

## 2

### **Contratransferência: das primeiras conceituações à contratransferência familiar**

Nas situações que envolvem segredos de família, observamos que o que se encontra implicado é justamente a impossibilidade de conhecer, de pensar e de por em palavras experiências de ordem traumática que implicam vergonha, humilhação e todo tipo de feridas narcísicas (Pincus e Dare, 1981; Ruiz-Correa, 1992 e Tisseron, 2001).

Ao atendermos famílias que se encontram nesta condição, as comunicações, sem palavras, que serão feitas ao analista primordialmente por meio da identificação projetiva, serão de fundamental importância para a compreensão e para o desenvolvimento do tratamento. Ao ter acesso a tais comunicações, o analista poderá entrar em contato com experiências emocionais que muitas vezes ficam veladas nas sessões por queixas e discursos que não têm relação direta com as situações que envolvem os segredos, e que, no entanto, se mostram fundamentais.

Sendo assim, entendemos a contratransferência como uma importante via para a percepção, para a compreensão e para o tratamento de situações envolvendo segredos familiares.

#### 2.1

#### **O surgimento do conceito de contratransferência**

A contratransferência foi descrita pela primeira vez por Freud, em 1910, no texto “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, como sendo uma espécie de resistência do analista provocada por conflitos inconscientes, relacionados ao conteúdo do relato do paciente. Ele acreditava que a contratransferência era proveniente de aspectos neuróticos residuais do analista que não haviam sido suficientemente analisados e que, portanto, deveria ser

reconhecida e dominada. Era um obstáculo a ser superado pelo analista através do autoexame (Sandler, 1986).

De acordo com Zimmerman (1999), essa abordagem freudiana da contratransferência mostrava-se justificada, a partir do conhecimento de Freud sobre os envolvimento amorosos e sexuais que estavam ocorrendo entre os analistas com suas pacientes. H. Racker (1948) assinala que a descoberta da contratransferência por Freud, bem como a compreensão dos perigos que ela poderia envolver, tanto para os analistas, quanto para seus pacientes, deu origem a instituição da análise didática, que se converteu na base e centro da formação psicanalítica.

Apesar de a contratransferência ter sido abordada pela primeira vez por Freud em 1910, ela só voltará às discussões como um tema de grande relevância em termos de formação e de técnica analíticas quase quarenta anos depois, com os trabalhos de Heinrich Racker (1948) e Paula Heimann (1950).

As revisões do conceito que serão feitas por esses dois autores serão possíveis, principalmente, a partir das formulações de Melanie Klein (1946) sobre a identificação projetiva no sentido de como um paciente pode agir sobre o psiquismo do analista, projetando nele parte de seu próprio psiquismo.

Esse conceito diz respeito a um mecanismo de defesa esquizoparanóide que consiste na expulsão, pelo Eu, de experiências intoleráveis, cindindo-se e projetando essas partes clivadas nos objetos exteriores. As partes perdidas pelo paciente são sentidas, então, como pertencentes a um objeto externo (Mijolla, 2005).

Bion (1963) também trouxe contribuições muito importantes para esse campo. A partir do trabalho que desenvolvia com grupos na década de 1940, fez a importante observação de que a identificação projetiva não se resumia apenas à descarga massiva de sentimentos intoleráveis conforme descreveu primeiramente Melanie Klein. Tinha também a função de uma forma de comunicação primitiva, não-verbal, pelos efeitos contratransferenciais (Zimmerman, 1999).

Assim, a identificação projetiva, primeira forma de comunicação entre os humanos, também pode ser utilizada inconscientemente como uma forma de

comunicação que consiste em fazer com que o objeto (no caso o analista) experimente diretamente aquilo que o paciente sente. De acordo com essa perspectiva, a identificação projetiva é um processo que permite transmitir uma experiência a outrem, sendo a base da empatia e da intuição (Mijolla, 2005).

Apesar de o conceito de identificação projetiva ter sido fundamental para favorecer um novo olhar sobre a contratransferência, Zimerman (1999) afirma que Melanie Klein, tal como Freud, sempre sustentou a ideia de que a contratransferência nada mais era que um obstáculo para a análise, uma vez que ela correspondia a núcleos inconscientes do analista insuficientemente analisados.

Sandler (1986) e Mijolla (2005) assinalam que foi Paula Heimann quem fez a primeira afirmação positiva acerca da contratransferência, tendo este conceito sido desenvolvido por outros autores. Heimann expandiu o conceito ampliando-o a todos os sentimentos que o analista experimenta em relação ao paciente. Segundo ela, o analista deve suportar esses sentimentos despertados em si, a fim de subordiná-los à tarefa analítica. Sandler (1986) afirma que a proposta da autora é que o inconsciente do analista entende o inconsciente do paciente.

Para Heimann, o analista deve usar suas respostas emocionais ao paciente como a chave para o seu entendimento, para além do que é falado ou associado por ele. A conscientização do analista sobre suas reações poderia, assim, levá-lo ao entendimento do funcionamento mental inconsciente do paciente (Heimann, 1960). A autora afirma que:

Minha tese é que a resposta emocional do analista ao seu paciente dentro da situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente (p. 172)

Sendo assim, a partir dessas formulações, Heimann (1960) tratará a contratransferência como um fenômeno comum na clínica analítica e a olhará de modo mais positivo, enfatizando seus aspectos relativos à comunicação. É através da identificação projetiva que o paciente comunicará ao analista, o que se passa em seu mundo interno e este por sua vez, poderá compreender o que lhe está sendo comunicado pela contratransferência. Tal entendimento levará a uma mudança não só de posicionamento, mas também da técnica, uma vez que as

comunicações recebidas pelo analista poderão ser utilizadas para a compreensão da psicodinâmica envolvida e nas intervenções clínicas.

Zimerman (1999) assinala que muitos autores estudaram a contratransferência. Entretanto, foi H. Racker quem mais consistentemente estudou e divulgou o fenômeno contratransferencial. Sendo assim, abordaremos algumas considerações desse autor que entendemos serem fundamentais na delimitação conceitual da contratransferência.

Racker (1948) define a contratransferência como “a posição básica do analista frente ao analisando”. Para ele, transferência e contratransferência representam dois componentes de uma unidade que se dão vida mutuamente, criando a relação interpessoal da situação analítica.

As considerações sobre a identificação serão de suma importância na obra do autor, pois ele entende que a contratransferência envolve sempre um tipo de identificação por parte do analista aos aspectos transferidos pelo paciente.

Mijolla (2005) define a identificação como um processo psíquico inconsciente pelo qual uma pessoa assimila uma parte mais ou menos importante de sua personalidade à de outro que lhe serve de modelo. O processo de identificação designa um modo primordial de relacionamento com os outros e é integrante dos processos constitutivos da psique.

Para Racker (1948), as identificações podem ser de dois tipos: concordante ou complementar. A identificação concordante ocorre quando o analista identifica cada parte de sua personalidade com a parte psicológica correspondente do analisando, aceitando em sua consciência essas identificações.

Já a identificação complementar se produz pelo fato de que o analisando trata o analista como a um objeto interno e o analista se identifica com esse objeto interno na mente do analisando, razão pela qual este último se sente tratado como tal.

Os processos inerentes às identificações concordantes e complementares são os mesmos, porém se referem aos objetos internos do analisando. Quanto maiores são os conflitos entre as partes da personalidade do analista, tanto maiores serão as dificuldades para realizar as identificações concordantes em sua

totalidade. Isto ocorre pela resistência a entrar em contato com partes da personalidade do analisando que fazem ressonância em partes, aspectos, de sua própria personalidade. Há, ao mesmo tempo, uma estreita conexão com o destino das identificações concordantes: parece que na medida em que o analista fracassa na identificação concordante, e as rechaça, se intensificam determinadas identificações complementares.

## 2.2

### **Contratransferência ou empatia?**

Muitas polêmicas surgiram a respeito dessas ideias, principalmente referentes à identificação concordante. Trata-se de um processo consciente ou inconsciente? Voluntário ou involuntário? O que a diferenciaria da empatia?

Para autores como Bion e Segal a contratransferência é considerada como o resultado de uma interação mediante a qual o inconsciente do analista põe-se em comunicação com o inconsciente do paciente, mas, diferentemente do que entendia Heimann (1960), para esses autores, trata-se de um fenômeno clínico fundamentalmente inconsciente.

Segundo Zimmerman (1999), Bion em seus últimos anos, manifestou-se contra a possibilidade de que a contratransferência pudesse ser utilizada conscientemente pelo analista durante a sessão. Para ele, tratava-se de um fenômeno unicamente inconsciente que seria ou não metabolizado, transformado e devolvido.

De acordo com Rocha (1994), Bion passou a utilizar o termo contratransferência para designar, tal como Freud e Melanie Klein, aquilo que é entendido como os aspectos patológicos insuficientemente analisados no analista, indicando a este a necessidade de submeter-se, por sua vez, a um processo terapêutico. Entretanto, este autor afirma que Bion não deixou de utilizar suas respostas emocionais na compreensão de seus pacientes e para formular suas interpretações, apenas reservou ao termo contratransferência um uso em sentido mais restrito.

Segal (1977) entende que a parte mais importante da contratransferência é inconsciente e que somente podemos reconhecê-la a partir de seus derivados conscientes. Outros autores como Racker (1948), Zimerman (1999), e a própria autora, entendem que a contratransferência é um processo fundamentalmente inconsciente, do qual podemos sentir os efeitos e conscientizar-nos de seus movimentos, e, portanto, utilizá-los na sessão. Esse processo não se dá de forma ininterrupta, conforme já assinalou Pick (1987), pois não conseguimos compreender o tempo todo. Apesar disto, é um processo possível, desde que o analista se veja em condições de discriminar entre o que foi projetado nele pelo paciente e seus próprios conteúdos, afinal, nem tudo o que mobiliza o analista é produto da identificação projetiva. O analista também tem muitos sentimentos, inclusive em relação à função terapêutica. Ele possui também expectativas, espera gratidão por parte do paciente e, acima de tudo, espera que o paciente melhore como resultado de seu trabalho (Rocha, 1994).

Ferenczi (1928) descreverá o tato e o definirá como aquilo que considera fundamental no analista. O tato é a faculdade de sentir com, e refere-se a uma compreensão empática que visa saber conscientemente quando e o que se deve comunicar ao paciente. Nas situações envolvendo segredos de família, essas observações tornam-se capitais, uma vez que comunicar certos conteúdos, em relação aos quais a família ainda não possui recursos para entrar em contato, pode provocar um efeito desorganizador e disruptivo no tratamento. Segundo o autor, o analista pode torna-se capaz de, empaticamente, sentir o que o paciente sente e pensar o que ele pensa, deduzindo-lhe as ideias reprimidas e os impulsos inibidos, sem, contudo, sofrer das mesmas resistências que ele (Sanchez, 1994). Kernberg (1994) denomina *concern* a autêntica preocupação e cuidado que o analista tem com seu paciente, e que o leva a atitudes amadurecidas e realísticas.

Racker (1948) comenta que o termo contratransferência é frequentemente utilizado para se referir apenas ao que ele denominou de identificação complementar. Nestas situações, o analista sentindo-se tratado com um objeto e parcialmente identificado com ele, o vivencia como um objeto interno próprio. De acordo com o autor, com frequência são excluídos do conceito de contratransferência aqueles conteúdos psíquicos que surgem no analista da

empatia pelo analisando, e que simplesmente refletem e reproduzem os conteúdos psicológicos deste. A empatia aqui pode ser entendida como a capacidade de o analista “sentir em si”, para poder sentir “dentro do outro”, pelas adequadas identificações projetivas e introjetivas. Para esse autor, este processo faz parte da identificação concordante e da contratransferência de forma mais ampla.

Outro ponto importante assinalado pelo autor é que as identificações concordantes se originam principalmente na contratransferência positiva e sublimada, e relaciona a empatia com a contratransferência no sentido corrente. Por isso, para ele, é mais cabível o uso do termo contratransferência como a totalidade da resposta psicológica do analista frente ao paciente (Racker, 1948).

### 2.3

#### **Existe uma contratransferência normal?**

Vários autores, desde Racker (1948) até Zimmerman (1999) e Losso (2001), dentre outros, apontam para o fato de que a contratransferência sempre encontrou, e ainda encontra muitas resistências no mundo psicanalítico por parte dos próprios analistas. Segundo esses autores, a contratransferência sempre pareceu suscitar por parte dos analistas sentimentos de vergonha e exposição. Isto possivelmente ocorre por se colocar em xeque uma imagem já bastante consolidada dos analistas como pessoas não sujeitas à loucura, pessoas “bem resolvidas”, profissionais da saúde mental por excelência, bem como pelo próprio narcisismo do analista conforme mencionado por Ferenczi (1928).

Segundo esses autores, a transferência sempre foi enfocada e entendida como condição *sine qua non* para o tratamento analítico. Trata-se aqui da repetição de complexos, traumas e experiências precoces com as figuras parentais por parte do paciente na relação com o analista.

Assim, num primeiro momento, temos a impressão de que estão em jogo apenas questões relativas ao sujeito em tratamento. O analista, neste caso, seria apenas um espelho que, segundo a metáfora freudiana, refletiria os conteúdos inconscientes do paciente, não estando implicadas neste processo partes de sua própria subjetividade. Seguindo esta perspectiva, chegar-se-ia a conclusão de que o analista estaria protegido da loucura que ressoa em sua pessoa, em sua história, e que provoca sensações e sofrimentos, que em muitas situações são difíceis de serem contidos, podendo levar até ao adoecimento físico e mental (Zaslavsky e Santos, 2005)

Neste sentido, cabe-nos perguntar: haveria uma contratransferência normal? Pick (1985) acredita que “é impossível acolher a experiência do paciente sem passar por uma experiência” e que “um estado mental procura outro estado mental” (p. 48). Para ela, a alegação de que o analista não é afetado pelas experiências suscitadas pelo paciente é falsa. Serve apenas para comunicar ao paciente que seu apuro, sua dor e seu comportamento são emocionalmente ignorados pelo analista. Neste sentido, cabe-nos ainda perguntar: haveria uma contratransferência “normal” que escape das perturbações da identificação projetiva massiva?

Money-Kyrle (1956) afirma que a contratransferência considerada “normal” origina-se da fusão de duas tendências: a reparadora e a parental. Entretanto, para o autor, este tipo de contratransferência é apenas um ideal, já que na maior parte das vezes ela acontece em contextos mais nebulosos.

Para que este modo de contratransferência se mostrasse ininterrupta, seria necessária a compreensão contínua do analista, porém isto não acontece, uma vez que ele não é onisciente. Segundo o autor:

(...) em particular sua compreensão falha toda vez que o paciente corresponde de forma demasiado próxima a algum aspecto que ele ainda não aprendeu a compreender

(...) reconhecemos estas rupturas através de nossa sensação de que o material tornou-se obscuro, e que de algum modo perdemos o fio (p. 37, 38).

O autor assinala o perigo do analista, a partir da ansiedade provocada pelas projeções do paciente, recorrer a um tipo de reprojeção que exclua o paciente e

crie mais uma barreira para a compreensão. Segundo sua compreensão, a sensação de perda da potência intelectual do analista pode estar ligada a uma operação simultânea, onde não apenas as identificações projetivas do paciente, mas também as do analista estão em jogo.

Segundo Pick (1985), o analista, assim como o paciente, deseja eliminar o desconforto, comunicar e partilhar experiências, uma vez que estas são reações humanas comuns. A autora enfatiza que o paciente procura uma resposta encorajadora, e que o analista pode ter o impulso de tranquilizá-lo e isso pode ressoar nas interpretações. Esse ressoar variará de “uma indulgência implícita, acariciando o paciente com palavras, até respostas tão hostis, distantes ou gélidas que parecem significar que a carência da experiência que o paciente lamenta não tem importância alguma” (p. 49).

Money-Kyrle (op. cit.) aponta para dois tipos de contratransferência que podem surgir em contraposição à contratransferência “normal”, que são a positiva e a negativa. Segundo ele, o excesso de sentimentos positivos ou negativos do analista pode ser o resultado de frustrações despertadas quando um paciente não é compreendido e nenhuma interpretação efetiva pode ser feita. Neste caso, o analista pode se ver inclinado a oferecer algum tipo de amor ou tornar-se hostil ao paciente atendido.

## 2.4

### **Transferência e contratransferência: as duas faces da mesma moeda**

Tendo em vista as resistências do próprio movimento psicanalítico em entender a contratransferência como um instrumento técnico dotado de certa objetividade, Racker (1948) afirma que a objetividade do analista consiste numa tomada de posição frente à própria subjetividade e à “contratransferência”. Segundo ele, tal ideal nada mais é que um mito que pressupõe um assunto entre pessoa sã e um enfermo. A partir desse ponto de vista, conclui-se que verdadeira objetividade se baseia em um desdobramento interno que capacita o analista a tomar a si mesmo como objeto de observação e de análise contínuos. É justamente esta posição que o torna capaz de ser relativamente objetivo frente ao analisando.

Este posicionamento leva a um tipo especial de abordagem da contratransferência que a considera como fruto da interação entre analista e paciente. Ao entender a contratransferência como um fenômeno clínico, o analista está necessariamente implicado.

A contratransferência assumirá, então, diversos papéis. Por um lado, permitirá a experiência de sensações e pensamentos, bem como o fomento ou o bloqueio das atividades mentais, o que, na maior parte das vezes, proporciona muito desconforto. Tais situações mobilizam o desejo de se desvencilhar dessas sensações desagradáveis, levando o analista a considerar que pertencem ao paciente, e não a si.

Por outro lado, e aí reside o paradoxo envolvido neste fenômeno, são precisamente essas vivências fomentadas pelo encontro com o paciente que podem ser utilizados como um instrumento técnico na medida em que informam, sem palavras, sobre o mundo interno do paciente e também do analista.

Que as informações sobre o mundo interno do paciente possam ser entendidas como tendo suma importância para o tratamento parece ser consenso entre os analistas. Entretanto, essas “ressonâncias” na mente do analista também o são, na medida em que proporcionam um olhar para o mundo interno do analista. Isto se refletirá na técnica, na condução do tratamento e nas interpretações feitas durante as sessões. Em sendo possível que, por parte do analista, tais vivências sejam pensadas e metabolizadas no sentido que Bion (1967) assinalou ao abordar o aparelho de pensar pensamentos, isto por si só, já pode ser encarado como um ganho, tanto em termos pessoais, quanto em termos técnicos. Trata-se de um ciclo no qual o analista, ao receber as comunicações do paciente, e na medida em que o faz, também as metaboliza pela existência de um aparelho de pensar pensamentos e devolve tais conteúdos metabolizados para o paciente e para si. Sendo assim, a contratransferência traz consigo uma visão mais ampla do próprio processo analítico na medida em que estão implicados paciente e analista, e pela compreensão de que as intervenções metabolizadas e devolvidas servem para ambos.

Racker (1948) indica que, do ponto de vista técnico, a contratransferência assume um significado central, antes de tudo, porque é por intermédio dela que sentimos e podemos compreender o que o analisando sente e faz em relação ao analista e o que faz e sente em relação a seus próprios desejos e sentimentos para com o analista. É nesse sentido que a interpretação transferencial mostra-se intimamente conectada com a contratransferência.

Essa ótica nos leva a entender que a realidade constante da transferência é respondida pela realidade constante da contratransferência e vice-versa. A transferência leva a uma conduta real do analisando frente ao analista e ao seu trabalho. Isto se dá pelos significados que para ele tem sua própria pessoa, seu trabalho, bem como os sentimentos e atos do analisando sobre estes, aos quais responderá, por sua vez, com defesas e desejos igualmente reais.

A inter-relação entre paciente e analista, entre transferência e contratransferência são tão importantes que, se desconsideradas, podem fomentar resistências ao processo terapêutico. De acordo com Racker (1948), se o analista deseja liberar o paciente de suas repressões em relação ao processo terapêutico, deverá estar disposto a aceitar plenamente não só a vivência transferencial, como também a correspondente vivência contratransferencial; a aceitar a realidade da transferência e da contratransferência livres de repressões:

“Só na medida em que o analista está livre de repressões, é que poderá suprir - com a vida de suas próprias ocorrências e o calor de seus sentimentos - o que o analisando havia reprimido ou bloqueado” (Racker, 1948, p. 97).

O autor indica três significados para a contratransferência: pode ser o máximo perigo podendo levar a atuações por parte do analista; é um importante instrumento para a compreensão da psicodinâmica do paciente; e auxiliar na função de intérprete do analista. Ademais, intervém na maneira de ser e na conduta do analista enquanto objeto privilegiado das revivências proporcionadas pela situação analítica.

A percepção das reações contratransferenciais pode ajudar a compreender o que deve ser interpretado e qual o momento indicado para fazê-lo. Já a compreensão da transferência dependerá da capacidade do analista para identificar-se tanto com as tendências e defesas como com os objetos internos do analisando, e de se conscientizar dessas identificações. Isto, por sua vez, dependerá do grau em que aceita sua contratransferência, já que esta se baseia nas identificações com o Eu do analisando por um lado, e, por outro, nas identificações com os objetos internos deste.

Outro ponto importante enfatizado por Racker (1948) é a questão da relação de reciprocidade no trabalho terapêutico: assim como a contratransferência é a reação psicológica às transferências do analisando que podem ser reais ou imaginárias, transferência é a resposta do analisando frente à contratransferência. A análise por parte do analista das fantasias do analisando a respeito da contratransferência, que constituem a causa e consequência da transferência, é uma parte importante do processo analítico.

A captação das fantasias do analisando referente à contratransferência dependerá do grau em que o analista percebe seus processos contratransferenciais, ou seja, do quanto esteja em contato consigo mesmo.

## 2.5

### **Contratransferência positiva, contratransferência negativa e angústia contratransferencial**

A transferência positiva desempenha papel básico no processo psicanalítico, que consiste em fornecer a energia necessária para a colaboração do analisando, para que este volte seu olhar para o inconsciente e para que possa superar as resistências.

Freud (1912) assinala que no tratamento analítico a confiança do analisando no analista tem sua origem no amor, posto que o analisando dá ouvidos ao analista somente enquanto se mantém a transferência positiva. Racker (1948) afirma que, no caso do analista, a disposição para compreender também mostra

sua origem no amor, posto que a identificação com o Eu do analisando se dá e se mantém somente enquanto estiver vigorando a contratransferência positiva.

Freud designou três fatores como determinantes na dinâmica da transferência, a saber: 1) o impulso de repetir os clichês vivenciais infantis 2) as necessidades libidinais e 3) as resistências. Esses fatores são também decisivos para a dinâmica da contratransferência. Analogamente, a contratransferência positiva desempenha um papel básico, fornecendo a energia necessária para ver o inconsciente do analisando e, conseqüentemente, o seu próprio inconsciente, bem como a superação das suas resistências ou contrarresistências.

Assim como a transferência negativa, que pode ser hostil ou erotizada perturba a colaboração do analisando, também a contratransferência negativa perturba a compreensão do analista e necessita, por este motivo, ser constantemente analisada e dissolvida, pois pode atuar a favor das resistências. A transferência positiva e sublimada é o móvel principal e imprescindível para o trabalho do analisando, sem constituir em si um problema técnico. A transferência se converte num problema quando por resistência, se torna sexual ou hostil. Analogamente, a contratransferência positiva e sublimada é o móvel principal e imprescindível para o analista (dispondo-o a continuada identificação concordante) e também se transforma em dificuldade técnica quando se converte em negativa (Racker, 1948).

Seguindo este pensamento, podemos pensar em uma dinâmica da contratransferência. A contratransferência é, em certos aspectos, o resistido que volta sob a forma de compulsão à repetição. É a constelação interna do analista que, estimulada pelo analisando, representa para aquele uma ou outra parte de seu Eu, ou um ou outro de seus objetos. Assim sendo, podemos pensar que analogamente à neurose de transferência, existe a neurose de contratransferência, mas que de modo geral se apresenta menos intensa do que a primeira.

A freqüência com que são mobilizadas angústias bastante intensas, e muitas vezes difíceis de serem pensadas e manejadas durante o processo terapêutico, nas situações que envolvem segredos de família é bastante referida na literatura sobre o tema (Tisseron, 2001; Ruiz-Correa, 1992, 2000, Czertok, 1993; Eiguer, 1995 e Losso, 2001). As situações de segredo caracterizam-se, dentre

outros aspectos, por envolver interdições ao pensamento, ao conhecimento e à possibilidade de se pôr em palavras determinadas experiências de cunho traumático ou que provocam ou provocaram sentimentos de vergonha e humilhação. Envolvem a transmissão do negativo (Kaes, 1997), as representações encriptadas (Abraham e Torok, 1987) e a vivência de angústias muito arcaicas, próximas às angústias sem nome das quais falava Bion (1967). Partindo do pressuposto adotado por Racker (1948) sobre as identificações que operam na contratransferência, consideramos que, no tratamento de famílias que estão às voltas com essa modalidade de segredo, o analista se identificará com essas interdições, com o negativo e com as angústias irrepresentáveis, e, portanto, catastróficas e sem nome, envolvidas no processo terapêutico (Bion, 1967).

A angústia que a contratransferência mobiliza desempenha um papel central e tão importante quanto a transferência e a neurose de transferência. Pode ser um “sinal de perigo” e um guia para o analista. Manifesta-se de diversas formas e graus, que vão desde sensações de tensão até violentas irrupções de conteúdo paranóico e depressivo. As sensações de tensão são frequentemente consequência da percepção por parte do analista das resistências do analisando, que podem ser vividas pelo analista como um perigo às suas intenções terapêuticas. A percepção de perigo externo é um dos fatores cuja resultante é a angústia contratransferencial. Outro fator envolvido diz respeito à percepção do perigo interno por parte do analista, como por exemplo, o perigo de ser frustrado por um objeto interno próprio, de ser vítima do próprio masoquismo e de suas próprias contrarresistências. Tendo se dado conta de tal tensão, a angústia contratransferencial pode servir como primeiro indício para descobrir qual parte do Eu ou do objeto interno se opõe à relação libidinal deste com o analista (Racker, 1948).

O autor indica que irrupções violentas de angústia acontecem às vezes pela identificação do analista com objetos internos violentamente ameaçados, atacados ou gravemente danificados, ou como consequência de sua identificação com partes do Eu do analisando intensamente dissociadas e projetadas no analista. Essas projeções relacionam-se diretamente as dificuldades do analisando de suportar tais sentimentos.

De acordo com Racker (1948), a identificação do analista com o objeto que o analisando o identifica é o processo de contratransferência normal. Entretanto, tal identificação e o processo patológico ligado a ela devem ser suficientemente passageiros e de intensidade suficientemente moderada para não perturbar seu trabalho. Entretanto, não raras vezes a contratransferência causa alguma perturbação ao processo terapêutico.

Tem-se observado que, frente a isto, o analista pode vir a se sentir impulsionado a devolver o mais rapidamente possível tais partes dissociadas. A causa disto é que mesmo para o analista é difícil suportar o peso de tais sentimentos. Assinalamos que a angústia que o analista experimenta lhe assinala, mais uma vez, o que se sucede com o analisando e contra o que ele se defende. A intensidade dessas vivências também pode lhe indicar algo útil sobre a dosagem das interpretações referentes a esse conflito.

Um perigo especial que surge da contratransferência consiste no que Racker (1948) denominou de indução contratransferencial ou o enxerto contratransferencial, ou seja, quando o analista enxerta sua própria neurose no paciente. Este perigo pode ser minorado apenas quando o analista conhece sua “equação pessoal”, ou seja, sua disposição pessoal para cometer erros específicos provenientes de sua própria neurose.

## 2.6

### **A especificidade da transferência e da contratransferência na família**

Tendo visto algumas considerações importantes sobre a contratransferência no contexto da psicanálise individual, apresentaremos a seguir algumas teorizações sobre a contratransferência que se dá no contexto da terapia familiar.

Trata-se de uma noção fundamental para nossa proposta de trabalho, uma vez que abordamos a questão dos segredos compartilhados em família. Apesar de ser um assunto instigante e de grande relevância teórica e clínica, a pesquisa de material sobre este tema levou-nos a conclusão de que o mesmo ainda carece de

mais contribuições, especialmente no Brasil, onde ainda há pouquíssimos trabalhos publicados sobre o tema. Neste estudo, privilegiamos as considerações de A.Eiguer e R. Losso e cols. A. Eiguer (1995), ao abordar a contratransferência familiar, dá ênfase ao uso do terapeuta pela família, bem como às possibilidades e comunicação familiares via identificação projetiva. Já Losso e cols. (2001) darão ênfase ao mito familiar tanto da família atendida, quanto do terapeuta, que poderão promover o fenômeno que ele intitula colusão de mitos. Outros autores brasileiros como Bucher (1984), Meyer (1987) e Ameida-Prado (1999) já abordaram os mitos familiares, sem, contudo, relacioná-los à contratransferência e aos segredos de família.

Czertok, Guzzo e Losso (1993) consideram a transferência como um fenômeno universal que se dá em qualquer vínculo humano. Mais ainda, é o que possibilita tais vínculos. Trata-se de um fenômeno clínico e um conceito metapsicológico. Já a contratransferência é um fenômeno clínico e um instrumento técnico que adquire significação somente no contexto do campo terapêutico em relação com seu uso instrumental. Para esses autores, a contratransferência é um fenômeno específico do campo terapêutico. Sendo um recurso técnico, implica a capacidade de conceitualização reflexiva acerca de um interjogo de transferências recíprocas, que requerem uma dissociação instrumental do analista.

Para Czertok, Guzzo e Losso, (1993), quando estamos com uma família, deparamo-nos com um grupo com características peculiares: seus membros estão ligados por vínculos indissolúveis originados nas relações de parentesco entrelaçados sincrônica e diacronicamente ao longo das gerações.

A história familiar se mostra como um elemento de primeira ordem na estruturação dos fenômenos clínicos, donde se pode apreciar a força das experiências vitais, as carências e ações reais e concretas utilizada pelo outro como parte do próprio campo emocional.

Cada família constrói uma versão consciente e outra inconsciente, que mostra e encobre ao mesmo tempo suas vicissitudes através do mito familiar, fonte das transferências familiares. Dentro das transferências familiares podem ser

consideradas as transferências intrafamiliares que ocorrem entre os membros da própria família e não com o terapeuta.

Eiguer (1995) acredita que quando se fala em contratransferência familiar os analistas estão mais especificamente implicados, uma vez que se trata de um grupo vivo, que utiliza especificamente mecanismos projetivos e os “bombardeia” com uma força explosora que ultrapassa a capacidade de contenção da própria família. Essa força projetiva consegue, assim, desencadear no terapeuta ou na equipe alguns mecanismos, ora de consonância e ressonância, em um processo de analogia, ora de dissonância e dissimetria, em um processo de alternativa (Meyer, 1987).

Eiguer (1995) aponta para uma contratransferência de base que proporciona a disposição do terapeuta para compreender tudo o que possa acontecer no encontro entre ele e a família. A atenção flutuante mobiliza a contratransferência, enquanto as intervenções operam como freios.

O autor define a contratransferência familiar como “O conjunto de emoções, representações ou atos do terapeuta manifestando-se em resposta à transferência da família de forma inconsciente” (p.38). Envolve a noção de uso de objeto (Winnicott, 1968), ou seja, parte da ideia de que a família pode usar a psique do terapeuta para elaborar, amadurecer e mudar. Assim, “a psique do terapeuta é utilizada pela família para comunicar, fantasiar, desejar e pôr em palavras aquilo que ela própria não pode fazer, a não ser deste modo” (Eiguer, 1995. p. 37).

Ele acredita que se abrem muitas perspectivas quando o terapeuta utiliza sua contratransferência para aprofundar sua compreensão da família. Além disso, permite também a compreensão de seus próprios mecanismos psíquicos, de sua técnica e da necessidade de modificá-la conforme os movimentos que vierem a se desenvolver na terapia. Segundo ele, hoje, o estudo da contratransferência torna-se tão interessante por “tocar-nos de perto, remetendo-nos ao mesmo tempo ao nosso trabalho, às nossas escolhas profissionais e opções de vida” (p 38).

Para Eiguer (1995), a contratransferência corresponde ainda à preocupação em poupar-nos, para que nosso trabalho seja ao mesmo tempo mais fácil e menos

prejudicial para nós mesmo e para as famílias, o que ele chama de “justa economia”.

A contratransferência familiar depende de uma conjuntura que envolve as vivências da família que são depositadas no terapeuta, a fim de serem fantasiadas e representadas e as vivências do próprio terapeuta. Os afetos que são mobilizados no terapeuta dependem daquilo que está sendo depositado pela família, e de sua organização psíquica posta ou não em movimento durante a sessão. Trata-se de um movimento complexo onde intervêm, ao mesmo tempo, movimentos inconscientes da família e movimentos inconscientes do terapeuta (Eiguer, 1995).

Este autor entende que a contratransferência não é tudo o que passa pela cabeça do terapeuta. Não tem a ver somente com o que é de ordem cognitiva e de sua atuação profissional, que envolve observações e reflexões. Isto não é necessariamente contratransferência.

Para ele, a contratransferência tem relação direta com o “sentir” e remete às vivências infantis do terapeuta favorecidas pelo movimento regressivo na terapia, e estaria em condições privilegiadas para captar os aspectos transferidos e em ressonância com a transferência. Nesta situação, mostra-se mais próxima de captar aspectos mais regressivos transferidos pela família.

Segundo Eiguer (1995), a contratransferência familiar envolve o fenômeno da interfantasiação que é a tendência a agir e reagir conforme fantasias e de empregá-las na criação, nos relatos, no lazer partilhado e no conteúdo fantasmático comum aos sujeitos.

A interfantasiação possui dois aspectos principais. O primeiro é o mais ligado ao arcaísmo da psique-pura-não-personalizada da qual fala Ruffiot (1981) e o segundo traduz a similitude ou complementaridade dos desejos ligados a um objeto que cremos sempre presentes e indispensáveis para que existam os vínculos intersubjetivos.

Como o “familiar” exprime interfantasmatisações específicas e o sistema de parentesco com seus papéis e vínculos, não é raro ele desencadear vivências contratransferenciais em díades filial, fraternal, casal ou avuncular (vínculo da criança com um representante da família materna, neste caso, um tio).

Contrastando com o familiar, o terapeuta pode estar na pele do “estrangeiro” e sem lugar na família.

Tais figuras da transferência-contratransferência são específicas da família e determinadas pelas vicissitudes da “rocha biológica da filiação” que se refere aos vínculos de sangue. A família difere dos demais grupos humanos porque as relações existentes em seu seio estão marcadas por tais vínculos, suscitando movimentos de recuo narcísico excepcionais, dotada de qualidades excepcionais herdadas ao longo das gerações, e uma resistência específica à transferência. Assim, o terapeuta é convocado a ocupar um lugar incluído ou excluído na família.

A “rocha biológica da filiação” preservaria assim a família contra a tentação incestuosa, enquanto que a adoção, o desenraizamento da criança, a separação pais-filho e a inseminação artificial com doador trazem muitos desafios a essa rocha (Eiguer, 1995).

Nas terapias de casal é comum o terapeuta deparar-se com a “rocha sociológica”. Ela envolve o casal que espera ser reconhecido, legitimado, julgado etc. enquanto um casal, enquanto instituição (Eiguer, 1995). Durante a terapia, o grupo absorve o terapeuta para formar uma nova unidade. Assim, a contratransferência é produto da inclusão conjugal na interfantasiação. Eiguer (1995) diz:

“se houver precessão da contratransferência (pela disposição desde o início para escutar e compreender) sobre a transferência há, paralelamente, a preexistência da interfantasiação sobre a contratransferência” (p. 61).

Isto explica as fases sucessivas desta última: de início é potencialidade fantasiante, que retomada pela transferência incluirá secundariamente o terapeuta no mundo imaginário oferecido pela família (sua contratransferência pré-existente).

Este autor apresenta dois aspectos da contratransferência:

- 1) Inibição: quando ocorre durante as sessões o bloqueio das vivências do terapeuta. Quando este não consegue pensar, associar, fantasiar e/ou perde o contato com o paciente, quando chega a estabelecê-lo.
- 2) Fomento: quando há a eclosão de sensações e vivências que ocorrem à revelia do terapeuta. Tem-se a impressão de estar ficando louco, perdendo os recursos cognitivos, dentre outras sensações, frequentemente associadas ao enlouquecimento e a perda dos limites do Eu.

As famílias com pacientes psicóticos /narcísicas provocariam sensações ligadas ao enlouquecimento. Já as famílias com funcionamento neurótico provocariam eventos relacionados aos atos sintomáticos tais como lapsos, atos falhos, esquecimentos.

Eiguer (1995) lança a pergunta: “será que o terapeuta enlouqueceria mesmo?” Ele acredita que, em alguns casos, isto seria até mesmo uma sorte, pois assim o terapeuta teria pela via contratransferencial, a oportunidade de entrar em contato com aspectos frequentemente secretos, da família atendida e seus próprios. A situação terapêutica com famílias provoca grandes emoções no terapeuta e às vezes ele se sente atingido em sua identidade e tem dificuldades para integrar seus processos mentais.

A contratransferência pode relacionar-se, então, a uma reação intensa ao desamparo das famílias que se encontram incapazes de conter seus pensamentos e estados emotivos. O autor enfatiza que essas famílias sofrem com o que lhes acontece, e que a ressonância dessas vivências sofridas no terapeuta propicia a empatia e suscita a esperança – o terapeuta eventualmente proporá uma visão diferente e as famílias se sentirão mais compreendidas, pois “estão sedentas para saber que a loucura é um mal universal e que está presente em todos e em cada um” (Eiguer, 1995, p.41).

O referido autor cita duas formas de utilização da contratransferência pelo terapeuta:

- 1) A resposta imediata: assim que experimenta uma sensação ou fantasia o terapeuta acredita ser obrigado a restituí-las em forma de intervenção ou interpretação.

- 2) A forma diferida: deixa a contratransferência se desenvolver numa tentativa mais ampla de amadurecer sua percepção da família e seu próprio autoconhecimento.

Para Eiguer (1995), na transferência/contratransferência ocorre um movimento dinamizador da situação terapêutica, que envolve sempre jogos identificatórios, de forma que tudo o que é expresso na sessão deve ser captado e entendido como a emergência de um elemento novo que se dá a partir do conjunto.

De acordo com Losso e cols. (2001), a contratransferência familiar envolve sempre questões relativas aos mitos familiares do terapeuta e da família envolvida, e as possíveis perturbações advêm de uma fusão ou de uma sobreposição entre eles. Dois conceitos fundamentais para a compreensão das especificidades da contratransferência familiar na perspectiva dos autores são, respectivamente, a colusão de mitos e a contraidentificação projetiva.

O mito familiar é estruturante do funcionamento da família e do destino de seus integrantes. É um fenômeno que, igual aos sonhos, possui aspectos manifestos e aspectos latentes. Contém um sistema de crenças compartilhadas pelos membros de uma família, que, frequentemente não é questionado por nenhum de seus membros e que trata de explicar – encobrendo – aspectos conflitivos da história do grupo que constituem a identidade familiar. Os mitos fornecem as condições de pertencimento à família e instauram um sistema de valores que regulam a apreensão e a leitura da realidade interna e externa (Ferreira, 1963).

O mito é elaborado ao longo de várias gerações, sendo que suas versões vão mudando ao longo delas. Existem também versões individuais do mito em cada membro da família, que serão mais diferenciadas quanto maior for a capacidade de individuação que seus membros tenham adquiridos como sujeitos. Das construções míticas surgem as regras e mandatos transgeracionais e intergeracionais que marcam os papéis, as missões e os legados de cada membro da família.

Pode-se dizer que o mito de origem transgeracional resulta de uma elaboração secundária de recordações encobridoras acerca de situações traumáticas que foram reprimidas, desmentidas, repudiadas ou dissociadas, as quais darão também diferentes tonalidades que recobrirão os mitos de acordo com os mecanismos que predominem. Assim, pode ser observado um amplo espectro do funcionamento familiar. Por um extremo, observam-se famílias que têm um funcionamento mais rígido e/ou mais narcisista, nas quais há o predomínio de mecanismos de defesa primitivos em consonância com mitos mais bizarros e inexplicáveis, geradores de patologias mais graves. De outro lado, encontramos funcionamentos familiares de ordem neurótica, com mitos mais plásticos, mais suscetíveis de revisão e, conseqüentemente, uma patologia neurótica que inclui a possibilidade de um funcionamento simbólico. Assim, os mitos mais rígidos tendem a negar também a passagem do tempo e permanecem inalterados ao longo do mesmo. Um mito mais flexível será também um que inclua a dimensão temporal (Losso, R. 2001).

## 2.7

### **Transferência, contratransferência e mito familiar**

A transferência em psicanálise de família e casal se estabelece dentro de uma estrutura mítica particular. O contexto mítico em que se organizou a transferência tenderá a se repetir no aqui e agora da sessão. Quando atendemos uma família, as transferências familiares e conjugais tratam de englobar-nos dentro do mito familiar e fundador e, conseqüentemente, do funcionamento familiar ou conjugal estruturado pelo mesmo. Losso e cols. (2001) chamam este processo de “transferência mítica”.

Frequentemente o paciente designado denuncia o caráter defensivo do mito familiar. Muitas vezes também pode ser o porta-voz do mito familiar e seu defensor, ainda que isto o leve à própria destruição. Esta situação particular coloca para a família a necessidade de sustentar seu mito, e obter uma covalidação do mesmo por parte do analista, que, por sua vez, não pode deixar de prestar escuta

ao sofrimento do paciente designado, que também requer a covalidação de seu modo particular de questionar o mito (Losso, 2001).

Czertok, Guzzo e Losso, (1993) acreditam que é o campo conflitivo que estimula no terapeuta à reedição das vicissitudes de seu próprio processo de individuação em relação com seu mito familiar. Tais vicissitudes deixarão no analista uma maior ou menor capacidade de colusão com os distintos aspectos do problema.

Esses autores denominam de valências colusivantes essa disposição particular que, em alguns casos extremos, poderia deixar o analista numa situação bastante vulnerável frente a determinadas famílias. Podemos observar situações onde o analista mostra reiteradamente dificuldade em trabalhar com determinadas famílias ou com certos estilos familiares, sobretudo os autoritários, sedutores, manipuladores e desqualificadores, o que pode levar a uma restrição marcada de sua disponibilidade terapêutica.

Os autores propõem como hipótese que a mobilização das estruturas míticas, da família e do analista, cria um clima emocional que ativa os níveis mais primitivos ou mais indiscriminados dos vínculos introjetados. Estes níveis são ativados a partir da presença real dos membros da família, o que promove a criação de um campo psicológico dominado por uma emocionalidade primitiva, uma maior participação corporal, uma tendência à ação e ao pensamento concreto, com a conseqüente dificuldade para o funcionamento em nível simbólico.

Nesse contexto, a contratransferência passa a ser então um conjunto de sentimentos e sensações experimentadas pelo analista no contexto de entrelaçamento de dois mitos familiares; do que traz a família e o do próprio analista.

Este encontro mítico, constitutivo do campo terapêutico, cria um mito próprio, à maneira de um mito de iniciação, que inclui os anteriores e os transcende, objetivando satisfazer as expectativas mútuas. Nesse sentido, fala-se de certo nível de conluio necessário no marco deste entrecruzamento de mitos. Entretanto, observa-se não apenas este, mas também outros fenômenos vinculares transferenciais e contratransferenciais novos, produtos do campo, capazes de gerar

experiências emocionais inéditas, que poderão produzir um efeito estruturante para os participantes do mesmo, no sentido de prover recursos egóicos que faltavam até este momento.

Há circunstâncias dentro do contexto terapêutico em que a contratransferência se transforma em contraidentificação projetiva. A contraidentificação projetiva refere-se:

“às perturbações ocasionais da técnica analítica pelo jogo excessivo de identificações projetivas do analisando que poderiam originar no analista uma reação específica, que não é percebida nem registrada conscientemente por ele mesmo” (Grimberg, 1963).

Como consequência a isto, o terapeuta pode se ver levado a desempenhar passivamente, ainda que inconscientemente, os papéis que o analisando forçou para dentro dele.

Losso e cols. (1993) acreditam que o termo contraidentificação projetiva deve ser utilizado para referir-se aos casos em que a massividade das projeções que o analista recebe, mais particularmente quando há ressonância emocional em seu mundo interno, o impedem de usar sua capacidade reflexiva. Nesses casos, observa-se uma perda da capacidade de dissociação instrumental. Nessa situação, o terapeuta vê-se enredado na reativação dos aspectos vinculares patológicos não resolvidos de sua própria história familiar.

Czertok, Guzzo e Losso (1993) entendem que a contraidentificação projetiva é um fenômeno de campo, estando relacionada às projeções massivas do paciente, mas também aos fenômenos colusivos. Grosso modo, os fenômenos colusivos podem ser entendidos como os aspectos da família atendida que se fundem e se sobrepõem à história familiar do terapeuta em seus aspectos patológicos. O predomínio da contraidentificação projetiva sobre a contratransferência dependerá da magnitude das valências colusivantes em jogo, que ligam de modo muito intenso aspectos do mito familiar do analista com o da família, de modo que o conluio se transforma numa espécie de delírio (*co-ilusion* – *co-delusion*) correlato dos níveis de discriminação vincular dos participantes do campo.

Nos casos em que o analista se vê englobado no mito familiar em função das valências colusivantes em jogo, perde o registro da “angústia sinal” e, portanto, a dissociação operativa, ou “segunda olhada”, configurando-se uma situação de contra-identificação projetiva. Passa a atuar dentro do mito familiar como um membro a mais da família, que será incluído ou expulso, segundo as prescrições do mito.

Em resumo, no contexto da psicanálise de família, aparecem transferências míticas que despertam contratransferências míticas, ressonância do mito familiar com o mito familiar do analista, e esta é, quando se conserva a capacidade reflexiva, a via régia para a compreensão do mito familiar, ou talvez para construí-lo junto com a família, ponto de partida do processo de ressignificação da história familiar.