

Contratransferência e trauma psíquico

Mariana Eizirik*
Sidnei Schestatsky**
Laís Knijnik***
Luciana Terra****
Lúcia Helena Freitas Ceitlin#

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é revisar alguns aspectos da relação entre contratransferência e o atendimento de pacientes vítimas de trauma psíquico. O tratamento de pessoas traumatizadas é, potencialmente, uma fonte de sofrimento psíquico para o terapeuta, pela grande carga emocional envolvida e pelas

chances de evocar fortes reações contratransferenciais. Um maior entendimento acerca deste tema poderia contribuir para a melhora do tratamento dos pacientes, além de possibilitar melhor proteção e prevenção na saúde mental dos terapeutas.

Inicialmente, abordaremos o trauma psíquico, incluindo considerações sobre o transtorno de estresse pós-traumático. Após, a contratransferência e seu significado no atendimento de pacientes, seguida da relação entre contratransferência e trauma. Neste último item, será incluído o conceito de **traumatização vicária**, fenômeno que vem sendo muito estudado e observado no campo de atendimento de vítimas de traumas psicológicos.

* Médica psiquiatra, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

** Médico psiquiatra, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor adjunto, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS, Porto Alegre, RS. Preceptor, Residência em Psiquiatria, HCPA, Porto Alegre, RS. Coordenador, NET-TRAUMA, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor, Instituto de Psicanálise, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA), Porto Alegre, RS.

*** Médica psiquiatra, UFRGS, Porto Alegre, RS. Supervisora convidada, NET-TRAUMA, HCPA, Porto Alegre, RS.

**** Psicóloga. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Médica psiquiatra, UFRGS, Porto Alegre, RS. Mestre em Saúde Pública, Harvard University, Boston, EUA. Doutora em Clínica Médica, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professora adjunta, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professora, Residência em Psiquiatria, HCPA, Porto Alegre, RS. Coordenadora, NET-TRAUMA, HCPA, Porto Alegre, RS.

REVISÃO DA LITERATURA

Trauma

Trauma pode ser definido como um “acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe

responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica”¹.

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

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

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

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

passado (ou seja, evento do presente com significados perturbadores do passado) seria uma das causas das dificuldades na recuperação do indivíduo, subseqüentemente ao trauma⁴.

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

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

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

O TEPT é uma síndrome que se caracteriza pela exposição a um evento traumático que envolva morte ou ferimento grave, reais ou ameaçados, ou um risco à integridade física, própria ou de outros, sendo que a resposta envolve intenso medo, impotência ou horror. Outros critérios incluem revivências persistentes do evento traumático, esquiva persistente de estímulos associados ao trauma, entorpecimento da

reatividade geral e sintomas de continuada excitabilidade. A duração da perturbação deve ser superior a 1 mês⁷.

Estudos de prevalência de TEPT demonstram que este é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum na população geral, afetando aproximadamente 10,3% dos homens e 18,3% das mulheres em algum momento de suas vidas. Revelam, também, que a maioria da população terá a experiência de ao menos um evento traumático ao longo da vida, e que cerca de 25% dos sobreviventes de traumas desenvolverão TEPT⁶.

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

A prevalência mundial de TEPT em populações civis varia muito, de 37,4% na Argélia a 1,3% na Alemanha⁸.

Um estudo realizado em Porto Alegre, investigando a prevalência de violência sexual em adolescentes, mostrou que 2,3% dos entrevistados relataram já terem sido sexualmente molestados, atacados ou estuprados e 4,5% já testemunharam uma pessoa ser sexualmente atacada, molestada ou estuprada. Achado importante a ser ressaltado é que 27,9% dos adolescentes relataram conhecer pessoas que foram vítimas de ato de violência sexual⁹.

Além do sofrimento e prejuízo causados pelo TEPT, os sobreviventes de traumas estão em maior risco de desenvolver outros transtornos psiquiátricos, como depressão maior, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de abuso de substâncias¹⁰.

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

Conforme Moore & Fine¹¹, “as circunstâncias ambientais e físicas prevaletentes por ocasião do trauma, a reação do indivíduo ao acontecimento antes que o evento em si, as tentativas patológicas arcaicas para dominá-lo e o apoio concedido pela auto-

estima e por objetos ajudarão a determinar o desfecho”.

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

Contratransferência

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

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

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

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

O terceiro conceito, chamado específico, denomina contratransferência as reações específicas do analista às qualidades particulares do paciente¹⁵. Sentimentos pessoais do terapeuta, não relacionados à

transferência e às identificações projetivas do paciente, seriam considerados como transferências do terapeuta. Segundo Eizirik¹⁶, “a contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do *self* do paciente ou de suas fantasias está sendo colocada dentro da mente do terapeuta e provocando uma reação, idéia ou comportamento”. Também a ser considerada em relação à contratransferência é a sua relação com o gênero do terapeuta e do paciente e à etapa do ciclo vital de ambos. Tais variações da dupla podem vir a constituir diversas configurações transferenciais/contratransferenciais¹².

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

Contratransferência e trauma

Segundo Klain & Paviae¹⁸, “a contratransferência nos terapeutas que atendem pacientes com TEPT é diferentemente estimulada em relação ao tratamento de outras psicopatologias”. De saída, são grandes as demandas em relação ao terapeuta, entre elas a descrença dos pacientes de que possam ser ajudados, algo em geral frustrante para o narcisismo do terapeuta: “no esforço inconsciente de tornar ativo o que foi passivo, o terapeuta pode se sentir atacado pelo paciente de tal maneira que o paciente assume o papel de agressor e o terapeuta se transforma na vítima”. É comum, também, que ocorram sentimentos de culpa pelo terapeuta não ter experimentado situações semelhantes às vividas pelo paciente.

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

Klain & Pavie¹⁸ pensam que a contratransferência e a empatia possam ser usadas com sucesso no tratamento de pacientes com TEPT. É fundamental para a recuperação do paciente tanto a construção de um ambiente seguro, para se desenvolver uma

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

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

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

Pearlman¹⁹ reforça a importância do terapeuta que trabalha com vítimas de trauma não permanecer isolado. Sugere continuada supervisão e discussão de casos com colegas, além do tratamento pessoal, que seria “essencial para um autoconhecimento, auto-observação e empatia pela vulnerabilidade de ser um paciente”. O grau de conforto e familiaridade que o terapeuta tem com seu mundo interno, fantasias e afetos, principalmente experiências de agressão, sexualidade, raiva e tristeza, irá influenciar sua capacidade de acesso e compreensão das respostas contratransferenciais. A identidade profissional e a posição do terapeuta no desenvolvimento de sua profissão também

poderão influenciar as respostas aos pacientes, sendo diferentes em terapeutas com mais e menos experiência.

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

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

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

Outro aspecto a ser considerado acerca dessas reações é a reação à raiva dos

pacientes. Dalenberg²¹ sugere que, se o terapeuta conseguir “modular sua raiva com empatia”, poderá não apenas senti-la, como até revelá-la sem expressar que o relacionamento sofreu um dano irreversível. O paciente poderá aprender, então, que existem relações contínuas, carregadas de emoções, mas “não necessariamente dominadas por hostilidade”. Aprender que o “grito de raiva do paciente pode significar um choro sofrido pode ajudar o terapeuta a evitar responder com contra-hostilidade”.

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

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

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

A equipe acaba compartilhando a experiência de impotência dos pacientes, o que a leva a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos e não perceber

os recursos e possibilidades dos pacientes. É importante que as vítimas possam compartilhar suas experiências com os outros, sendo esta possibilidade uma pré-condição para a restituição de um mundo com significado. A partir disso, fica evidente a necessidade da equipe de atendimento poder entrar em contato com o sofrimento e a realidade desses pacientes, ajudando-os a reconstruir um mundo interno mais confiável e menos ameaçador²³.

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

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

Schestatsky et al.²⁴ descreveram as fortes reações emocionais de um membro da equipe após o atendimento de uma paciente vítima de violência sexual. Na ilustração clínica, a terapeuta relatou ter sentido raiva, revolta, angústia e impotência após o relato dramático da paciente, além de sintomas físicos, como náuseas e cefaléia. Sentiu-se aliviada somente após a redação da entrevista e da discussão do caso com os membros da equipe. Os autores reforçam a necessidade da supervisão e da troca de informações e discussão com colegas para os terapeutas que trabalham continuamente com esses pacientes.

A ilustração acima é um exemplo de outro fenômeno, o da chamada **traumatização secundária**, súbita reação adversa que pode ocorrer com o contato com pacientes traumatizados, descrita por Figley²⁵ como “a coerção emocional experimentada por pessoas

que estejam em contato próximo com uma vítima, principalmente terapeutas e familiares”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos evidente a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais de quem atende pessoas vítimas de traumas psíquicos. Tal estudo traz benefícios para os tratamentos dos pacientes, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, do sofrimento dessas pessoas, mas também do próprio sofrimento pessoal e outras sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica. Fica clara a importância da possibilidade de o terapeuta entrar em contato empático com tais pessoas, ao mesmo tempo em que preserve sua capacidade de pensar e de sobreviver ao intenso sofrimento despertado em ambos. Essas capacidades são fundamentais para o bom desenvolvimento da relação terapêutica, que, por sua vez, é uma das principais ferramentas para a restituição da confiança e segurança interna dos pacientes traumatizados.

REFERÊNCIAS

1. Laplanche J, Pontalis JB. Trauma ou traumatismo psíquico. In: Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Moraes; 1976. p.678-84.
2. Freud S. Fixação em traumas: o inconsciente. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; Vol. XVI. 1976. p. 323-36.
3. Freud S. Além do princípio de prazer. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; Vol. XVIII. 1976. p. 17-50.
4. Garland C. Thinking about trauma. In: Scharff JS, ed. Understanding trauma: a psychoanalytical approach. London: Duckworth; 1998. p. 9-31.
5. Shengold LL. Maus tratos e privação na infância: assassinato da alma. Rev Psicoter Inf Adolesc. 1999;12:7-26.
6. Yehuda R, Davidson J. Psychological trauma and posttraumatic stress disorder. In: Clinician's manual of posttraumatic stress disorder. London: Science; 2000. p. 3-13.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington: American Psychiatric Press; 2002.
8. Davidson J. Long-term and prevention of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65(1):44-54.
9. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Rev Saude Publica. 2003;37(1):8-14.
10. Shalev AY, Yehuda R. Longitudinal development of traumatic stress disorders. In: Yehuda R. Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric; 1998. p. 31-66.

11. Moore B, Fine B. Trauma. In: Moore B, Fine B. Trauma. Temas e conceitos psicanalíticos. Porto Alegre: Artmed; 1992. p. 215-6.
12. Eizirik CL, Lewkowicz S. Contratransferência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, eds. Psicoterapia de orientação analítica fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 300-9.
13. Heimann P. On countertransference. Int J Psychoanalysis. 1950;31:81-4.
14. Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: Racker H, ed. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 1982. p. 120-57.
15. Sandler J, Holder A, Dare C. Basic psychoanalytic concepts: counter-transference. Br J Psychiatry. 1970;117(536):83-8.
16. Eizirik CL. Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade analítica. Rev Psicanal SPPA. 1993;1(1):19-42.
17. Zaslavsky J, Santos MP. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. Rev Psiquiatr RS. 2005;27(3):293-301.
18. Klain E, Paviae L. Countertransference and empathic problems in therapists/helpers working with psychotraumatized persons. Croat Med J. 1999;40(4):466-72.
19. Pearlman L, Saakvitne K. The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In: Pearlman L, Saakvitne K. Trauma and the therapist. New York: WW Norton; 1995. p. 15-34.
20. Dalenberg C. It's not your fault: countertransference struggles with blame and shame. In: Dalenberg C. Countertransference and the treatment of trauma. Washington: American Psychological Association; 2000. p. 115-44.
21. Dalenberg C. Countertransference responses to anger and perceived manipulation. In: Dalenberg C. Countertransference and the treatment of trauma. Washington: American Psychological Association; 2000. p. 173-98.
22. Blair TD, Ramones VA. Understanding vicarious traumatization. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1996;34(11):24-30.
23. Crothers D. Vicarious traumatization in the work with survivors of childhood trauma. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1995;33(4):9-13.
24. Schestatsky S, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A vulnerabilidade do terapeuta e seu impacto sobre a função terapêutica. Rev Bras Psicoter. 2003;5(3):307-17.
25. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.

RESUMO

O objetivo deste artigo é revisar aspectos importantes da relação entre a contratransferência e o atendimento de pacientes vítimas de trauma psíquico. O tratamento de pessoas traumatizadas é potencialmente uma fonte de sofrimento psíquico também para os terapeutas, devido à grande carga emocional envolvida, bem como pelas chances de evocar fortes reações contratransferenciais. Um maior

entendimento acerca deste processo poderá contribuir decisivamente para os resultados dos tratamentos, além de possibilitar a proteção e a prevenção da saúde mental dos terapeutas.

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

Descritores: *Trauma, contratransferência, psicanálise, psicoterapia.*

ABSTRACT

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

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

Keywords: *Trauma, countertransference, psychoanalysis, psychotherapy.*

Title: *Countertransference and psychic trauma*

Correspondência:

Mariana Eizirik
Rua Dona Laura, 228/707
CEP 904300-10 – Porto Alegre, RS
Tel.: (51) 3331.2594
E-mail: marianae.ez@terra.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS