

# ***Empatia, Transferência e Contra-transferência em Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo - Sua Interação.***

## **Painel**

### **Guilherme Ferreira**

*Psiquiatra;  
Grupanalista Titular Didáctico da  
Sociedade Portuguesa de Grupanálise;  
Full Member da Group Analytic  
Society London  
ag.ferreira@netcabo.pt*

### ***Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo: Semelhanças e Diferenças***

A Sociedade Portuguesa de Grupanálise e a Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo têm mantido, nos últimos anos, uma cooperação importante, que se iniciou, em 1992, sob a minha presidência e tem prosseguido, desde então, através dum processo de organização e estruturação, que se tem traduzido na realização de encontros bianuais, alternadamente em Portugal e no Brasil.

Uma das preocupações que tivemos, desde sempre, foi comparar as bases teóricas, técnicas (e sua teoria) e resultados das nossas duas intervenções

Elas partem, em princípio, de conceitos essencialmente diferentes: a grupanálise nasceu dos trabalhos de S. H. Foulkes e as suas concepções foram modificadas, em Portugal por E. L. Cortesão, que acentuou a importância do componente psicanalítico, que está na sua origem. Também considerou que o grupanalista era a figura essencial do processo terapêutico, cuja acção se exprimia através do que ele designava por padrão grupanalítico. Esse padrão ia transmitir e desenvolver a acção terapêutica ao grupo, através daquilo que Foulkes designava por matriz grupanalítica, conceito que foi buscar ao ponto de vista homólogo de Ruesh e Bateson, definido na sua obra “Comunicação: a matriz social da Psiquiatria”. O objecto da acção terapêutica do grupo, que podemos designar por processo grupanalítico e que é desencadeado pelo grupanalista e planeado e desenvolvido em conjunto com o grupo. Consiste na perlaboração da neurose de transferência grupal (definida em relação a cada elemento do grupo e à respectiva matriz deste último) - ou qualquer outra entidade equivalente, no sentido que Etchegoyen deu à necessidade de se formar uma situação transferencial estabilizada, como são a psicose de transferência, a perversão de transferência, a organização dum estrutura transferencial border-line ou narcísica, ou finalmente, a organização dum transferência self-objecto, isto conforme e de acordo com a estrutura de personalidade de cada indivíduo - e a individualização dos selves.

Se o segundo destes objectivos é comum a todas as terapêuticas de grupo, sejam analíticas ou não, e está intimamente ligada aos processos de socialização, o primeiro é específico da grupanálise e, aqui mesmo, apenas reconhecido pela escola portuguesa, uma vez que Foulkes e a escola inglesa defendem como base da acção terapêutica o treino do Ego em acção.

Também em outras técnicas analíticas de grupo raros são os que defendem a sua existência, como é o caso de Glatzer (E.U.A.) ou de Mário Marrone (Itália), este último aliás igualmente no contexto da grupanálise. É, aliás, esta concepção que dá dos pontos de vista a escola de Lisboa uma verdadeira perspectiva psicanalítica.

É no contexto da interacção matriz-padrão e através da organização e perlaboração das já referidas situações transferenciais estabilizadas que se dá a evolução das matrizes relacionais internas, de acordo com o respectivo conceito de Maria Rita Leal dos diferentes elementos, que compõem o grupo.

Assim, o grupo funciona como uma rede de relação, comunicação e verbalização (e de perlaboração no dizer do Cortesão), em que aquelas interacções antes referidas revestem várias formas desde as expressas global e completamente, àquelas que apenas se pretendem fazer, desde as conscientes e manifestas às inconscientes e latentes, desde as verbais às não verbais e as respostas que a elas se verificam traduzem-se também pelo mesmo tipo de comunicações. É neste contexto que interagem as matrizes relacionais internas, de que acabamos de falar e que Foulkes, aliás, preferia designar por matrizes pessoais do grupo e que se organiza e é, depois, perlaborada, para usarmos a própria expressão de Freud, uma situação transferencial estruturada. Esta perlaboração faz-se, através de alterações, que ocorrem nas respectivas relações de objecto e parece ocorrer do seguinte modo as relações de objecto internas vão determinar as relações de objecto

externas e as alterações ocorridas nestas últimas vão, por sua vez, originar alterações das primeiras, determinando assim

o próprio processo terapêutico.

Estamos, assim, pelo menos na concepção da escola portuguesa, perante uma conceptualização específica, que permite explicar, de modo particular, o processo terapêutico grupal. Mas, no fundo, esta situação está inserida no

contexto de factos idênticos ou, pelo menos similares, ocorridos nas outras psicoterapias de grupo de base analítica. Algumas destas abordagens têm evoluído, com efeito, no contexto de modificações ligadas à própria evolução da teoria psicanalítica, indo assim incluir nas suas conceptualizações as perspectivas da teoria das relações de objecto (TRO), psicologia do Ego e psicologia do self, perspectivas aliás, todas elas, quer a grupal análise também tem incorporado,

nos últimos anos, como atrás vimos, quando falamos da importância da TRO no processo grupal. Abordando duma maneira inclusiva, todas estas perspectivas, Cortesão afirma mesmo que a metapsicologia freudiana se relaciona,

através dos pontos de vista adaptativo e psicossocial, de Rapaport, inseridos na psicologia do Ego, com as perspectivas introduzidas pelo TRO.

Ora, estas perspectivas encontram-se igualmente em outros tipos da psicoterapia de grupo de inspiração analítica, que igualmente as adoptam, ainda que nunca dum modo tão integrado, como o fez a grupal análise, mas sim uni sectorialmente.

A Associação Brasileira, espalhada pelos mais importantes Estados do Brasil, ainda que estando localizada sobretudo nas respectivas capitais (Rio de Janeiro, S. Paulo, Recife, Porto Alegre) apresenta um conjunto de influências bastante mais heterogêneas, que variam aliás consoante os diferentes núcleos básicos (Bion, Slavson, Wolf

& Schwarz, Foulkes, Yalom).

No entanto, a maioria dos autores brasileiros reclamam-se, sobretudo, de Bion, cuja influência lhes vem através dos seus trabalhos sobre grupos, mas também surge em conjunto com a influência de outros autores Kleinianos, que trabalhavam no Brasil, em que constituíam uma forte corrente e, nomeadamente, de David Zimmerman, que com ele teve uma relação muito próxima e que estudou, particularmente, a sua obra, para não falarmos da importância, nesta acção do grupo argentino, onde pontificava como figura de proa, Pichon Rivière. Mas, não devemos esquecer, como factor fundamental, a presença de Bion no Brasil, onde efectuou importantes conferências e publicou, em 1ª edição algumas das suas obras (Bion's Brazilian Lectures, A Memoir of the future – Book one: the dream, Book two: The past presented).

Assim, a influência de Bion, não se limita, pois, à sua obra inicial “Experiências em grupo, escrita em 1948-51, embora só publicada em 1961 pelo Tavistock, em que lançou as concepções dos pressupostos básicos (dependência, lutar e fugir, emparelhamento), que explicam o funcionamento dum grupo com um todo, facto este ainda hoje defendido por muitos psicoterapeutas de grupo, por vezes até com uma perspectiva de abordagem não analítica. Mas, toda a sua teorização posterior está nela incluída. Efectivamente, Bion desenvolveu, ao longo da sua vida, um conjunto de concepções complexas, de grande importância em psicanálise. Baseando-se, precisamente, no já referido trabalho com grupos e, depois, no efectuado com psicóticos, que realizou na esteira do levado a cabo por outros autores kleinianos, formulou, em primeiro lugar, a sua teoria da vinculação e o seu conceito de grade e, posteriormente, desenvolveu concepções filosóficas, em que elaborou uma teoria de conhecimento e uma teoria de transformação, que levaram a que os seus pontos de vista adquirissem perspectivas matemáticas ou místicas, simultânea ou alternadamente.

Estas concepções levaram-no, naturalmente, a modificar também a sua técnica psicanalítica, o que se repercutiu, igualmente, no dos psicoterapeutas de grupo, que eram influenciadas pelos seus pontos de vista, e que ele centrou num processo “sem melhoras, sem desejos e sem compreensão”, mas em que o psicanalista actuava como um continente

em relação ao paciente, sobre o vínculo k do qual ele agia.

Ora, todas estas complexas concepções foram assimiladas pela Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica do Grupo, e constituem a base da sua teorização.

Mas, como aliás já referimos atrás, esta influência não foi única, uma vez que as concepções dos diferentes núcleos desta Associação foram também determinadas pelas de outros autores, que já mencionamos e por aqueles que resultaram da própria evolução da psicanálise, que também já referimos atrás e que se repercutiram também na grupal análise, tal como nós a praticamos em Lisboa. É, por exemplo, notória, a influência de Foulkes em Miller de Paiva, que com ele se correspondia, mostrando a sua troca de pontos de vista bastantes pontos de contacto.

De qualquer modo, do que dissemos acima, três conclusões se poderiam tirar, que exprimiriam outras tantas hipóteses de trabalho:

**1.** Sendo a grupal análise essencialmente determinada pelos trabalhos de Foulkes, ainda que modificadas, nas suas linhas gerais, pelos de Cortesão, Leal e outros autores e a psicoterapia de grupo de base analítica, tal como é concebida pela ABPAG, nas suas linhas gerais, pelos trabalhos de Bion, ainda que não se possa falar aqui duma base tão organizada e estruturada como para a primeira escola referida, não haverá, naturalmente, diferenças importantes nas técnicas e acções terapêuticas das duas psicoterapias de grupo citadas?

**2.** Os trabalhos emanados dos diferentes autores ligados à ABPAG não põem, especificamente, a hipótese da formação duma neurose de transferência grupal (ou situação equivalente) e, muito menos da sua perloração?

Como se repercutirá este facto na sua técnica e na teoria da técnica?

3. A troca de pontos de vista e as reuniões bianuais, realizadas pelas nossas duas sociedades, terão contribuído para aproximar as suas intervenções e a respectiva técnica e teoria da técnica, como se poderia esperar. Foi, assim, essencialmente para esclarecer estas hipóteses e para confirmar, por conseguinte quais as técnicas usadas e qual a teoria da técnica, em que se baseavam, que efectuamos o presente estudo, que procuramos traduzir no presente painel de comunicações.

Os excelentes trabalhos apresentados pela Drs. Ana Sofia Nava e Júlio Mello Filho parecem ir ao encontro das hipóteses 2 e 3 e, pelo contrário, afastar-se da 1ª.

Assim, embora a Dra. Ana Sofia Nava tenha feito notar a importância das concepções de Foulkes, Cortesão e Leal no estabelecimento da teoria e teoria da técnica em grupanálise, a comparação destes dois textos, mostra, pelo contrário, uma grande aproximação entre as duas abordagens.

Efectivamente, todo o texto do Dr. Júlio de Mello Filho centra frequentemente as suas intervenções na interpretação transferencial e, mesmo, na utilização da contra-transferência, que exprime de forma franca e utiliza como uma ferramenta terapêutica, na esteira dos pontos de vista de P. Heiman. A expressão directa dos elementos negativos, desta última, que aparecem clara e francamente nos exemplos dados, vai permitir a elaboração de negativo, que é fundamental para se, poder fazer a perlaboração da neurose de transferência grupal.

A Dra. Carla Penna, no seu comentário ao trabalho da Dra. Ana Sofia Nava, afirmou que o Dr. Júlio de Mello Filho tinha uma formação winnicottineana. Devemos sublinhar que os conceitos de Winnicott também influenciam a grupanálise, através dos pontos de vista da TRO, formulada sobretudo pelo grupo do meio inglês, a que ele pertence. Daí, naturalmente, também uma certa proximidade nas duas suas abordagens, nos exemplos adquiridos neste painel.

De resto, em 1985, Malcolm Pines publicou uma colectânea de trabalhos, em que se mostrava a importância de Bion na evolução da psicoterapia de grupo e em que procurou encontrar uma conexão e uma inter-influência por vezes nem sempre conseguidas, entre os conceitos de Bion e de Foulkes, procurando mostrar que eles não estavam tão afastados como poderia parecer.

De qualquer modo, os trabalhos apresentados neste painel e os respectivos comentários, efectuados pela Dra. Carla Penna e Cláudio de Moraes Sarmento, que também aqui são incluídos mostram-nos uma grande semelhança entre os dois processos terapêuticos que referimos e as suas bases teóricas, o que está, aliás, dentro das nossas hipóteses de trabalho.

### **Referências Bibliográficas**

- Bion, W. R. (1948-51), "*Experiences in group*" Tavistock, London (1961)  
Bion, W. R. (1977), "*A memoir of the future, Book two: the past presented*" – Reprinted by Karnac, London 1990  
Bion, W. R. (1977), "*Seven servants: four works*", by Wilfred Bion" – Jason Aronson, N.Y.  
Bion, W. R. (1977), "*Two papers: The Grid and Ceasure*" – Reprinted by Karnac, London (1989)  
Bion, W. R. (1992), "*Cogitations*" Karnac, London.  
Bléandou, G (1990), "*Wilfred Bion: his life and work – (1897-1979)*", The Guilford Press, N. Y.  
Cortesão, E. L. (1982) "*Grupanálise: teoria e técnica*" F.C.G., Lisboa, S.d.  
Etchegoyen, H. (1991) "*The fundamental of psychoanalytic technique*" – Karnac Books, London  
Foulkes, S.H. (1967) "*Therapeutic group-analysis*" – Allen & Unwin, London, 1964  
Foulkes, S. H. (1975) "*Group-Analytic Psychotherapy: Methods and principles*" – Gordon & Breach, London  
Foulkes, S. H. and Anthony, E. J. (1965) "*Group psychotherapy. The psychoanalytic approach*" – Penguin Books, London, 1ª ed, 1957; 2ª ed, 1965  
Leal, M. R. (1994), "*Grupanálise: Um percurso, 1963-1993*" – Sociedade Portuguesa de Grupanálise, Lisboa.  
Pines, M. (ed by) (1985), "*Bion and Group Psychotherapy*" – Rutledge & Kegan Paul, London  
Zimmerman, D. (1995), "*Bion – Da teoria à prática*" – Artes Médicas, Porto Alegre

## **Padrão/ Matriz / Processo Grupanalítico / Empatia**

### **Ana Sofia Nava**

*Psiquiatra*

*Membro Titular da Sociedade*

*Portuguesa de Grupanálise*

*Full Member da Group Analytic*

*Society London*

*clincatagide@netcabo.pt*

A teoria da técnica grupanalítica apoia-se em vários conceitos fundamentais, nomeadamente, padrão, matriz e processo grupanalítico.

Tentarei com este trabalho clarificar como estes conceitos são definidos teoricamente e o modo como eles se entrecruzam na prática clínica e consubstanciam a técnica grupanalítica, tal qual ela é praticada de um modo geral pelos grupanalistas portugueses.

Finalmente abordarei o modo como uma das ferramentas de trabalho mais importantes em psicoterapias: a empatia, é integrada no modo de trabalho grupanalítico, anteriormente descrito.

### **PADRÃO**

Cortesão (1988) investigou a origem semântica da palavra padrão no latim, espanhol, francês e inglês. Nas suas palavras:

*Padrão é derivado do termo francês medieval “patron” e este, por seu turno, é originário do latim “pater” e “patronus”.*

*Neste sentido padrão pode significar imitação, copiar, parecer-se com, esboçar, desenhar, planejar um padrão (para), ou prefigurar. Contudo em latim põe-se a hipótese que o tronco semantológico seja oriundo de pã (a semente) teria a conotação*

*de semear, nutrir e fomentar.*

*É nesta última concepção que cunhei o conceito de padrão grupalítico, no sentido de algo que o grupalista transmite*

*na matriz grupalítica. As conotações derivadas da primeira significação – de “pater” e “patronus” – não são pertinentes para*

*a minha definição. Realmente o grupalista não se deve oferecer como um protector ou um modelo; nem deve dirigir*

*activamente ou didacticamente.*

Assim Cortesão (1989) propôs a seguinte definição do padrão: natureza de atitudes específicas que o grupalista transmite e sustém na matriz grupalítica com uma função interpretativa que fomenta e desenvolve o processo grupalítico.

De um modo mais abrangente poderemos dizer que padrão é o conjunto das características e competências que um psicoterapeuta utiliza propiciando uma psicoterapia.

Na época em que este conceito foi definido por Cortesão ele gerou alguma polémica e discussão com Foulkes.

Resumidamente, Foulkes (1967) considerava que o padrão era uma espécie de *imprint* cunhado pelo grupalista na matriz grupal, enquanto que Cortesão rebatia que o grupalista era um transmissor, um catalizador, um fertilizador e nunca um líder que impunha o seu modelo.

O padrão pode ser encarado, do ponto de vista teórico, sob três vértices: a sua natureza, a sua função e o seu propósito. Estes contemplariam, esquematicamente os seguintes aspectos, que seguidamente abordarei:

#### **I. Natureza**

1. Qualidades pessoais
2. Função analítica
3. Formação teórica

#### **II. Função**

1. Regras
2. Atitudes específicas

#### **III. Propósitos**

1. Insight
2. Mudança / cura

#### **I. Natureza**

Quanto à natureza do padrão, ela depende obviamente da natureza do próprio grupalista como pessoa.

Poder-se-ia ainda dizer, salvaguardando a artificialidade das divisões teóricas, que a pessoa do grupalista seria constituída pelos seguintes aspectos:

1) A sua **personalidade**, que condiciona todos os seus comportamentos enquanto grupalista. Estes comportamentos assumem formas verbais e não verbais. E quanto a estes últimos refiro-me não só à linguagem corporal do grupalista, mas também ao modo como organizou o espaço físico onde decorrem as sessões de grupo, que como é óbvio, resulta da projecção de diversos aspectos, conscientes e inconscientes, da sua personalidade.

2) O seu **carácter**.

3) A sua **matriz relacional interna** (Leal, 1969), ou seja o modo como interiorizou as relações interpessoais do seu grupo primordial precoce / a sua família. Ela vai eclodir quando volta a estar em grupo, ainda que com a função específica de terapeuta.

4) O **treino analítico pessoal** do grupalista é evidentemente um factor extremamente importante para a pessoa do grupalista. Não só porque a sua análise pessoal condicionou mudanças na sua personalidade, como também pelo modo como internalizou / se identificou com o padrão do seu próprio grupalista.

A natureza do padrão depende também das qualidades do grupalista. Passo a citar algumas qualidades apontadas por alguns autores que falaram sobre este assunto: 1. empatia apurada, 2. acolhimento não possessivo,

3. genuinidade (Terence Lear, 1985); 4. honestidade, 5. verdade (Martin Grojahn, 1985, 1987); 6. identidade estruturada em termos pessoais e profissionais (Earl Hopper, 1982); 7. sinceridade, 8. franqueza, 9. tolerância, 10. segurança, 11. equilíbrio, 12. competência (Foulkes, 1964); 13. capacidade de estabelecer uma relação (Fairbairn in Guntrip, 1977); e finalmente eu acrescentaria 14. capacidade de estar em grupo

Outro aspecto que define a natureza do padrão é a formação do grupalista. A aprendizagem da teoria e da técnica grupalítica é fundamental para que o grupalista fomente e desenvolva o processo grupalítico, quer ao nível das regras de abstinência, quer quanto à sua função interpretativa.

A formação deve abranger uma vertente prática: a análise pessoal do grupalista, e uma vertente mais teórica: os cursos de formação ministrados pelas sociedades analíticas de grupo, a formação contínua (sessões científicas, congressos

nacionais e internacionais), e, claro, a supervisão necessária nos primeiros anos de actividade grupalítica.

#### **II. Função**

O padrão tem como função o estabelecimento de regras e atitudes em grupalise.

1. Regras

Quanto às regras o grupalista deve fazer uma selecção acurada dos elementos do grupo, fundamental para que

se possa vir a estabelecer o processo grupalítico

O contrato terapêutico deve ser feito antes do paciente entrar no grupo. Deve ser explicado que:

- 1) É exigido sigilo absoluto e bilateral, nem o grupalista fala do que ocorre nas sessões, nem o analisando pode falar daquilo que se passa no grupo;
- 2) São proibidos contactos no exterior entre os elementos do grupo;
- 3) O grupalista não deverá falar com os familiares do paciente;
- 4) No grupo é privilegiada a comunicação verbal e não é permitido o contacto físico (por exemplo: é permitida a expressão verbal da agressividade e do afecto, mas não a passagem física ao acto);
- 5) O paciente terá que renunciar à obtenção de ganhos secundários dentro do grupo.

O grupalista tem como obrigação assegurar o espaço físico, a frequência e a duração (1h30m) das sessões. É responsável pela regularidade e pontualidade das sessões. Deve fornecer o setting grupalítico: os pacientes devem encontrar-se face a face, sentados em círculo, o grupalista deve estimular a livre discussão fluente das ideias /

*floating discussion* (Foulkes, 1964) sem qualquer censura social.

## 2. Atitudes

O analista deverá ter uma série de atitudes no sentido de fomentar o processo grupalítico.

a) Intervenções e interpretações analíticas.

As intervenções podem ser: perguntas, clarificações, confrontações, analogias ou metáforas.

b) Compete ao analista a abstinência de intervenções corriqueiras /opiniões, que mais não são que projecções das suas necessidades e desejos inconscientes.

c) É também fundamental que o analista assegure a reserva analítica, ou seja, não deverá falar de si próprio. Ele deverá propiciar uma tela branca onde os analisandos possam projectar tudo aquilo que necessitam.

d) Vários autores defenderam que a atitude do analista deveria ser a de passividade e não de actividade. No entanto, cada vez mais surgem ideias novas, que contrariam que a completa passividade do analista seja útil.

e) A atitude do grupalista deve também ser de contínua compreensão do binómio transferência / contratransferência.

Como sabemos, já Freud alertou para a importância deste fenómeno na evolução de uma análise e mais tarde, alertou para a sua potencialidade terapêutica. Assim o grupalista deve estar sempre pronto para o poder identificar e compreender.

f) E finalmente, o grupalista deve também ter uma atitude de escrutínio mantido da relação grupalista / grupalisandos. Cada vez mais os autores analíticos contemporâneos nos falam da relação estabelecida entre analista e analisando como factor terapêutico (por exemplo, Stern, 1998).

Parece-me então fundamental que, na sua atitude, o grupalista promova, não só, o espaço para que este fenómeno ocorra, como também, esteja sempre atento ao que se está a passar a este nível: o da relação interpessoal e não só um escrutínio asséptico da transferência / contra-transferência.

## III. Propósito

Finalmente o propósito / o objectivo do padrão, ele no fundo corresponde ao desenrolar do próprio processo grupalítico.

Assim podemos diferenciá-lo nos seguintes aspectos:

1. Promover o insight racional e emocional

2. Operar modificações significativas do self

3. Proporcionar ao indivíduo uma estruturação, diferenciação e funcionamento do self dotado de autonomia relativa e dependência coerente e natural.

Recentemente alguns autores têm revisto este conceito e feitas algumas reflexões enriquecedoras.

M. Etelvina Brito (1989) compara o padrão ao exercício da função parental.

Leonardo Ancona (1989) fala-nos de padrão exógeno – transmitido pelo grupalista e padrão endógeno – elaboração do padrão endógeno pela matriz. Penso que este processo é gradual e harmonioso, de tal modo que a partir de certa altura estas 2 vertentes se interpenetram e potenciam mutuamente.

Isaura Neto (1999) fala-nos de como a integração do padrão resulta da identificação com a função grupalítica do grupalista.

Estou de acordo com os autores citados e acrescentaria que o padrão é, de facto, ecoado no grupo e amplificado.

Este processo de identificação / internalização dá muitas vezes origem às dimensões de co-terapeutas nos elementos de um grupo de análise. Embora sem a responsabilidade de serem terapeutas, alguns elementos do grupo têm algum prazer em exercer a função de co-terapeuta (quer ao nível das regras, como das atitudes). A possibilidade de se identificar e exercer as funções parentais pode assim ser treinada no grupo, até os analisandos encontrarem a sua própria originalidade. Sem cair em exageros, penso que esta é uma das muitas mais valias da grupalítica que não devemos desprezar.

Cruz Filipe defende que o padrão deve contemplar uma atitude grupalítica nos seguintes moldes: esperar pacientemente que os projectos do grupo e do analista tenham algo de comum, na latência, no espaço, no tempo, mas nunca com intrusão terapêutica analítica. O grupalista deve dar o tempo necessário. A vivência do tempo em cada sessão de grupalítica é fundamental para que o grupalista possa assegurar e sustentar o tempo de escuta, bem como privilegiar a importância da liberdade no grupo. O padrão asseguraria a possibilidade de criação de uma zona maleável ou de transfiguração, assegurando tempos de desconstrução / reconstrução, só possíveis num espaço de proposta e não de imposição.

## MATRIZ

Um outro conceito muito importante para a teoria e a técnica grupalítica é o de matriz.

Também este conceito foi definido por Cortesão do seguinte modo:



*Rede específica de intercomunicação, inter-relação e interacção, a qual, pela integração do padrão grupanalítico, fomenta*

*a evolução do processo grupanalítico.* (Cortesão, 1989)

Foulkes preferiu a seguinte definição: *É a teia hipotética de comunicação e relação num determinado grupo. É o terreno*

*partilhado em conjunto que em última análise determina o significado e o entendimento de todas as comunicações verbais e*

*não verbais e interpretações* (Foulkes, 1964)

Maria Rita Mendes Leal definiu ainda outro conceito muito importante para entendermos os fenómenos que ocorrem numa sessão de grupanalise – a **matriz relacional interna**, definida do seguinte modo:

*A regressão induzida em cada um dos membros do grupo pode levar à reactualização, não só das figuras parentais, como*

*de todo o grupo familiar de cada um.* (Leal, 1969)

Corresponde ao modo como o indivíduo interiorizou as relações interpessoais do seu grupo primordial precoce, da sua família. Este modelo vai eclodir quando o indivíduo volta a estar em grupo

### **PROCESSO GRUPANALÍTICO**

Em primeiro lugar, gostaria de enfatizar que o padrão, como fomentador do processo grupanalítico, contém, implicitamente, as ferramentas para a cura grupanalítica. Aliás os propósitos do padrão englobam os aspectos que actualmente são consensuais no que diz respeito à cura analítica.

Como tal, e no que diz respeito à sua função, foi proposta como atitude fundamental da grupanalise a actividade interpretativa e a relação com o paciente de modo a permitir o desenvolvimento do processo grupanalítico e, consequentemente, a cura dos pacientes.

Ou seja, o padrão possibilita um espaço, no seio da matriz do grupo, de procura de memórias explícitas e implícitas (Nava, 2003 a). Estas poderão ser interpretadas quer a nível genético-evolutivo, quer transferencial.

Mas falta a reconstrução para um self mais autónomo. Também aqui o padrão possibilita o espaço de uma nova relação afectiva / emocional, de verdadeiro encontro, que poderá dar origem à formação de novas memórias implícitas

que vão estruturar um novo estilo de relacionamento interpessoal afectivo, numa personalidade reestruturada.

Para Pines (1998), o papel do condutor do grupo seria estimular e representar a aprendizagem através da experiência e opor-se às estruturas poderosas e coesivas de resistência. Neste sentido o padrão permite aos seus membros retrair uma via de desenvolvimento coerente, isto se pensarmos no grupo em termos de coerência crescente, e como tal, podemos equacionar uma integridade que torna o todo e as relações entre as partes mais claras e manifestas.

Guilherme Ferreira (2003) defendeu que o padrão se pode situar no vértice de um triângulo que dá origem ao processo grupanalítico, sendo que os outros dois vértices seriam: a matriz grupal e a matriz relacional interna. Estou inteiramente de acordo e aproveito para clarificar um pouco mais este assunto.

Parece-me a mim que o padrão permite abrir uma porta de conexão com a realidade externa. Ou seja, na medida em que o padrão fomenta a liberdade de expressão dentro do grupo, ele dá espaço a que todos os elementos do grupo contraponham os seus vértices de observação, as suas capacidades de compreensão empática e os seus modos de relacionamento.

Assim sendo a matriz do grupo, não só, ecoa a matriz relacional interna de cada um, como também, propicia um espaço de realidade onde o indivíduo pode treinar os diversos aspectos da nova personalidade reestruturada. Refiro-me ao conceito proposto por Foulkes (1975) de *Ego Training in Action*.

Sou de opinião que o padrão oferece, através da matriz grupal, um campo de treinos ideal (Nava, 2003 b) para cada um dos elementos do grupo poder treinar novas formas de relação interpessoal, podendo aos poucos ir limando os aspectos desadaptados da sua personalidade, do seu self.

### **EMPATIA**

A capacidade humana, e tão natural, de nos apercebermos das emoções, dos sentimentos dos outros e de poder ir em seu auxílio é habitualmente chamada de empatia.

Ickes (2003) apelidou-a metaforicamente de “every-day mind reading”. A palavra original alemã *Einführung* significa literalmente “sentir para dentro de” (Wispé, 1986). *Einführung* resultaria de um processo no qual o observador projectar-se-ia dentro do objecto percebido.

Embora vários autores psicanalíticos, como por exemplo Freud, Reike, Rogers, Melanie Klein, Bion e Greenberg, tenham utilizado e definido o termo empatia foi, no entanto Kohut quem mais aprofundou este assunto. Kohut (1984) enfatiza grandemente a utilização das capacidades empáticas do analista e afirma que embora a empatia não tenha sido criada pela psicologia do self, esta ampliou a sua aplicação e aprofundou a sua importância teórica. Kohut (1984) propõe a seguinte definição de empatia: capacidade de penetrar com o pensamento e o sentimento na vida interior de outra pessoa. Kohut defende que as únicas duas ferramentas com que o terapeuta conta para promover a cura analítica (a internalização transmutadora) são a empatia e a interpretação.

As neurociências muito recentemente contribuíram para esclarecer os fenómenos que estão na base da empatia.

Decety (Director do o Laboratório de Neurociências Cognitivas e Sociais na Universidade de Washington) e Jackson (neuropsicólogo) (2004) partem das perspectivas humanística (empatia como capacidade inata) e psicodinâmica

(empatia como perícia de comunicação) e propõem três componentes fundamentais da empatia nos seres humanos:

1. *Partilha Afectiva* entre o próprio e o outro, baseada na ligação percepção acção que dá origem às representações partilhadas.

2. *Consciência do eu e do outro*. Mesmo quando existe alguma identificação temporária, não existe confusão entre o self e o outro.

3. *Flexibilidade mental* de modo a adoptar subjectivamente a perspectiva do outro e *processos reguladores*.

Estes três componentes entrecruzam-se e devem interagir uns com os outros de modo a produzir a experiência subjectiva de empatia.

Partindo deste modelo, tentarei imaginar o que se passa, em termos neurobiológicos, numa sessão de grupanálise, quando a empatia está em acção.

1) Através do modelo de percepção-acção, sabemos que existem representações partilhadas entre as emoções do paciente e os circuitos neuronais respectivos do analista. Ou seja, a emoção do analisando é reflectida em espelho, através dos *mirror neurons*, nos circuitos neuronais que codificam a mesma emoção no analista. Este processo é automático, o analista não tem que fazer nenhum esforço consciente, é só deixar-se ir, sem se defender. Existe uma partilha afectiva natural e imediata, ainda antes de termos qualquer consciência do que se está a passar. Este fenómeno corresponde certamente a um dos componentes, não conscientes, pelo menos ainda, da contra-transferência e, é extremamente rápido.

2) O segundo passo é a consciência do eu e do outro, que permite que haja uma consciência clara dos limites e que não haja confusão entre o analista e o paciente. Permite que não haja contágio emocional, que os analistas não fiquem invadidos pela emoção dos outros, como se fosse sua, o que impediria, obviamente, as capacidades terapêuticas de actuarem. Este nível implica processos conscientes, como tal, o treino do analista como pessoa e profissional é muito importante.

3) Finalmente, a flexibilidade mental permite, introduzir mecanismos inibidores, que travam a perspectiva do analista (o seu referencial de vida, baseado em memórias implícitas e explícitas, marcadores somáticos). Nesta altura, processos reguladores entram em acção, de modo a que o analista possa assumir a perspectiva do outro. Esta é a parte que pode ser mais alterada através do treino do analista e onde a sua formação teórica assume maior importância. Este terceiro componente não implica ajuda directa, como Kohut disse, não vamos suprir directamente as necessidades

do paciente, o analista vai fornecer uma explicação dessas necessidades.

#### **Situações específicas da grupanálise**

Penso que existem uma série de situações que são características da grupanálise e que não aparecem nas terapias duais.

#### **Possibilidade do grupo potenciar as capacidades empáticas do terapeuta:**

Como nos disse Foulkes (1975) um dos factores terapêuticos do grupo é a ressonância ou espelhamento. Ele referia-se ao facto de que os elementos do grupo espelham as emoções dos outros através do fenómeno de representações

partilhadas, que é activado a partir de processos automáticos de percepção-acção. Sabe-se actualmente (Preston, de Waal, 2002) a similaridade entre as pessoas aumenta este processo, assim a multiplicação deste fenómeno pelo número dos elementos do grupo amplia as possibilidades de se encontrar mais similaridades e portanto de se conseguir uma maior empatia. Já para não falar das dimensões cognitivas da empatia que, também são multiplicadas pelo número de elementos do grupo, potenciando ainda mais esta capacidade terapêutica.

Tendo em conta todos estes dados parece-me que a ressonância é um factor terapêutico, não só porque desculpabiliza os outros e porque é mais fácil de analisar nos outros (como Foulkes propôs), mas porque potencia grandemente a capacidade de investigação analítica. A minha experiência clínica confirma que muitas vezes um dos elementos do grupo pode empatizar mais com o paciente em questão ou com determinada situação (mais próxima da sua experiência de vida) e portanto possui uma maior capacidade de investigação, recolhe mais dados, é mais empático do que eu.

Na prática, quando me surgem dificuldades em entender uma determinada situação que está a acontecer no grupo, espero pela ressonância dos outros. Muitas vezes é possível que a sua capacidade empática, aumentada pelos motivos já expostos, me esclareça mais sobre o que se está a passar, sendo assim possível ampliar a minhas capacidades

de investigação e, nessa altura posso finalmente analisar e interpretar mais diferenciadamente o que se está a passar. Uma das questões em que penso sempre quando um doente entra num grupo é: o que é que este doente vai ganhar com a entrada num grupo de análise. Tanto mais porque, os próprios pacientes me colocam invariavelmente esta questão.

Sou de opinião de que quando um doente entra no grupo surgem pelo menos quatro novos aspectos:

1) Surgem outras dimensões da personalidade na relação com os outros elementos do grupo, que não apareciam, a não ser indirectamente através dos relatos dos doentes. Todos os fenómenos que surgem na relação a três aparecem livremente no grupo, sem qualquer máscara defensiva. Só para dar os exemplos mais habituais: ciúme, inveja, competição.

2) Começam a ser falados outros temas, graças aos fenómenos de ressonância e espelhamento. Deste modo, o paciente é levado a analisar determinados aspectos da sua vida que, de moto próprio, nunca o faria e, que é proibido ao analista, por razões técnicas, pressionar o paciente a falar.

3) Surgem outras perspectivas de investigação empática, que é ampliada pelos outros membros do grupo. Esta amplificação permite ao analista ter uma imagem mais completa do mundo psíquico interno do paciente. Neste sentido os outros elementos do grupo podem ser considerados co-terapeutas. Queria no entanto chamar a atenção de que, é só mesmo nesse sentido, quero com isto dizer que, apesar dos outros elementos do grupo poderem ampliar a capacidade de investigação empática, e por vezes, em níveis mais diferenciados de evolução da sua análise, podem

fornecer uma explicação empática, a responsabilidade e obrigação terapêutica cabem total e exclusivamente ao

grupanalista.

4) Se tivermos em conta o argumento de que, a complexidade social foi uma das forças impulsionadoras da própria evolução cerebral, podemos equacionar que dentro do processo terapêutico do grupo (mini-sociedade) continua-se a estimular o desenvolvimento do cérebro. Admitindo que os resultados de uma análise são transgeracionais, afectam indirectamente os filhos e conduzem também à evolução do cérebro.

5) O efeito contentor do grupo que permite tolerar melhor as falhas empáticas do grupanalista. Simultaneamente, este aspecto contentor é também fundamental até que o processo de internalização transmutadora (ou seja, a criação de novos circuitos neuronais capazes de estabelecer relações de objecto mais adequadas) estar completo, de uma forma coerente e que permita que a estrutura do indivíduo seja mais autónoma para lidar com a realidade externa. Esta capacidade contentora do grupo fornece o tempo e o espaço para o *ego training in action* no campo de treino que é o grupo.

### **Referências Bibliográficas**

- Ancona, Leonardo (1989). Matrix et pattern en analyse de groupe ou grupanalyse. *Grupanalise n.º.4, Dezembro 1992*: 39-45
- Brito, Etelvina (1989). O padrão grupanalítico. *Grupanalise n.º.4, Dezembro 1992*: 7-22
- Cortês, Eduardo Luís (1988) *Grupanalise n.º. 1, Out. 1998*: 18-19
- Cortês, Eduardo Luís (1989). *Grupanalise - Teoria e Técnica*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1989.
- Decety, J.; Jackson, P (2004) The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neurosciences Reviews*. Volume 3 Number 2, June 2004 pages 71-100.
- Ferreira, G. (2003) *Para a construção de uma metateoria em grupanalise*. Comunicação apresentada em sessão científica da Sociedade Portuguesa de Grupanalise. Lisboa.
- Filipe, E. C. (1989) Padrão grupanalítico. *Grupanalise n.º.4, Dezembro 1992*: 23-38.
- Foulkes, S. H. (1964). *Grupo-análise terapêutica*. Publicações Europa-América, 1964.
- Foulkes, S. H. (1967). The concept of group matrix. *Group Analysis*. 1:31-35.
- Foulkes, S. H. (1975). *Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. Gordon and Breach. London.
- Grotjahn, Martin (1985). Where did my hearing go? *Group-analysis, XVIII, 3, December 1985*.
- Grotjahn, Martin (1987). How much of an actor is a group analyst allowed to be? *Group-analysis, vol. 20, n.º, June, 1987*.
- Guntrip, Harry (1977). Mon expérience de l'analyse avec Fairbairn et Winnicott. *Nouvelle revue de Psychanalyse, n.º.15 -Printemps, 1977*.
- Hopper, Earl (1982). Group-analysis: the problem of context. *Group-analysis, XV, 2, 1982*.
- Ickes, W. (2003) *Everyday mind reading*. New York: Prometheus
- Kohut, Heinz (1984). *How does analysis cure?* The University of Chicago Press - 1984.
- Leal, Maria Rita Mendes (1969). Transfert analytique dans l'analyse de groupe. *Bulletin de Psychologie, 295, XXIII, 1969-70*:13-16.
- Lear, Terence (1985). The inspiring role of the conductor. *Group-analysis, XVIII, 12, 1985*:150-154.
- Nava, A.S. (2003 a) *O cérebro apanhado em flagrante*. Climepsi. Lisboa
- Nava, A.S. (2003 b) O inconsciente e grupanalise. Poder ir mais além. *Grupanaliseonline.pt*, vol.1, 37-42.
- Neto, I. (1999) *O Padrão - A importância do grupanalista na Grupanalise*. Comunicação apresentada no X Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo.V Encontro Luso-Brasileiro de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo Rio de Janeiro, Novembro de 1999
- Pines, M. (1998) *Circular Reflections*. International Library of Group Analysis.
- Preston, S. D.: & de Waal, F.B.M. (2002) Empathy: Its ultimate and Proximate Bases. *Behavioural and Brain Sciences*, 25, 1-72.
- Racker, Heinrich (1988). *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Artmed. Porto Alegre, 1988
- Stern, D. et al (1998) "Non Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy – The Something More Than Interpretation". *Int. J. Psycho-Analysis*. October 1998. Volume79, Part 5: 903-921.
- Wispé, L. (1986) The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept a word is needed. *Journal of Personality & Social Psychology* 50: 314-321.
- Zimmermann, D. (2000) *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Artmed. Porto Alegre Brasil.

### **Carla Penna**

Psicóloga Clínica

Ex-Presidente da Associação

Brasileira de Psicoterapia de

Grupo (2004-2006), Presidente da

Sociedade de Psicoterapia Analítica

de Grupo do Estado do Rio

de Janeiro, Psicanalista do Círculo

Psicanalítico do Rio de Janeiro

carlapenna@ig.com.br

### **Comentário à Comunicação de Ana Sofia Nava**



## ***Padrão/ Matriz / Processo Grupalítico / Empatia***

Desde Bion e Foulkes na escola Inglesa e Anzieu e Kaës na escola francesa, muito pouco tem sido produzido em termos de teoria grupais. Melo Franco (2003) fala de uma orfandade que as teorias de grupo passaram a sofrer devido ao abandono precoce de Bion na sua produção científica com grupos. Alguns sugerem que foi devido a oposição que enfrentou por parte da Sociedade Britânica, em especial de Melanie Klein.” *Essa morte não devidamente explicada pode*

*ter deixado suas marcas no grupo de analistas interessados em PAG*”. Segundo Ponciano (1995) o próprio Foulkes, após

ler na Sociedade Psicanalítica de Londres o artigo “On Introjection” passou a enfrentar a frieza dos amigos Klein, Jones e Rickman, afastando-se aos poucos de suas posições teóricas. Em 1952, Foulkes fundou em Londres a “Group-Analytic Society”, sendo o iniciador e o fundador da técnica de psicoterapia de grupo de grupalítica.

Eduardo Luís Cortesão foi um discípulo brilhante de Foulkes e levou para Portugal uma bagagem consistente que propiciou a organização do Grupo de Estudos Grupalíticos em 1956, evoluindo para a Sessão de Grupalítica da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria em 1963, até a criação da Sociedade Portuguesa de Grupalítica, em 1981, tal como a vemos hoje. O trabalho prosseguiu conduzido com competência e rigor teórico, pela segunda e terceira geração de colaboradores de Cortesão. Acredito que muita dessa pujança portuguesa deve-se a presença constante e a influência continente de Cortesão, como mestre e formador de grupalíticos. Vale dizer que em termos de enriquecimentos teóricos, temos em Portugal, o lugar onde foram produzidos novos conceitos como os de **padrão** de Cortesão e **matriz relacional interna** de Maria Rita Leal. Como vértice do triângulo do processo grupalítico, como observa Guilherme Ferreira (2001), temos a matriz grupal de Foulkes. A interação entre as três entidades poderia resolver a neurose de transferência que cada um dos membros desenvolveu durante a grupalítica.

No Brasil, em 1951, no antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais, actual Universidade Federal do Rio de Janeiro, Alcyon Baer Bahia realizou o primeiro grupo analítico. Após essa experiência, médicos e psicanalistas, interessados no estudo de grupos, actividade proibida dentro da IPA, organizaram a partir de 1958, Sociedades de Psicoterapia Analítica de Grupo, no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. A primeira e a segunda geração tiveram

grande actuação em termos clínicos até que no período da ditadura militar e nos anos 80, iniciou-se o declínio da actividade grupal em consultórios. Nas instituições os grupos homogêneos e somáticos proliferaram e as articulações teóricas enriqueceram-se com as produções bionianas de David Zimerman e winnicottianas de Júlio de Mello Filho, ambos da segunda geração, entre outros.

Na Argentina os grupos analíticos mantiveram-se activos por várias décadas, sendo Grimberg, Langer e Rodrigué seus expoentes até que a partir da década de 70 e do período da ditadura militar, houve um êxodo de analistas e o trabalho com grupos arrefeceu. Citando Melo Franco (2003) “*mortes não explicadas conduzem a lutos patológicos.* No

*caso da PAG, esse luto especial foi traduzido em uma situação de orfandade científica que, se não foi vivida conscientemente,*

*deixou marcas, sobretudo na evolução conceptual de que o instrumento necessitava.*”

Apesar de todas as dificuldades o trabalho com grupos resiste e temos observado na nova geração a procura por contribuições das ciências afins como: a sociologia, as neurociências, a etologia, as diversas psicologias e a própria psicanálise. É com esse vigor e modernidade que chegamos a Ana Sofia Nava. A autora apresenta um trabalho teórico-clínico

bastante consistente e original, articulando conceitos bem dentro da tradição grupalítica portuguesa, sem deixar de conferir-lhes sensibilidade clínica e novidade.

Emprega o conceito de padrão, de Cortesão, que não é utilizado no Brasil, para situar o grupalítico em relação a suas funções, actividades e atitudes como terapeuta. Para nós o que a autora valoriza, levando em conta suas pesquisas sobre empatia, é o que chamamos da pessoa do analista: sua formação, seu conhecimento teórico e sua forma de estar no grupo e de lidar com as transferências e contra transferências. Fundamentalmente acentua como a presença e acção do analista no grupo é transformadora. Para ela, a matriz grupal, conceito de Foulkes, é o coração do grupo, a forma como se processa a comunicação e a coesão entre seus membros. A matriz relacional interna, termo

também não empregado no Brasil, mas brilhantemente intuído por Maria Rita Leal, toca no cerne do tratamento, ao reactualizar no processo grupalítico, modelos arcaicos de relacionamento, incorporados pelo indivíduo, na infância precoce e no seio da família.

No processo grupalítico, Ana Sofia Nava enfatiza a importância do padrão ao permitir a abertura de uma conexão entre o grupo e a realidade externa. Na sessão, os componentes do grupo podem dar livre expressão aos seus anseios internos, actualizados na relação grupal, além de observarem por diversos vértices seus modos de relacionamento.

A matriz grupal, ecoando na matriz relacional interna, possibilita para cada membro a recriação de seu espaço familiar original de uma forma mais cuidadosa e fundamentalmente diversa daquela que experienciaram. Os pacientes

podem então: “*ensaaiar novas formas de relação afectiva dentro da nova família que é o grupo*” (Nava/Foulkes).

Como ponto nevrálgico de suas reflexões apresenta o conceito de empatia, não apenas tal como enunciado por Kohut, mas considerando as contribuições psicanalíticas de Eagle e Wolitzky, Stolorow e David Stern. Além disso faz

uso da etologia, das neurociências e da psicologia cognitiva para modernizar e enriquecer suas pesquisas. “*Na minha prática clínica a empatia está sempre presente e, de algum modo, pressenti que estudar esse assunto profundamente traria*

*benefícios práticos, no sentido em que permitiriam explorar, ampliar, e aperfeiçoar a técnica grupalítica” (Nava 2005). A*

importância da empatia em grupalítica para a autora vai muito além do senso comum. A utilização da empatia aliada às Neurociências, revelaram para o grupalista a modernidade dos **espelho neurón**, não deixando de ratificar a importância da tradicional relação mãe-bebé da psicanálise. Na actualidade, onde os pacientes apresentam cada vez mais patologias narcísicas e corporais, fruto de severas falhas empáticas, desde o início de seu desenvolvimento, a capacidade empática do analista torna-se cada vez mais requerida. O trabalho grupalítico carrega em seu seio a possibilidade de se criar/recriar no setting grupal um lugar de profunda empatia, um espaço potencial, falando em termos winnicottianos, onde o paciente possa se constituir ou se reinventar, transformando o indizível em representação

e o não vivido em experiência satisfatória compartilhada.

Ana Sofia acredita que a “*criação do self se estabelece na relação com os outros, através de um equilíbrio entre a realidade*

*externa e a realidade interna*” e postula que as sessões de grupalítica constituem campo de treino extraordinário para a criação de novos equilíbrios. Acrescenta ao que já se conceitua tradicionalmente em termos do conceito de Foulkes de **ego-training in action**, novas contribuições a partir das Neurociências ao postular que é possível para o paciente ao se confrontar com a realidade trazida pelos demais membros do grupo a “*criação de um novo equilíbrio através da sedimentação das memórias implícitas, em novos circuitos de padrões relacionais.*”

Embora apresentando nomenclaturas diferentes ou até linhas teóricas diversas, portugueses e brasileiros falam a mesma língua, mesmo com sotaques diversos, por vezes até incompreensíveis. A grupalítica ou a psicoterapia analítica de grupo, propiciam ao paciente uma profunda forma de relação, que transforma a maneira com que se relacionam com o mundo. As transferências cruzadas, repetindo e actualizando relações passadas, as trocas grupais, a confiança na figura do analista, onde se projetam bons e maus objectos, acolhidos e traduzidos de forma empática e digerível são fundamentais. O apoio, as representações compartilhadas, a discriminação do que é seu e do que é do outro, o clima do grupo, a matriz relacional interna, actualizada no processo grupalítico e acima de tudo a própria experiência vivida no seio do grupo, falam por si só, em qualquer continente.

Gostaria de acrescentar, que fruto de minhas próprias reflexões teóricas, o que Ana Sofia Nava atribui à empatia em grupalítica, responsável pelo que mais existe de verdadeiro e profundo nas relações humanas, traduz-se pelo que chamo da identificação que o grupo promove. Cada vez mais acredito que a riqueza da experiência grupal, permite que no setting analítico se construam identificações primárias para alguns e identificações secundárias mais consistentes

para outros. Mas isto é tema para outra discussão...

### **Referências Bibliográficas**

Melo Franco O.(2003) *Primórdios: Psicoterapia Analítica de grupo - A Trajetória de uma Idéia e de uma Práxis*. in Grupos e Configurações Vinculares, Fernandes&Fernandes Artmed ed. Porto Alegre

Nava, A.S. (2003) *O Cérebro Apanhado em Flagrante*. Climepsi, Lisboa

Nava, A.S. (2006) *Empatia e grupalítica: uma abordagem integradora*. Climepsi, Lisboa

Ponciano, J. (1995) *Psicoterapia de Grupo Analítico*. Casa do Psicólogo

Salgado, F. & Pinto, T. (2001) História da Grupalítica em Portugal: 1º parte. in *Revista Portuguesa de Grupalítica* v.3,

52-71, *Fim de Século, 2001*

### **Sobre o manejo da contra-transferência na psicoterapia analítica grupal**

O tema da contra-transferência sempre me fascinou. É a forma do analista participar vividamente, através de suas emoções, da análise de seus pacientes. Isto dá a ele um sentimento todo especial, de veracidade, de autêntico processo a dois, a oito, daquela análise, daquela interacção.

Como todos sabem o termo foi introduzido por Freud para designar os sentimentos e emoções do terapeuta, a maioria das vezes inconscientes, que surgem como resposta a transferência do paciente. Para Freud a contratransferência

era uma condição geralmente patológica, de bloqueio da interacção, por se basear fundamentalmente em fenómenos inconscientes por parte do analista e, portanto, inacessíveis ao processo em andamento.

Paula Heiman, em 1950, alargou em muito este conceito ao demonstrar como a percepção da contra-transferência poderia ser utilizada em relação ao que estava se passando com o paciente e que isto poderia inclusive ser incluído nas interpretações do terapeuta alargando em muito o campo de *insight* vivenciado pela dupla. Todavia, como em Freud, no seu trabalho a contra-transferência não era admitida para o paciente, ficando apenas no mundo interno do analista. Era, portanto, como um radar, captando as vibrações mais profundas do paciente a ele comunicadas sem se referir ao que estava se passando com o analista.

Em 1947, Winnicott publicou um trabalho memorável, “O ódio na contra-transferência”, no qual ele descreveu três tipos de fenómenos contra-transferenciais:

- 1) Relações estereotipadas e certas identificações que estão em repressão dentro do analista. “O que se pode dizer disto é que o analista precisa de mais análise”;
- 2) Identificações e tendências que fazem parte das experiências e do desenvolvimento pessoal do analista e que fazem com que seu trabalho seja diferente do de qualquer outro analista (contra-transferência normal);
- 3) A verdadeira e objectiva contra-transferência, ou seja, o amor e o ódio do analista como reacção à personalidade e ao comportamento reais do paciente.

Neste trabalho ele afirmava que na análise de psicóticos era comum o analista sentir ódio do seu paciente, que

estes pacientes eram *experts* em provocar ódio e que somente através do ódio objectivo poderiam alcançar o amor objectivo a que faziam jus. “Gostaria de acrescentar que, em certos estágios de certas análises, o ódio do analista é procurado pelo paciente e, neste caso, o ódio objectivo se faz necessário”. Para ele, esta situação é comum na análise de psicóticos e também na de pacientes com tendência anti-social.

Ele disse também que na maioria das vezes tal situação deve ficar guardada para ser exposta, admitida, num momento posterior. Winnicott nos deu o exemplo de um obsessivo grave, com o qual, próximo à sua alta, ele pôde admitir como o paciente tinha sido “abominável” por muitos anos para si e para muitos amigos, porém que ele naqueles momentos não tinha consciência disto.

Para justificar mais ainda suas afirmações ele nos deu o exemplo das mães que odeiam seus filhos antes mesmo que eles nasçam e depois por fazer todo o “trabalho sujo” sujeito a tantas frustrações e decepções em relação ao filho que ela havia idealizado.

Quando iniciava ainda em minha formação analítica tive um paciente maníaco-depressivo em análise individual que, numa oportunidade, em crise maníaca, tirou toda a roupa, a noite, em plena praia de Copacabana e foi tomar banho de mar, tendo assustado pessoas que por aí perambulavam. Internei o paciente e aceitei a sua conduta como parte de sua patologia.

Noutra ocasião, todavia, quando ele já melhor estava morando com sua mãe, veio a desvirginar uma amiga desta que tinha feito recentemente uma plástica de hímen. Disse-lhe, com muita raiva, que ele gostaria era de estar tendo relações com a mãe e que estava com este ato demonstrando todo o seu ódio das mulheres. O paciente notou minha raiva e indagou-me sobre ela ao que admiti e disse-lhe que era muito difícil tolerar seu tratamento por todas as decepções que ele me provocava. Este incidente foi trabalhado positivamente em prol de sua análise, que teve um bom desenlace, não vindo mais o paciente a apresentar surtos psicóticos.

Em outro trabalho, igualmente revolucionário, “Formas clínicas da transferência”, ele afirma que certos pacientes, graves, costumam utilizar os erros do analista e que é mais prejudicial cometer erros na análise de pacientes neuróticos do que com estes doentes. É que nestes casos uma parte importante da análise se dá dentro do analista, diz ele, atingindo em cheio o seu *self*, digo eu, as suas defesas, o seu id, os seus sentimentos, a sua auto-estima.

O mais importante em tal situação, continua Winnicott, é que os erros do presente se referem sempre a erros do passado, das figuras de base, da mãe, do pai, do ambiente facilitador, enfim. E, por este motivo, através dos erros e más

## **Júlio de Mello Filho**

*Psiquiatra*

*Professor Adjunto do Serviço de*

*Psicologia Médica da Faculdade de*

*Ciências Médicas da Universidade do*

*Estado do Rio de Janeiro*

*Membro da Sociedade Brasileira de*

*Psicanálise do Rio de Janeiro*

*Ex-Presidente da Associação Brasileira*

*de Medicina Psicossomática*

*juliodemellofilho@terra.com.br*

*(1) Provavelmente quando a*

*raiva já tiver passado e o*

*imbróglio possa ser discutido*

*com as “cucas frescas”.*

adaptações do analista, induzidos pela sua raiva e emoções descontroladas, o paciente vai viver situações mutativas (Strachey) ou experiências emocionais correctivas (Alexander), acrescento.

Nos grupos terapêuticos humanos, principalmente nos grupos analíticos, as situações agressivas costumam ocorrer com frequência em função do *vis-a-vis* próprio da terapia, favorecendo que agressões frontais sejam feitas entre os membros e destes para com os terapeutas, por vezes suscitando respostas agressivas por parte destes últimos.

Em 1986, escrevendo no livro já clássico de Luiz Carlos Osório “Grupoterapia Hoje” o capítulo sobre “As contribuições da escola de Winnicott à psicoterapia de grupo” afirmei que:

*“No grupo somos constantemente postos à prova e de modo frontal. Os pacientes nos agridem face a face e a agressividade*

*grupal experimenta freqüentes incrementos por situações de ciúme, inveja ou rivalidade vividas diretamente pelos participantes*

*entre si ou experimentadas em relação ao terapeuta. O frente a frente e a imersão no todo grupai nos leva, por vezes, a dar*

*respostas diretas, a revidar, sem oportunidade de pensar e refletir. Tudo isto é facilitado pelo clima regressivo em que transcorrem*

*muitas sessões. A multiplicidade de participantes e de processos de interação favorece com que sejamos atingidos por identificações*

*projetivas, sem a perspectiva de reconhecer a fonte e o porquê de sentimentos de frustração, irritação ou rejeição em nós*

*despertados. Tudo isto pode nos provocar culpa, atingir nossa auto-estima profissional, fazer com que nos sintamos excessivamente*

*agressivos e mesmo nos levar a desistir deste tipo de trabalho grupai. Mais ainda, quando nossa onipotência não nos ajuda a admitir, como Winnicott, que o ódio faz parte do processo terapêutico e que há pacientes que somente*

*através dos nossos erros conseguem fazer reais progressos”.*

A percepção do grupo de nossos sentimentos agressivos é um fato: tonalidade de voz, postura, reações vasomotoras, etc. Hoje em dia quando expresso minha irritabilidade e ninguém denuncia isto, sempre questiono o grupo a este respeito. O mais importante não é a agressividade do terapeuta em si, mas sim o uso terapêutico que pode se fazer a partir deste fato. O terapeuta que não admite sentimentos que acaba de expressar está na realidade tentando doutrinar o grupo, tratando-o como aquela criança que não deve discutir ou criticar as reações e atitudes de um pai (ou mãe), todo-poderoso(a) e superior.

Uma das situações mais suscitadas num grupo terapêutico é o ciúme e este vem geralmente acompanhado de intensa raiva que é endereçada a parêntese da qual se tem ciúme. Era o que acontecia em um dos meus grupos, em que duas pacientes médicas disputavam a minha preferência. Uma delas, Sônia, havia nascido na mesma cidade natal que a minha, era de família de médico e era primogênita de uma família de cinco irmãos. Eu vinha de uma família assim e enquanto ela era preferidíssima do pai eu era da mãe. Ambas famílias tinham destaque na sociedade recifense. A outra, Ângela, também médica, vinha de uma família de três irmãos e era igualmente preferida do pai.

Sônia sofria de endometriose e tinha constantes episódios de intensas cólicas ginecológicas. Também padecia de uma ligação conflituosa com um médico casado que conseguiu desfazer ao longo do tratamento. Por tudo isto me requisitava muito como terapeuta. Ela era para mim uma paciente especial e eu procurava minimizar este contexto diante dos ciúmes do grupo, principalmente de Ângela. Em determinado momento entretanto, diante de um pique agressivo desta, abri a situação para o grupo mostrando toda a semelhança dos nossos contextos familiares, dizendo que de fato ela era uma paciente especial mas que todos ali eram especiais, pois eram pacientes do meu primeiro grupo, do meu grupo do coração e que haviam ali outros pacientes especiais: Carlos, meu primeiro paciente de grupo, Roberto, pelo grande pintor que ele era, Ângela, pela médica completa que ela é do corpo (nefrologista) e da alma dos pacientes. A elaboração da questão dos ciúmes que se deu depois desta sessão possibilitou um alívio deste tema no grupo e uma tônica menor na rivalidade entre as duas médicas, bem como em relação aos ciúmes.

Uma mulher jovem muito sedutora, com traços maníacos e histéricos, fez dois períodos de psicoterapia de grupo comigo. Numa primeira fase, procurou ajuda principalmente devido a intensos conflitos com o esposo, por serem duas pessoas narcísicas e explosivas. Era muito ligada ao pai, que tinha nítidos ciúmes do seu marido e contribuiu activamente, jogando-a contra este, para a deterioração do casamento. Numa oportunidade, prestes a se separar, iniciou um relacionamento sexual com um amigo do pai. Foi questionada pelo grupo sobre a impropriedade da relação que, inclusive, complicaria a separação conjugal que ela estava conduzindo de modo menos desequilibrado. Acredito que interpretei adequadamente a situação, enfocando, entre outras coisas, o deslocamento da relação incestuosa com o pai para o amigo deste e a tentativa de me fazer ciúmes como revide a minhas próximas férias, que ela dava mostras de estar tolerando mal. Porém - só percebi depois -, actuei como pai protector, assumindo o amparo que o verdadeiro pai não lhe estava dando, pressionando-a com minhas interpretações a não assumir a relação extraconjugal. Por achar que eu e o grupo queríamos subjugar-la com nossas intervenções, abandonou o tratamento. Regressou anos após, já separada, agora por se sentir deprimida e isolada, com poucas perspectivas de realização existencial. Nesta segunda fase do tratamento, após certas melhoras iniciais de reações psicossomáticas ligadas ao quadro depressivo, entrou numa fase de aparente retraimento esquizóide, com pouca participação no grupo. Para total surpresa minha e do grupo, um colega seu relatou, de forma culposa, que vinha tendo relações sexuais com a paciente há bastante tempo. Ela apenas admitiu o fato, de modo frio, sem mostrar qualquer arrependimento. Minha primeira reacção foi de raiva, que transmiti no modo como enfoquei a insinceridade dos dois e a tentativa de quebrar o compromisso grupal. Com uma melhor reflexão sobre minha contra-transferência, admiti a minha raiva diante do grupo, por sentir-me como um pai traído por dois filhos que praticavam uma relação incestuosa. Pude também reconhecer que se a paciente tentava, por um lado, mais uma vez me pôr enciumado, criava, ao mesmo tempo, uma possibilidade de me corrigir do erro de anos atrás, que havia contribuído para seu afastamento do tratamento, dandome

uma oportunidade, agora, para que actuasse como um pai não excessivamente envolvido consigo, porém firme e que lhe desse limites. Deste modo, pude lhe oferecer uma imagem diferente do pai que não tinha conseguido exercer este importante papel durante toda a sua vida. A partir daí, a situação foi suficientemente trabalhada, permitindo dissolver o vínculo incestuoso intra-grupal e possibilitando prosseguir o tratamento do paciente com resultados.

A possibilidade de ter sido agressivo e depois me retratar foi importante para os dois pacientes avaliarem a severidade do *acting out* que estavam cometendo: para o rapaz também foi útil, no sentido de lidar com a agressividade

de uma figura paterna, pois em relação ao autoritarismo do próprio pai apenas ficava aterrorizado e sem reacção.

Adriana é uma paciente asmática, casada, com uma profissão semelhante a minha. Também é natural de uma família pernambucana. É uma pessoa muito agressiva interiormente, porém com dificuldades de exteriorizar e admitir sua agressividade. No seu grupo havia também outros pacientes com este comportamento. Em certo momento Adriana passou a perceber que quando eu me mobilizava, empurrava o banquinho de analista com os pés. E dizia: "Dr. Júlio está com raiva, está puto da vida, empurrou o banquinho". A princípio eu não dizia nada, depois passei a admitir: "É mesmo, o que fulano disse (ou fez) me provocou raiva, inquietação ou chateação".

A conduta de Adriana mudou depois que ela pôde expressar melhor sua agressividade; cessou a asma. Pôde expressar todo o afecto e admiração que tinha por mim e que estava contido.

O fenómeno do banquinho ajudou muito a que ela pudesse elaborar a questão da agressividade do pai e minha, ostensivas em relação à dela, amedrontada e oculta. Pôde ver também que eu e o pai éramos pessoas bem diferentes. E o *acting in* (terapêutico) de exibir minha agressividade desvaneceu-se à medida que não necessitou mais me desmascarar.

Pessoas que se queixam de terem tido pais muito agressivos frequentemente provocam o terapeuta, com eficiência, no sentido de que este também actue agressivamente com elas. Tentam com isto, repetir infindavelmente este tipo de situação conflituosa. Porém, ao mesmo tempo, dão também uma oportunidade ao ambiente, representado pelo

analista, de se corrigir, modificar-se, através de uma resposta diferente da que era dada pelos pais. Se o terapeuta actua

de início agressivamente, porém com a percepção profunda da sua contra-transferência entende o que se passa e, ao analisar a situação, actua de modo novo e diferente; isso contribui para a resolução progressiva do núcleo conflitivo. A presença do grupo, de um lado, é um estímulo ao paciente para tentar “derrubar” o analista, demonstrando publicamente como toda figura de autoridade age arbitrariamente, por exemplo. Por outro lado, entretanto, quando o terapeuta interpreta adequadamente a situação, possibilita que o grupo, a partir de *insight* obtido, actue como uma forma terapêutica auxiliar.

Aqueles que têm imagens de pais muito onnipotentes, que nunca admitiram erros, necessitam, compulsivamente, que o terapeuta falhe, actuando inadequadamente, com agressividade, errando ao interpretar, cometendo lapsos e esquecimentos. Nesses casos, a simples admissão da falha do analista já actua terapeuticamente sobre esses pacientes. O importante é a humildade do analista que, ao admitir funcionar como um ser humano comum, possibilita ao paciente uma experiência diferente.

Esta situação, de pessoas que precisam passar por experiências muito concretas para poderem se modificar pode ser muito difícil e desgastante para nós, como terapeutas. Afinal de contas, como escreveu, numa oportunidade, Winnicott, não somos os pais reais de nossos pacientes... Mas é preciso ter muita persistência, pois, como ele mesmo nos disse, há pacientes “em que parte da análise se passa dentro do próprio analista”, com uma participação plena de todas as suas emoções.

Por vezes, este tipo de situação fica mitigado pela participação do grupo colaborando com o terapeuta. Há ocasiões, todavia, em que o grupo não está suficientemente integrado, em que está deprimido, ou acorde com o comportamento agressivo do paciente, em que cabe ao terapeuta fazer um trabalho mais difícil. Recordo-me de uma paciente em particular, especialista em polemizar comigo, a quem, numa determinada ocasião, expus o meu desânimo em ajudá-la a superar esta situação. Meu testemunho foi exactamente a perspectiva de podermos compreender como havia provocado este tipo de sentimento em seu pai e em várias pessoas outras, de importância para si, com quem conviveu.

Há pacientes que precisam aprender que a experiência da agressividade não provoca a destruição total, que é uma condição humana passível de solução. Por vezes, todo um grupo precisa aprender esta experiência. Num grupo em que predominavam pacientes esquizóides e deprimidos, precisei ensiná-los o que Winnicott chamou de “ter consistência”.

Uma das condições necessárias para isso era poder ser agressivo em certas ocasiões. Isso se multiplicou, todavia, inúmeras vezes, porque o grupo, em uma atitude de inveja e rivalidade, precisava me provar que não havia consistência, força adequada de minha parte, e sim, agressividade exagerada. Esta é uma advertência à nossa necessidade

de sermos sinceros, autênticos e, se necessário, mesmo, agressivos. Não transformar este propósito num comportamento desgastante, masoquista, a serviço de um lado sádico, competitivo, oculto no comportamento do paciente ou do grupo diante de nós.

Por outro lado, acho importante frisar que estes momentos não são a rotina do trabalho com grupos, porém instantes significativos em que surge a necessidade de elaborar o problema da agressividade grupal, compartilhada pelo terapeuta através da verdade dos seus sentimentos contra-transferenciais.

### **Referências Bibliográfica**

Heimann, P. (1987) *Sobre a contra-transferência*. SBPRJ. Boletim Científico, Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.104-1109, 1987.

Little, M. (1951) *Countertransference and the patient's response to it*. The International Journal of Psycho-Analysis, London, v.32, p.32-40, 1951.

Mello Filho, J. (1986) *Contribuições de Winnicott à psicoterapia analítica grupal*. In: OSORIO, L. C. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

Racker, H. (1982) *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (2000) *Formas clínicas da transferência* (1955). In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago.

\_\_\_\_\_ (2000) *O ódio na contratransferência* (1947). In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

## **Comentários à comunicação de Júlio de Mello Filho:**

### **Sobre o manejo da contra-transferência na psicoterapia analítica grupal**

**Cláudio Moraes Sarmento**

*Psiquiatra*

*Membro Titular da Sociedade*

*Portuguesa de Grupânálise*

*Full Member da Group Analytic*

*Society London*

*clinicatagide@netcabo.pt*

É uma imensa honra fazer os comentários a alguém tão grande e importante como é o Dr. Júlio de Mello Filho.

Somos hoje mais do que colegas, amigos, tendo a nossa relação pessoal sido alimentada e aprofundada inicialmente por via dos encontros regulares luso-brasileiros.

É assim uma imensa responsabilidade e também um imenso prazer ter a oportunidade de efectuar estes comentários. Vou referir-me a alguns aspectos formais da comunicação e também a algumas questões de conteúdo. Procuo que



seja uma contribuição para estimular algum debate que pode passar pela comparação construtiva do trabalho entre Portugal e Brasil, no que respeita a grupalidade ou psicoterapia individual de grupo de orientação analítica. Acerca da forma, uma vez mais somos confrontados com o modo claro e sucinto que reconheço regularmente nas comunicações de Júlio de Mello Filho. Com efeito, só consegue ser assim claro, conciso e didáctico quem tem um imenso substrato e um vastíssimo trabalho prévio já desenvolvido. Num contraponto visual, lembrei-me dos desenhos de Picasso e da sua aparente simplicidade, só conseguida com 60 anos de vida. Dizia Picasso quando confrontado com a velocidade com que fazia esboços - apenas são precisos papel, lápis e 60 anos de trabalho.

A capacidade de transmitir conceitos como o de contra-transferência é complexo e difícil até pelo que pode expor do analista, que habitualmente fica na segurança do *setting* terapêutico.

Júlio de Mello Filho demonstra nesta palestra uma coragem tranquila (já também por mim presenciada por exemplo na sua conferência apresentada há um ano em Portugal intitulada «O trabalho com grupos»). Não se inibiu de expor reacções contra-transferenciais, nesta apresentação que muito revelam do seu modo verdadeiro de estar na clínica, em que conjuga uma aparente simplicidade com a riqueza de complementar uma exposição imbuída de conceitos teóricos profundos, ilustrada exemplos clínicos claros.

Quanto ao conteúdo: aborda sobretudo os autores Freud e Winnicott. Farei recurso nos comentários a Bion, Zimmerman, Racker e Grinberg.

Freud faz a 1ª referência ao termo contra-transferência numa carta escrita a Yung a propósito das dificuldades que estaria a sentir em relação a uma paciente. Mas considerou sempre a contra-transferência como uma dificuldade e fonte de perturbação que o analista deveria reconhecer e dominar. Entendia que o psicanalista deveria apenas reflectir aquilo que o paciente mostra. Mas isto poderá radicar nos aspectos fóbicos de Freud e isso poderá ter condicionado o seu posicionamento no *setting* fora do ângulo de visão dos pacientes.

No grupo vemos. Olhamos de frente, temos os espelhos dos olhos diante de nós.

Júlio de Mello Filho faz referência a algo que é único da grupalidade, pelo menos em comparação com a psicanálise, e que é a importância que a visão assume em todo o processo.

Não é por acaso que na grupalidade nos olhamos, de facto, Foulkes terá tirado um curso de arquitectura e tinha uma memória particularmente visual (conforme nos descreve a sua mulher Elisabete Foulkes). Este aspecto da personalidade do fundador da grupalidade terá assim também (tal como com Freud) influenciado decisivamente todo o curso das terapias de grupo.

De facto, quando Júlio de Mello Filho diz que nos grupos existe a percepção de todos os nossos sentimentos agressivos, e que quando não é comentado questiona a situação directamente, está também a fazer uso desta arma que é a visão. A mesma situação acontece com o episódio da banqueta - «O Dr. está puto da vida», diz Adriana. Quando vê a banqueta tremer.

Júlio de Mello Filho refere-se ao facto importante de que existe a percepção de reacções contra transferências do analista no grupo. Que são vistas por este.

Nesta situação o grupo pode-se constituir como continente do conteúdo do analista (Bion).

De facto Bion aborda o fenómeno transferencial - contra-transferencial por meio do seu modelo de interacção continente - conteúdo.

O elemento grupo pode funcionar, por vezes, como elemento de escrutínio da nossa contra-transferência. Não se poderá fazer recurso directo dele, o que não invalida que se esteja atento a esta dimensão. Acrescido do facto de como

não faz sentido abordar a contra-transferência fora do binómio transferência – contra-transferência., binómio dialéctico e dinâmico, há que estar atento às transferências laterais, agidas noutros elementos do grupo. Um aspecto importante (César Dinis 1994) é que compete ao analista captar na sua contra-transferência as transferências laterais, para outros elementos do grupo ao invés do analista, e através da interpretação devolvê-las ao seu percurso autêntico. Um aspecto que tem sido problematizado na história da psicanálise é o facto de saber se a contra-transferência é um fenómeno unicamente inconsciente ou também consciente (o que acredito ser também) e a possibilidade de ser utilizada de forma benéfica, inadequada ou mesmo iatrogénica.

Actualmente predomina entre os autores psicanalíticos uma dimensão tríplice da contra-transferência.

1. Como obstáculo

2. Como instrumento técnico

3. Como área de trabalho aonde o paciente pode reviver as experiências emocionais originais.

Quanto mais regredidos os pacientes, mais importante o escrutínio contra-transferencial. Nestas ilustrações clínicas de Júlio de Mello temos bons exemplos de como podem ser aproveitadas terapêuticamente. No caso da paciente que regressou anos depois uma segunda oportunidade (que sublinhe-se, só existiu pela qualidade da relação previamente estabelecida no binómio transferência - contra-transferência), permitiu no tempo uma reparação do que poderá ter sido uma actuação na contra-transferência de projecções maciças, assim o transmitiu o analista.

No caso Ângela relatado, creio que poderá ter existido aquilo que Racker descreveu como reacção contratransferencial

do tipo complementar em que o analista fica identificado com objectos internos do paciente, (*por oposição a reacção contra-transferencial de tipo concordante - identificação partes do paciente*) a imago paterna que era

médico e de família com destaque na sociedade do Recife, identificada com a imago da mãe do analista.

Júlio de Mello Filho apresenta-nos exemplos destas duas últimas situações. Mas mais tarde revela como essa contra-transferência complementar pode ser transformada em empatia ou contra-transferência concordante.

Quando a mulher jovem e sedutora se envolve com o amigo do pai, Júlio de Mello actua como nos diz, em resposta às identificações projectivas oriundas da paciente e que provocaram no analista uma reacção de contra identificação projectiva (conceito de Grinberg (1963)). Ou seja, não foram os conflitos particulares do Júlio de Mello

que determinaram a resposta contra-transferencial, mas ao invés, ele ficou impregnado com as maciças cargas de identificações projectivas da paciente e como nos disse passou a executar o papel de pai da paciente. A situação repete-se quando anos mais tarde volta ao tratamento e se envolve com o outro colega de análise. Tenta conduzir o terapeuta a executar o papel de pai traído. Uma vez mais fruto de uma maciça carga de identificação projectiva. Porém através do escrutínio contra-transferencial, utilizando-o como instrumento de trabalho e campo de análise, Júlio de Mello Filho substituiu as interpretações por uma atitude de continência, (firme e com limites securizantes). O não ter representado o papel induzido pela paciente, permitiu a experiencição de uma nova vivência emocional correctiva (Alexander, 1946; Jacobs, 1990). Alimentar o conflito levaria muito provavelmente à compulsão à repetição, através do reforço e complemento do objecto interno - o pai, e a doente abandonaria outra vez o tratamento. Rosenfeld descreve esta situação num artigo intitulado «A Psicose de transferência» (1978) Trata-se de um belo exemplo do que Bion descreve como *aprendizagem com a experiência* (termo de Bion). O processo como se podem transformar reacções contra-transferenciais passa pelo que D. Zimerman (2004) descreve como uma *bússola empática* dentro da sessão.

Para terminar o comentário desta apresentação sublinho a importância dos aspectos do carácter e formação do analista. A necessidade de se ser autêntico e sincero, como Júlio descreve e faço uma referência à importância do processo de análise do analista o mais completa possível, evitando o mais possível as áreas cegas, o que implica tempo

e formação, além do acompanhamento em supervisão, para poder ser separado em segurança o que é contratransferência e não transferência do analista.

Nesta última poderão conflitos neuróticos do analista ser confundido com contra-transferência e serem transferidos para o paciente.

Se um mesmo paciente desencadeia noutro analista resposta emocional semelhante - contra-transferencial. Pelo contrário, se determinado analista tem a mesma reacção emocional par pacientes com estrutura psíquica análoga provavelmente é do analista que provêm os sentimentos.

Agradeço ao Dr. Júlio de Mello Filho esta partilha de experiência e conhecimento e a todos a oportunidade de proferir estes breves comentários que desejo estimulem a audiência.

#### **Referências Bibliográficas**

- Alexander, F.; French, T., (1946) *Psychoanalytic Therapy, Principles and Applications*, New York: Ronald Press,  
Dinis, C.(2000) Desejo e perda na Contra-transferência, *Revista Portuguesa de Grupanálise, nº 1 Fim de Século, pag-51-58, 2000*
- Grinberg, L. (1963) Psicopatología de la identificación y de la conraidentificación protectivas y de la contratransferencia. *Rev de Psicanalisis, V20, n.2, p113, 1963*
- Jacobs, T.(1990) The Corrective Emotional Experience: It's Place in Current Technique, *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 1990: 433-545
- Racker, H. (1973) *Estudios sobre técnica psicanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1973
- Rosenfeld, H.(1989) A psicose de transferência no paciente fronteiro. Ver. Brasil. *Psicanál. V23, n.3, 1989*
- Zimerman, D. (2004) *Manual de técnica psicanalítica, uma revisão*. Porto Alegre, 2004