear to be involved in the alliance formation, both in the differences observed from dyad to dyad and in the changes over time within the same case. Within ECE, therapists initial immersion in and containing of subjective experience can predict consistent differences between dyads in the emotional bond and, overall, seems more involved in the relational aspects of the therapeutic process. The other aspect of ECE, concerned with reflection, conjecture, and explicit meaning-making, appears to be more affected by

clients' problems and may be more relevant to the sense of collaboration and goal consensus in therapy when working with clients whose personality difficulties may represent a particular threat to the alliance. Further investigation with the ECE-RS may help clarify between-therapist, between-client, and within-client therapeutic processes (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015) and, overall, contribute to the endeavor of *mentalizing psychotherapists*, i.e., making sense of what they do in terms of subjective states and mental processes (Bateman & Fonagy, 2010), shedding some light into how clinicians balance developmental history, professional training, and emergent challenges and turn all these ingredients into therapeutic action and clinical wisdom.

References

- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Barreto, J. F., Matias, M., Carvalho, H. M., & Matos, P. M. (2017). Uncovering personality structure with the Inventory of Personality Organization: An exploration of factor structure with a Portuguese sample. *European Review of Applied Psychology, 67*, 247–257. doi: 10.1016/j.erap.2017.08.001
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 25*, 427–439. doi: 10.1002/cpp.2177
- Barreto, J. F., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2018). *Mentalizing psychotherapists, psychotherapists' mentalizing: Results from a naturalistic longitudinal study*. Manuscript submitted for publication.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11-15. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: 10.1007/s10488-017-0790-5
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*, 227–259. doi: 10.1521/bumc.67.3.227.23433
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 317–328. doi: 10.1037/a0032258

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*, 316–340. doi: 10.1037/pst0000172
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research, 16*, 12-25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy, 55*, 496–507. doi: 10.1037/pst0000189
- Ioannidis, J. P. A. (2008). Why most discovered true associations are inflated. *Epidemiology, 19*, 640–648. doi: 10.1097/ede.0b013e31818131e7
- Kuznetsova, A., Brockhoff, P., & Christensen, R. (2017). lmerTest Package: Tests in linear mixed effects models. *Journal of Statistical Software, 82* (13), 1-26. doi: 10.18637/jss.v082.i13
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, 13*, 577–591. doi: 10.1037/1040-3590.13.4.577
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2015) Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 311-329). Vienna: Springer.
- McNeish, D. (2017a). Challenging conventional wisdom for multivariate statistical models with small samples. *Review of Educational Research, 87*, 1117–1151. doi:10.3102/0034654317727727

- McNeish, D. (2017b). Small sample methods for multilevel modeling: A colloquial elucidation of REML and the Kenward-Roger correction. *Multivariate Behavioral Research, 52*, 661–670. doi:10.1080/00273171.2017.1344538
- McNeish, D. & Stapleton, L.M. (2016). The effect of small sample size on two level model estimates: A review and illustration. *Educational Psychology Review, 28*, 295-314. doi: 10.1007/s10648-014-9287-x
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised* [Analysis of the psychometric qualities of the Working Alliance Inventory - Short Revised] (Master's thesis). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Reading, R. A. (2013). *The role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3566470).
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 535-546. doi: 10.1037/a0028898
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. New York: Oxford University Press.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Thompson, B. (2002). “Statistical,” “practical,” and “clinical”: How many kinds of significance do counselors need to consider? *Journal of Counseling and Development, 80*, 64–71. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early psychotherapy process in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research, 23*, 646-657. doi: 10.1080/10503307.2013.843803
- Yarkoni, T. (2009). Big correlations in little studies: Inflated fMRI correlations reflect low statistical power – Commentary on Vul et al. (2009). *Perspectives on Psychological Science, 4*, 294-298. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01127.x

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72, 311-325. doi: 10.1037/a0040435

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance–outcome association. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 579–591. doi: 10.1037/cou0000103

CAPÍTULO VI
Attachment Mismatches and Alliance: Through the Pitfalls of
Mentalizing Countertransference

Barreto, J. F., & Matos, P. M. (em revisão). *Attachment mismatches and alliance: Through the pitfalls of mentalizing countertransference.*

Abstract

Individual and dyadic attachment dimensions may affect therapists' experiences in ways that exceed their psychological thresholds and threaten the alliance. Previous research on a particular mentalizing ability of therapists named the elaboration of countertransference experience (ECE) suggests that attachment features may affect therapists' mental processes, and that such processes are involved in alliance variations between therapists and over time. In this study, these findings are extended by examining therapist, client, and dyadic attachment dimensions as moderators of the association between ECE and alliance components. As part of a naturalistic study, forty-four assessments from the first 10 psychotherapy sessions of 12 independent dyads were examined. Attachment dimensions did not predict alliance components. However, the ECE dimension of reflection/conjecture was positively associated with both the bond and the tasks/goals components of working alliance in therapeutic dyads that differed more in terms of attachment. Relational mismatches appear to hinder ECE, but ECE may help restore the alliance in such cases. Possible in-session dynamics at stake are discussed.

Keywords: countertransference, mentalization, attachment, alliance, longitudinal multilevel analysis

Public Significance Statement

This study suggests that, in psychotherapy cases where therapists and clients differ more in their ways of relating, clients' sense of collaboration is stronger in sessions where therapists engage more in reflection about internal and relational dynamics taking place. Understanding the mental processes that may help therapists deal successfully with relational strains in psychotherapy and counseling appears to be a valuable endeavour.

Introduction

As anyone else, therapists have thresholds. Under different types of pressure, their limits may be forced, and therapists start functioning below their optimal capacity. Psychotherapists' psychological capacity thresholds and the expansion of their inner skills have become a recent focus of attention in deliberate practice literature (Rousmaniere, 2019). A new systematic review on the subjective professional and personal qualities of effective therapists (Heinonen & Nissen-Lie, 2019) highlighted the importance of features that to varying degrees might be part of these inner skills, such as coping strategies, countertransference management, mindfulness, emotional intelligence, or reflective functioning. In attachment literature, this type of psychological threshold can be described through a biobehavioral switch model of the relationship between stress and controlled mentalizing (Luyten et al., 2019). The capacity to mentalize is seen as highly contextual, and it is recognized that with increasing arousal, often linked to specific types of relationships or interactions, effective mentalizing becomes increasingly difficult, leading to a switch to a nonreflective processing of information that can be adaptive as a fight/flight response to stress but has many disadvantages in the complex interpersonal world. Individual differences in the threshold for this switch, the subsequent automatic response, and the recovery time needed are proposed to be closely linked to the type of primary and secondary attachment strategies employed.

In the psychotherapeutic context, thus, it seems useful to examine whether countertransference experiences⁴⁸ challenge therapists' mentalizing abilities (Barreto & Matos, 2018), and how such processes may relate to therapists' attachment dimensions and the interaction structures created by their match with clients' attachment strategies (Goodman, 2010). Therapist, client, and dyadic

⁴⁸ We think of countertransference as a ubiquitous phenomenon in psychotherapy. Our view echoes a "totalistic" position on countertransference experience in the sense that we refer to therapist's experiences as a whole. However, it discriminates between four experiential components, derived from previous literature, to which different therapists may assign distinct clinical value: subjective countertransference, objective countertransference, therapeutic attitude, and emerging experience (see Barreto & Matos, 2018).

aspects of attachment orientations appear to be important factors affecting psychotherapy process and outcomes (e.g., Degnan et al., 2016; Diener & Monroe, 2011; Steel et al., 2018). In a recent study examining therapists' attachment style, reflective functioning, and effectiveness, Cologon et al. (2017) found that therapists' reflective functioning predicted effectiveness, contrary to attachment style. However, results revealed an interaction effect, such that therapists' reflective functioning may compensate for attachment difficulties and lower reflective functioning may be compensated by therapists' attachment security. More recently, Talia et al. (2020) specifically examined how therapists' attachment representations transpire in session, hypothesizing that the ways in which therapists manage emotional proximity and mentalize would vary. The authors proposed to integrate both concerns through a focus on attunement, i.e., therapists' in-session communication about clients' internal states, and were able to establish robust links between therapists' attachment classifications and different types of attunement in session. Regarding the match of attachment dimensions within the therapeutic dyad, it has been suggested that both relational complementarity and noncomplementarity, namely representing different combinations of secondary attachment strategies, may prove beneficial to important aspects of the therapy process such as early-phase alliance formation and middle-phase reparative experiences (Bernier & Dozier, 2002; Goodman, 2010; Mallinckrodt et al., 2009; Wiseman, 2017). Relational dissimilarities between therapist and client are likely to create greater pressure towards therapists' switching point to nonreflective responses and put their mentalizing abilities under strain. But they may also potentiate corrective experiences (e.g., Bernier & Dozier, 2002), namely to the extent that alliance ruptures can be addressed and repaired, which appears to be in itself an important part of therapeutic work and to be related to therapists' mentalizing capacity (Safran et al., 2014).

Elaboration of Countertransference Experience: A Mentalizing Model of Therapists' Inner Skills

We recently used the term *elaboration of countertransference experience* (ECE; Barreto & Matos, 2018) to designate the implicit/spontaneous and explicit/reflective psychological processes through which therapists make sense of their experiences with clients, in and between sessions (see footnote 1). ECE can be viewed as a particular type of mentalization, more directed towards self (therapists/countertransference experience) than others (clients). It has been our claim that, to the extent that most of the studied common factors explicitly involve therapists handling emotional states and relational processes in session (e.g., alliance building and rupture repair, empathy, countertransference management, congruence – see Norcross and Lambert, 2018), the type of psychological work depicted in the ECE construct is involved (Barreto & Matos, 2018).

To study ECE, we created a rating system (ECE-RS) intended to be applied to therapists' post-session comments, which are suited to naturalistic and longitudinal research while warranting access to therapists' experiences and elaborative processes. The model comprises seven dimensions or axes of elaboration, two of which are considered primary dimensions: *experiencing* and *reflective elaboration*.⁴⁹ Experiencing expresses increasing ownership and containment of immediate experience, ranging from detached to containing levels. Reflective elaboration represents the effort to explain, organize, or make sense of things, and goes from description/expression to investigation/exploration.

So far, the main findings with the ECR-RS, from a naturalistic longitudinal study that followed therapeutic dyads from sessions 1 to 10, were the following:

- ECE-RS dimensions showed mostly good to excellent interrater reliability (Barreto & Matos, 2021).
- The seven dimensions could be organized in two latent orthogonal factors accounting for 78.8% of the variance. The first factor (F1, labeled *immersion*

⁴⁹ The remaining dimensions are epistemic position, experiential groundedness, emotional differentiation, temporal focus, and internal focus (for a detailed presentation, see Barreto & Matos, 2018).

in/containing of subjective experience – in short, **Immersion**) represented the therapist experiential engagement and acceptance of experience, expressed through inward attention and treating one's own feelings and ideas as subjective yet clinically relevant productions. It can be seen as a form of *implicit* elaboration. The second factor (F2, labeled *reflection/conjecture* – in short, **Reflection**) represented a more *explicit* type of meaning-making, manifested in an open-ended search for explanations and complex accounts of internal and relational dynamics (Barreto & Matos, 2021).

- Therapist, client, and dyadic attachment dimensions only predicted the ECE F1. In other words, Immersion seems more sensitive to the relational and affect-regulatory processes inherent to attachment representations. In particular, client attachment anxiety was a negative predictor of therapists' Immersion; therapist attachment avoidance was a positive predictor of Immersion; therapist attachment anxiety was a positive predictor of Immersion, although the effect disappears when controlling for therapist avoidance; and therapist-client discrepancy in attachment anxiety was a negative predictor of Immersion, an effect that remains when controlling for therapist anxiety/client anxiety/avoidance discrepancy (Barreto & Matos, 2021).
- Therapists' engagement in their subjective experience (ECE F1, Immersion) in the beginning of psychotherapy was higher in dyads with a better emotional bond (alliance bond component) (Barreto et al., 2020).
- Therapists' explicit meaning-making (ECE F2, Reflection) tended to show negative associations with clients' personality disturbance. Put differently, Reflection seems more sensitive to clients' difficulties. Yet, with clients presenting higher personality difficulties, therapists' Reflection positively predicted clients' sense of collaboration and goal consensus (alliance tasks/goals component) (Barreto et al., 2020).

This Study

In this study, we want to extend our previous analyses to examine therapist, client, and dyadic attachment dimensions as predictors of alliance and moderators

of the association between (within-dyads) ECE (Immersion and Reflection) and alliance components (Bond and Tasks/Goals) over the first 10 sessions of psychotherapy. The research project used a naturalistic longitudinal design, and we will approach the data with multilevel modeling of time-waves (level 1) nested within dyads (level 2). We expect that ECE dimensions will show stronger positive associations with alliance in dyads with higher individual attachment anxiety and avoidance and with higher therapist-client discrepancy in anxiety and avoidance.

Methods

Participants

Twelve independent therapist-client dyads starting individual adult psychotherapy in different community contexts (private practice, college counseling centers, and community mental health centers) voluntarily participated in a longitudinal study. Forty-four session assessments were received, with an average number per dyad of 3.7, ranging from three to four. Clients included nine women and three men whose ages ranged from 19 to 58 years ($M = 29.0$, $SD = 14.1$). Therapists ranged from 28 to 55 years of age ($M = 42.8$, $SD = 7.1$), including nine women and three men who reported between five and twenty-three years of experience ($M = 14.3$, $SD = 5.9$). The reported predominant theoretical orientation was psychoanalytic/dynamic in five cases, humanistic/experiential in two, cognitive-behavioral in two, eclectic/integrative in two, and cognitive-behavioral plus eclectic/integrative in one.

Instruments

Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR; Fraley et al., 2011; Portuguese version by Moreira et al., 2015). Self-report scale designed to assess attachment dimensions in different relationships (9 items each) in a scale from 1 (*strongly disagree*) to 7 (*strongly agree*). Each item is rated on a dimension of attachment-related Avoidance or Anxiety. Discrepancy coefficients in Avoidance and Anxiety were calculated as the absolute difference between therapist and client scores on each of these dimensions, higher values meaning increased dissimilarity.

Elaboration of Countertransference Experience Rating System (ECE-RS; Barreto & Matos, 2018). Rating system with seven dimensions of mental elaboration (see above). The rating system assesses contextual (session-specific) “state” aspects of implicit and explicit psychological work reflected in therapists’ post-session comments elicited by a demand question (Fonagy et al., 1998): (a) *register impressions, reactions, or associations triggered in you by this session as sincerely and spontaneously as possible; (b) write fluidly, in “stream-of-consciousness”, avoiding corrections and concerns with text organization or linguistic inaccuracies; (c) what you write will NOT be regarded as a full account of your experience – you are not expected to present it.* Each comment must be produced immediately after the session, wishfully under the influence of its “experiential state”, with no indications regarding length. Each of the seven dimensions is rated from 0 to 4. A previous study (Barreto & Matos, 2021) suggested that the seven dimensions can be organized in two orthogonal latent factors (F1 – Immersion – and F2 – Reflection).⁵⁰

Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay 2006; Portuguese version by Ramos, 2008). Twelve-item self-report scale comprising three dimensions – Bond, Tasks, and Goals – with four items each and rated on a 5-point Likert-type scale from 1 (*seldom*) to 5 (*always*). In a sample of 195 clients of psychotherapy, an EFA of the current adaptation yielded two factors that accounted for 48.8% of the total variance with acceptable to good internal consistency (Ramos, 2008). Following the results of this version, and in line with previous findings in alliance research, Tasks and Goals were merged in a single dimension, and item 5 was dropped from the Bond score.

Procedure

As part of a longitudinal naturalistic study on attachment, countertransference, and mentalization, approved by the authors’ institutional Ethics

⁵⁰ Experiencing, internal focus, and epistemic position loaded primarily on the first factor (F1), while reflective elaboration, emotional differentiation, and temporal focus loaded on the second (F2). Experiential groundedness had nearly equivalent loadings on both factors.

Committee, therapists of different orientations were invited to participate following formal contacts with psychotherapy societies and professional organizations and the peer nomination technique. Inclusion criteria for therapists included basic training in psychology or psychiatry, or a professional certificate from an existing psychotherapy society; and currently working in a setting of outpatient individual psychotherapy. Clients received the invitation and the study's materials through their therapists after the first contact between the two. Therapists were instructed to choose among adult clients voluntarily seeking individual psychotherapy or counseling. All data were collected anonymously and on-line (*LimeSurvey 1.87*®), after informed consent, separately for each individual participant. Each therapist created their own participant code and shared it with the client. This way, the research team was blind to the origin of all data received, yet still being able to match information by dyad. Regarding the variables reported in this study, attachment and socio-demographic data (reported by clients and therapists) were collected prior to the second session. The process variables (from ECE-RS and WAI-SR) were measured after sessions 2, 5, 8, and 10.

Data Analysis

A series of multilevel analyses was performed with alliance components (Bond and Tasks/Goals) as outcomes. The amount of independent dyads was beyond the minimum number recommended for accurate level-1 fixed-effect estimates and both level-1 and level-2 random-effect estimates with restricted maximum likelihood (REML), but only close to the minimum of 15 clusters recommended for level-2 fixed-effect estimates and substantially below the 30 clusters required for adequate estimations of standard errors, thus meaning an increased risk of type I errors (McNeish & Stapleton, 2016). To counter this risk and the possible bias in level-2 fixed-effect estimates, we combined the REML with a Kenward-Roger correction, a method that has been shown to outperform others in dealing with distortions associated with small samples in multilevel modeling (see McNeish, 2017a, 2017b). With the risk of type I errors attenuated, and considering the limited power resulting from our sample size, we decided to report effects with

significance values of $p < .10$ as a strategy to spot effects that might be found significant through conventional criteria with slightly larger samples. With the purpose of reducing to a minimum the number of parameters to be estimated for each model, we never introduced more than two simultaneous covariates in the same model. Explained variance was calculated as Pseudo- R^2 (Singer & Willett, 2003). All analyses were run with *IBM SPSS Statistics 26*.

Results

We run a series of multilevel analyses using each of the alliance components as outcomes and testing attachment scores as level-2 (between-dyads) predictors of alliance scores and possible moderators of the (level-1, within-dyads) covariation between ECE-RS Immersion and Reflection and WAI-SR Bond and Tasks/Goals. Three interaction effects with significance levels below .10 were found and are presented in Table 1. Specifically, within-case changes in therapist Reflection tended to positively predict changes in alliance Bond in more dissimilar dyads, explaining 21.5% of its change over time for Anxiety discrepancy and 10.1% for Avoidance discrepancy. Within-case changes in Reflection also tended to positively predict changes in alliance Tasks/Goals in more dissimilar dyads concerning Avoidance, explaining 4.2% of change over time.

Discussion

From our previous research, we had evidence that ECE may participate in “the workings of the working alliance”, with its Immersion dimension being more affected by attachment features and predicting differences between therapists in the emotional bond as assessed by clients, and the Reflection dimension implicated in more personality-disturbed clients’ sense of collaboration and goal consensus (Barreto et al., 2020; Barreto & Matos, 2021). With this study, we found evidence that the ECE dimension of Reflection may be even more relevant for both aspects of alliance in therapeutic dyads that differ more in terms of attachment. These findings represent important extensions to the ECE research existing so far.

Table 1*Summary of Multilevel Models Predicting Working Alliance*

Outcome	Bond	Bond	T/G
Model	A x C	B x C	B x C
Fixed effects			
Intercept	3.97*** (0.38)	3.42*** (0.59)	3.86*** (0.40)
A - Anxiety discrepancy (level-2 predictor)	-0.19 (0.21)		
B - Avoidance discrepancy (level-2 predictor)		0.34 (0.54)	0.18 (0.36)
C - ECE F2 – Reflection (level-1 predictor)	-0.17 (0.13)	-0.20 (0.19)	-0.30 (0.19)
Cross-level interaction (level-2 predictor on C)	0.33** (0.11)	0.42† (0.22)	0.40† (0.22)
Variance components			
Level 1	0.16*** (0.04)	0.19*** (0.05)	0.19*** (0.05)
Level 2 (intercept)	0.95* (0.45)	1.02* (0.48)	0.42* (0.21)
Model summary			
Pseudo-R2			
Within-dyad variance	0.215	0.101	0.042
Between-dyad variance	0.015	0.000	0.000
Parameters	6	6	6

Note. Bond = Bond score on the WAI-SR; T/G = Tasks/Goals score on the WAI-SR. N = 44 (level 1)/12 (level 2).

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

ECE factor 2, the facet of therapist elaboration concerned with reflection, conjecture, and explicit meaning-making, appears to be related with alliance in more dissimilar dyads, especially concerning attachment anxiety, i.e., worries about the availability and responsiveness of others. Borrowing the term proposed by Mallinckrodt et al. (2009), these discrepancies may manifest in therapy through differences in the preferred therapeutic (relational) distance, understood as the level of intimacy, self-disclosure, gratification of needs, boundaries, or depth of the work. Therapists' reflection and conjecture may then be instrumental in tolerating and making sense and beneficial use of the implicit and explicit struggles around emotional proximity in the therapeutic relationship. In other words, this aspect of ECE may benefit therapists' "willingness to intervene in ways that may be uncomfortable for themselves" (Dozier et al., 1994, p. 798). In this sense, this dimension of ECE may help therapists expand their psychological capacity threshold (Rousmaniere, 2019).

Judging from the magnitude of the effects found, it seems that differences in attachment anxiety – thus, hyperactivation strategies – are particularly relevant for the association of therapist reflection with alliance. Talia et al.'s (2020) findings about preoccupied therapists' and clients' behavior in therapy can also help us envision possible in-session patterns at stake. Anxiety discrepancy may mean two different scenarios: a preoccupied therapist with a "not-so-preoccupied client", or a "not-so-preoccupied therapist" with a preoccupied client. The first case is typically characterized by therapists' apparent tendency to coerce clients into their own views of clients' experiences, therefore restraining clients' autonomous contributions, while in the second case clients are likely to restrict therapists' capacity to elaborate upon their disclosures – for instance, by talking at great length or confusedly, so that little room is left to add anything. In both cases, therapists' reflection, conjectures, and explicit meaning-making may be helpful to protect the alliance against these threats – for instance, as component of the relational work sometimes referred to as therapist immediacy (e.g., Hill et al., 2019).

However, we must keep in mind that other causal inferences are possible. We can hypothesize that, in more dissimilar dyads, therapists' reflection is made easier

by good alliance, and that, conversely, alliance disruptions hinder therapists' ability to reflect and make sense of what is happening. Within psychoanalysis, Stern (2010) holds that mentalizing in therapy, rather than *causing* change, emerges as *a result* of some implicit transformation in the interpersonal field that can be "courted" but never controlled by the analyst.

A thorough discussion would require a cautious examination of what attachment complementarity looks like in therapy. Shortly, Goodman's (2010) view suggests that the interaction structures formed by complementary dyads (i.e., resorting to the same secondary attachment strategies) are essentially unproductive, varying between sterile and chaotic. Noncomplementary dyads would form more productive interaction structures (expressive or containing), both characterized by high depth, high smoothness, and moderate arousal. A slightly different view may be represented by Mallinckrodt et al. (2009) notion that therapists' (noncomplementary) responses that challenge clients' hyperactivating or deactivating strategies in therapy are more productive in the working phase of the process and form the basis for corrective emotional experiences to take place, but such processes bring about strains in the relationship and alliance breaches. Therefore, according to the first view, we may hypothesize that a positive association between therapist reflection and alliance in noncomplementary dyads might be a sign of smoother and deeper interactions. In the second case, the positive association might mean that therapist reflection is part of successful rupture repair.

Our study has several limitations, starting with the sample size. The lack of statistical power increases both the risk of type II errors (ignoring real effects) and that significant effect sizes are inflated. In multilevel analysis, we have seen that our sample size also entails an increased danger of type I errors due to underestimation of standard errors (McNeish & Stapleton, 2016), although, as explained, we compensated for this with a Kenward-Roger correction. Small samples also make it more difficult to verify the assumptions required in multilevel modeling (McNeish & Stapleton, 2016). Finally, the small sample also prevented us from testing more complex models, namely introducing more predictors and interactions and discriminating therapist from client effects through nesting dyads within therapists.

Other difficulties pertain to the naturalistic design of our study. While hopefully benefiting ecological validity, this option leaves important contextual sources of variability without control. Lastly, our results are limited to the first 10 sessions, which in some cases may represent an advanced stage of therapy while in others is just the beginning. Besides, this option limits our ability to assess final therapy results/changes and to discriminate good-outcome and poor-outcome processes.

Future directions for this line of research should include testing more complex models (including curvilinear change) with larger samples; exploring 3-level models with sessions nested within clients within therapists, making it possible to disentangle therapist and client contributions to ECE; and investigating the role of ECE processes in the resolution of alliance ruptures. Another relevant area for future investigation might be examining whether process and outcome in psychotherapy can be enhanced by the promotion of mentalization processes of the type represented in our model, either through therapists' personal therapy, supervision, experiential training, deliberate practice, or others.

Still, findings from this and previous studies taken together support the notion that ECE is useful to study alliance, with therapists' immersion in/containing of subjective experience positively predicting alliance differences between cases and reflection/conjecture positively predicting alliance changes within cases. Furthermore, relational mismatches appear to hinder countertransference mentalization (ECE Immersion), but countertransference mentalization (ECE Reflection) may help restore the alliance in such cases.

References

- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*(3), 427–439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>
- Barreto, J. F., Saraiva, L. & Matos, P. M. (2021). *Mentalizing psychotherapists, psychotherapists' mentalizing: Results from a naturalistic longitudinal study*. Manuscript submitted for publication.
- Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy*, *57*(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/pst0000250>
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *39*(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.32>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44*(5), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *23*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237–248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(4), 793–800. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.4.793>

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. University College London.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment, 23*(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Jason Aronson.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M., Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Gerstenblith, J. A., & Hillman, J. W. (2019). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.) (pp. 37–62). American Psychiatric Association Publishing.
- Mallinckrodt, B., Daly, K., & Wang, C.-C. (2009). An attachment approach to adult psychotherapy. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 234-268). Guilford.
- McNeish, D. (2017a). Challenging conventional wisdom for multivariate statistical models with small samples. *Review of Educational Research, 87*(6), 1117–1151. <https://doi.org/10.3102/0034654317727727>

- McNeish, D. (2017b). Small sample methods for multilevel modeling: A colloquial elucidation of REML and the Kenward-Roger correction. *Multivariate Behavioral Research, 52*(5), 661–670. <https://doi.org/10.1080/00273171.2017.1344538>
- McNeish, D. & Stapleton, L.M. (2016). The effect of small sample size on two level model estimates: A review and illustration. *Educational Psychology Review, 28*(2), 295–314. <https://doi.org/10.1007/s10648-014-9287-x>
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 298–309. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.298>
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 97*(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.950377>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised* [Analysis of the psychometric qualities of the Working Alliance Inventory - Short Revised] (Master's thesis). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis, 50*(1-2), 211–232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic

relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 5–42.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22484>

Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. Routledge.

Talia, A., Muzi, L., Lingardi, V., & Taubner, S. (2020). How to be a secure base: Therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment & Human Development*, 22(2), 189–206.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1534247>

Wiseman, H. (2017). The quest for connection in interpersonal and therapeutic relationships. *Psychotherapy Research*, 27(4), 469–487.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015>.

DISCUSSÃO E CONTRIBUTOS FINAIS

1. Síntese dos resultados

Neste trabalho, pudemos apresentar uma proposta de organização da experiência contratransferencial do psicoterapeuta em quatro componentes (Capítulo II) e um sistema de cotação e classificação dos processos de elaboração dessa experiência, entendidos como um tipo particular de mentalização do terapeuta orientada para si mesmo (Capítulo III). Antes de passarmos a uma discussão conjunta dos resultados do nosso estudo, procuraremos recapitular em alguns pontos o que encontramos:

- O acordo inter-juízes calculado para as dimensões do sistema de cotação da EEC foi maioritariamente de bom a excelente;
- As sete dimensões da EEC puderam ser organizadas em dois factores latentes ortogonais, explicando 78.8% da variância. Os factores parecem representar processos psicológicos que poderão ser vistos como aspectos mais implícitos (*imersão*/contenção da experiência subjectiva) ou explícitos (*reflexão*/conjectura) da mentalização do terapeuta;
- A *imersão*, representando o envolvimento e aceitação da experiência, parece ser mais afectada por dimensões da vinculação do terapeuta e do cliente – em particular:
 - a ansiedade do cliente comportou-se como um preditor negativo, explicando 47.4% da variância encontrada;
 - a discrepância entre terapeuta e cliente quanto à ansiedade funcionou também como preditor negativo, explicando 83.8% da variância; o efeito manteve-se controlando a ansiedade do cliente/a ansiedade do terapeuta/a discrepância no evitamento;
 - o evitamento do terapeuta, ao contrário dos anteriores, funcionou como um preditor positivo da imersão, explicando 62.2% da variância;⁵¹

⁵¹ Como vimos nos capítulos anteriores, a variância explicada, calculada como Pseudo-R², foi obtida, geralmente, introduzindo na equação apenas um preditor de nível 2 de cada vez, o que tende a inflacionar os valores encontrados.

- Medida no início do processo, a *imersão* foi capaz de prever positivamente variações substanciais entre díades terapêuticas quanto à dimensão emocional da aliança, explicando uma proporção de 35.1% da variância encontrada;
- A *reflexão*, por seu turno, manifestando-se em processos de indagação sobre dinâmicas relacionais e internas da sessão, não revelou ser significativamente afectada por dimensões da vinculação, individuais ou diádicas;
- Por outro lado, parece ser prejudicada pelas dificuldades vindas do nível de funcionamento da personalidade do paciente (correlações de -.18 a -.74);
- Contudo, em casos em que estas dificuldades eram mais acentuadas ou em que havia mais discrepâncias entre dimensões da vinculação do terapeuta e do cliente, a *reflexão* demonstrou covariar positivamente com a aliança ao longo do processo (efeitos de 4.2% a 21.5%).

Parece, pois, que os processos intrapsíquicos capturados pela nossa medida de EEC estão envolvidos, de forma diferenciada, nas dinâmicas de formação e desenvolvimento da aliança terapêutica, nomeadamente na fase inicial do processo e perante desafios colocados pelo contraste de dimensões psicológicas e relacionais prévias e pelo nível de funcionamento do paciente. Para finalizar este trabalho, passaremos agora à discussão de algumas implicações que nos parecem poder ser exploradas nos planos teórico-conceptual, empírico e metodológico, clínico e da formação e desenvolvimento de *expertise* em psicoterapia.

2. Discussão e contributos

Em primeiro lugar, julgamos que os principais resultados que acabámos de descrever fornecem algum suporte inicial à nossa expectativa de que a EEC estará envolvida em alguns dos factores comuns estudados em psicoterapia. De forma mais directa, os nossos resultados dizem respeito à aliança e também às suas oscilações – porventura, pois, às suas rupturas e processos de reparação (Eubanks et al., 2019). Mas além disto, na medida em que possamos utilizar a aliança como medida proximal de resultado (e.g., Hayes et al., 2011), verifica-se que as variáveis da EEC se comportam de modo bastante consistente com o descrito por Stiles et

al. (1998; Stiles, 1996) para explicar as situações “when more of a good thing is better”. Como vimos, a correlação positiva entre uma componente e os resultados terapêuticos pode dar-se quando está em causa uma variável avaliativa – facilmente se conclui que não é o caso da EEC, que, além de ser cotada por observadores, é descritiva e pode ser considerada uma técnica no sentido das *self-techniques* proposto por Lundh (2017). O outro caso em que se verifica uma correlação positiva entre uma componente terapêutica e resultados é quando uma componente importante está em défice, e aqui, sim, julgamos haver aplicação às variáveis da EEC. Ignorando momentaneamente as duas variáveis em causa, podemos olhar como situações de défice as três em que se observou uma associação positiva entre EEC e resultados: o início do processo, os casos com maiores problemas de personalidade do cliente e os casos com maiores contrastes relacionais na díade. De formas diferentes, podemos considerar que são situações em que está em défice o *trabalho relacional*, e que a EEC é necessária nessas circunstâncias. Fora delas, a ausência de correlações significativas poderia indicar, de acordo com as previsões de Stiles et al. (1998), o uso responsivo da EEC.

Outra forma de averiguarmos o mesmo problema será olharmos a aliança como uma medida de responsividade em si mesma – tratando-se do que Stiles et al. (1998) classificaram como variáveis avaliativas. Posta a questão nestes termos, poderemos interrogar-nos até que ponto a EEC mede, ela própria, a responsividade do terapeuta, como tínhamos esperado que pudesse ser o caso. A resposta, com a evidência que temos, será que a EEC pode ser uma medida de responsividade *apenas* nas situações vistas, ou seja, em casos ou situações de maior exigência relacional (construção inicial da relação e casos presumivelmente mais desafiantes para a construção e negociação da relação terapêutica). Esta forma de interpretar os resultados permite colocar a hipótese que a EEC, parecendo ser mais relevante em casos mais desafiantes e na própria formação inicial da aliança, seja preditiva de diferenças entre terapeutas – que, como vimos em capítulos anteriores, traduzem-se em alianças, em média, mais elevadas e são mais acentuadas em casos mais complexos, nos quais as oscilações na aliança predizem os resultados terapêuticos mais robustamente e as dimensões da vinculação do terapeuta entram

em jogo (S. Bucci et al., 2016; Del Re et al., 2021; Falkenström et al., 2013; Johns et al., 2019; Schauenburg et al., 2010; Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015). Por fim, considerando a relação íntima entre a responsividade apropriada e a empatia (Hatcher, 2015), é possível supor ainda que a EEC esteja relacionada com mais este importante aspecto que a investigação tem consagrado como factor comum (Elliott et al., 2019).

Os resultados que reportámos sobre a importância da dimensão de reflexão da EEC em casos mais exigentes podem ser também interpretados à luz das dinâmicas de activação dos sistemas de vinculação e de exploração do terapeuta (e.g., Mikulincer & Shaver, 2003). Quando a evidência sugere que é em interacção com características do cliente que a organização da vinculação do terapeuta se torna relevante para o processo e os resultados terapêuticos (Degnan et al., 2016; Steel et al., 2018; Strauss & Petrowski, 2017), podemos supor que estará em causa a maior tolerância, em terapeutas seguros, para manterem o sistema de exploração activo e um funcionamento reflexivo em situações interpessoais desafiantes, e a maior tendência de terapeutas inseguros para recorrerem a estratégias secundárias de vinculação e a interromperem o funcionamento reflexivo nessas mesmas situações (e.g., Luyten et al., 2019; Mikulincer & Shaver, 2003). Neste sentido, parece que a dimensão de reflexão da EEC pode representar o tipo de processos exploratórios e de significação característicos da vinculação segura (Mikulincer & Shaver, 2003) e que, com pacientes mais exigentes (Capítulo V) e relações mais desafiantes (Capítulo VI), pareceram beneficiar a aliança.

Outro contributo teórico que julgamos poder ser explorado a partir do trabalho que apresentámos prende-se com a importância da EEC como parte necessária, ainda que não suficiente, dos processos através dos quais o terapeuta mentaliza as experiências do paciente. Como discutimos no final do Capítulo III, princípios importantes dessa mentalização, como a postura indagatória (*inquisitive stance*), “não saber” ou o respeito pela opacidade dos estados mentais (Fonagy et al., 2012) assentam desde logo na atitude do terapeuta em relação aos seus próprios processos mentais e estados subjectivos, ou seja, em posições contratransferenciais. Se admitirmos que, como tínhamos visto, todas as

psicoterapias eficazes utilizam os seus modelos para mentalizar o paciente e a isso devem parte substancial dos seus resultados (Fonagy & Allison, 2014), também neste sentido nos parece plausível que a EEC esteja implicada nos factores comuns da psicoterapia.

A organização do constructo da EEC em sete dimensões que podem ser condensadas nos dois factores que vimos pode ter também algum interesse teórico por si só. Além de confirmar a ideia de dois tipos de processo mental vinda de diferentes origens de que demos conta no Capítulo III, parece também ir ao encontro do interesse por processos explícitos e implícitos de que havíamos falado no Capítulo I. O facto de a cotação não depender do *conteúdo* da experiência contratransferencial, mas da *forma* como é tratada pelo terapeuta, torna a EEC uma variável apontada para aspectos procedimentais mais do que declarativos, o que havíamos também sustentado como mais relevante. Desta forma, o nosso sistema de cotação parece aproximar-se do que é descrito por Oddli et al. (2014) como *expertise* em psicoterapia, assunto a que voltaremos um pouco mais adiante.

Os contributos de ordem empírica e metodológica do nosso trabalho para a investigação em psicoterapia podem ser resumidos no esforço, mencionado em capítulos anteriores, de desenvolver trabalho empírico em que se procure *mentalizar os psicoterapeutas* – ou seja, compreender aquilo que fazem olhando aos seus estados subjectivos e processos psicológicos (Bateman & Fonagy, 2010). Na nossa óptica, várias escolhas podem concorrer para esse propósito. Por um lado, o estudo da psicoterapia nos seus contextos naturais e o recurso a metodologias que procurem ser o menos intrusivas possível. Muitas das opções metodológicas tiveram um custo que assumimos – exemplos imediatos serão o anonimato tanto de terapeutas como de clientes, que dificultou o controlo sobre a recolha de dados, levando em vários casos a informação incompleta ou com erros; ou a exclusão de procedimentos que pudessem uniformizar dimensões de diagnóstico. Contudo, acreditamos que ganhámos algo em validade ecológica. O uso de comentários pós-sessão dos terapeutas foi também uma forma não intrusiva de aceder a aspectos relevantes do processo e de obter um retrato de processos mentais reais, ainda que, sem dúvida, promovidos e até certo ponto criados pelo

próprio “dispositivo de observação”. O uso deste tipo de material ao longo de quatro momentos permitiu-nos também estudar os terapeutas mais como *processo* do que como *entidade*, o que, de resto, se liga intimamente a outra vertente do que consideramos que é “mentalizar os terapeutas”: mais do que os factores anteriores, procurámos privilegiar os processos em sessão em que convergem, interagem ou, mais precisamente, não chegam a separar-se as variáveis mais frequentemente investigadas. Neste sentido também, pudemos estudar a *integração psicológica* de que anteriormente falámos, observando como diferentes componentes experienciais (Capítulo II), conceitos teóricos, preocupações técnicas, formas de relação com a teoria, reacções pessoais, memórias, processos defensivos ou “facilitative interpersonal skills” ganham forma nos processos procedimentais e declarativos a que tivemos acesso. Posto ainda noutros termos, procurámos estudar empiricamente os processos hermenêuticos que, porventura, retratam mais justamente a actividade do psicoterapeuta – baseada na evidência, mantemos – do que a metáfora do terapeuta como cientista.

Para a prática clínica, parece-nos que, no essencial, os possíveis contributos do nosso trabalho alinham-se com ideias já discutidas na comunidade psicoterapêutica, cujas intuições práticas estão, não raramente, bastante adiantadas no tempo face à evidência empírica. Destacaríamos como aspecto primário o foco de atenção do terapeuta, que, parece-nos, só ganha em ser o mais alargado possível e em procurar significado relevante nas observações, apartes ou reacções à primeira vista mais marginais e informes. Esta abertura ao emergente e aparentemente irrelevante, juntamente com a prática reflexiva, poderá ser a principal fonte de conhecimento e significado novo – que, porventura, é do que é feita a mudança terapêutica. D. B. Stern (2013) acredita que o que é mutativo na psicanálise é perceber o outro de uma forma diferente (o oposto sendo a restrição a uma única forma ver e experienciar o outro). Esta nova percepção, que só depois é posta em palavras, não pode ser procurada – “acontece”. É neste sentido que o autor fala em *courting surprise* (1990). Não é necessário que em todas as psicoterapias o processo seja concebido desta forma para que, ainda assim, se possa reconhecer como “ser afectado pelo contexto emergente”, como na

formulação de Stiles et al. (1998), é parte fundamental do trabalho terapêutico, e é talvez esse antes de qualquer outro o benefício esperado da EEC. O que, por sua vez, parece-nos, requer – e potencia – o tipo de integração psicológica de que falámos, e que poderá ser preferível ao tipo de actividade mental altamente controlada por vezes preconizada pelo tecnicismo excessivo. Quanto mais não seja, seria útil avaliarmos se a forma como, enquanto psicoterapeutas, “utilizamos a mente” seria recomendável para “modelagem” pelo cliente. O nosso trabalho, juntamente com muita da evidência que revimos no Capítulo I, sugere que estas dimensões poderão ser decisivas nos casos mais complexos, que dependem mais profundamente do psicoterapeuta. Acreditamos também que a EEC descreve processos através dos quais o terapeuta se coloca em condições de obter e tirar máximo proveito – clínico e formativo – do *feedback* disponível directamente na sessão. Em suma, acreditamos que a EEC poderia ser encarada como um *faux unique* (ver Capítulo I), isto é, um ingrediente terapêutico tradicionalmente mais valorizado numas abordagens terapêuticas do que noutras, mas que virtualmente beneficia todas elas.

Quanto à formação e desenvolvimento de *expertise* dos psicoterapeutas, o nosso trabalho oferece, antes de mais, um modelo com sete dimensões e seis atitudes que poderão ser utilizadas como instrumento para balizar alguns aspectos do desempenho do terapeuta. A interrogação que poderíamos perseguir, caso aceitemos supor que a EEC é relevante, seria a de como promovê-la.⁵² Voltando ainda uma vez à ideia de integração psicológica, e servindo-nos dos conceitos fundamentais de Piaget, parece-nos pacífico que o trajecto de cada psicoterapeuta nessa direcção poderá ser mais assimilativo ou mais acomodativo, e que é provável que os processos formativos nisso implicados sejam diversos – e, nesta

⁵² Parece-nos existir frequentemente, no mundo da investigação em psicoterapia, um encadeamento por vezes problemático que pode resumir-se assim: observa-se a realidade, identifica-se um aspecto comum a processos considerados desejáveis, conclui-se que é necessário isolar e treinar o aspecto identificado. É assim que, por exemplo, se pode resvalar para o delineamento de formas de melhorar a “competência de auto-conhecimento” (Weinstein & Alschuler, 1985), assim como, diremos, poderia pensar-se em como treinar narrativas, prestações mais favoráveis na AAI ou respostas saudáveis às manchas de Rorschach. Tentando, pela nossa parte, não cair nos excessos de generalismo de tudo balizar numa ideia nobre mas vaga do desenvolvimento psicológico do terapeuta, é ainda assim nossa preocupação não incorrerem no tipo de simplificação descrita no que toca à EEC.

perspectiva, a medida do pluralismo teórico será exactamente a da diversidade pessoal. Acreditamos que muito do que é a oferta tradicional continuará a ser necessário ou, pelo menos, desejável, incluindo a formação teórico-clínica, a prática supervisionada e a psicoterapia pessoal. Contudo, e tendo já, no Capítulo I, apresentado algumas reflexões sobre a ênfase desenvolvimental e no treino, gostaríamos de, uma vez mais, importar observações habitualmente dirigidas aos clientes da psicoterapia para aplicá-las ao terapeuta e ao seu desenvolvimento.

O problema da *expertise* coloca-se, como vimos anteriormente, na necessidade de criar uma relação entre experiência e melhor desempenho – medido de alguma forma importante e que mereça acordo, como os resultados terapêuticos (Goodyear et al., 2017). Apesar da evidência desanimadora de que falámos a este respeito, existem sinais de que, mesmo que, em média, os terapeutas não melhorem e possam mesmo piorar ligeiramente nos seus resultados, *alguns terapeutas melhoram com a experiência* (Goldberg, Rousmaniere, et al., 2016). Por definição, está em causa aprender com a experiência, e mais particularmente com a experiência interpessoal, que Fonagy e Allison (2014) designam como confiança epistémica. A implicação volta a vários dos pontos que fomos sublinhando: é a qualidade com que as experiências do sujeito são mentalizadas que “relaxa a vigilância epistémica”. No caso da psicoterapia, as experiências a mentalizar e a partir das quais se procura que o terapeuta evolua são, em primeiro lugar, as experiências de que se ocupa o constructo da EEC; e a sua mentalização é o que procurámos estudar ao operacionalizar a EEC – tendo como horizonte o benefício clínico imediato, mas, como vimos acima, sendo plausível que os benefícios se possam estender a processos mais latos de aprendizagem e desenvolvimento de *expertise*. Neste processo, o trabalho elaborativo do terapeuta poderá ser potenciado por outras fontes de *feedback* – de tutores, colegas, entre outros. Em certo sentido, é provável que a confiança epistémica de um psicoterapeuta o ajude a tirar proveito de uma diversidade de experiências que, sendo menos convencionais e específicas da psicoterapia, aprofundam a compreensão da complexidade humana. Rønnestad (2018) exemplifica:

To me, it seems logical to extend the EBP paradigm to include knowledge, not only specifically from the social sciences as recommended by the APA, but also from the humanistic sciences, as for example prose, poetry, drama and film. Thus the contributions by for example Fjodor Dostojevsky, Doris Lessing, William Butler Yeats, Henrik Ibsen, August Strindberg, and Ingmar Bergman are important resources for the psychotherapist to develop expertise in assisting people in improving their lives. (p. 21)

Mas, como vimos também, a confiança epistémica funciona pressupondo um meio social suficientemente benigno (Bateman et al., 2018). Este ponto leva-nos a uma questão menos discutida na literatura sobre *expertise*, que se prende com a qualidade dos contextos em que trabalham os psicoterapeutas e das condições que oferecem para o desenvolvimento de *expertise*. Nissen-Lie (2018) refere-se à necessidade de se cultivar uma atmosfera de abertura, curiosidade e aprendizagem ao longo da vida em que a honestidade do terapeuta para explorar as suas vulnerabilidades não coloque em risco o seu estatuto e as oportunidades que terá. Destaca também a importância de acesso fácil a apoio e supervisão, e aponta os riscos da falta de *feedback* e da pressão para atender demasiados clientes em pouco tempo. A algumas destas preocupações, Rønnestad (2018) acrescenta a falta de tempo para a reflexão e o risco de confrontar os terapeutas, especialmente em fase inicial da carreira, com desafios demasiado acima das suas competências. Certamente, esta é uma área ainda pouco explorada e que recomenda que se combata o viés individualista por vezes existente no universo da psicoterapia.

3. Limitações e direcções futuras

O nosso estudo *BINOCULAR* tem várias limitações que fomos assinalando nos capítulos anteriores, e algumas das quais abordámos já nesta secção. Os principais problemas prender-se-ão como a dimensão reduzida da amostra e o desenho naturalista (mesmo que, com os dados disponíveis, haja ainda caminhos por explorar, com destaque para a análise individualizada e comparativa de casos, com metodologias qualitativas ou mistas). Ambas as limitações levam a que os

resultados que reportámos devam ser encarados com precaução, mesmo quando – ou, porventura, *especialmente* quando – parecem sustentar algumas das hipóteses mais importantes com que partimos para este projecto. Direcções futuras relevantes para aprofundar o trabalho que aqui reportámos podem incluir, por um lado, o refinamento do modelo e cotação da EEC e a confirmação da sua estrutura factorial com um número mais elevado de observações independentes e um critério que garanta maior aleatoriedade na selecção das mesmas (por exemplo, solicitando aos terapeutas que apresentem um comentário referente à sessão mais recente ou à primeira sessão que tiverem nos dias seguintes). Por outro lado, seria de todo o interesse utilizar amostras maiores de terapeutas e de clientes, possibilitando, desde logo, estudar a parte da EEC respeitante às *posições contratransferenciais*. Importaria, além disso, incluir um número substancial de clientes por terapeuta, de modo a poder distinguir as variações *entre* e *intra*-terapeutas na EEC e compará-las quanto ao peso relativo e à relação com outras variáveis relevantes. Utilizando um desenho em três níveis, de sessões aninhadas em clientes aninhados em terapeutas (isto é, mantendo o interesse no estudo longitudinal da EEC), seria ainda possível aprofundar a importância das dinâmicas da EEC ao longo do tempo *dentro* de cada caso. Este desenho aliado a uma amostra maior permitiria estudar em que medida a EEC se relaciona com os efeitos do terapeuta e os resultados terapêuticos e com as suas trajectórias ao longo do processo. Acrescentando um nível que agrupasse os terapeutas por instituição, poder-se-ia examinar o papel do tipo de factores contextuais e laborais que acima mencionámos. Idealmente, o estudo de processos terapêuticos completos tornaria possível, ainda, comparar a EEC em casos considerados de maior e menor sucesso. O estudo da relação da EEC com outras dimensões relevantes do processo – nomeadamente, rupturas na aliança, empatia, imediatez ou o uso de técnicas específicas – seria também de grande interesse e seria potenciado pelo acesso ao conteúdo das sessões. Ainda assim, pensamos que os comentários do terapeuta e as suas anotações são recursos ricos para a investigação e fáceis de obter sem riscos perceptíveis de prejuízo para o processo terapêutico, além de prefigurarem, em si, formas de prática reflexiva que podem ser exploradas pelo próprio terapeuta e por quem estiver envolvido na

formação. Por fim, acrescentaríamos o interesse em estudos qualitativos, estudos de caso e “investigação de enriquecimento” (Stiles, 2015) utilizando o constructo da EEC e, à medida que se confirme a relevância deste tipo de processo para a psicoterapia, a importância de estudar o seu desenvolvimento nos psicoterapeutas, promovido pelos dispositivos mais habituais de formação (formação teórico-clínica, supervisão, psicoterapia pessoal) ou por outros, como a prática reflexiva, a prática deliberada, programas de formação especificamente desenhados com esse propósito, experiências relacionadas com outras esferas da vida dos psicoterapeutas ou aspectos contextuais proximais e distais que enformam a prática psicoterapêutica.

Independentemente de futuros desenvolvimentos a que ainda possamos assistir, terminamos este trabalho esperando ter contribuído para aumentar a atenção às experiências únicas que emergem no campo intersubjectivo formado por cada díade terapêutica. Como antes dissemos, tão delicado trabalho requer que o protejamos como a uma espécie ameaçada.

REFERÊNCIAS

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71–83. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.1.71>
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac.
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109. <https://doi.org/10.1037/a0030276>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Área Oftalmológica Avanzada (2021, 29 de Abril). *Visión binocular*. <https://areaoftalmologica.com/neurooftalmologia/vision-binocular/>
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 17(4), 667–689. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.17.4.667>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>

- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association.
- Bartholomew, K., Kwong, M. J., & Hart, S. D. (2001). Attachment. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 196–230). The Guilford Press.
- Basseches, M. (1997a). A developmental perspective on psychotherapy process, psychotherapists' expertise, and “meaning-making conflict” within therapeutic relationships: A two-part series. *Journal of Adult Development*, *4*(1), 17–33. <https://doi.org/10.1007/BF02511846>
- Basseches, M. (1997b). A developmental perspective on psychotherapy process, psychotherapists' expertise, and “meaning-making conflict” within therapeutic relationships: Part II. *Journal of Adult Development*, *4*(2), 85–106. <https://doi.org/10.1007/BF02510083>
- Basseches, M., & Mascolo, M. F. (2010). *Psychotherapy as a developmental process*. Routledge.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, *9*(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, *33*(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (Eds.) (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: An integrative, personality-based treatment for complex cases*. The Guilford Press.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy, 39*(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.32>
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 121-143). Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227–306). John Wiley & Sons.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Boston Change Process Study Group (2013). Enactment and the emergence of new relational organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 61*(4), 727–749. <https://doi.org/10.1177/0003065113496636>
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S., & Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 443–454. <https://doi.org/10.1037/a0031437>
- Botella, C., & Botella, S. (2005). *The work of psychic figurability: Mental states without representation*. Brunner-Routledge.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology, 25*(1), 47–66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Bram, A. D., & Gabbard, G. O. (2001). Potential space and reflective functioning: Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(4), 685-699. <https://doi.org/10.1516/5ce7-qdtr-e4d5-gqgk>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2015). Client and Therapist Attachment Styles and Working Alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 155-165. <https://doi.org/10.1002/cpp.1944>
- Bucci, W. (1999). Response to the comments of Bouchard and Lecours. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 7(1), 23-29.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 766-793. <https://doi.org/10.1080/07351692209349017>
- Bucci, W., & Maskit, B. (2007). Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1355-1397. <https://doi.org/10.1177/000306510705500412>
- Bucci, W., Maskit, B., & Hoffman, L. (2012). Objective measures of subjective experience: The use of therapist notes in process-outcome research. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(2), 303-340. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.2.303>
- Buchholz, M.B., & Kächele, H. (2017). From turn-by-turn to larger chunks of talk: An exploratory study in psychotherapeutic micro-processes using conversation analysis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(3), 161-178. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.257>
- Busch F. N. (2017). A model for integrating actual neurotic or unrepresented states and symbolized aspects of intrapsychic conflict. *The Psychoanalytic Quarterly*, 86(1), 75-108. <https://doi.org/10.1002/psaq.12127>

- Busch, F. N. & Milrod, B. L. (2013). Panic-focused psychodynamic psychotherapy-extended range. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 584–594. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835166>
- Caldwell, L. (2015). Introduction. *British Journal of Psychotherapy*, 31(1), 54–58. <https://doi.org/10.1111/bjp.12132>
- Carvalho, H. M. R. M. (2011). *À procura da base segura: Contributos da história profissional e desenvolvimental dos psicoterapeutas* [Dissertação de doutoramento]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Carvalho, H. M., & Matos, P. M. (2016). Being and becoming a psychotherapist in Portugal: A dialogue between personal and professional experiences. In L. Jennings & T. Skovholt (Eds.), *Expertise in counseling and psychotherapy: Master therapist studies from around the world* (pp. 93–126). Oxford University Press.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.) (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied & Preventive Psychology*, 3(3), 159–172. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80068-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80068-X)

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44*(5), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Connors, M. E. (2011). Attachment theory: A “secure base” for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *21*(3), 348–362. <https://doi.org/10.1037/a0025460>
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L., & Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive psychotherapy integration as a framework for a unified clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, *2*(1), 1–20.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, *26*(8), 968–984. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.02.001>
- Daniel, S. I. F. (2009). The developmental roots of narrative expression in therapy: Contributions from attachment theory and research. *Psychotherapy*, *46*(3), 301–316. <https://doi.org/10.1037/a0016082>
- De Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, *54*, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.01.006>

- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(1), 47–65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227–259. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.227.23433>
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237–248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793–800. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.4.793>
- Eagle, M., & Wolitzky, D. L. (2009). Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 351–378). The Guilford Press.
- Ecker, B. (2018). Clinical translation of memory reconsolidation research: Therapeutic methodology for transformational change by erasing implicit emotional learnings driving symptom production. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 6(1), 1–92. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2018.0001-0092>

- Ecker, B., Bridges, S. K. (2020). How the science of memory reconsolidation advances the effectiveness and unification of psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48, 287–300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 245–287). Oxford University Press.
- Errázuriz, P., & Zilcha-Mano, S. (2018). In psychotherapy with severe patients discouraging news may be worse than no news: The impact of providing feedback to therapists on psychotherapy outcome, session attendance, and the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 125–139. <https://doi.org/10.1037/ccp0000277>
- Etchegoyen, R. H. (2008). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Artmed.
- Eubanks, C. F., & Goldfried, M. R. (2019). A principle-based approach to psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed., pp. 88–104). Oxford University Press.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 549–579). Oxford University Press.
- Evans, C. (2012). Cautionary notes on power steering for psychotherapy. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(2), 131–139. <https://doi.org/10.1037/a0027951>
- Eysenck, H. J. (1952/1992). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 659–663. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.659>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Falkenström, F., Solomonov, N. & Rubel, J. A. (2020) Do therapist effects really impact estimates of within-patient mechanisms of change? A Monte Carlo simulation study. *Psychotherapy Research*, 30(7), 885-899, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1769875>

- Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 46–70). The Guilford Press.
- Feyaerts, J., & Vanheule, S. (2015). How to return to subjectivity: Natorp, Husserl, and Lacan on the limits of reflection. *Theory & Psychology, 25*(6), 753–774. <https://doi.org/10.1177/0959354315611263>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 24–78). Oxford University Press.
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis, 80*(2), 215–223. <https://doi.org/10.1516/0020757991598620>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.) (pp. 3–20). American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3–42). American Psychiatric Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.22>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 35*(2), 231–257. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x>

- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fosha, D., & Yeung, D. (2006). AEDP exemplifies the seamless integration of emotional transformation and dyadic relatedness at work. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 165–184). APA Press.
- Fosshage J. L. (1994). Toward reconceptualising transference: Theoretical and clinical considerations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(2), 265–280.
- Fosshage, J. L. (2011a). How do we “know” what we “know?” And change what we “know?”. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1), 55–74. <https://doi.org/10.1080/10481885.2011.545328>
- Fosshage J. L. (2011b). The use and impact of the analyst's subjectivity with empathic and other listening/experiencing perspectives. *The Psychoanalytic Quarterly*, 80(1), 139–160. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2011.tb00081.x>
- Freud, S. (1900/2009). *A interpretação dos sonhos*. Relógio D'Água.
- Freud, S. (1912/2001). Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise. In C. York (Ed.), *Textos essenciais da psicanálise, Volume I: O inconsciente, os sonhos e a vida pulsional* (3ª ed., pp. 146–152). Publicações Europa-América.
- Freud, S. (1914/1958). Remembering, repeating, and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II). In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 145–156). The Hogarth Press.
- Freud, S. (1919/1955). Lines of advance in psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 159–168). The Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1997). A reconsideration of objectivity in the analyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(1), 15–26.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria dinâmica na prática clínica* (3ª ed.). Artmed.

- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823–841. <https://doi.org/10.1516/002075703768284605>
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing normal and abnormal personality functioning: Strengths and weaknesses of self-report, observer, and performance-based methods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30–40. <https://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 40–43. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00097.x>
- Gelso, C. J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Erlbaum.
- Gold, J. (2011). Attachment theory and psychotherapy integration: An introduction and review of the literature. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 221–231. <https://doi.org/10.1037/a0025490>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high-and low-performing therapists. *Psychotherapy Research*, 28(4), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>

- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484–496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., & Bell, A. C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 24-60). Oxford University Press.
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Jason Aronson.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-000>
- Grotstein, J. S. (2007). *A beam of intense darkness: Wilfred Bion's legacy to psychoanalysis*. Karnac.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. The Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.188>

- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304–312. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.2.304>
- Hatcher R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist, 70*(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*(1), 88–97. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0012>
- Henriques, G. (2003). The Tree of Knowledge System and the Theoretical Unification of Psychology. *Review of General Psychology, 7*(2), 150–182. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.2.150>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M. III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A., & Hillman, J. W. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy, 57*(4), 587–597. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Hoffman, L., Albus, J., Braun, W., Bucci, W., & Maskit, B. (2013). Treatment notes: Objective measures of language style point to clinical insights. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 61*(3), 535–568. <https://doi.org/10.1177/0003065113489026>
- Holmes, J. (2010). *Exploring in security*. American Psychological Association.
- Holmes, J. (2014), 'Chaos, Through a Veil of Order'. *British Journal of Psychotherapy, 30*(4), 484-498. <https://doi.org/10.1111/bjp.12107>
- Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M.

- Y., Latzman, R. D., Pincus, A. L., . . . Zimmermann, J. (2020). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 477–497. <https://doi.org/10.1037/int0000156>
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy*, 43(3), 258–263. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Johnson, S. M. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples: Perfect partners. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 410-433). The Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522–528. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328358e531>

- Kaluzeviciute, G. (2021). Appraising psychotherapy case studies in practice-based evidence: Introducing Case Study Evaluation-tool (CaSE). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00175-y>
- Kernberg, O. F. (1997). The nature of interpretation: Intersubjectivity and the third position. *American Journal of Psychoanalysis*, 57(4), 297-312. <https://doi.org/10.1023/A:1022463306053>
- Kernberg, O. F. (1999). Acute and chronic countertransference reactions. In P. Fonagy, A. M. Cooper, & R. S. Wallerstein (Eds.), *Psychoanalysis on the move: The work of Joseph Sandler* (pp. 171-186). Routledge.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation: Relating to states of unmentalised affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(1), 13–21. <https://doi.org/10.1080/01062301.2006.10592775>
- Kivlighan, D. M., Jr., Hill, C. E., Gelso, C. J., & Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 149–161. <https://doi.org/10.1037/cou0000134>
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. (1986). The Experiencing Scales. In L. S. Greenberg, & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21–71). Guilford.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 459–483. <https://doi.org/10.1177/000306515900700304>
- Lambert, M. J. (2013a). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500–504. <https://doi.org/10.1037/a0036580>

- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 203–223). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0010>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2019). Collecting and delivering client feedback. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 580–630). Oxford University Press.
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Lane, R. D., & Nadel, L. (Eds.) (2020). *Neuroscience of enduring change: Implications for psychotherapy*. Oxford University Press.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *The Behavioral and Brain Sciences, 38*(e1). <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Langkaas, T. F., Wampold, B. E., & Hoffart, A. (2018). Five types of clinical difference to monitor in practice. *Psychotherapy, 55*(3), 241–254. <https://doi.org/10.1037/pst0000194>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy, 51*(4), 519–524. <https://doi.org/10.1037/a0038245>
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 105–120). Oxford University Press.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *The International Journal of Psychoanalysis, 88*(4), 895–915.

- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26–41. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02006.x>
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. Basic Books.
- Levine, H. B. (2010). Creating analysts, creating analytic patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(6), 1385–1404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00336.x>
- Levine, H. B. (2012). The colourless canvas: Representation, therapeutic action and the creation of mind. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 363–385. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00574.x>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Gooch, C. V., & Kivity, Y. (2019). Attachment style. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2, pp. 15–55). Oxford University Press.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Liljenfors, R., & Lundh, L.-G. (2015). Mentalization and intersubjectivity towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 36–60. <https://doi.org/10.1037/a0037129>
- Linehan M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Lingiardi, V., & Colli, A. (2015) Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 311–329). Springer.

- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 85–101. <https://doi.org/10.1002/cpp.2131>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archive of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lundh, L.-G. (2014). The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5), 131–150. <https://doi.org/10.11648/j.pbs.20140305.11>
- Lundh, L.-G. (2017). Relation and technique in psychotherapy: Two partly overlapping categories. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 59–78. <https://doi.org/10.1037/int0000068>
- Lundh, L.-G. (2019). The crisis in psychological science, and the need for a person-oriented approach. In J. Valsiner (Ed.), *Social philosophy of science for the social sciences* (pp. 203-223). Springer.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., pp. 37–62). American Psychiatric Association Publishing.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D. N., & Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Magnavita, J. J. (2008). Toward unification of clinical science: The next wave in the evolution of psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 264–291. <https://doi.org/10.1037/a0013490>

- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239–266. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.239>
- Mallinckrodt, B., Daly, K., & Wang, C.-C. (2009). An attachment approach to adult psychotherapy. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 234-268). The Guilford Press.
- Mariani, R., & Negri, A. (2015). Note del terapeuta e misure del processo referenziale. Un possibile “terzo analitico”. *Ricerca Psicoanalitica*, 6(3), 119–133. <https://doi.org/10.3280/rpr2015-003009>
- Marmarosh, C. L. (2015). Emphasizing the complexity of the relationship: The next decade of attachment-based psychotherapy research. *Psychotherapy*, 52(1), 12–18. <https://doi.org/10.1037/a0036504>
- Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Jr., Bieri, K., LaFauci Schutt, J. M., Barone, C., & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404–412. <https://doi.org/10.1037/a0031989>
- Marmarosh, C. L., Schmidt, E., Pembleton, J., Rotbart, E., Muzyk, N., Liner, A., Reid, L., Margolies, A., Joseph, M., & Salmen, K. (2015). Novice therapist attachment and perceived ruptures and repairs: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 140–144. <https://doi.org/10.1037/a0036129>
- Mason A. (2000). Bion and binocular vision. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 983–989. <https://doi.org/10.1516/0020757001600327>
- Matos, P. M. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes* [Dissertação de doutoramento]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Matos, P. M. (2011). Das famílias dos clientes às “famílias” dos psicoterapeutas: Questões sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas. In P. M. Matos, C. Duarte, & M. E. Costa (Eds.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 243–270). LivPsic.
- Maturana, H. (1997). *La realidad: ¿Objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento*. Anthropos Editorial.

- Maskit, B. (2021). Overview of computer measures of the referential process. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 29–49. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09761-8>
- Messer, S. B. (2016). Evidence-based practice. In H. S. Friedman (Ed), *Encyclopedia of mental health* (2nd ed., Vol. 2, pp. 161–169). Academic Press.
- Messer, S. B. (2019). My journey through psychotherapy integration by twists and turns. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 73-83. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000159>
- Messer, S. B., Tishby, O., & Spillman, A. (1992). Taking context seriously in psychotherapy research: Relating therapist interventions to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 678–688. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.5.678>
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An Attachment Model of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 231–281). The Guilford Press.
- Miguens, S. (2005). O problema do auto-conhecimento (*self-knowledge*). *Análise*, 2(2), 95–128.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 35 (pp. 53–152). Elsevier Academic Press.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2017). Professional development: From oxymoron to reality. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 23–47). Wiley Blackwell.
- Miller-Bottome, M., Talia, A., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: Negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 132–138. <https://doi.org/10.1037/pap0000232>
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. The Analytic Press.

- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, B. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto Editora.
- Negri, A., Andreoli, G., Mariani, R., De Bei, F., Rocco, D., Greco, A., Bucci, W. (2020). First validation of the Referential Process Post-session Scale – Therapist version (RPPS-T). *Clinical Neuropsychiatry*, 17(6), 319–329. <https://doi.org/10.36131/cnforiteditore20200601>
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Structured interview on expertise. *The Integrative Therapist*, 4(2), p. 13–15.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 3–23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). Our best selves. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019a). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1, pp. 1–23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (Eds.) (2019b). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 1). Oxford University Press.

- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2). Oxford University Press.
- Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.) (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. The Guilford Press.
- Oddli, H. W., Halvorsen, M. S., & Rønnestad, M. H. (2014, Novembro). *Expertise demonstrated: What does it mean to be an expert psychotherapist?* [Web article]. Retirado: <https://societyforpsychotherapy.org/expertise-demonstrated>
- Oddli, H. W., Nissen-Lie, H. A., & Halvorsen, M. S. (2016). Common therapeutic change principles as “sensitizing concepts”: A key perspective in psychotherapy integration and clinical research. *Journal of Psychotherapy Integration, 26*(2), 160–171. <https://doi.org/10.1037/int0000033>
- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly, 73*(1), 167–195. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00156.x>
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. In M. J. Lambert Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 134–166). Wiley.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 361–373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Öst, L.-G. (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(sup47), 5–10. <https://doi.org/10.1080/08039480802315590>
- Owen, J. J., Adelson, J., Budge, S., Kopta, S. M., & Reese, R. J. (2016). Good-enough level and dose-effect models: Variation among outcomes and therapists. *Psychotherapy Research, 26*(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966346>
- Panksepp, J., Lane, R. D., Solms, M., & Smith, R. (2017). Reconciling cognitive and affective neuroscience perspectives on the brain basis of emotional experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 76*(Pt B), 187–215. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.010>

- Parpottas, P. (2012). Working with the therapeutic relationship in cognitive behavioural therapy from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 91–99.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2006). Insight and awareness in experiential therapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 31–56). American Psychological Association.
- Paz, A., Rafaeli, E., Bar-Kalifa, E., Gilboa-Schechtman, E., Gannot, S., Laufer-Goldshtein, B., Narayanan, S., Keshet, J., & Atzil-Slonim, D. (2021). Intrapersonal and interpersonal vocal affect dynamics during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(3), 227–239. <https://doi.org/10.1037/ccp0000623>
- Peräkylä, A. (2019) Conversation analysis and psychotherapy: Identifying transformative sequences. *Research on Language and Social Interaction*, 52(3), 257-280. <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631044>
- Preston, L. (2015, 19 de Setembro). *Eugene Gendlin, PhD on the theory of focusing-oriented psychotherapy* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=xXp11zpK95M&t=45s>
- Reese, R. J. (2017). The promise and challenge (and reality) of defining therapist expertise. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 76–89. <https://doi.org/10.1177/0011000016657161>
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665–680. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208853>
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294–314. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x>

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103.
- Rønnestad, M. H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct? *Psychotherapy Bulletin, 51*(1), 11–13.
- Rønnestad, M. H. (2018). Structured interview on expertise. *The Integrative Therapist, 4*(2), 17–26.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Press.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2017a). Introduction. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 3–22). Wiley Blackwell.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.) (2017b). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley Blackwell.
- Rudden, M. G. (2017). Reflective functioning and symptom specific reflective functioning: Moderators or mediators? *Psychoanalytic Inquiry, 37*(3), 129–139. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1285182>
- Ryle, A. (2005). Cognitive analytic therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 196-217). Oxford University Press.
- Safran J. D. (2011). Theodor Reik's listening with the third ear and the role of self-analysis in contemporary psychoanalytic thinking. *Psychoanalytic Review, 98*(2), 205–216. <https://doi.org/10.1521/prev.2011.98.2.205>

- Safran, J. D. (2012). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. American Psychological Association.
- Safran, J. D. (2017). The unbearable lightness of being: Authenticity and the search for the real. *Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 69–77. <https://doi.org/10.1037/pap0000093>
- Safran, J. D., & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 140–152. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x>
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 383–403.
- Sales, C. M. D., Alves, P., Evans, C., & Elliott, R., On behalf of IPHA Group (2014). The individualised patient-progress system (IPPS): A decade of international collaborative networking. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(3), 181–191. <https://doi.org/10.1080/14733145.2014.929417>.
- Santarelli, M., & Talia, A. (2017). A pragmatist perspective on self-state knowledge in the therapy context. *Pragmatism Today*, 8(1), 134–145.
- Santos, B. S. (1995). *Um discurso sobre as ciências* (7ª ed.). Edições Afrontamento.
- Santos, B. V. (2009). *A crítica da razão indolente: Contra o desperdício da experiência*. Edições Afrontamento.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*

- Services Research*, 44(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193–202. <https://doi.org/10.1080/10503300903204043>
- Shedler, J. (2018). Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117–1131. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.48.11.1117>
- Skovholt, T. M., & Starkey, M. T. (2010). The three legs of the practitioner’s learning stool: Practice, research/theory, and personal life. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(3), 125–130. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9137-1>
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 762–782). The Guilford Press.
- Solms, M. (2019). The hard problem of consciousness and the free energy principle. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02714>
- Southam-Gerow, M. A., Chapman, J. E., Martinez, R. G., McLeod, B. D., Hogue, A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2021). Are therapist adherence and competence related to clinical outcomes in cognitive-behavioral treatment for youth anxiety? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(3), 188–199. <https://doi.org/10.1037/ccp0000538>
- Spielman, R. (2000). Book reconsidered: Persuasion and healing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 881–884. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.0767a.x>

- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalized models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology, 74*(1), 5–42. <https://doi.org/10.1002/jclp.22484>
- Stern, D. B. (1990). Courting surprise. *Contemporary Psychoanalysis, 26*(3), 452–478. <https://doi.org/10.1080/00107530.1990.10746672>
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. Routledge.
- Stern, D. B. (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 61*(2), 227–256. <https://doi.org/10.1177/0003065113484060>
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis, 79*(5), 903–921.
- Stiles, W. B. (1996). When more of a good thing is better: Reply to Hayes et al. (1996). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 915–918. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.915>
- Stiles, W. B. (2015). Theory building, enriching, and fact gathering: Alternative purposes of psychotherapy research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 159–179). Springer.
- Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research, 25*(3), 282–293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.981681>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (p. 71–84). American Psychological Association.

- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41(2), 165–180. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- Stolorow, R. D. (2016). Using Heidegger. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(4), NP13–NP15. <https://doi.org/10.1177/0003065116669938>
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 715–738). The Guilford Press.
- Strachey, J. (1934/1969). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 50(3), 275-292.
- Strauss, B. M., & Petrowski, K. (2017). The role of the therapist's attachment in the process and outcome of psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (p. 117–138). American Psychological Association.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125–1136. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780100095009>
- Taipale, J. (2021). The illusion of contact: Insights from Winnicott's 1952 letter to Klein. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(1), 31–50. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1878005>
- Talia, A., Daniel, S. I. F., Miller-Bottome, M., Brambilla, A., Miccoli, D., Safran, J. D., & Lingiardi, V. (2014). AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: A 'move to the level of the relation' for attachment-informed psychotherapy research. *Attachment & Human Development*, 16(2), 192–209. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.859161>
- Talia, A., Muzi, L., Lingiardi, V., & Taubner, S. (2020). How to be a secure base: Therapists' attachment representations and their link to attunement in psychotherapy. *Attachment and Human Development*, 22(2), 189–206. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1534247>

- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. The Analytic Press.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, *77*(3), 459–479.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, *50*, 7-13.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, *69*(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, *23*(6), 646–657. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.843803>
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, *53*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(5), 725–733. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.5.725>
- Vasco, A. B. (1992). *Psicoterapeuta conhece-te a ti próprio: Características, crenças metateóricas, estilos terapêuticos e desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas portugueses* [Dissertação de doutoramento]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Vasco, A. B., & Dryden, W. (1997). Does development do the deed? Clinical experience and epistemological development together account for similarities in therapeutic style. *Psychotherapy*, *34*(3), 262–271. <https://doi.org/10.1037/h0087855>
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. The Guilford Press.

- Wachtel, P. L. (2011). *Inside the session: What really happens in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2014). An integrative relational point of view. *Psychotherapy*, 51(3), 342–349. <https://doi.org/10.1037/a0037219>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49–65). Wiley Blackwell.
- Wampold, B. E., Frost, N. D., & Yulish, N. E. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and a contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108–120. <https://doi.org/10.1037/cns0000045>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Rodrigues, A., & Prosser, M. C. (2019). Examining the role of therapists' empathy and clients' attachment styles on changes in clients' affect regulation and outcome in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 30(6), 693–705. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1658912>

- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2013). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–298. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Weinstein, G., & Alschuler, A. S. (1985). Educating and counseling for self-knowledge development. *Journal of Counseling & Development*, 64(1), 19–25. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1985.tb00996.x>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Winnicott, D. W. (1969). The use of an object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50(4), 711–716.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Imago Editora.
- Wiseman, H. (2017). The quest for connection in interpersonal and therapeutic relationships. *Psychotherapy Research*, 27(4), 469–487. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119327>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325. <https://doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S. (2019). Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research*, 29(6), 693–708. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1429691>
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance–outcome association. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 579–591. <https://doi.org/10.1037/cou0000103>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not just a non-specific factor: Moderators of the effect of within- and between-

clients alliance on outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 146–158. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9866-5>

Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681–697. <https://doi.org/10.1002/jclp.20683>

ANEXOS

Anexo 1

Parecer da Comissão de Ética da FPCEUP

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO

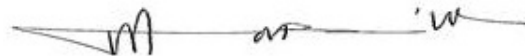
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo analisado os documentos relativos ao projeto de investigação de **João Francisco Soares da Conceição Tavares Barreto**, intitulado "Vinculação, contratransferência e mentalização: impacto de dimensões do terapeuta e da diade no processo e nos resultados terapêuticos", orientado pela Doutora Paula Mena Matos, considera, que ele respeita todos os princípios éticos e normas deontológicas da investigação pelo que emite um parecer favorável à sua realização.

FPCEUP, 30 de maio de 2014

O Presidente,



Prof. Joaquim Luís Coimbra

Anexo 2

BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia – Pasta de Participante

BINOCULAR

VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

GUIÃO DE PARTICIPAÇÃO

(P – Psicoterapeuta)

I. SOBRE O ESTUDO

Este estudo decorre actualmente na FPCEUP/Centro de Psicologia da Universidade do Porto, e com ele pretendemos investigar as percepções do processo psicoterapêutico.

É importante saber que:

- os dados são recolhidos *on-line*, e para isso ser-lhe-á fornecido o respectivo *link*;
- participam no estudo: você (**P**); um cliente/paciente selecionado por si (**C**); e um colega ou supervisor escolhido por si por ter um bom conhecimento das suas características enquanto clínico/terapeuta (**Col**);
- o estudo é composto por **5 momentos** em que você (**P**) e o seu cliente/paciente (**C**) acedem ao *link*, em separado, para fornecer as suas respostas;
- o colega ou supervisor (**Col**) participa num único momento, igualmente através do *link*;
- os momentos de participação e as estimativas da sua duração são os que se seguem:

	M0 (até à 2ª sessão)	M1 (após a 2ª sessão)	M2 (após a 5ª sessão)	M3 (após a 8ª sessão)	M4 (após a 10ª sessão)
P	15 minutos*	10 minutos	10 minutos	10 minutos	15 minutos
C	25 minutos	5 minutos	5 minutos	5 minutos	25 minutos
Col	5 minutos*				

** A preencher APENAS UMA VEZ (ignorar a partir do segundo cliente/paciente, caso participe no estudo com mais do que um caso)*

**NENHUM DOS PARTICIPANTES TEM ACESSO ÀS RESPOSTAS DE OUTROS
TODA A PARTICIPAÇÃO DE P, C E COL DÁ-SE EM TOTAL ANONIMATO**

II. INSTRUÇÕES PARA INICIAR O ESTUDO

1. **COMEÇARÁ POR RECEBER A PASTA DE PARTICIPANTE** (contém o *link* para o estudo, Termos de Consentimento Informado, Guiões de Participação para P, C e Col, entre outros)
2. **ESCOLHA UM CASO EM INÍCIO DE ACOMPANHAMENTO** (no máximo, 1 sessão realizada)
3. **CRIE UM CÓDIGO DE PARTICIPANTE** (que será comum a P, C e Col – ex., *123leiria*)
4. **FORNEÇA O GUIÃO DE PARTICIPANTE AO PACIENTE/CLIENTE** (antes ou no final da 1ª sessão)
 - a) O Guião inclui o *link* para o estudo, instruções e o código criado e inserido por si
 - b) Quando tiver confirmado que o paciente/cliente aceita participar, forneça-lhe também o Termo de Consentimento Informado, a devolver até ao fim do estudo, e lembre-o de fazer a sua primeira participação (*Momento 0*) antes da 2ª sessão
5. **ANTES DA 2ª SESSÃO, ACEDA AO LINK E SIGA AS INSTRUÇÕES** (*Momento 0*)
6. **QUANDO CONVENIENTE, SOLICITE A PARTICIPAÇÃO DO COLEGA** (tal como com o paciente/cliente, forneça-lhe o Guião, que inclui o *link* para o estudo, instruções e o código antes criado)

O CÓDIGO DE PARTICIPANTE e o PAPEL NO ESTUDO (P, C ou Col), SERÃO OS ÚNICOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO solicitados na recolha de dados on-line

III. INSTRUÇÕES DURANTE O ESTUDO

MOMENTO 0: Destina-se à recolha de dados pessoais e clínicos (se aplicável) dos participantes

MOMENTOS 1 A 4: O terapeuta deve:

- a) **registar um COMENTÁRIO imediatamente após o termo da sessão**, que depois será inserido através do *link* do estudo. Especificamente:
 - i. pretendemos que registe impressões, reacções ou associações despoletadas em si pela sessão da forma mais sincera e espontânea possível;
 - ii. para isso, escreva fluidamente, “ao correr da pena”, evitando corrigir e afastando preocupações com a organização do texto ou eventuais incorrecções de português;
 - iii. o que escrever NÃO será encarado como o seu ponto de vista completo sobre a sua experiência – não é esperado que tente apresentá-lo;
 - iv. posteriormente, ao aceder ao *link*, ser-lhe-á pedido que insira este comentário.
- b) **aceder ao *link* o mais cedo possível após a respectiva sessão** (desejavelmente, no próprio dia) a fim de inserir o comentário e responder aos **QUESTIONÁRIOS** apresentados.

EM TODOS OS MOMENTOS: Relembrar sempre o cliente/paciente de participar

IV. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A sua participação implica apenas um caso em início de acompanhamento. No entanto, caso aceite, estamos interessados em incluir no estudo até três casos por Psicoterapeuta.

Para conhecer melhor o projecto ou entrar em contacto com a equipa, visite-nos em www.fpce.up.pt/binocular/ ou utilize o e-mail jfbarreto@fpce.up.pt.

Muito obrigado pela sua disponibilidade!

Pela equipa de investigação,

João Francisco Barreto

Bolseiro de Doutoramento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia
(SFRH/BD/96922/2013)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
Centro de Psicologia da Universidade do Porto

BINOCULAR VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

GUIÃO DE PARTICIPAÇÃO

(C – Paciente/Cliente)

CÓDIGO DE PARTICIPANTE:

(a preencher pelo/a Psicoterapeuta)

SOBRE O ESTUDO (apresentação e instruções)

Este estudo decorre actualmente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/ Centro de Psicologia da Universidade do Porto, e com ele pretendemos investigar as percepções do processo psicoterapêutico.

É importante saber que:

- o estudo é composto por **5 momentos** (numerados de M0 a M4 – ver tabela abaixo);
- a sua participação consiste em **responder a questionários**;
- as suas respostas são enviadas **DIRECTAMENTE** à equipa de investigação, em **total anonimato**;
- os dados são recolhidos *on-line*, através do *link*
<http://www.fpce.up.pt/limesurvey/index.php?sid=36842&lang=pt;>
- neste *link*, terá que apresentar o código de participante (ver acima) e o seu papel no estudo (*Paciente/Cliente*); estes são os **únicos dados de identificação** que lhe serão pedidos;
- os momentos de recolha e os tempos de resposta estimados são os que se seguem:

M0 (até à 2ª sessão)	M1 (após a 2ª sessão)	M2 (após a 5ª sessão)	M3 (após a 8ª sessão)	M4 (após a 10ª sessão)
25 minutos	5 minutos	5 minutos	5 minutos	5 minutos

- o momento M0 (primeira participação no estudo) destina-se à recolha de dados genéricos sobre si;
- nos momentos M1 a M4 (da segunda à quinta participação), não se esqueça de aceder ao *link o mais cedo possível* após a respectiva sessão (desejavelmente, no próprio dia).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A sua participação implica o preenchimento de um **Termo de Consentimento Informado** (fornecido pelo/a seu/sua Psicoterapeuta, e entregue ao mesmo depois de assinado).

Para conhecer melhor o projecto ou entrar em contacto com a equipa, visite-nos em www.fpce.up.pt/binocular/ ou utilize o e-mail jfbarreto@fpce.up.pt.

Muito obrigado pela sua participação!

Pela equipa de investigação,

João Francisco Barreto

Bolseiro de Doutoramento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia
(SFRH/BD/96922/2013)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
Centro de Psicologia da Universidade do Porto

BINOCULAR VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

GUIÃO DE PARTICIPAÇÃO

(Col – Colega)

CÓDIGO DE PARTICIPANTE:

(a preencher pelo/a Psicoterapeuta)

SOBRE O ESTUDO (apresentação e instruções)

Este estudo decorre actualmente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/ Centro de Psicologia da Universidade do Porto, e com ele pretendemos investigar as percepções do processo psicoterapêutico.

É importante saber que:

- a sua participação consiste em **responder a UM questionário**;
- as suas respostas são enviadas **DIRECTAMENTE** à equipa de investigação, em **total anonimato**;
- os dados são recolhidos *on-line*, através do *link*
<http://www.fpce.up.pt/limesurvey/index.php?sid=36842&lang=pt>;
- neste *link*, terá que apresentar o código de participante (ver acima) e o seu papel no estudo (*Colega*); estes são os **únicos dados de identificação** que lhe serão pedidos;
- o tempo de resposta estimado é de 5 minutos.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A sua participação implica o preenchimento de um **Termo de Consentimento Informado** (fornecido pelo/a Psicoterapeuta, e entregue ao mesmo depois de assinado).

Para conhecer melhor o projecto ou entrar em contacto com a equipa, visite-nos em www.fpce.up.pt/binocular/ ou utilize o e-mail jfbarreto@fpce.up.pt.

Muito obrigado pela sua participação!

Pela equipa de investigação,

João Francisco Barreto

Bolseiro de Doutoramento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia
(SFRH/BD/96922/2013)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
Centro de Psicologia da Universidade do Porto

BINOCULAR
VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

CHECKLIST
(para o Psicoterapeuta)

CÓDIGO(S) DE PARTICIPANTE:
_____ 1
_____ 2
_____ 3
(por cada paciente/cliente, mudar apenas a terminação em 1, 2 ou 3)

Link para o estudo: <http://www.fpce.up.pt/limesurvey/index.php?sid=36842&lang=pt>

	M0 (até à 2ª sessão)	M1 (após a 2ª sessão)	M2 (após a 5ª sessão)	M3 (após a 8ª sessão)	M4 (após a 10ª sessão)
P	15 minutos*	10 minutos	10 minutos	10 minutos	15 minutos
C	25 minutos	5 minutos	5 minutos	5 minutos	25 minutos
Col	5 minutos*				

* A preencher APENAS UMA VEZ (ignorar a partir do segundo paciente/cliente)

NÃO SE ESQUEÇA DE:

- ✓ fornecer os **Guiões de Participante** e os **Termos de Consentimento Informado** ao paciente/cliente e ao seu colega/supervisor
- ✓ nos diferentes momentos do processo em que há recolha de dados, **relembrar o paciente/cliente de participar**
- ✓ **logo após as sessões 2, 5, 8 e 10**, registar o seu **COMENTÁRIO** (por exemplo, em papel)
- ✓ aceder ao *link* nos próprios dias das sessões a que dizem respeito

PARA CONTACTAR A EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

www.fpce.up.pt/binocular/ ou
jfbarreto@fpce.up.pt (João Francisco Barreto)

BINOCULAR
VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

INSTRUÇÕES ADICIONAIS
(Checklist 2)

Se pretende participar no nosso estudo **com mais do que um caso**, é importante saber que:

- ✓ deve utilizar **o mesmo código de participante** para todos os casos, diferenciando-os apenas com a **terminação em 1, 2 ou 3** (exemplo: *studopsi1* para o primeiro paciente/cliente, *studopsi2* para o segundo...; ou então: *studopsi* para o primeiro, *studopsi2* para o segundo...)
- ✓ assim sendo, o código que utiliza **como psicoterapeuta** deve **variar consoante o caso** a que se reporta
- ✓ o **colega/supervisor participa apenas uma vez** no estudo (neste caso, qualquer dos códigos gerados é válido)
- ✓ o/a **psicoterapeuta** só deve responder ao Momento 0 (antes da 2ª sessão) no primeiro caso com que participa; **a partir do segundo caso**, só precisa de responder **a partir do Momento 1** (após a 2ª sessão)

PARA CONTACTAR A EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

www.fpce.up.pt/binocular/ ou
jfbarreto@fpce.up.pt (João Francisco Barreto)

BINOCULAR
VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

Declaração de consentimento informado

(Paciente/Cliente)

Eu, abaixo-assinado/a _____:

Fui informado/a de que este estudo se destina a investigar o desenvolvimento do processo psicoterapêutico.

Sei que a minha participação neste estudo envolve a resposta a questões acerca de mim e da minha percepção do processo terapêutico que agora inicio.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade neste estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Contacto da equipa de investigação: jfbarreto@fpce.up.pt (João Francisco Barreto).

Data

__/__/__

Assinatura

BINOCULAR
VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

Declaração de consentimento informado
(Psicoterapeuta)

Eu, abaixo-assinado/a _____:

Fui informado/a de que este estudo se destina a investigar o desenvolvimento do processo psicoterapêutico.

Sei que a minha participação neste estudo envolve a resposta a questões acerca de mim e da minha percepção do(s) processo(s) terapêutico(s) a incluir.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade neste estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Contacto da equipa de investigação: jfbarreto@fpce.up.pt (João Francisco Barreto).

Data

__/__/__

Assinatura

BINOCULAR
VISÕES DO PROCESSO EM PSICOTERAPIA

Declaração de consentimento informado

(Colega/Supervisor)

Eu, abaixo-assinado/a _____:

Fui informado/a de que este estudo se destina a investigar o desenvolvimento do processo psicoterapêutico.

Sei que a minha participação neste estudo envolve a resposta a questões sobre a minha percepção do trabalho do/a meu/minha colega/supervisando/a _____.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso a qualquer momento recusar-me a participar no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade neste estudo.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Contacto da equipa de investigação: jfbarreto@fpce.up.pt (João Francisco Barreto).

Data

__/__/__

Assinatura

Anexo 3

BINOCULAR: Visões do Processo em Psicoterapia – Instrumentos e dimensões

Experiences in Close Relationships – Relationship Structures

H. Moreira, T. Martins, M. J. Gouveia, & M. C. Canavarro, 2015

(adaptado de Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011)

Itens por dimensão

EVITAMENTO

Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.

Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.

Eu debato/converso sobre as coisas com esta pessoa.

Para mim é fácil confiar nesta pessoa.

Não me sinto confortável para desabafar/abrir-me com esta pessoa.

Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.

ANSIEDADE

Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.

Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.

Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.

Referências

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). *The Experiences in Close Relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships*. *Psychological Assessment, 23*(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>

Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2014). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships—Relationship Structures questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 97*(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.950377>

Inventário de Organização da Personalidade

J. F. Barreto, M. Matias, H. M. Carvalho, & P. M. Matos, 2017
(adaptado de Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001)

Versão Curta

Itens por dimensão

PSICOSE

Consigo ver ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir.
Eu percebo e sei de coisas que mais ninguém é capaz de perceber ou saber.
Já ouvi ou vi coisas sem razão aparente.
Sei que não posso dizer aos outros certas coisas que percebo acerca do mundo porque lhes iriam parecer loucas.
Sinto-me como se já tivesse estado num sítio ou feito alguma coisa sem que isso tenha acontecido realmente.
Não sei dizer se simplesmente quero que uma coisa seja verdade ou se ela é mesmo verdade.
Sinto que os meus desejos ou pensamentos se irão tornar realidade como se por magia.
Acredito que as coisas vão acontecer simplesmente por pensar nelas.
Julgo ver coisas que, quando reparo melhor, afinal não são o que eu pensava.
Não sei ao certo se uma voz que ouvi ou algo que vi é imaginação minha ou não.
Não sei dizer se certas sensações físicas que tenho serão reais ou se as estarei a imaginar.

INSTABILIDADE DO SELF

Os meus objectivos estão sempre a variar.
Os meus objectivos de vida mudam frequentemente de ano para ano.
As pessoas dizem-me que eu tenho comportamentos contraditórios.
Se fosse um livro, a minha vida seria mais uma série de pequenas histórias escritas por autores diferentes do que um único romance.
Mesmo as pessoas que me conhecem bem não conseguem prever como é que eu vou agir.
Aos olhos dos outros, eu ajo de forma imprevisível e errática.
As pessoas dizem-me que eu as provoço ou induzo em erro para levar a minha avante.
Faço coisas por impulso que acho socialmente inaceitáveis.
Não consigo explicar as variações do meu comportamento.

INSTABILIDADE DOS OUTROS

Tenho medo que as pessoas que se tornam importantes para mim mudem de repente os seus sentimentos para comigo.
Estar sozinho/a é difícil para mim.
Quando os outros acham que eu tive sucesso fico eufórico/a, e quando acham que eu falhei sinto-me arrasado/a.
Quando tudo à minha volta está instável e confuso, sinto-me também assim por dentro.
Tenho dificuldade em saber ao certo o que os outros pensam de mim, mesmo pessoas que já me conhecem muito bem.
Para me sentir seguro/a, preciso de ter uma forte admiração pelas pessoas.
As pessoas têm tendência a usar-me a menos que eu tenha cuidado com isso.
Sinto que pessoas que eu tinha em boa conta me desiludiram por não estarem à altura do que eu esperava delas.

Referências

- Barreto, J. F., Matias, M., Carvalho, H. M., & Matos, P. M. (2017). Uncovering personality structure with the Inventory of Personality Organization: An exploration of factor structure with a Portuguese sample. *European Review of Applied Psychology*, 67(5), 247–257. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.08.001>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

Inventário de Factores da Contratransferência

J. F. Barreto, H. M. Carvalho, & P. M. Matos, 2014

(adaptado de Gelso, Fassinger, Gomez, & Latts, 1995)

Itens por dimensão

GESTÃO DA ANSIEDADE

Senti-me confiante a trabalhar com este/a cliente.

Não fiquei demasiado ansioso/a com os problemas do/a cliente.

COMPETÊNCIAS CONCEPTUAIS

Fui capaz de conceptualizar com clareza os problemas e dinâmicas do/a cliente.

Identifiquei dinâmicas da relação terapêutica.

Fiz ligações entre diferentes elementos do material trazido pelo cliente.

Conceptualizo o meu contributo para esta relação.

CAPACIDADE EMPÁTICA

Estive emocionalmente “sintonizado/a” com o/a cliente.

Quando necessário, afastei-me da experiência emocional do/a cliente e tentei perceber o que se passava com ele/a.

Fui capaz de me colocar no ponto de vista do/a cliente.

Consegui identificar-me com a experiência interna do/a cliente.

Fui para além dos conteúdos manifestos e atendi aos significados implícitos nas verbalizações do/a cliente.

Fui perspicaz na compreensão do/a cliente.

INSIGHT PESSOAL

Tomei consciência dos sentimentos que o/a cliente me despertou.

Tomei consciência de imagens, pensamentos e sentimentos despoletados em mim pelo/a cliente.

Tenho consciência de como os meus sentimentos me influenciaram.

Estive ciente dos limites das minhas competências clínicas.

É possível que eu tenha dificultado o progresso do/a cliente.

INTEGRAÇÃO DO EU

Não me identifiquei demasiado com os problemas do/a cliente.

Apercebi-me de como os meus sentimentos se relacionavam com os do/a cliente.

Consegui distinguir entre as minhas necessidades e as do/a cliente.

Usei as minhas experiências passadas para compreender melhor o/a cliente.

Referências

- Barreto, J. F., Carvalho, H. M., & Matos, P. M. (2014). *Inventário de Factores da Contratransferência – Versão Portuguesa*. Manuscrito não publicado, Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 356–364. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.356>

Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida, Revista

M. A. F. Ramos, 2008

(adaptado de Hatcher & Gillaspy, 2006)

Itens por dimensão

LIGAÇÃO

Acho que o/a meu/minha terapeuta gosta de mim.

O/A meu/minha terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente. – *Item incluído no score total mas retirado do score desta dimensão*

Sinto que o/a meu/minha terapeuta me aprecia.

Sinto que o/a meu/minha terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que ele/ela não aprova.

TAREFAS/OBJECTIVOS

Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar.

O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

O/A meu/minha terapeuta e eu colaboramos na definição dos objectivos da minha terapia.

O/A meu/minha terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados.

O/A meu/minha terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar.

Sinto que aquilo que faço na terapia me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

O/A meu/minha terapeuta e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto.

Referências

Hatcher, R. L., & Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
<https://doi.org/10.1080/10503300500352500>

Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised* [Tese de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM.
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/>

