

**Consultório:**

Av. Paulista 1159, conj. 1512 - Jardim Paulista  
Estação Trianon do metrô - 01311-921 São Paulo, SP

Tel.: 11 3253-0384  
E-mail: [contato@mariuzapregnolato.com.br](mailto:contato@mariuzapregnolato.com.br)

## CONTRATRANSFERÊNCIA

© Todos os direitos reservados

Por: Mariuza Pregnolato Tanouye, 1999.

### INTRODUÇÃO

Desde os meus tempos de estudante de Psicologia interessava-me pelos conceitos de **transferência** e, principalmente, **contratransferência**, devido à importância que lhes era atribuída em sala de aula – como fenômenos sempre presentes no contexto psicoterapêutico.

Ao tentar assimilar o conceito de **contratransferência**, eu me perguntava: “Se o analista conhece profundamente o seu trabalho, é estudioso, atualizado e dedica-se integralmente a ele durante a sessão analítica, como pode reagir ao analisado a partir de conteúdos seus e não de uma compreensão ‘inteligente’ da problemática do seu paciente?”. Eram dessa coloração as questões iniciais que a falta de fundamentação teórica, aliada à inexperiência terapêutica, permitiam-me formular.

As leituras desses anos todos de estudos, a vivência psicoterapêutica como paciente e a experiência advinda de minha prática clínica trouxeram-me uma confrontação direta com essas questões, de modo a aumentar ainda mais o meu interesse em compreender a sua natureza. Trata-se de buscar a compreensão sobre um fenômeno que se impõe inexoravelmente na relação terapêutica e que precisa ser muito bem reconhecido e trabalhado. É um tema apaixonante e complexo, especialmente para o psicólogo iniciante, que encontra-se muito mais exposto e vulnerável às “armadilhas” da relação com o paciente, justamente pela falta de experiência vivencial como psicoterapeuta.

Neste trabalho são apresentadas minhas reflexões sobre a questão da contratransferência, bem como a de quatro autores, à luz do referencial psicanalítico e a partir do caso da jovem Sandra, cujo atendimento teve a duração de um ano e ocorreu no início de minha prática clínica. A duração do tratamento havia sido acordada previamente com a paciente, já na primeira sessão, tendo em vista que a proposta de atendimento foi de Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica. No atendimento deste caso, houve a contribuição reflexiva do Grupo de Estudos de Aconselhamento Psicológico da Uni-FMU, coordenado pela Profa. Sílvia R. A. Telles.

### O CASO

Sandra chegou para atendimento queixando-se de que sentia-se sozinha e deprimida e que desejava ajuda para seguir adiante com sua vida, pois achava que sua história era muito complicada. Seus pais haviam se separado quando era bem pequena, ficando ela e o irmão, Daniel, dois anos mais velho, vivendo em companhia da mãe. Esta, um ano após a separação, casou-se novamente, vindo a ter dois filhos dessa nova união. Seu pai, desde que se separara de sua mãe, já tinha se casado novamente cinco vezes.

Aos 11 anos de idade, Sandra e Daniel deixam a casa da mãe e vão morar com o pai e sua esposa, mas essa mudança não é feita sem conflitos. Sandra às vezes retornava seguidamente para a casa da mãe, voltando novamente para a do pai até que, ao completar 18 anos de idade, decide “sair de casa definitivamente” e morar sozinha, isto é, em companhia de uma amiga. Na primeira sessão que tivemos, ela reclama, dizendo que tem somente 21 anos de idade e já cuida de sua própria vida sozinha desde os 18, que se auto-sustenta e até ajuda financeiramente a mãe, hoje separada do segundo marido. Seu irmão, que ela considera imaturo e mimado, ainda depende financeiramente dos pais.

Parece que a separação dos pais – seguida da união com novos parceiros e da constituição de novas famílias – ocorrida ainda em sua tenra infância, desencadeou em Sandra um forte sentimento de rejeição e baixa auto-estima. Sentiu-se muitas vezes excluída da família, mais tolerada do que bem-vinda, passando a disputar com o irmão a atenção dos pais, a quem acusa de demonstrar clara preferência por ele.

Ao longo das sessões, Sandra foi falando do seu sentimento de solidão e do desejo de encontrar alguém para ter a seu lado, lamentando ser tão nova e já estar sozinha há tanto tempo. Apresentava muito ciúme do irmão, baixa tolerância à frustração e impulsividade. Seu comportamento sugeria uma busca desesperada e compulsiva de afeto, de modo a tentar um relacionamento afetivo e íntimo com a maioria dos homens com quem se relacionava, porém fazendo-o de forma superficial e defensiva, gerando relações sem profundidade nem entrega, que lhe traziam grandes desapontamentos e dor. Então deprimia-se e isolava-se, sentindo-se novamente só e abandonada. Escondia sua fragilidade interna sob uma máscara de mulher forte, auto-suficiente, de profissional responsável e competente, tornando-se irônica e arrogante quando era confrontada ou quando sentia-se ameaçada.

Do ponto de partida de uma leitura psicanalítica, observou-se que sua conflitiva central encontrava-se relacionada à questão edípica, por não ter internalizado a distinção sexual como diferença, mas de modo hierárquico (mulher = inferior, homem = superior). Essa questão, embora fundamental para a compreensão de seu psiquismo, não será explorada aqui, por fugir ao tema do presente trabalho, sendo mencionada apenas para que se compreenda a origem de sua necessidade de utilizar mecanismos compensatórios, comportando-se de modo a aparentar uma auto-suficiência que, na verdade, não possuía.

## A CONTRATRANSFERÊNCIA

Fenômeno referido por Freud pela primeira vez em 1910, em seu artigo **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica**, a contratransferência não é bem aceita inicialmente, vindo a receber atenção por parte dos psicanalistas somente na década de 50, quando algumas contribuições importantes começam a surgir, como é o caso de Racker, Heimann e Winnicott, dentre outros.

Uma das razões para que houvesse esse desinteresse pelo estudo da contratransferência seriam, segundo Etchegoyen (1987), os fatores inconscientes dos próprios analistas que estariam, compreensivelmente, resistindo a abrir mão da cômoda e ilusória posição de superioridade na relação terapêutica, da qual usufruíram até então. A partir da aceitação do fenômeno, e com a proliferação de trabalhos e reflexões sobre o tema, ocorre uma mudança de paradigma no que se refere à atuação do psicanalista: este passa a ser visto de modo mais crítico, sendo questionada a sua atuação, enquanto que a contratransferência passa a ser vista como fenômeno ineludivelmente presente e inevitável na *praxis*, podendo ser entendida, segundo Racker, como possuidora de três características de ocorrência simultânea: é obstáculo, instrumento e campo no processo psicoterapêutico (*apud* Etchegoyen, *op. cit.*). Desse modo, ao invés de empecilho ao trabalho terapêutico, a contratransferência passa a ser utilizada como valioso instrumento, verdadeiro aliado nesse processo.

Freud descreve a contratransferência em função do paciente, ou seja, como sendo "a resposta emocional do analista aos estímulos que provém do paciente, como o resultado da influência do analisado sobre os sentimentos inconscientes do médico" (*apud* Etchegoyen, *op. cit.*, p. 144). Em outras palavras, é o "conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisado e, mais particularmente, à transferência deste" (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 102). Se assim é, torna-se necessário, então, esclarecer em que consiste a transferência, já que esta seria o – ou pelo menos é um dentre outros – fator desencadeante da contratransferência.

Segundo Etchegoyen, "a transferência é uma peculiar relação de objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto, irracional, que confunde o passado com o presente, o que lhe dá seu caráter de resposta inadequada, desajustada, inapropriada" (*op. cit.*, p. 54); para Lagache (1990), "é, no sentido mais estrito, um deslocamento de afeto para a pessoa do analista" (p. 103); ou, ainda, de acordo com o Dictionary of Psychology "o desenvolvimento de uma atitude emocional por parte do paciente em relação ao analista, sob a forma ora de uma reação afetuosa (positiva), ora de uma reação hostil (negativa), derivando a atitude, nos dois casos, das relações anteriores do paciente com um de seus pais ou com ambos, e não da situação analítica atual" (*apud* Lagache, *op. cit.*, p. 103).

Há vários autores e muitas referências à transferência e à contratransferência, nem todos referindo-se especificamente ao contexto psicanalítico, sendo que, de um modo geral, as idéias desses estudiosos mais se complementam do que se opõem entre si. Estarei, no decorrer deste trabalho, referindo-me a esses temas em relação à psicoterapia de modo mais amplo, sem a preocupação de distinguir o *setting* psicanalítico das demais situações psicoterapêuticas.

## REFLETINDO SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA

Bem se vê, a partir das definições acima, que na transferência o paciente tende a "confundir" o terapeuta com figuras importantes de sua vida, principalmente da infância, de modo que, ao invés de enxergá-lo dentro dos limites com que este se lhe apresenta, o paciente "completa-o" com o colorido e as nuances que a sua própria história de vida possui. Se assim é, o terapeuta, ao ver-se refletido no paciente de maneira diferente daquela com que se apresenta, isto é, se não se reconhece na reação que provocou no paciente, muito possivelmente "contra-reagirá" a ele, respondendo ao que vê naquele comportamento. Um exemplo desse mecanismo ocorreu quando eu chamei a atenção de Sandra para seu hábito de fugir de assuntos que lhe faziam sofrer. Sua reação foi de desafio (que é resultado de sua infância vivida com um pai permissivo e algo fraco, aparentemente cheio de culpa) mostrando-se agressiva e arrogante e eu, inadvertidamente, fiquei acuada evitando, por algum tempo, fazer futuras interpretações e falas que viessem a desencadear nela alguma irritação, provavelmente para proteger-me de seus ataques. Em outras palavras, eu contratransferi, acatando inadvertidamente o papel de indecisão e fraqueza que ela me outorgou com sua reação agressiva, do mesmo modo que fazia seu pai.

Muito possivelmente, o seu comportamento ativou em mim algum núcleo inconsciente de relações não elaboradas, conflitos que me impediram de ser capaz, naquele momento, de compreender que sua atitude desafiadora é a sua forma peculiar de reagir a críticas e/ou diante de situações ameaçadoras, que ela não estava reagindo à minha pessoa, mas à pessoa que estava vindo em mim.

Devido ao tipo de enquadre estabelecido nessa modalidade de atendimento, a relação terapeuta-paciente é assimétrica, visto que cabe ao paciente relatar as suas vivências ao terapeuta, enquanto que este as ouve e reserva-se o direito de responder e/ou comentar somente aquilo que julgar pertinente. Essa verticalidade da relação entre ambos coloca o terapeuta numa posição virtualmente superior à do paciente, facilitando que este transfira para aquele a imagem que construiu, ao longo de sua vida, de figuras de autoridade. Dito de outra forma, Sandra estaria projetando em mim o seu pai fraco e culpado, papel que, inconscientemente, eu teria assumido naquele momento.

Também é possível pensar, com Grinberg (*apud* Etchegoyen, *op. cit.*) que ocorreu uma contra-identificação projetiva no episódio relatado acima, em que eu teria me sentido invadida pela agressividade de Sandra e, com intenção de proteger-me de possíveis ataques desnecessários e infrutíferos, teria "decidido" me

resguardar, adotando uma atitude menos provocativa, pois, segundo esse autor, "na contra-identificação projetiva o analista não participa com seus conflitos e fica dominado pelo processo projetivo do paciente"... "a reação do analista é em grande parte independente de seus próprios conflitos e corresponde de forma predominante ou exclusiva à intensidade e qualidade de identificação projetiva do analisado" (p.152-3).

Este seria um caso muito especial de contratransferência, segundo Grinberg, pois

"... enquanto que o comum da resposta transferencial é que o analista tome consciência do tipo de sua resposta e a utilize como instrumento técnico, no fenômeno da contra-identificação projetiva o analista reage como se houvesse assimilado real e concretamente os aspectos que lhe são projetados. Então, é como se o analista 'deixasse de ser ele para transformar-se, sem poder evitá-lo, no que o paciente quis inconscientemente que se convertesse (id, ego ou outro objeto interno)" (*op. cit.* p. 152).

Já ao referir-se à neurose de contratransferência, Grinberg fala que a passividade do analista poderia constituir-se numa maneira ativa de não compreender ou de preferir ser invadido (*ibid.*). Ocorre que, se alguma confiança havia em mim como pessoa ou terapeuta, que pudesse guiar-me no sentido de analisar objetivamente a fala de Sandra para, se fosse o caso, pontuar ou interpretar de acordo com critérios e julgamentos meus, naquele momento não estava acessível. Algo inibiu aquela função, tomando o lugar da objetividade e do discernimento, de modo que assumi o papel de ouvinte bem comportado e compenetrado, sem dar-me conta, de imediato, de todo o processo que se operava dentro de mim.

Como descobri, então, tratar-se de evento contratransferencial? Acontece que, ao ler esse episódio na transcrição da sessão que eu havia preparado, em posterior discussão deste caso, veio à minha mente a sensação de medo que eu senti diante da atitude desafiadora de Sandra. Ao ser questionada, por um dos terapeutas do grupo, a que se devia esse medo, ocorreu-me que, se eu a provocasse demasiadamente, ela poderia irritar-se demais e abandonar o tratamento. O que eu estava sentindo, na verdade, era medo de ser abandonada! E isso era conteúdo interno meu, não tinha nada a ver com ela, apenas o seu comportamento, naquele contexto, desencadeara em mim uma contratransferência total, em que minhas questões mal resolvidas afloraram de modo a impedir que o meu trabalho se desenvolvesse normalmente. Por contratransferir, fui impedida de enxergar, naquele momento, que a postura de Sandra é o modo que ela possui para se defender daquilo que ela considerou como um ataque meu e não se deve a mim, propriamente; além de que um abandono de tratamento, se ocorrer – e muitas vezes ocorre – também é resultado da forma do paciente reagir às suas próprias dificuldades e não necessariamente à pessoa do terapeuta.

Etchegoyen, refletindo sobre a contratransferência, fala sobre o que parece ser o seu ponto de vista quanto à postura a ser adotada pelo analista em situações como essa:

"O analista poderia responder à transferência do paciente de uma forma absolutamente racional, mantendo-se sempre, por assim dizer, no âmbito da aliança de trabalho, porém os fatos clínicos provam que o analista responde em princípio com fenômenos irracionais, onde são mobilizados conflitos infantis. Nesse sentido, trata-se claramente de um fenômeno transferencial do analista, mas esse fenômeno, se queremos preservar a situação analítica, tem que ser duma resposta ao paciente, senão teríamos que dizer que não estamos dentro do processo analítico, mas sim reproduzindo o que ocorre na vida corrente entre duas pessoas em conflito" (p. 149).

Em nossa 12ª sessão, Sandra clama por ajuda. Está em vias de ser removida de sua função devido ao seu mau desempenho no trabalho, o que para ela é inadmissível. Ela sabe que, no dia seguinte, seu diretor virá falar-lhe sobre isso. Sente-se acuada e sem saída, desejando apagar o passado e fugir do futuro, para não ter que encontrar-se com o diretor. Pressiona-me insistentemente para que a ajude, que lhe diga o que fazer. De início, tento fazê-la refletir sobre o que se passa, deixando-a trazer sua angústia e tentando ajudá-la a lidar com a situação. Uma vez que ela continua me pressionando na busca de uma resposta, coloco novas questões, tentando levá-la a olhar o problema a partir de outro prisma para enxergar novas possibilidades de saída. Mas, à medida que a tenacidade dela sobre mim se acentua, forçando-me a dar-lhe uma resposta, não suporto e cedo à pressão, ensinando-lhe uma técnica de análise transacional que conheço, explicando-lhe é muito eficiente e que eu mesma a utilizo em situações em que preciso enxergar soluções e baixar minha ansiedade. Ela ouve, inicialmente com atenção, passando a demonstrar um ar de desinteresse à medida que vou falando e, assim que eu termino de dar-lhe a "minha receita", ela limita-se a dizer: "Sei lá. Eu já me ferrei mesmo, essa é que é a verdade" (sic).

Esta é uma situação em que a minha atuação é bastante diferente do episódio anterior. Naquela, eu assumi, inconscientemente, o papel de pai fraco que ela me impingira. Nesta, eu tenho consciência da pressão que sofro e da angústia que ela está vivenciando e tento resistir. Sei que devo ajudá-la a buscar a solução dentro do seu próprio manancial interno de recursos e tento fazer isso. No entanto, é tão intensa sua angústia, tão persistente e forte a sua demanda por uma solução externa, que eu sucumbo, já contaminada pela sua ansiedade e lhe ofereço uma solução.

É interessante destacar, também, que no instante seguinte, minha própria angústia diminui e consigo voltar a atuar normalmente. Noto que a solução que lhe ofereci não a satisfaz e observo, na reação de Sandra, que a minha recomendação não a entusiasma ou, numa linguagem psicanalítica, "o meu falo não é assim tão potente", não vai dar conta de suprir suas necessidades. No entanto, essa constatação não me frustra, porque consigo reconhecer que trata-se de um produto oferecido por necessidade minha de dar-lhe algo, não propriamente dela. Vê-la angustiada estava mais difícil para mim do que vê-la decepcionada com a minha atuação. Penso que, neste episódio, identifiquei-me com a criança assustada que vi nela – em busca de ajuda, mas convicta de que nenhuma ajuda externa suficientemente boa lhe seria oferecida, porque já aprendeu a ter que contar apenas consigo mesma nos momentos difíceis.

Creio que aqui poder-se-ia pensar, também, em termos da contratransferência normal de Money-Kyrle, na qual o terapeuta tenderia a assumir a atitude transferencial a partir de um papel parental. Assim expressa-se esse autor:

"... a contratransferência pode ser adequadamente instrumentada a partir de uma dupla identificação, com o sujeito e seu objeto, porque o analista, na realidade, para cumprir bem sua tarefa, tem que se colocar nos *dois* lugares. Esse duplo mecanismo se realiza pela identificação projetiva do ego infantil do analista com o paciente e pela identificação introjetiva da figura parental. Na contra-transferência normal, o analista assume o papel do pai, projetado pela criança e, por outro lado, pode compreender o papel da criança, não só graças a essa posição de pai, mas também a partir de uma identificação projetiva de seu ego infantil com o paciente, mobilizada por sua tendência a reparar" (*apud* Etchegoyen, *op. cit.* p. 154).

A verdade é que afeiçoei-me a Sandra ao longo do processo terapêutico e afligi-me com o seu sofrimento. Vi-me diante de uma criança crescida, pedindo desesperadamente por socorro. E eu o ofereci, aquele que servia para mim – o *meu* recurso interno para resolver as *minhas* questões – mesmo não sendo essa a sua demanda. O que essa criança me pedia é que afastasse dela a situação aflitiva: que modificasse o ambiente, afastasse o perigo, anulasse a reunião do dia seguinte... Qualquer dessas mágicas era o que ela mais queria, como se quer o colo materno quando se tem muito medo. Creio mesmo que senti a criança, num primeiro momento, e atuei como mãe protetora, no momento seguinte.

Eu também me arriscaria a dizer que o efeito de minha atuação, na paciente, não foi ruim ou neutro. Afora o fato de eu não ter sido capaz de levá-la a, mantendo-se em contato com sua angústia, conseguir *insights* e elaborações sobre a sua situação naquele momento, remetendo-a à sua própria história, houve algum efeito real, senão tecnicamente adequado, pelo menos circunstancialmente positivo, segundo creio. Se, por um lado, a mão que lhe estendi não continha a mágica desejada, por outro houve, sim, a mão realmente estendida, o que não é pouco, já que aí configurou-se a possibilidade da paciente ter uma vivência diferente da que teve originalmente. Em outras palavras, se na sua história reivindicava tenazmente uma ajuda que acreditava que não viria, pôde viver a experiência de receber uma ajuda real e sincera, ainda que não exatamente aquela que buscava. Nesta vivência, a mãe não lhe frustrou totalmente. Evidência disso é o fato de que, ao sair, suas palavras revelavam uma certa perplexidade: "Não sei o que aconteceu... porque continuo com o problema, mas sinto-me bem mais leve e segura agora".

Entretanto, eu não saberia dizer até que ponto o juízo que faço acerca de meus sentimentos e do efeito sobre a paciente são realmente claros e objetivos. Também não me sinto capaz de avaliar o tanto de racionalização de que eu estaria me valendo para analisar minha atitude no citado momento da sessão e, nem sequer, como proceder para evitar que tenda a racionalizar quando deparar-me com situações análogas no futuro. Sinto, isto sim tenho claro, a necessidade de reconhecer a complexidade desse trabalho, de modo que compartilho da opinião daqueles que defendem a necessidade imperativa de que os terapeutas, vez por outra, discutam seus atendimentos, expondo sua experiência à análise de seus colegas de profissão. A objetividade que às vezes foge durante uma sessão em que ocorre a contratransferência tenderá a apresentar-se no estudo ou supervisão do caso, quando os integrantes do grupo poderão contribuir com seu olhar mais distanciado e livre de contaminações de ordem emocional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muito para ser pesquisado e dito sobre a contratransferência, assim como são inesgotáveis as possibilidades de reflexão sobre esse assunto tão importante na prática clínica. Etchegoyen, ao fazer o resumo final sobre o tema da contratransferência, no capítulo 23 de seu livro **Fundamentos da técnica psicanalítica**, afirma:

"... a contratransferência nos torna mais responsáveis por nosso labor e destrói com argumentos valiosos (e analíticos) a idéia de um analista que pode manter-se incontaminado à margem do processo. Ao contrário do que se pensava antes, a idéia que temos agora é que a contratransferência existe, deve existir e não tem porque não existir. Temos que levá-la em conta e, como diz Margaret Little (1951), o analista impessoal é simplesmente um mito" (p. 165).

Se através da psicoterapia buscamos desenvolver no paciente a confiança no seu próprio julgamento e pensamento, restituindo-lhe a autoconfiança perdida, é imprescindível que trabalhemos nossos próprios conflitos, para evitar ao máximo oferecer-lhe aquilo que é nosso e, portanto, não lhe serve.

Seguiremos contratransferindo, porque não nos distanciaremos de nosso paciente e essa proximidade fatalmente mobilizará nossos conteúdos internos, porém é fundamental reconhecer nossa contratransferência para integrá-la à interpretação que ofereceremos.

Estou certa de que muitas outras situações houve, além das relatadas, em que ocorreu contratransferência sem que eu pudesse sequer reconhecê-la para integrá-la à experiência psicoterapêutica. Entretanto, coloco-me na condição de eterna aprendiz e sigo em frente, consciente da importância de constante de estudo, reflexão e busca de auto-conhecimento que o bom desempenho desse trabalho exige.

O material aqui abordado, ainda que discutido sem maiores pretensões de esgotamento do assunto, significou para mim uma possibilidade enorme de reflexão sobre a necessidade do trabalho pessoal do psicólogo e uma introdução muito estimulante à questão das atuações, tanto do paciente quando do terapeuta. É o início da resposta à pergunta que eu me fazia, conforme mencionei na introdução deste trabalho. Mas tenho consciência de que são apenas os primeiros passos de uma caminhada que promete ser longa e não sem tropeços, embora riquíssima em possibilidades.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- FREUD, S. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1995.
- LAGACHE, D. *A Transferência*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1995.