

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FÁBIO SERRÃO FRANCO

CONTRATRANSFERÊNCIAS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**SÃO PAULO
2010**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FÁBIO SERRÃO FRANCO

CONTRATRANSFERÊNCIAS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em psicologia clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Luis Cláudio Mendonça Figueiredo

**SÃO PAULO
2010**

BANCA EXAMINADORA

À Eudoxia Santiago Franco (in memoriam) e Ursulina Capor Serrão (in memoriam), mulheres que me transmitiram a ética e a sensibilidade durante o exercício do cuidar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luis Cláudio de Mendonça Figueiredo pelo inestimável apoio durante o processo de orientação;

Ao Prof. Dr. Gilberto Safra pelas importantíssimas contribuições teóricas e metodológicas;

Ao Prof. Dr. Daniel Kuperman pelas ricas sugestões durante o exame de qualificação;

Aos Professores do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica, que durante os anos de convivência muito me ensinaram contribuindo para o meu crescimento profissional e pessoal;

A CAPES, pela possibilidade de realização deste mestrado;

A todos aqueles, familiares e amigos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram durante esta pesquisa.

"A alma sensível é como harpa que ressoa com um simples sopro."

(Ludwig van Beethoven)

RESUMO

FRANCO, F. S. **Contratransferências**. 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

Este trabalho trata do conceito de contratransferência. Realizamos uma investigação do conceito de contratransferência a partir de experiências clínicas e do diálogo com autores da Psicanálise. Verificamos que a contratransferência possui três facetas que podem auxiliar, dificultar ou mesmo impedir o tratamento psicanalítico. A primeira forma de contratransferência investigada foi a que se mostra como resistência do analista. Esta primeira forma do fenômeno em questão se apresentar pode tanto impedir a escuta do analista quanto favorecer a sua elaboração teórica. Em segundo lugar, a contratransferência pode se apresentar como uma forma de comunicação primitiva e não verbal capaz de auxiliar o analista na formulação de interpretações ou dificultar a escuta. Por fim, verificamos que a contratransferência é, também, parte da personalidade do analista, anterior mesmo à transferência do paciente e capaz de favorecer a instauração da transferência.

Palavras-chave: contratransferência; resistência do analista; comunicação não-verbal; pessoa do analista.

ABSTRACT

FRANCO, F. S. **Countertransferences**. 2010. 122 f. (Master) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

This paper is based on the concept of countertransference. We realized an investigation of the concept of countertransference parting from clinical experiences and dialogs with psychoanalytical authors. We verified that countertransference contains three facets that can help, or even difficult and maybe impair psychoanalytical treatment. The first form of countertransference investigated was its form as resistance to the analyst. This first form of the phenomena in this study may impede the listening of the analyst although facilitate his theoretical elaborations. Secondly, countertransference can present itself as a primitive form of communication, non verbal in essence capable of helping the analyst formulate his interpretations. Last but not least we verified that countertransference is also part of the analyst personality, something before the patients transference and capable installing the process of transference.

Keywords: countertransference; analyst's resistance; non verbal communication; analyst personality.

SUMÁRIO

Introdução	9
1. A contratransferência e a resistência do analista	14
1.1 Considerações preliminares	14
1.2 O caso Judith	14
1.3 Algumas questões para iniciar	18
1.4 A descoberta da resistência	18
1.5 ' <i>Gegenübertragung</i> ' em Freud	20
1.6 Relações entre a contratransferência e o pensamento psicanalítico	23
1.7 A <i>presença reservada</i>	26
1.8 A neurose de contratransferência	28
1.9 A análise do analista	32
2. A contratransferência e as comunicações do analisando	35
2.1 Considerações preliminares	35
2.2 O caso Susie	35
2.3 Melanie Klein e a teoria das relações de objeto	38
2.4 A resposta emocional do analista	49
2.5 A contratransferência normal	53
2.6 O manejo da contratransferência	57
2.7 A comunicação pela via contratransferencial	64
2.8 A contratransferência com pacientes esquizóides e Narcisistas	66
2.9 A interpretação da contratransferência	71
2.10 Os abusos da contratransferência	74
3. A contratransferência e a pessoa do analista	78
3.1 Considerações preliminares	78
3.2 O caso Carlos	78
3.3 O tato psicológico no interjogo psíquico	82
3.4 Contratransferência e a personalidade real do analista	89
3.5 O pensamento de Margareth Little	99
3.6 A contratransferência primordial	105
4. Considerações finais	111
5. Referências bibliográficas	116

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, com o início de nossa prática clínica, passamos a tratar em nossas supervisões de temas que nos chamavam a atenção. O principal assunto abordado e que pela sua constante aparição passou a permear nossas reflexões e estudos foi a técnica que estávamos utilizando com os pacientes que atendíamos. Esse questionamento se deu devido à verificação de que durante alguns atendimentos vivenciávamos emoções, sensações e apreendíamos imagens que interferiam em nossa capacidade de pensar e nos nossos recursos cognitivos e motores. Esses sentimentos eram das mais diversas ordens: compaixão, amor, excitação, ódio, angústia, ansiedade, insegurança, medo, sono e desamparo. Reconhecemos que esses sentimentos estavam sendo ocasionados pela contratransferência.

Raras são as menções de Freud ao conceito de contratransferência, mas depois dele e, principalmente, devido à crescente utilização da psicanálise para tratar crianças e psicóticos e também devido ao fato do tratamento passar a ser compreendido como uma relação, as reações inconscientes do psicanalista passaram a ser mais solicitadas.

Mas, afinal, o que é contratransferência? Quais são as suas características? Ela é bem-vinda no processo analítico? Se for bem vinda, como manejá-la? Se não é bem-vinda na sessão analítica, como fazer para que ela deixe de se apresentar durante os atendimentos?

Para que estas questões possam ser clarificadas propomo-nos a realizar esta pesquisa em psicanálise com a utilização do método psicanalítico, assim como entendem Luis Cláudio Figueiredo e Marion Minerbo no artigo *Pesquisa em Psicanálise: Algumas Idéias e um Exemplo* (2006).

Segundo os autores a pesquisa em psicanálise com a utilização do método psicanalítico, diferentemente da pesquisa em psicanálise, necessita da presença de um psicanalista como pesquisador. Nesse tipo de investigação nem o pesquisador nem o objeto pesquisado, nem a Psicanálise, enquanto corpo teórico saem da pesquisa da mesma forma que entraram. Ou seja, a pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico é sempre realizada por psicanalistas e possui a potencialidade de trazer novas contribuições à própria Psicanálise.

A pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico compreende, ainda, um deixar-se fazer pelo objeto de pesquisa e, em contrapartida a essa entrega, o próprio objeto de pesquisa é construído. Este procedimento faz com que nenhuma das partes permaneça assim como era antes do início da pesquisa. Este procedimento ocorre, principalmente, por se tratar da investigação de um fenômeno clínico que apenas pode ser verificado durante o tratamento analítico.

Mas não apenas o objeto de pesquisa sai transformado pela participação no processo de investigação. Verificamos, também, que o sujeito da pesquisa, o pesquisador-psicanalista, também sai transformado da experiência. Essa transformação ocorre devido às relações transferenciais e contratransferenciais que se instauram na relação analítica que favorece a pesquisa em psicanálise com o uso do método psicanalítico.

Figueiredo e Minerbo lembram que a transformação ocorrida se dá prioritariamente pela via da interpretação, pois esta possibilita um olhar para o objeto de pesquisa que está fora de seu campo habitual e é justamente esse olhar que o psicanalista pode propiciar: um olhar estrangeiro (fora da rotina e dos hábitos) que possibilita a desconstrução e a transformação. Ou seja, é a

interpretação que fornecerá o eixo para a escuta e para a realização de recortes que, quando interpretados se tornarão novos dados para a escuta e para a realização de novas interpretações. Vale lembrar que uma interpretação sempre é relativa ao contexto em que ela foi proferida. Por esse motivo possui um caráter singular, único, que nunca mais poderá se repetir. Isso faz, ainda, que a verdade da interpretação deva ser tomada sempre como provisória.

Cabe aqui ressaltar que, em certa medida, os modos através dos quais a pesquisa é realizada, o sujeito da pesquisa e o objeto da pesquisa podem perder suas identidades singulares e passarem a existir no âmbito do paradoxo em que todos podem ser descobertos e recriados constantemente e ao mesmo tempo.

Essas possibilidades são inerentes a todas as pesquisas realizadas com o método psicanalítico, porém, entendo que são muito mais presentes e fáceis de identificar quando o tema é a contratransferência que, por sua característica subjetiva, dificulta (ou mesmo impossibilita) o estabelecimento de limites bem definidos entre objeto, sujeito e os meios de investigação. Mais ainda: é justamente esta relativa falta de fronteiras em determinados momentos do processo de investigação que possibilita que o objeto possa ser investigado.

Posto isso, reafirmamos que pretendemos, com a utilização do método psicanalítico, investigar o que acontecia nesses atendimentos e porque éramos tomados pelos mais diversos sentimentos.

Frente a estas questões, iniciamos esta pesquisa sustentando a hipótese inicial de que a contratransferência possui várias facetas que podem ser elucidadas e, quem sabe, utilizadas durante o fazer clínico.

Nesse sentido Figueiredo (2009, p. 105) propõe que

Tal como o objeto primário nas origens do sujeito, o analista precisa ser capaz de reconhecer, identificar, conter etc. o que emerge nele próprio, enquanto presença implicada, no encontro analítico, diante de e no bojo das turbulências emocionais então produzidas. Aqui, naturalmente, coloca-se a questão das *contratransferências*, no sentido amplo e no plural o que corresponde às suas diversas modalidades. Falamos em 'sentido amplo' por tratarmos as contratransferências, mais do que apenas como 'respostas' às transferências do paciente (embora também o sejam), como o conjunto das experiências emocionais e primitivas do analista no campo em que se dá o encontro, assim como o conjunto das defesas que são aí ativadas. Que destino dar a elas, seja no enquadre, seja nas suas imediações?

Com o objetivo de clarificar essas questões, este trabalho será composto por três capítulos.

No primeiro capítulo propomo-nos examinar os aspectos resistenciais da contratransferência; ou seja, pretendemos investigar a faceta da contratransferência que diz respeito às reações emocionais do analista que são favorecidas pela relação com o paciente e que possuem a potencialidade de dificultar ou mesmo impedir o processo analítico, mas que, porém, podem servir de motor para elaborações teóricas inéditas.

Já no capítulo dois realizaremos uma pesquisa dos aspectos comunicacionais da contratransferência, pois entendemos que uma das características da contratransferência é realizar uma comunicação inconsciente entre analista e analisando. Este segundo capítulo irá priorizar o modo como analista e analisando se afetam e como a apreensão destes afetos – quando possível – pode auxiliar a conhecer mais o inconsciente do analisando.

Pretendemos, no terceiro capítulo, expor um lado da contratransferência que diz respeito à pessoa do analista, sendo que essa característica pessoal possibilita que o paciente estabeleça a transferência iniciando, assim, o processo analítico. Ou seja, esta é uma faceta da contratransferência que antecede o próprio processo analítico e, conseqüentemente, a própria transferência do paciente.

Com este trabalho pretendemos, pois, através da aplicação do método psicanalítico e do levantamento bibliográfico a respeito do tema, pesquisar este fenômeno da psique com o objetivo de iluminar o tratamento psicanalítico individual.

Posto isso, pensamos que esta pesquisa se situa e pode vir a contribuir para o campo da psicanálise na medida em que visa a estabelecer e problematizar as suas redes de relações conceituais internas. Vejo que a noção de contratransferência tem sido frequentemente abordada pelas diversas escolas de psicanálise, mas por se tratar de um tema central da Psicanálise, a contratransferência precisa ser pensada e repensada constantemente. Entendemos que este movimento de articulação entre os conceitos psicanalíticos e a associação com experiências clínicas é que possibilitam que o corpo teórico da psicanálise permaneça em constante movimento, ou seja, vivo. Além disso, é sabido que o estudo teórico, concomitante à prática clínica supervisionada e a análise pessoal, possibilita um aprimoramento constante daquele que se propõe a investigar o inconsciente. Deste modo, pensamos que a realização deste trabalho teórico - clínico dá andamento e continuidade ao meu aprimoramento como psicanalista.

Passemos, então, à primeira etapa desta jornada.

CAPÍTULO 1

CONTRATRANSFERÊNCIA E A RESISTÊNCIA DO ANALISTA

1.1 Considerações preliminares

O objetivo deste capítulo é apresentar uma primeira faceta da contratransferência: aquela referente à resistência do analista. Para tratar desse assunto utilizaremos uma vinheta clínica de um atendimento que realizamos entre os anos de dois mil e seis e dois mil e sete. Optamos por contextualizar o caso para, posteriormente, analisar algumas passagens. Esta escolha ocorreu com o objetivo de elucidar algumas manifestações que entendemos estarem relacionadas à contratransferência.

A existência de algumas informações prévias sobre a analisanda tem por finalidade apresentar sumariamente a pessoa que atendemos para, depois, nos atermos aos fenômenos que relacionamos à contratransferência. Além disso, apresentaremos apenas as informações que poderiam auxiliar na descrição da analisada.

1.2 O caso Judith

Judith era uma moça de 22 anos. Assim que chegou ao meu consultório passou a relatar a sua história familiar com muito sofrimento. Seus pais se divorciaram quando ela estava com sete anos de idade; sua mãe teve uma relação extraconjugal com outro homem e isso fez com que o pai de Judith pedisse a separação. Judith descrevia sua mãe como uma pessoa infantil e

inconsequente, pois ela sempre arrumava problemas que faziam com que a família tivesse que se mobilizar para ajudá-la. Quando Judith falava de sua mãe, eu percebia uma mistura muito grande de sentimentos como desprezo, ódio, compaixão e amor.

A analisanda atribuía a responsabilidade da separação dos pais não apenas à traição de sua mãe, mas também à influência de sua tia, irmã de sua mãe. Segundo Judith, esta tia era apaixonada por seu pai e, por este motivo, influenciava sua mãe a se afastar do marido com os mais diversos argumentos e alegações possíveis.

Com o amparo de ser uma policial civil, a tia de Judith, após a separação de sua irmã, ameaçava constantemente o antigo cunhado para que ele não visitasse seus filhos. Judith relatou-me que quando seu pai ia visitá-la aos finais de semana, sua tia a escondia e ao seu irmão e, após, informava seu pai que eles não estavam em casa, o que fazia com que seu pai fosse embora sem que ocorresse o encontro. Durante os atendimentos era muito evidente o medo que Judith tinha desta tia.

Com o passar do tempo, o pai de Judith passou a desconfiar da atitude de sua ex-cunhada, o que o fez questionar a veracidade da ausência de Judith e de seu irmão. Isso fez com que as ameaças de sua tia em relação ao seu pai aumentassem, o que se tornou a situação insuportável para ele. O pai de Judith não mais tentou visitá-la com a frequência de antes.

Por volta dos oito anos de idade, Judith passou a se encontrar com o pai às escondidas. Além daquele encontro quinzenal acertado judicialmente com a ex-esposa, Judith afirmou que sempre achava um modo de encontrá-lo outras vezes na semana. Este fato foi contado com muita satisfação seguida de tristeza: seu irmão não tivera a mesma sorte; por ser mais novo e mais

dependente de sua mãe, o irmão de Judith ficou privado de uma relação mais próxima do pai durante muitos anos. A aproximação entre eles apenas ocorreu de maneira mais constante após ele entrar na adolescência e, com isso, adquirir um pouco mais de autonomia. Após alguns anos o pai de Judith casou-se novamente e foi morar em Brasília.

Judith relatou-me que teve que amadurecer muito cedo para poder lidar com esta situação: vivia com uma mãe na qual não podia confiar devido a sua imaturidade e estava afastada de seu pai devido à mudança dele para outra cidade. Além disso, tinha que cuidar de si mesma e também se sentia responsável pelo seu irmão mais novo.

Em relação a mim, a analisanda se mostrava reservada e ao mesmo tempo terna. Lembro-me que Judith chegou para as entrevistas iniciais e, naquele momento, resolveu que iria procurar outros profissionais. Após algumas semanas Judith me ligou para marcar uma nova sessão e iniciar o processo analítico. Frequentemente quando a analisanda descrevia algumas características de seu pai, fazia menção ao fato de que nós éramos muito parecidos, o que me levou a pensar que naquele momento do processo era a figura paterna que eu estava representando.

Certo dia Judith iniciou a sessão contando-nos, ininterruptamente, uma experiência que havia vivenciado em seu trabalho na semana anterior. Ela estava em análise havia oito meses e, durante o seu relato senti tédio, apesar da paciente seguidamente contar as histórias de sua vida com extremo bom humor. Percebi naquele momento que ela repetidamente vinha às sessões e me contava passagens de sua vida que não me suscitavam associações.

Subitamente, fomos tomados pela intensa impressão de que havia deixado a porta da sala de atendimento aberta e que isso poderia ocasionar a

saída do som de nossa conversa ou a entrada inesperada de alguém na sala de análise, apesar de ter a convicção de que havia fechado e trancado a porta de entrada da sala (minha poltrona ficava de costas para a da porta de entrada, o que tornava necessário olhar para trás para visualizar a referida porta).

Ao invés de me voltar para trás para me certificar de que a porta estava realmente fechada, passei a refletir a respeito de tal impressão. Pensei que a sensação que havia vivenciado, que se apresentou como uma imagem – nos moldes de um devaneio - poderia ter sido mobilizada em mim pela situação produzida pela dupla naquele momento. Sustentei a hipótese de que a imagem da porta da sala de atendimento aberta poderia representar a insegurança da paciente para expor seus pensamentos e sentimentos mais privados. Resolvi utilizar esta compreensão para interpretar. Disse a ela que me parecia que ela estava um tanto insegura para falar a respeito de alguns assuntos; que me parecia, ainda, que ela precisava sentir-se mais confiante antes de tratar de temas tão importantes, pois ela queria ter certeza que eu iria tratar com cuidado alguns sentimentos que eram tão valiosos para ela. A paciente balançou a cabeça positivamente e vivenciou um momento de acolhimento que pôde ser empaticamente apreendido por mim.

Judith começou a chorar e me contou que sentia muita raiva de seu pai. Disse que ele podia muito bem dar mais atenção a ela e não apenas a sua atual esposa e filha. Permaneci em silêncio. Judith prosseguiu dizendo que a iniciativa para eles se falarem partia sempre dela, o que fazia com que ela se sentisse muito rejeitada. Acrescentou que desde pequena teve que esconder os seus sentimentos. Ela chorava escondida porque não queria mostrar fraqueza para o seu irmão, pois sentia que era a única em quem ele podia confiar.

Após essa fala eu disse a ela que aquele era um lugar onde ela poderia falar a respeito de qualquer assunto e que eu reconhecia o quando era difícil para ela entrar em contato com sentimentos que estavam guardados a tanto tempo. Após o término dessa sessão o vínculo que tínhamos se fortaleceu e Judith sentiu-se mais confiante para se expor, o que possibilitou um trabalho posterior mais efetivo de investigação e interpretação.

1.3 Algumas questões para iniciar

Frente aos fatos ocorridos durante este atendimento levantei alguns questionamentos referentes aos fenômenos por mim vivenciados: as imagens que me ocorreram durante o atendimento foram criadas por mim ou pela paciente? Se eu criei essas imagens, qual foi o seu significado? Se ela criou essas imagens em mim, de que forma Judith usou a minha mente para pensar e sonhar? Se isso ocorre, tudo que o analista apreende deve ser imediatamente dito ao paciente? A contratransferência pode ser interpretada? Se pode, quando interpretar? Essas foram algumas perguntas que passei a me fazer e que pretendo clarificar nas páginas que se seguem.

1.4 A descoberta da resistência

A descoberta da *resistência* foi muito importante para o surgimento da psicanálise. A partir do momento em que Freud (1895) deu-se conta de que as forças que impediam que os fatos que elucidavam o sentido dos sintomas eram legítimas, ele deixou de utilizar a sugestão e a hipnose e passou a trabalhar as resistências que se opunham à regra fundamental da análise (associação livre).

Essa mudança ocorreu porque ele percebeu que a forma que o paciente utilizava para evitar que a representação inconsciente emergisse a consciência estava relacionada à neurose.

Em relação a este assunto Freud (op. cit.) diz que suas descobertas teóricas ocorreram através da vitória a uma força psíquica oposta existente no paciente que caminha no sentido contrário a percepção consciente das representações patológicas. Neste momento de sua obra Freud supõe que esta força deveria ser a mesma que havia colaborado para a ocorrência dos sintomas histéricos, que justamente impediam a paciente de recordar das representações patológicas.

Ou seja, as mesmas forças que haviam recalcado a representação eram as forças que estavam trabalhando para que a representação permanecesse inconsciente. Laplanche e Pontais (1992; p. 458) explicam que “chama-se resistência a tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente”.

Freud (op. cit.) afirmava que todas essas representações eram de natureza penosa e propícias a despertarem afetos como a vingança, a culpa, a dor psíquica e o sentimento de indignidade.

Essas considerações de Freud podem nos auxiliar a pensar que Judith, na sessão previamente abordada, chegou falando a respeito de suas vivências em seu trabalho, pois para ela, naquele momento, tratar de temas tão dolorosos como o abandono que ela vivenciou em relação ao pai e os sentimentos de raiva e ciúme desencadeados por essa experiência não podiam ser pensados naquele momento.

Ou seja, é muito provável que naquele momento a resistência agiu ou na paciente ou em mim, mas possivelmente em ambos, pois existia uma

representação que estava sendo evitada por Judith e que eu me desinteressei por aquilo que ela estava falando, o que favorecia que o conteúdo permanecesse inconsciente.

Como manejar uma situação como essa, visto que a função do analista é justamente entrar em contato com os conteúdos trazidos pelo analisando e construir uma interpretação referente ao inconsciente dele? Entendemos que a resistência é um fenômeno clínico inevitável, mas passível de manejo e que este pode ocorrer desde que o analista reconheça o 'lugar' no qual o paciente o coloca.

1.5 'Gegenübertragung' em Freud

Gostaríamos, neste momento, de lembrar a clássica definição de Freud sobre a transferência (Übertragung), pois deste conceito é que advém a idéia de contratransferência formulada também por ele. Diz Freud (1905, p. 113) em seu artigo *Fragmento da análise de um caso de histeria*:

(...) que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornarem-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação, como costume dizer, podendo até tornarem-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Com essa contribuição Freud define a transferência na medida em que a relaciona a pessoas e fantasias do passado do paciente, relações estas que são atualizadas através da ligação com o psicanalista.

Freud, em 1910, em seu artigo *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, afirma que os principais progressos da técnica psicanalítica estão relacionados ao próprio analista e, particularmente, ao reconhecimento de que o paciente, através de sua transferência, influencia os sentimentos inconscientes do analista. Neste momento Freud recomenda que o analista reconheça a contratransferência (*Gegenübertragung*), a domine e a supere. Freud diz, ainda, que para que esse domínio e superação ocorram, o psicanalista deve iniciar sua atividade analítica por uma profunda autoanálise para que seus próprios complexos e resistências internas possam ser reconhecidos e subjugados.

Freud recomenda, de modo enfático, que qualquer um que falhe em produzir resultados em sua auto-análise deve abandonar imediatamente a prática psicanalítica, pois isso seria danoso ao paciente, visto que nenhum analista vai além daquilo que seus próprios complexos e resistências internas permitem. Ou seja, no artigo de 1910, Freud vê a contratransferência como um fenômeno que ocorre no analista e que é ocasionado exclusivamente pelo paciente, além de reconhecer que a ocorrência da contratransferência é prejudicial ao processo analítico.

É importante lembrar que estas afirmações de Freud datam de 1910, época em que ele afirmou na terceira das *Cinco lições de psicanálise* que: “Quando me perguntam como pode uma pessoa fazer-se psicanalista, respondo que é pelo estudo dos próprios sonhos.” (Freud, 1910.). Ou seja, nesta época Freud considerava que para tornar-se analista era necessário realizar um processo contínuo de autoanálise, processo esse em que a interpretação dos sonhos tinha importância principal.

Já em 1912, no artigo *Recomendações aos médicos que exercem a*

psicanálise, Freud muda de opinião e afirma que a auto-análise é uma preparação suficiente para muitos daqueles que querem se tornar analistas, mas que uma grande parcela de pessoas precisa de auxílio externo para interpretar seus sonhos. Por esse motivo o autor passa a recomendar que todo aquele que quiser se tornar analista deverá antes ser analisado por alguém com ‘conhecimento técnico’.

Ainda no mesmo artigo, Freud, utilizando a metáfora do aparelho telefônico, ensina que o psicanalista, para identificar e interpretar o material inconsciente do paciente deve voltar o seu próprio inconsciente receptor na direção do inconsciente transmissor do paciente a fim de reconstruir esse inconsciente a partir dos seus derivados que lhe são comunicados e que determinaram as associações livres do paciente. Para que essa ação possa se mostrar possível, Freud assevera que o analista que tem interesse em utilizar o seu inconsciente como instrumento de análise não pode tolerar qualquer resistência em si mesmo que impeça ou dificulte a ascensão à consciência daquilo que foi percebido pelo seu inconsciente. Ele afirma que para essa ausência de resistência ocorrer, não basta o analista ser ‘relativamente normal’. Ele deve passar por uma ‘purificação psicanalítica’. Deste modo, e somente assim, o analista ficaria ciente de seus complexos que poderiam interferir na compreensão do que o paciente diz. Defende, ainda, que aqueles complexos não resolvidos, aquelas repressões não solucionadas, geram resistências e criam ‘pontos cegos’ em sua percepção analítica.

Uma possibilidade de compreensão da experiência clínica mencionada acima é reconhecer esta situação como um fenômeno ocasionado pela minha resistência. Podemos pensar que vivenciei desprazer ao entrar em contato com o sofrimento de Judith, o que fez com que eu produzisse um devaneio que,

alucinatoriamente, me tiraria daquela situação. Porém, entendo que esta não é a única forma de pensar esta passagem.

Depois de 1910, Freud voltou a falar em contratransferência apenas mais uma vez, em 1914, na coletânea de artigos chamada *Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise*. No artigo *Observações sobre o amor transferencial*, afirma que o amor transferencial ocorre de maneira repetida e o paciente elege sucessivamente objetos sobre os quais desejos inconscientes são atualizados. Esta afirmação serviu para advertir os psicanalistas contra qualquer tendência a contratransferência. Com essa fala Freud demonstra novamente o seu pensamento de que a contratransferência é algo a ser evitado. Ele associa a ocorrência da contratransferência à falta de neutralidade e recomenda que ela seja controlada, além de enfatizar a necessidade de o analista manter a abstinência frente aos desejos do paciente.

Mas por que Freud quando faz menção à contratransferência utiliza recomendações predominantemente negativas e só utiliza o termo três vezes durante toda a sua obra? Porque Freud não elaborou uma teoria da contratransferência? Estas são questões que pretendemos trabalhar ao longo desta pesquisa.

1.6 Relações entre a contratransferência e o pensamento psicanalítico

Michel Neyraut (1974) em seu livro *Le transfert* lembra que a transferência enquanto conceito possuiu um aparecimento posterior na obra de Freud e que esse aparecimento se deu como um obstáculo em um pensamento e em uma técnica já constituídos. Segundo Neyraut este aparecimento tardio não ocorreu ao acaso. A partir desta premissa, esse autor

apresenta a idéia de que a transferência é, portanto, precedida por alguma coisa. Ou seja, lembra que a transferência não somente aparece em um segundo momento na história do pensamento psicanalítico, mas também aparece posteriormente no processo da cura.

De acordo com Neyraut o autor, a transferência possui uma origem intrapsíquica e surge apenas após a ocorrência do narcisismo primário. Por esse motivo, esse conceito deve ser bem apreendido e pensado pelo psicanalista para que este possa se implicar, pois, posteriormente, a natureza da transferência estabelecida pelo paciente pode ser interpretada, o que favorece a elucidação da natureza desta implicação.

Para Neyraut toda manifestação no campo da psicanálise consiste em contratransferência, em particular e em senso estrito: toda publicação e todo escrito psicanalítico procedem da contratransferência. Deste modo, Neyraut afirma que o pensamento psicanalítico se inscreve necessariamente como uma resposta, porque a situação analítica se instaura com uma pergunta e que se o pensamento psicanalítico é constituído em sua essência por uma resposta, nós somos obrigados a constatar que às vezes a resposta precede a questão, visto que antes mesmo da chegada do paciente aos nossos consultórios já existe a psicanálise a um sujeito que a pratica. Ai está uma primeira maneira de contratransferência. Ou seja, que a contratransferência é anterior a própria transferência do paciente.

Neyraut diz, ainda, que o pensamento psicanalítico surge como resistência à transferência e que por esse motivo ele pode ser ao mesmo tempo um motor e um freio, assim como a transferência que é ao mesmo tempo obstáculo e sustentação do processo analítico. De maneira análoga, o autor localiza a contratransferência como aquela que ao mesmo tempo

ocasiona o obscurecimento da escuta e aquela que possibilita a sua inteligibilidade. Nesse sentido, por exemplo, o *Projeto para uma psicologia científica* (1895) e os trabalhos que precederam a exposição do caso Dora podem ser tomados como uma resistência à descoberta da transferência. A contratransferência, portanto constitui um antecedente histórico em relação ao reconhecimento e ao descobrimento da transferência e esta mesma precessão se reencontra no ato da situação analítica propriamente dita.

A contratransferência do analista começa então com sua implicação, e isso porque o psicanalista se reconhece subitamente como o objeto e talvez já investigador das expressões afetivas provenientes de seu paciente. Justamente por isso é que ele tem condições de perceber o efeito de uma resistência nele próprio. O pensamento é uma resistência desde que ele se constitui como pensamento, acrescenta o autor, e por isso nenhum pensamento reflexivo deve ser formado durante a análise. Como seria necessário então o analista proceder? Neyraut ensina que o analista deveria passar, segundo as resistências, de uma atitude psíquica a outra, evitando toda especulação, toda ruminação mental durante o tratamento (o pensamento seria livre, a escuta seria livre).

Para que este procedimento seja possível a regra é não ceder de forma alguma às seduções do paciente, pois ele institui o analista como co-desejante, tanto no fato de se constituir como objeto de seu desejo, quanto de escolhê-lo como objeto, assim como no nível de colocá-lo em face de um desejo terceiro e de somente invocar o objeto indeterminado do desejo. Ou seja, a forma mais efetiva de manter o processo analítico e favorecer a sua eficácia é a efetiva e constante manutenção do *setting* analítico.

No entender de Neyraut o analista ocupa um lugar essencial: ser

diretamente implicado e, eventualmente, ocupar um lugar de elucidação dessa implicação. Essa implicação tal como esse pensamento fazem parte do contexto no qual se mostram os contornos nítidos da transferência. Neyraut assevera de modo enfático: não existe escuta neutra, não existe escuta “desinteressada”; somente existe uma escuta livre e livre na medida em que ela sabe por antecedência se interessar e se desinteressar no mesmo momento.

Resumindo: todo o pensamento psicanalítico surgiu e continua surgindo como efeito da contratransferência pelo fato de que não é possível (nem interessante ao processo) que o analista seja neutro durante os atendimentos. O analista se implica e essa implicação, necessariamente, ocasiona resistências. Frente a essa situação, para que o analista não interrompa a sua capacidade de escutar, é necessário que ocorra um movimento constante de se interessar e se desinteressar ao mesmo tempo, pensamento semelhante ao movimento de presença reservada proposta por Luis Cláudio Figueiredo (2000).

1.7 A presença reservada

Figueiredo (op. cit., p.29) propõe que durante o psicanalisar o analista mantenha uma “[...] uma inabalável, mas discreta, convicção de possibilidade de cura.”; uma sustentação na posição de analista frente às turbulências do processo; uma presença que comporta certa ausência e que se mostra ao analisando como uma possibilidade de confiança. O autor fala ainda de um desejável silêncio receptivo que comporta certa penumbra que convida à regressão.

Ao assumir esta *presença reservada* o analista favorece a associação

livre, a transferência e as repetições. É desejável que este espaço seja o mais natural possível de forma que os inconscientes possam se comunicar, e o novo e o surpreendente possam emergir. É como se o analista se permitisse perder o controle sobre si e desta forma pudesse efetivamente se implicar no processo. Esta dimensão da implicação está associada a uma abolição, por parte do analista, dos mecanismos de defesa que impedem que os conteúdos explosivos e tóxicos sejam depositados pelo paciente em seu psiquismo através da identificação projetiva e da transferência.

Figueiredo, afirma, ainda, que convém ao analista entender os períodos de estagnação como períodos de gestação. Gestação dos *insights*, das transformações. Uma imagem que entendemos ser muito útil para a compreensão de que consiste esta presença reservada é a da senhora que tricota calmamente enquanto ouve de modo implicado e ao mesmo tempo reservado alguém que lhe fala. É nesse espaço paradoxal de presença e ausência que se instaura a possibilidade de simbolização. É nesse contexto que Figueiredo (op. cit., p.44) afirma que:

A questão, creio, é a de se instalar uma dialética entre *implicação* e *reserva*. A sustentação de uma presença implicada e, fundamentalmente, reservada pode exigir variados desenhos e diferentes estratégias. Tanto a flexibilidade quanto a inflexibilidade podem contribuir ou prejudicar a sustentação da implicação reservada. Em todas as estratégias, contudo, a manutenção e criação de reservas psíquicas dá o rumo e a meta do processo analítico. É nessa medida que uma ética se mantém, enquanto as técnicas podem e devem variar.

Deste modo, Figueiredo entende que a técnica psicanalítica está intimamente ligada à ética necessária à prática da psicanálise.

Ou seja, a análise, por ser uma relação entre duas pessoas, possibilita ao analista deixar-se ser afetado pelo paciente para que ele (o analista) possa saber de que se trata o afeto relacionado ao discurso do paciente. A grande

dificuldade existente nesse processo consiste na diferenciação, por parte o analista, dos afetos que ele vivencia e que são dele, dos afetos que ele vivencia e que são do paciente. E mais: que fazer com a percepção apreendida em um caso como o de Judith em que ela já se sentia tão invadida por sua mãe e por sua tia? Como não repetir na análise a relação de desconfiança vivenciada por Judith?

1.8 A neurose de contratransferência

Heinrich Racker, psicanalista polonês de origem judaica que emigrou para a Argentina devido à perseguição nazista, era dotado de rara sensibilidade musical, além de ser excelente pianista. Ele foi um dos primeiros e mais relevantes psicanalistas na América Latina que pensaram a contratransferência. Racker iniciou seus estudos sobre contratransferência em um trabalho apresentado na Associação Psicanalítica da Argentina em setembro de 1948. Ele entendia que falar sobre contratransferência era abordar os aspectos neuróticos do analista que, segundo as recomendações de Freud, deveriam ser dominados. Deste modo, para Racker a contratransferência era um tema pouco estudado e esta falta de estudo sobre o tema por parte dos analistas nada mais era do que um sintoma. Ou seja, ele entendia que a raridade dos desenvolvimentos teóricos referentes à contratransferência consistia em resistência. Para Racker o psicanalisar sem levar em consideração a contratransferência era uma defesa do analista contra seus próprios aspectos neuróticos.

Ainda no trabalho de 1948 o autor assevera que a função do analista é dupla: ser exegeta dos conteúdos inconscientes do analisando, assim como ser

o objeto destes mesmos conteúdos. Este fato ocasiona duas possibilidades contratransferenciais: auxiliar ou prejudicar o entendimento dos processos inconscientes do analista enquanto estiver interpretando e interferir na transferência do paciente, visto que esta interfere na conduta do analista.

Racker entende que o paciente percebe a pessoa do analista através do conteúdo de suas interpretações, de sua voz, de sua atitude. Esta percepção não pode ser escondida ou evitada porque, no entender desse autor, existem recursos telepáticos que estão o tempo todo sendo utilizados. Racker, através desta compreensão de que analista e paciente se influenciam mutuamente, indica que a transferência do paciente modifica o analista e este contratransferencialmente, interfere na forma como o paciente estabelece suas relações de objeto, ou seja, sua transferência.

Racker assevera a existência de uma neurose de contratransferência, baseada na neurose de transferência pensada por Freud. Para ele a contratransferência é o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista determinados pelo passado, em relação ao paciente e a sua expressão patológica é denominada neurose de contratransferência. Ou seja, esta é a expressão patológica e inconsciente do analista que ocorre em resposta a neurose de transferência do analisando.

Racker, de modo muito hábil, sistematizou as várias formas de expressão da contratransferência. A primeira forma pensada pelo autor é a contratransferência concordante, possibilitada por uma identificação concordante do analista em relação a aspectos do paciente. É aquela em que o analista identifica-se com as partes do aparelho psíquico do paciente, ou seja, com o id, com o ego ou com o superego. Esta resposta empática possibilita que o analista vivencie o que o paciente sente através da transmissão de seus

afetos. Este tipo de contratransferência será mais difícil de ser utilizado quanto maior for o grau de conflitos existentes no analista.

A segunda forma de apresentação da contratransferência, segundo Racker, é a complementar. Nela o analista se identifica com aspectos do paciente que foram dissociados e expulsos de seu psiquismo. Este teórico ensina que quanto mais o analista falha em sua função empática que possibilita a contratransferência concordante, mais ele aumenta a contratransferência complementar o que favorece a neurose de contratransferência.

Racker pensa, ainda, outros tipos de contratransferência: a direta e a indireta. Na contratransferência indireta aspectos edípicos do analista são ativados na e pela relação com o analisando. Nesta forma de contratransferência o analista busca aceitação e isso é feito através do atendimento de seus pacientes. Esse fenômeno ocorre de modo semelhante à criança que busca aceitação do pai ou da mãe. No lugar do pai ou da mãe são colocados outros que não o próprio paciente: um grupo de analistas, um familiar, um amigo, outro analista, etc. Já na contratransferência direta o psicanalista busca o amor e a aceitação do próprio paciente. Neste caso é o paciente que se torna objeto das transferências do analista.

Os outros dois tipos de fenômenos ligados à contratransferência mencionados por Racker são as *ocorrências contratransferenciais* e as *posições contratransferenciais*. O autor pensa que as ocorrências contratransferenciais são vividas pelo analista como associações livres ou fantasias sem grandes intensidades emocionais e relativamente afastadas de seu ego. Na posição contratransferencial o ego do analista está profundamente envolvido na experiência contratransferencial e a vivência que o analista tem é intensa e aparentemente real, ocorrendo o perigo de fundir-se com ela. A

ocorrência de uma ou de outra situação durante o tratamento depende da neurose do próprio analista: de sua capacidade para tolerar a angústia, de sua habilidade para perceber suas reações a certas situações e tornar consciente o conteúdo a ponto de poder verbalizá-lo. Caso a neurose do analista impeça que ele utilize os seus recursos para vivenciar as ocorrências contratransferenciais ele passará a assumir posições contratransferenciais, ou seja, atuar, repetir, o que em nada ajuda o paciente.

Surge aqui outra possibilidade de compreender a experiência clínica acima exposta. Durante o atendimento de Judith, minha mente produziu uma imagem semelhante a um sonho: tive a impressão de ter deixado a porta da sala de análise aberta. De onde surgiu esta imagem? Podemos, inicialmente, sustentar a idéia de que o meu inconsciente, naquele momento, recebeu uma comunicação do inconsciente de Judith e transformou essa informação em imagem, por ação da figurabilidade, assim como em um sonho. No momento em que eu pude acessar o conteúdo latente daquela imagem, optei por interpretar, o que possibilitou a integração da representação que estava dissociada. Esta ação fez com que o afeto ligado à representação fosse ab-reagido produzindo um efeito catártico. Ou seja, podemos sustentar a possibilidade de que estas imagens foram ocorrências contratransferenciais que eu utilizei para interpretar. Assim como diz Racker, a neurose do analista é que possibilita as ocorrências contratransferenciais ou as posições contratransferenciais. Deste modo, entendo que é a análise do analista que pode auxiliá-lo a vivenciar estas experiências em um local relativamente afastado do ego e utilizar esta vivência para interpretar, quando oportuno.

1.9 A análise do analista

Assim como já dissemos, a análise pessoal do analista possui papel fundamental no desenvolvimento da capacidade de diferenciação daquilo que pertence ao analista e daquilo que provém, em grande parte, do analisando.

Quanto a este assunto, Heimann (1950; p.18) afirma que:

Quando o analista, em sua análise, elaborou seus conflitos infantis e ansiedades (paranóides e depressivas), de modo que ele pode contatar facilmente seu inconsciente, não imputará a seu paciente o que é seu. Terá alcançado um equilíbrio digno de confiança que o capacita a levar os papéis do id, do ego e do superego do paciente e de objetos externos que o paciente reparte com ele, ou seja, projeta nele, quando dramatiza seus conflitos na relação psicanalítica.

O chamado “tripé da formação” possibilita que o analista desenvolva uma sensibilidade emocional que, segundo Paula Heimann, quando associada à atenção livremente flutuante, possibilita que o analista siga os movimentos emocionais do paciente, assim como suas fantasias inconscientes. Em relação a isto Heimann (op. cit., p.16) diz que

Nossa suposição básica é que o inconsciente do analista compreenda o inconsciente de seu paciente. Essa afinidade em nível profundo vem à superfície sob a forma de sentimentos que o analista noticia em resposta a seu paciente, em sua ‘contratransferência’. Este é o modo mais dinâmico pelo qual a voz de seu paciente o atinge. Ao comparar seus sentimentos com as associações e comportamentos do paciente, o analista possui os mais valiosos meios para verificar se compreendeu ou não o paciente.

Mezan (1993), em seu artigo *O Bildungsroman do psicanalista*, diz que muitas vezes o “aspirante à psicanalista” frente às dificuldades que se apresentam no início de sua carreira, ao contrário do que se pensa, desenvolve uma transferência negativa para com a psicanálise. Essa transferência se apresenta através do ódio e da frustração. Frente ao desprazer produzido por estas experiências, o mecanismo de defesa mais utilizado é a idealização.

Idealização em relação à instituição formadora, em relação a autores famosos e também em relação ao próprio analista. É inegável que ocorra uma identificação com o analista, mas em alguns casos, segundo Mezan esta identificação pode assumir um caráter defensivo e o psicanalista em formação passa a ser uma cópia mal feita de seu analista.

Mezan (op. cit., p. 159) pensa que a formação do analista se dá através do “[...] cultivo de si no contato com a cultura e com o próprio inconsciente”. Ele afirma que a tarefa essencial do analista é ouvir o outro e, portanto, sua formação deve oferecer experiências que o tornem apto a tal. O psicanalista deve estar aberto para o outro e para tudo o que isto implica, principalmente seus problemas a para o modo como estabelece a transferência. Mas esta tarefa não ocorre facilmente e sem empenho e dedicação. É algo que envolve a limitação da onipotência do analista, além de sua angústia do não saber e do não poder. Esta difícil situação somente pode ser superada pela satisfação obtida através da aprendizagem, do pensamento e da descoberta.

Parte desta tarefa pode ser realizada mediante a análise pessoal, mas não apenas nela. A supervisão pode ser o momento em que o analista se liberta de suas imagos coercitivas através do contato com outros modos de pensar. Pode ser também que mediante a escuta da própria fala o analista em formação entre em contato com aspectos que não são apreensíveis em sua análise pessoal.

Mezan (op. cit., p. 162) diz que tornar-se analista compreende,

[...] vencer resistências em si mesmo e no objeto, e assim tornar-se apto a identificar outras resistências e a lutar contra elas. Se isso puder ser realizado com um benefício de prazer, o aspirante a psicanalista tem boas chances de um dia se descobrir analista, porque se tornou capaz de tolerar a angustia de não o ser a cada instante, em vez de se prosternar frente a um ideal para sempre além do seu alcance.

Com essas afirmações Mezan sugere que uma das tarefas iniciais do analista é vencer as próprias resistências e, quem sabe, obter algum prazer com isso. Essa tarefa levaria o analista a desenvolver, progressivamente, uma capacidade de tolerar a frustração na medida em que suas idéias se tornam mais brandas e próximas da realidade.

Pretendemos com este capítulo abordar uma primeira possibilidade de compreensão do fenômeno contratransferencial que se refere à resistência do analista. Reconhecemos que, caso o analista não tenha avançado suficientemente em sua análise a ponto de poder suportar o impacto da transferência inerente ao processo, defesas psíquicas irão se erguer e o analista poderá tornar-se surdo àquilo que está sendo trazido pelo paciente. Por outro lado, o analista pode ter constituído reservas psíquicas que o possibilitem implicar-se e reservar-se, sem perder o chão, sem se confundir com o paciente. Esse analista sim poderá utilizar suas vivências obtidas durante os momentos de implicação para “estar-com” o paciente nos momentos de reserva, calmamente, o que em muito aumenta a possibilidade de confiança por parte deste paciente. Além disso, os momentos de implicação podem auxiliar o analista a colher informações para interpretar e auxiliar o paciente na construção de si mesmo.

CAPÍTULO 2

CONTRATRANSFERÊNCIA E AS COMUNICAÇÕES DO ANALISANDO

2.1 Considerações preliminares

Após termos discutido, no capítulo anterior, uma primeira faceta da contratransferência – seus aspectos resistenciais –, passemos à próxima possibilidade de leitura deste conceito: a de se mostrar como uma forma de comunicação.

Assim como no capítulo anterior, partiremos da apresentação de uma vinheta clínica para, posteriormente, apresentar o pensamento de alguns autores com os quais pretendo dialogar para que esta segunda visão sobre o conceito de contratransferência possa ser iluminada.

2.2 Caso Susie

Susie era uma moça de 22 anos de idade. Ela chegou ao meu consultório com o diagnóstico de transtorno de pânico, encaminhada por um psiquiatra. A paciente relatava que durante os episódios de pânico ficava em seu quarto, sentada em sua cama impossibilitada de realizar as tarefas do dia-a-dia. Ela tinha um irmão mais novo diagnosticado como esquizofrênico e sua mãe era descrita como possuidora de um “quadro brando de autismo” (sic.). Essa descrição era feita por Susie para indicar que sua mãe não tinha

habilidade para reconhecer o estado emocional das pessoas com quem convivia.

A paciente estava medicada, mas às vezes interrompia o uso da medicação por conta própria. Atendê-la freqüentemente era muito difícil, pois eu sentia que a nossa ligação era muito frágil, o que fazia com que eu sempre tomasse um cuidado muito grande antes de fazer qualquer interpretação, pois sentia que uma interpretação precipitada, poderia prejudicar a continuidade do tratamento. Seguidamente ela se irritava comigo e, através de palavras, demonstrava total falta de esperança em relação ao tratamento e também em relação à minha competência como analista.

Sua agressividade era constante e se apresentava principalmente quando eu fazia alguma interpretação. Por mais sutil e cuidadosa que fosse a minha fala, normalmente ela despertava a ira da paciente. Em contrapartida, o meu silêncio era visto como falta de habilidade para lidar com as situações que ela apresentava. Ou seja, eu sentia constantemente que estava em uma situação muito delicada: quando eu falava era hostilizado e ela discordava ferozmente de tudo aquilo que eu havia dito, independente do que fosse; quando eu ficava em silêncio ela proferia palavras que apontavam a sua dúvida em relação à minha habilidade clínica.

A paciente regularmente chegava atrasada em muitas sessões e, pelos mais variados motivos, solicitava que mudássemos o horário das sessões, os dias de atendimento, a frequência semanal e também o período de duração das sessões. Eu notava que havia um constante movimento para me tirar do lugar de analista. Dizia ela que achava muito estranho falar a respeito de sua vida particular sem que ela soubesse nada a respeito da minha vida.

Susie já estivera em terapia com uma psicóloga durante a sua

adolescência. Este tratamento durou alguns anos, mas foi interrompido pela própria paciente, pois, segundo ela, não havia progresso.

Certo dia Susie veio para a sua sessão um tanto diferente. Chegou ao consultório restando dez minutos para o término de seu horário e nitidamente estava com muito medo. A paciente sentou-se na poltrona e não disse nada. Com o rosto voltado em uma mesma direção, movia lateralmente seus olhos arregalados como se algo muito terrível fosse acontecer. Realizava lentos movimentos de balanço para frente e para trás. Durante a sessão percebi que meu pensamento estava impossibilitado de ocorrer, o que gerou em mim um intenso sentimento de inferioridade. As únicas coisas que consegui fazer naquela sessão foi falar para Susie que a percebia com muito medo e convidá-la a falar um pouco a respeito do que estava sentindo. Susie manteve o silêncio e o movimento de balanço até o final do nosso encontro.

Após o término da sessão, notei que não apenas os meus pensamentos haviam ficado comprometidos, mas também meus movimentos. Percebi que durante aqueles dez minutos eu não havia me movimentado na poltrona. Senti medo. Provavelmente um medo semelhante ao medo que a paciente estava sentindo durante aquela manhã. Um medo que paralisava o seu pensamento e a fazia ficar longas horas sentada em sua cama e impossibilitada de realizar qualquer tarefa.

O que aconteceu naquela sessão? Como lidar com pacientes com essas características? Entendo que o diálogo com alguns autores da Psicanálise pode nos auxiliar a compreender melhor este contexto.

2.3 Melanie Klein e a teoria das relações de Objeto

Melanie Klein, em um artigo publicado em 1930, intitulado *A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego*, diz que no início da vida existe um estágio inicial do desenvolvimento mental em que o sadismo se torna presente e atuante em todas as fontes do prazer libidinal. A psicanalista aponta que este sadismo atinge seu auge na fase em que surge o desejo sádico oral de devorar o seio da mãe - ou ela própria - e se encerra com o início do estágio anal. Neste período o objetivo da pulsão é se apossar do conteúdo do corpo da mãe e destruí-la com todas as armas ao alcance do sadismo. Ao mesmo tempo esta fase forma a introdução do conflito edipiano. As pulsões genitais já começam a exercer sua influência, mas isto não se torna evidente neste momento, pois as pulsões pré-genitais ainda são mais fortes. Ou seja, o conflito edipiano se inicia num período em que o sadismo é predominante.

A criança espera encontrar dentro da mãe o pênis do pai, excrementos e outras crianças, identificando todas estas coisas como substâncias comestíveis. Nas fantasias iniciais da criança em relação ao coito entre os pais, o pênis se incorpora à mãe durante o ato sexual. Assim, os ataques sádicos da criança têm como objeto tanto o pai quanto a mãe, que são mordidos, despedaçados, cortados ou esmagados na fantasia. Os ataques darão origem à ansiedade de que o indivíduo será punido pelos pais em conjunto. Esta ansiedade também é internalizada em consequência da introjeção sádico-oral dos objetos e, assim, dirigida ao o superego primitivo.

Klein afirma, baseada em sua experiência clínica, que essas situações de ansiedade nas fases iniciais do desenvolvimento mental são as mais

profundas e poderosas. O sadismo anal e uretral, que logo se somam ao oral e muscular, realizam um importante ataque fantasiado ao corpo da mãe. Na fantasia, os excrementos se transformam em armas perigosas: o ato de urinar é equiparado a cortar, furar, queimar, afogar, enquanto a massa fecal é encarada como armas e mísseis. Num estágio posterior à fase que acabo de descrever, esses modos violentos de ataques dão lugar a agressões ocultas pelos métodos mais refinados que o sadismo pode criar e os excrementos passam a ser igualados a substâncias venenosas.

O excesso de sadismo dá origem à ansiedade e põe em movimento os métodos de defesa mais arcaicos do ego, defende Klein (op. cit.). Essas primeiras defesas surgem devido a duas fontes de perigo: o sadismo do próprio sujeito e do objeto que é atacado. Essa defesa tem caráter violento, proporcional à quantidade de sadismo e difere fundamentalmente do mecanismo posterior da repressão. Em relação ao sadismo do próprio sujeito, essa defesa implica a expulsão; no que diz respeito ao objeto, ela implica na destruição. O sadismo se torna uma fonte de perigo, mas não só porque oferece uma oportunidade para liberação da ansiedade, mas também porque acredita que as armas empregadas para destruir o objeto se voltarão contra si mesmo. O objeto de ataque se torna uma fonte de perigo porque o sujeito teme sofrer dele ataques semelhantes como retaliação. Assim, o ego em desenvolvimento se vê diante de uma tarefa que não está ao alcance de suas possibilidades nesse estágio: a de dominar a mais aguda ansiedade. De acordo com os estudos de Klein, o simbolismo é o fundamento de toda sublimação e de todo o talento, pois é através da igualdade simbólica que as coisas, as atividades e os interesses se tornam o conteúdo das fantasias libidinais.

Klein (op. cit.) assinala que juntamente com o interesse libidinal é a ansiedade que surge na fase que acabo de descrever que põe em movimento o mecanismo da identificação. Uma vez que a criança deseja destruir os órgãos (pênis, vagina, seios) que representam os objetos, estes passam a ser uma fonte de pavor. Essa ansiedade contribui para que a criança iguale os órgãos em questão com outras coisas; como resultado, estes também se tornam objetos de ansiedade e ela se vê obrigada a estabelecer constantemente novas equiparações, o que forma a base de seu simbolismo e de seu interesse nos novos objetos.

O simbolismo se torna a base não só de toda fantasia e sublimação, mas também da relação do indivíduo com o mundo externo e com a realidade em geral, afirma Klein (op. cit.). O objeto do sadismo, enquanto está em seu auge, assim como do desejo do conhecimento que surge na mesma época, é o corpo da mãe com seu conteúdo fantasiado. As fantasias sádicas dirigidas para o interior deste corpo constituem a primeira e mais básica relação com o mundo externo e com a realidade. O grau de sucesso com que o indivíduo consegue passar por essa fase vai determinar até que ponto ele poderá ter acesso a um mundo externo que corresponda à realidade.

Klein (op. cit.) ensina que a primeira realidade é totalmente fantasística; ela se vê cercada de objetos de ansiedade e, nesse sentido os excrementos, os órgãos, os objetos, coisas animadas e inanimadas de início são igualadas umas às outras. À medida que o ego se desenvolve, uma relação verdadeira com a realidade vai se estabelecer a partir dessa vivência. Assim, o desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade do indivíduo de tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade, ainda num período muito inicial. Como de costume, é preciso um equilíbrio ideal entre

os fatores envolvidos. Certa quantidade de ansiedade é a base necessária para que a formação de símbolos e a fantasia ocorram em abundância. É essencial que o ego possua a capacidade adequada de tolerar a ansiedade, a fim de elaborá-la de forma mais satisfatória. Deste modo, esta fase básica terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do ego será bem sucedido.

Os estágios iniciais do conflito edipiano são dominados pelo sadismo. Eles ocorrem durante uma fase do desenvolvimento que é inaugurada pelo sadismo oral (ao que se associa o sadismo uretral, muscular e anal) e se encerra com o fim da ascendência do sadismo anal.

É somente nos estágios finais do conflito edipiano que a defesa contra os impulsos libidinais entra em cena: nos estágios iniciais a defesa se dirige apenas contra os impulsos destrutivos que os acompanham. A primeira defesa levantada pelo ego é dirigida contra o sadismo do próprio sujeito e contra o objeto atacado, ambos encarados como fontes de perigo. Essa defesa tem caráter violento, diferente do mecanismo da repressão. No caso do menino essa forte defesa também se dirige contra o próprio pênis como órgão executor do sadismo.

Segundo Klein (op. cit.) a defesa prematura e excessiva do ego contra o sadismo dificulta o estabelecimento da relação com a realidade e o desenvolvimento da vida de fantasia. A apropriação e a investigação sádica do corpo da mãe e do mundo externo são interrompidas o que causa a suspensão total ou parcial das relações simbólicas com as coisas ou objetos que representam o conteúdo do corpo materno e, conseqüentemente, da relação do indivíduo com seu ambiente e a realidade.

Podemos supor, inicialmente, que Susie, apesar de na época do atendimento acima mencionado estar com vinte e dois anos de idade, ainda

estava assolada por fantasias persecutórias muito intensas semelhantes às mencionadas por Klein mediante o estudo de bebês. Susie tinha medo, um medo tão intenso que a ansiedade produzida por ele a paralisava. Durante esses momentos ela ficava, inclusive, impossibilitada de simbolizar a sua experiência subjetiva. Susie apenas fazia movimentos de balanço, quem sabe para tentar se acalmar. A paciente fez menção ao fato de que sua mãe tinha dificuldades para reconhecer seus sentimentos, o que nos leva a pensar que, talvez, esses medos que Susie sentia eram muito antigos e que nunca haviam sido nomeados para a analisanda.

Klein em outro importante artigo chamado *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*, publicado em 1946, pode nos auxiliar a continuar pensando a situação acima exposta. Ela afirma que desde o início da vida do homem as relações de objeto são moldadas por uma interação entre projeção e introjeção e entre objetos e situações internas e externas. Estes processos participam da construção do ego e do superego e preparam o terreno para o aparecimento do complexo de Édipo na segunda metade do primeiro ano.

A introjeção e a projeção também são usadas desde o início da vida como um dos mecanismos de defesa contra a ansiedade, objetivo primário do ego. A projeção origina-se da deflexão da pulsão de morte para fora, o que ajuda o ego a superar a ansiedade livrando-o do perigo e de outras coisas más. A introjeção do objeto bom é também usada pelo ego como uma defesa contra a ansiedade.

Alguns outros mecanismos estão estritamente ligados à projeção e a introjeção. Nos estados de gratificação, os sentimentos amorosos se voltam para o seio gratificador, ao passo que nos estados de frustração o ódio e a ansiedade persecutória se ligam ao seio frustrador.

A idealização está ligada à cisão do objeto, pois os aspectos bons do seio são exagerados como uma salvaguarda contra o medo do seio perseguidor. A idealização origina-se também do poder dos desejos pulsionais que aspiram a uma gratificação ilimitada e criam então a imagem de um seio inexaurível e sempre generoso – um seio ideal.

Se o processo projetivo é empregado de modo excessivo, partes boas da personalidade são sentidas como perdidas e, desta maneira, a mãe se torna o ideal do ego e o processo resulta também em enfraquecimento e empobrecimento do ego. Estes processos são em seguida estendidos para outras pessoas e o resultado pode ser uma dependência exagerada destes representantes externos das partes boas de si próprio. Outra conseqüência é o medo de que a capacidade de amar tenha sido perdida, pois o objeto amado é sentido como predominantemente amado por um representante do self.

Os processos de excisão de partes do self e sua projeção para dentro dos objetos são, assim, de importância vital para o desenvolvimento normal, bem como para as relações de objetos normais. Quando o ideal do ego é projetado para dentro de outra pessoa, esta pessoa torna-se predominantemente amada e admirada porque ela contém as partes boas do self. De maneira semelhante, Klein entende que é de natureza narcisista a relação baseada na projeção de partes más do self para dentro de outra pessoa porque, também neste caso, o objeto representa, sobretudo, uma parte do self.

O efeito da introjeção sobre as relações de objeto é igualmente importante. A introjeção do objeto bom, em primeiro lugar o seio da mãe, é uma pré-condição para o desenvolvimento normal, pois contribui para a coesão deste. Ele vem formar um ponto focal no ego e contribui para a sua coesão.

Um traço característico da relação mais arcaica com o objeto bom - interno e externo - é a tendência a idealizá-lo. Em estado de frustração ou de maior ansiedade, o bebê é levado a refugiar-se no seu objeto interno idealizado como meio de escapar de perseguidores. Com um objeto idealizado não assimilado vem o sentimento de que o ego não tem vida nem valor próprios.

O curso do desenvolvimento do ego e das relações de objeto depende da medida em que pode ser alcançado um equilíbrio ótimo entre introjeção e projeção nos estágios iniciais do desenvolvimento. Mesmo quando o equilíbrio é perturbado e um ou outro destes processos é excessivo, existe alguma interação entre projeção e introjeção. Por exemplo: a projeção de um mundo interno predominantemente hostil, regido por medos persecutórios, leva a uma introjeção, a um retomar para si, de um mundo externo hostil e vice-versa e introjeção de um mundo interno hostil e distorcido reforça a projeção de um mundo externo hostil.

A *identificação projetiva* está na base de muitas situações de ansiedade. A fantasia de uma entrada violenta no objeto dá origem a ansiedades relativas aos perigos que ameaçam o sujeito a partir do interior do objeto. Por exemplo, os impulsos para controlar um objeto a partir de seu interior despertam o medo de ser controlado e perseguido no interior do próprio objeto. Pela introjeção e reintrojeção do objeto que sofreu uma penetração violenta, os sentimentos de perseguição interna do sujeito são fortemente reforçados e sentidos como possuidores de aspectos perigosos do self.

As relações de objeto existem desde o início da vida, sendo o primeiro objeto o seio da mãe, o qual, para a criança, fica cindido em um seio bom (gratificador) e um seio mau (frustrador); esta cisão resulta em uma separação entre o amor e o ódio. O impulso destrutivo projetado para fora é inicialmente

vivenciado como agressão oral. Klein afirma que os impulsos sádico-orais dirigidos ao seio da mãe são ativos desde o início da vida. Assim, o impulso destrutivo volta-se contra o objeto e se expressa em fantasias de ataques sádico-orais ao seio materno, os quais logo evoluem para violentos ataques contra o corpo materno com a utilização de todos os meios sádicos.

Em estado de frustração e ansiedade, os desejos canibalescos são reforçados, e então o bebê sente ter tomado para dentro de si o mamilo e o seio em pedaços. Portanto, além da separação entre um seio bom e um seio mal na fantasia do bebê, o seio frustrador – atacado em fantasias sádico-orais – é sentido como fragmentado; e o seio gratificador, tomado para dentro sob a prevalência da libido de sucção – é sentido como inteiro. Este primeiro objeto bom atua como um ponto focal no ego. Ele contrabalança os processos de cisão e dispersão, é responsável pela coesão e integração e é instrumental na construção do ego. O sentimento do bebê de ter dentro de si um seio bom e inteiro pode, não obstante, ser abalado pela frustração e pela ansiedade. Como consequência pode tornar-se difícil manter a separação entre o seio bom e o mal e o bebê pode sentir também que o seio está despedaçado.

Encontramos na gratificação alucinatória infantil um exemplo de tal cisão. Os principais processos que entram em jogo na idealização são também operantes na gratificação alucinatória, a saber, a cisão do objeto e a negação tanto da frustração como da perseguição. Isso se relaciona com a negação da realidade psíquica. Desta forma o objeto (frustrador e perseguidor) é mantido completamente separado do objeto idealizado. Esta negação só se torna possível devido a fortes sentimentos de onipotência, uma característica essencial da mentalidade arcaica. A negação onipotente da existência do objeto mal e da situação de dor é, para o inconsciente, igual à aniquilação pelo

impulso destrutivo. Na gratificação alucinatória ocorre a invocação onipotente do objeto e da situação Ideal, e a igualmente onipotente aniquilação do objeto mau persecutório e da situação de dor. Esses processos se baseiam na cisão tanto do objeto como do ego. Klein afirma que na fase inicial da vida a cisão desempenha um papel tão importante quanto à repressão em fases posteriores.

Os ataques à mãe, em fantasia, seguem duas linhas principais: uma é a do impulso predominantemente oral de sugar até exaurir, morder, escavar e assaltar o corpo da mãe despojando-o de seus conteúdos bons. A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais e implica a expulsão de substâncias perigosas (excrementos), do self para dentro da mãe. Esses excrementos e essas partes más do self são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe consegue conter as partes más do self, ela não é sentida como um indivíduo separado, mas sim como sendo o self mau.

Muito do ódio contra partes do self é neste momento dirigido contra a mãe. Isto leva a uma fórmula particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Klein sugere o termo *identificação projetiva* para estes processos.

Quando a projeção é derivada principalmente do impulso do bebê de danificar ou controlar a mãe, ele a sente como um perseguidor. Nos distúrbios psicóticos, essa identificação de um objeto com as partes odiadas do self contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas. No que diz respeito ao ego, a excessiva excisão e a expulsão de partes suas para o mundo externo debilitam consideravelmente o ego. Isso porque o componente agressivo dos sentimentos e da personalidade está intimamente ligado na

mente ao poder, potência, força, conhecimento e muitas outras qualidades desejadas.

Não são apenas as partes más do self que são expelidas e projetadas, mas também partes boas do self. Os excrementos têm, assim, o significado de presentes, e as partes do ego que, junto com os excrementos, são expelidas e projetadas para dentro da outra pessoa representam as partes boas, isto é, as partes amorosas do self. A identificação baseada neste tipo de projeção influencia as relações de objeto. A projeção de sentimentos bons e de partes boas do self para dentro da mãe é essencial para habilitar o bebê a desenvolver boas relações de objeto e para integrar o seu ego.

A projeção de partes excindidas do self para dentro de outra pessoa influencia essencialmente as relações de objeto, a vida emocional e a personalidade como um todo. Uma fonte dos sentimentos depressivos que acompanham o separar-se das pessoas pode ser encontrada no medo da destruição dos objetos pelos impulsos agressivos dirigidos contra ele. Porém, são mais especificamente os processos de cisão e projeção que estão subjacentes a este medo. Se elementos agressivos são predominantes nas relações com os objetos e se eles são intensamente despertados pela frustração da separação, o indivíduo sente que os componentes de seu self, projetados para dentro do objeto, controlam este objeto de maneira agressiva e destrutiva. Ao mesmo tempo, o objeto interno é sentido como correndo o mesmo perigo de destruição que o objeto externo no qual uma parte do self é sentida como tendo sido deixada. O resultado é um enfraquecimento excessivo do ego, um sentimento de que não há nada que o sustente e um correspondente sentimento de solidão.

Melanie Klein, em 1952, publica *As origens da transferência*. Nesse texto

a autora amplia a visão sobre a transferência e a relaciona a esses fenômenos ocorridos na primeira infância.

Diz Klein em 1952:

Os processos primários de projeção e introjeção, estando intrinsecamente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as relações de objeto: pela projeção, isto é, pela deflexão da libido e da agressão em direção ao seio da mãe, fica estabelecida a base para as relações de objeto; pela introjeção do objeto, em primeiro lugar o seio, as relações com os objetos internos passam a existir. (p. 72)

Prossegue a autora em outro trecho:

(...) a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto. Dessa forma na análise temos que voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância. Só podemos apreciar plenamente a interconexão entre as transferências positiva e negativa se explorarmos o interjogo inicial entre o amor e o ódio, e o círculo vicioso entre agressão, ansiedades, sentimentos de culpa, e uma maior agressão, bem como os vários aspectos dos objetos para os quais são dirigidas essas emoções e ansiedades conflitantes. (p. 76)

Pensamos que diferentemente de Freud, Klein entende que a transferência é um fenômeno que ocorre desde o início da vida e que é através de processos introjetivos e projetivos que se iniciam as primeiras relações de objeto.

Reconhecemos, então, que a relação entre analista e analisando reproduz, em parte, a relação em mãe e filho(a). Desta forma, identificamos a

natureza e a qualidade da relação que existia entre mim e a paciente Susie. Afirmei acima que eu sentia que o nosso vínculo era muito frágil e que predominava na paciente um intenso sentimento de desconfiança. Susie me atacava com palavras e ações com o objetivo de me destruir. Podemos pensar que intensas identificações projetivas eram direcionadas para o meu interior o que dava o tom da nossa relação. Mas mesmo chegando a esta premissa de que o psiquismo de Susie era permeado por fantasias persecutórias que a levavam a atacar os objetos ao seu redor, ainda resta a questão do motivo pelo qual eu reproduzi a imobilidade da paciente. Porque contratransferencialmente eu vivenciei o medo que Susie estava sentindo e, naquele momento, pude apenas tentar nomear os sentimentos de Susie e convidá-la a tentar fazer o mesmo. Como podemos compreender a minha ausência de movimento naquela sessão?

Melanie Klein pouco tratou, especificamente, do conceito de contratransferência. Apesar disso, suas contribuições referentes ao conceito de identificação projetiva possibilitaram que outros autores desenvolvessem teorias que podem nos auxiliar a pensar o fenômeno clínico em questão.

2.4 A resposta emocional do analista

A partir de uma apresentação realizada no 16º Congresso Internacional de Psicanálise ocorrido em Zurique no ano de 1949, em 1950 Paula Heimann escreve um artigo chamado *Sobre contratransferência*. Heimann foi motivada por certas observações em seminários e supervisões de candidatos a analista, pois verificou que grande parte deles sustentava medo, culpa ou vergonha por seus sentimentos em relação aos pacientes. Os candidatos, por consequência,

tornavam-se insensíveis e imparciais.

Nesse artigo Heimann (op. cit.) afirma que a resposta emocional do analista ao paciente consiste em um importante instrumento do psicanalisar. Heimann ensina que a contratransferência é uma das possíveis formas de investigar o inconsciente do paciente. A autora entende que o termo contratransferência deve ser usado para cobrir todos os sentimentos que o analista experimenta na relação com seu paciente. Diz ela que nem todos os sentimentos que o paciente sustenta em relação ao seu analista são transferenciais e que na medida em que a análise avança, o paciente reúne cada vez mais recursos para vivenciar sentimentos reais pela pessoa do analista.

A relação analítica é uma relação entre duas pessoas e o que diferencia esta relação singular é a gama de sentimentos que são experimentados pela dupla, entende Heimann (op. cit.). Neste sentido, a análise do analista serve justamente para que ele se torne apto a sustentar e suportar os sentimentos que são direcionados a ele e não descarregá-los como faz o paciente. Deste modo, o analista pode submeter estes sentimentos a atividade analítica e funcionar como um espelho para o paciente.

Heimann ensina que se o analista trabalha sem consultar os seus sentimentos as interpretações acabam se mostrando pobres. Junto à atenção flutuante convém que o analista utilize algo como '*sensibilidade emocional livremente ativada*' para que ele possa seguir as emoções do paciente e os seus conteúdos inconscientes.

Estas suposições retomam a idéia freudiana de comunicação entre inconscientes e esta sintonia entre os inconscientes do analista e do analisando possibilita que o analista, através de sua contratransferência, torne

conhecidos os sentimentos do paciente que são a expressão de seus conteúdos inconscientes.

Heimann (op. cit.) menciona o fato que é através da comparação, por parte do analista, daquilo que ele está sentindo no momento da sessão com as associações e comportamentos do paciente, que ele consegue, de modo mais preciso, saber se compreendeu ou não o paciente. No entender de Heimann, esta é a forma mais dinâmica através da qual a voz do paciente atinge o analista.

Diz Heimann (1950, p. 16)

[...] a resposta imediata emocional do analista a seu paciente é um indicador significativo dos processos inconscientes do paciente que guia o analista para uma compreensão mais ampla. Isso ajuda o analista a focalizar sua atenção nos elementos mais urgentes nas associações do paciente e serve como critério para a seleção de interpretações do material que, como sabemos, é sobredeterminado.

Do ponto de vista que sustento, a contratransferência do analista não é apenas uma parte essencial da relação analítica, mas é também *criação* do paciente, é também uma parte de sua personalidade. (...) a resposta emocional do analista à situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes de seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente.

A psicanalista segue afirmando que as emoções do analista estão mais próximas dos conteúdos latentes da fala do paciente do que a razão. Ao seguir as suas reações emocionais o analista pode obter uma compreensão mais ampla a respeito do paciente e selecionar de modo mais criterioso os elementos das associações do paciente que podem tornar sua interpretação mais precisa.

Heimann alerta que esta utilização da contratransferência não ocorre sem perigos, pois alguns analistas podem utilizá-la para encobrir as suas deficiências. Ela entende que apenas quando o analista superou as suas ansiedades paranóides e depressivas é que ele consegue reunir recursos para

acessar o seu inconsciente e não atribuir ao paciente aquele conteúdo que é seu. Ou seja, apenas depois de ter sido analisado é que o psicanalista consegue distinguir o id, o ego, o superego e os objetos externos do paciente projetados em si.

Ainda no mesmo artigo, Heimann lembra que Freud recomendou que o analista dominasse a sua contratransferência. Frente a esta questão ela entende que neste momento Freud não recomendou que o analista se tornasse insensível e imparcial, mas que utilizasse a sua resposta emocional para compreender o inconsciente do paciente. Esta estratégia possibilita que o analista fique protegido de atuações e que possa prosseguir na autoanálise de suas questões próprias. Apesar destas possibilidades quando se utiliza a contratransferência, Heimann não acha correto que o analista comunique os seus sentimentos ao paciente, pois essa postura se tornaria um peso desnecessário para o paciente. Ela recomenda que as respostas emocionais do analista sirvam como fonte *insight* para ele em relação aos conteúdos inconscientes do paciente. Após esta compreensão, o analista pode interpretar com maior segurança e a integração egóica decorrente possibilita que o paciente deixe de idealizá-lo e/ou reconhecê-lo como um perseguidor, mas sim como um ser humano.

León Grinberg, em 1958, traz em seu artigo denominado *Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Sus implicaciones técnicas* a idéia de que as intensas identificações projetivas do paciente produzem contra-identificações projetivas no analista, que não as percebe conscientemente. Nestas situações o analista é levado pelo analisando a desempenhar papéis. Essa coerção ocorre de maneira ativa e inconsciente por parte do paciente que, através da projeção de partes do *self* sobre e dentro do

analista, o leva a atuar. Grinberg afirma que em certas situações o analista responde como se tivesse adquirido de modo real e concreto os aspectos que nele foram projetados, inconscientemente, pelo analisando.

Para Grinberg (op. cit.) estas atuações de papéis por parte do analista ocorrem também de modo inconsciente e independente de sua personalidade, ou, mais precisamente, de seus conflitos internos. Nesta situação, o analista encontra-se imbuído de algo que não é seu, mas sim do paciente.

Em 1982 Grinberg reformula sua idéia de contraidentificação projetiva e passa a entender que o analista deve deixar-se afetar pelas identificações projetivas do paciente e contê-las. Desta forma o psicanalista pode vivenciar um espectro de emoções que se bem *compreendidas e sublimadas* podem se tornar instrumentos analíticos muito úteis para compreender os níveis mais profundos do inconsciente do analisando.

Verificamos que em Grinberg muitas reações que o analista apresenta durante a sessão de análise independem da sua personalidade. Para o autor as identificações projetivas realizadas por muitos de nossos pacientes afetaria qualquer um que estivesse no lugar de objeto, levando-o, assim, a atuar o papéis coercitivamente. Será que podemos pensar que Grinberg estava correto se pensarmos o ocorrido com Susie? Pensamos que sim, mas apenas parcialmente, pois entendemos que a essas reações podem ser controladas e utilizadas de um modo mais eficaz.

2.5 A contratransferência normal

Roger Money-Kyrle, em um texto chamado *Contra-transferência normal e alguns de seus desvios*, publicado em 1955, afirma que a contratransferência

tem suas causas no paciente e pode ser utilizada durante a interpretação. Money-Kyrle entende que apesar da contratransferência atualmente possuir a possibilidade de ser utilizada como um recurso técnico, durante a análise ela pode se constituir como obstáculo.

A preocupação pelo bem-estar do paciente se origina na fusão da tendência reparadora com a parental, pensa Money-Kyrle (op. cit). Com efeito, em alguma medida o analisando deve representar os objetos danificados que ainda precisam ser cuidados/tratados na fantasia inconsciente do analista, pois estes objetos ainda são ameaçados pela agressão. Ou seja, o analista reconhece no paciente, assim como um pai reconhece em seu filho, aspectos arcaicos do próprio *self*. Deste modo, o analista pode se identificar parcialmente com o paciente o que possibilita a ocorrência de empatia e *insight*.

Money-Kyrle (op. cit.) entende que a contratransferência normal ocorre quando existe uma oscilação entre introjeção e projeção: na medida em que o paciente fala o analista vai, gradativamente, se identificando introjetivamente com o paciente e, quando alcança uma compreensão interna, reprojeta o paciente através da interpretação. O autor pensa que o analista está mais próximo da parte projetiva, ou seja, da parte em que o paciente é o representante de uma fase antiga e imatura do analista, fase esta que contém objetos arcaicos e danificados que, através do paciente, podem ser compreendidos e tratados. O mesmo movimento ocorre quando o analisando livre-associa. Essas associações, através do processo mencionado anteriormente, possibilitam que o analista faça interpretações, que geram novas compreensões. Os sentimentos contratransferenciais do analista estão relacionados à empatia para com o paciente e é esta empatia que propicia

insight.

Money-Kyrle (op. cit.) lembra que a situação citada acima é um ideal. Para que este movimento pudesse ocorrer de modo constante e ininterrupto o analista precisaria ser onisciente e nunca deixar de compreender o que o paciente traz. Mas isso não é possível: durante muitos momentos da análise o analista deixa de compreender o analisando e esta falta de compreensão gera ansiedade no analista. Esta ansiedade reduz ainda mais a capacidade de compreender e instaura-se aí um círculo vicioso, que constitui um desvio da contratransferência normal. Esta situação implica em três fatores: a perturbação emocional do analista; o papel do paciente em ocasionar esta perturbação; e, as conseqüências desta perturbação do analista no paciente.

Money-Kyrle (op. cit.) ensina que a perturbação emocional do analista é influenciada diretamente pelo seu superego. Se o superego do analista é predominantemente amistoso, o analista, após deixar de compreender o paciente, pode tolerar as suas limitações e retomar a sua compreensão rapidamente sem maiores problemas. Agora, se o superego do analista é excessivamente severo ele vivenciará uma sensação de fracasso desencadeada por uma culpa inconsciente, que pode ser projetada no paciente, ou vivenciada de maneira depressiva ou persecutória. Se o analista aceita a culpa, ele pode ficar paralisado devido à introjeção do paciente e, se o analista projeta a culpa, o paciente pode tornar-se um objeto permanentemente incompreensível.

Money-Kyrle (op. cit.) vai mais longe. Ele sugere que quando o analista permanece pensando nos problemas de seus pacientes após as sessões, ele vivencia um período de esquecimento que se segue a um período de apatia ocasionado pela fantasia de que partes do seu *self* foram projetadas no

paciente, o que gera um sentimento de esvaziamento. Este período apenas cessa quando o paciente retorna e o analista revê estas suas partes excindidas. Esta perda ocorre nos momentos em que o analista vivencia algo durante a sessão como se estivesse sentindo-se desprovido de inteligência.

O analista que é frustrado no que se refere ao seu impulso reparador pode tender a amar ou odiar o paciente. Estas frustrações podem estar relacionadas às intenções do paciente em ocasionar um ou outro sentimento no analista. Quanto mais o analista perde sua empatia com o estado emocional do paciente, mais ele tende a reagir a esta frustração. Este estado amoroso ou odioso do analista pode ser percebido pelo paciente. Isto faz com que a própria reação do analisando possa ser interpretada. Se isso acontecer, o analisando poderá avaliar não apenas a atitude do analista para com ele, mas também, através da comparação, a atitude de seus pais reais. Se esta situação passar despercebida pelo analista e ele inconscientemente oferecer amor (contratransferência positiva) no lugar de interpretações, sua mente pode ficar cindida assim como a do paciente, que irá reconhecer o analista como bom e o pai (ou mãe) como mau. Isso pode fazer com que o paciente mantenha a sua culpa inconsciente, o que o impediria de elaborar a posição depressiva, ocasionada pelo conflito entre o amor e o ódio. Não apenas a contratransferência positiva pode resultar em fracasso temporário da compreensão do paciente: quando o analista reconhece o analisando como incurável ele pode desenvolver atitudes negativas em relação ao paciente.

Pacientes paranóides que passam muito tempo odiando o analista podem passar a representar os próprios objetos maus e persecutórios do mesmo. Estes sentimentos fazem com que o analista sinta-se aliviado a cada última sessão da semana e, principalmente, na última sessão antes de suas

férias.

Em ambos os tipos de contratransferência (positiva ou negativa) o psicanalista perde momentaneamente a capacidade de compreensão. Isso implica na qualidade estéril de qualquer interpretação pelo fato desta estar baseada apenas no seu conhecimento teórico.

Frente ao exposto acima, podemos pensar que a sessão em questão constituiu-se como um desvio da contratransferência normal, pois naquele momento ficamos sem compreender a paciente e aquilo nos gerou uma ansiedade que dificultou mais ainda qualquer outro tipo de intervenção. Frente a esta concepção passemos a pensar algumas formas de manejar a contratransferência.

2.6 O manejo da contratransferência

Irma Brenman Pick, no ano de 1985 afirma que o analista, necessariamente, quando acolhe a experiência do paciente, também passa por uma experiência. Quando o paciente projeta para dentro do analista (ação) o que ele espera que aconteça é uma reação. Se o analista reage rapidamente à ação do analisando boa parte dos conteúdos que poderiam ser percebidos permanecem inconscientes.

Irma Pick (op. cit.) assevera que alguns pacientes quando recebem uma interpretação escutam não somente as palavras ou o seu significado consciente, mas escutam principalmente a melodia da voz do analista, sendo que as palavras não são escutadas.

A função de analisar não se dá em uma área do ego longe de conflitos. A psicanalista afirma que para que o analista possa compreender o mundo

interno do paciente, ele deve mover-se para dentro do seu mundo esquizo-paranóide e possuir alguma flexibilidade para lidar com as tensões que emergem desta relação. Cada interpretação do analista tem por objetivo favorecer a passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva. Mas a autora afirma que isso é válido não apenas para o paciente, mas também para o analista, pois este precisa sempre regredir e elaborar. A psicanalista afirma que possui dúvidas a respeito da interpretação profunda: se ela não ocorre mais em termos de uma elaboração interna do analista no momento em que ele interpretou.

Irma Pick pensa que o processo do analista em lidar com a própria experiência e elaborá-la, assim como de querer ou de temer o conhecimento por parte do paciente facilita o contato mais profundo e empático com partes e objetos internos do paciente. Posto isso, a autora considera que é imperativo considerarmos nossas próprias partes conflituosas, pois, do contrário, a atuação pode mais facilmente ocupar o lugar da interpretação. Se não consideramos estes aspectos corremos o risco de projetarmos todo o mal no outro e ficarmos com todas as boas qualidades. Ou alguém consegue ou já conseguiu passar ileso pelos acidentes e vicissitudes da vida?

Os problemas que o analista tem que enfrentar, caso não leve em consideração suas questões particulares, é reagir com raiva às agressões do paciente ou agir como um santo que, altruisticamente, lida com os aspectos mais imaturos do paciente sem considerar os seus próprios.

Os pacientes frequentemente são muito sensíveis às reações emocionais do analista frente às questões que ele traz: rivalidade, ciúmes, inveja, excitação erótica. Irma Pick (op. cit.) afirma que o êxito ou fracasso de uma interpretação depende não apenas das palavras que são utilizadas, mas

também da voz e dos gestos que são proferidos durante a interpretação. Isso nos leva a considerar a importância da possibilidade de mobilização no analista de um sadismo explícito ou de um masoquismo impecável frente às crueldades dos pacientes. Ou seja, o que a autora enfatiza é a necessidade de submeter nossos sentimentos à razão, pois não somos neutros no sentido de não termos reação alguma durante o atendimento de nossos pacientes.

Algo mais precisa ser considerado: alguns pacientes não apenas projetam partes cindidas do seu self para dentro do analista, mas projetam estas partes visando a aspectos específicos do analista. Por exemplo: o desejo do analista de ser mãe; o desejo de ser onisciente; suas pulsões sádicas e todas as defesas que estão ligadas a estes aspectos. Acima de tudo, o paciente projeta visando à culpa do analista, o que mobiliza as ansiedades mais arcaicas ligadas à posição esquizo-paranóide.

Irma Pick (op. cit.) salienta que dentro do analista ocorre uma *interação emocional espontânea* com as projeções do paciente. Se o analista se der conta de que esse processo é inerente a condição humana e não se deixar dominar pelo ideal da neutralidade, poderá fazer um bom uso desta situação quando chegar o momento de interpretar.

Quando o paciente projeta para dentro do analista sua experiência, esta situação pode ser vivenciada por ambos como desagradável, justamente porque atinge os limites entre o interno, o externo, a realidade, a fantasia, o *self* e o objeto, pois torna muito sutil a diferença entre empatia e intrusão. A elaboração interna destas questões afeta diretamente nossas interpretações. Esta, sem dúvida alguma, é uma difícil tarefa, pois coloca o analista diante do sério problema de como manejar as projeções do paciente e, ao mesmo tempo, seus próprios sentimentos.

Irma Pick (op. cit) entende, ainda, que quando a análise caminha bem o analista pode manejar, sem muitos problemas, a combinação de envolvimento e distanciamento, capacidade esta que é mais atacada quanto mais grave for a patologia do paciente. Esta situação leva o analista a voltar-se para uma pessoa externa que lhe dê apoio como um “pai”, um hospital, um colega que possa auxiliá-lo na contenção do ódio em relação ao paciente/bebê parasita implacável ou o amor e preocupação em relação ao paciente/bebê carente e desamparado. Se o analista suporta, sozinho ou com o auxílio de alguém, esses sentimentos contraditórios, isso pode ajudar o paciente a entrar em contato com partes de seu *self* e com seus objetos internos. Esses problemas fazem parte do manejo de qualquer análise e indicam que na maior parte do tempo o processo não é suave nem para o paciente, nem para o analista.

Irma Pick (op. cit.) nos ajuda a pensar que um passo inicial para lidarmos com a contratransferência é nos apropriarmos de nossos sentimentos durante a análise de nossos pacientes. Essa apropriação se dá através de um movimento de envolvimento e distanciamento que auxilia o analista no momento de interpretar. Penso que era bem vindo no atendimento de Susie que, após envolver-me e, mediante isso, vivenciar na pele o medo que ela estava sentindo, era necessário um posterior distanciamento para que meu pensamento continuasse em atividade.

Betty Joseph (1978) verifica, mediante a sua experiência clínica, que o principal motivo pelo qual os pacientes buscam os nossos consultórios é para que nós os ajudemos a lidar com sua ansiedade. Betty Joseph (op. cit.) afirma que quando o paciente fala cria-se uma atmosfera na sessão que caminha no sentido de fazer com que o analista o agrida verbalmente de modo sado-masoquista, ou seja, o objetivo do paciente é fazer o analista se irritar e criticá-

lo. Este mecanismo ocorre através da projeção do superego.

Betty Joseph (op. cit.) diz que, nós, analistas, temos que esperar que nossos pacientes nos usem para evitar a ansiedade, e não como idealmente desejaríamos para compreendê-la. Quanto mais o paciente esta usando mecanismos de defesa primitivos contra a ansiedade, mais é provável que o analista sinta que está sendo envolvido e usado pelo paciente de forma consciente e mais a análise é cenário para a ação ao invés de compreensão. Quando o ego imaturo não consegue suportar a ansiedade, ele nega ou excinde partes da sua personalidade, impulsos e objetos internos, projetando-os no mundo o que, na sala de análise, significa dentro do analista. Este mecanismo impede que o paciente entre em contato consigo mesmo e, também, perceba o analista de modo distorcido. Estas resistências e defesas específicas se expressam na transferência e podem ser experimentadas na contratransferência.

É muito provável que Susie estivesse, também, me usando para lidar com sua ansiedade. É possível também que naquele momento ela não estivesse realmente necessitando de uma interpretação profunda, mas apenas de um outro que reconhecesse o seu sofrimento naquele momento. Mas fato é que naquele momento senti que não estava compreendendo a analisanda e que esta falta de compreensão estava dificultando uma ação mais efetiva.

Em outro artigo chamado *Sobre compreender e não compreender: algumas questões técnicas*, escrito em 1983, Betty Joseph pensa que todo esse sistema de fantasias, objetos, ansiedades e defesas contra a ansiedade é trazido para dentro da transferência e da contratransferência na medida em que o analista se sente inútil e impotente. O paciente está contra a compreensão – apesar de, na maioria das vezes, achar que está a favor dela.

Compreender significaria entrar em contato com conteúdos que ele não tolera e não suporta saber que não tolera. Este estado de onisciência é perturbado quando ocorre alguma interpretação. Nesses casos a agressividade do paciente é mobilizada. O paciente tenta puxar o analista para dentro de seu estado confusional onde a compreensão não existe. Nesses momentos cabe ao analista tolerar o não saber até que alguma compreensão do que está acontecendo possa ser atingida.

Betty Joseph volta a pensar a transferência e a contratransferência em 1985 no seu artigo chamado *Transferência: a situação total*. Nele Betty Joseph afirma que a transferência é tudo o que o paciente traz para a relação. Deste modo o psicanalista pode perceber o que está acontecendo dentro da relação e como o paciente está usando o analista, ao lado e além daquilo que ele está falando. Seu argumento é que muito daquilo que podemos compreender da transferência ocorre através do modo como os pacientes agem sobre nós, o que faz com que sintamos as mais diversas sensações, vivenciemos os seus sistemas defensivos e como atuam conosco e tentam fazer com que atuemos com eles na transferência e, finalmente, como transmitem aspectos de seu mundo interno que só podem ser apreendidos através de sentimentos provocados em nós por meio da contratransferência.

De acordo com Betty Joseph (op. cit.) a contratransferência não mais pode ser vista apenas como obstáculo, mas sim como uma ferramenta importante do trabalho analítico, pois nos leva a compreender alguns aspectos centrais da psicanálise. Por exemplo: para Betty Joseph, movimento e mudança são aspectos essenciais da transferência. Isso faz com que as interpretações não possam ser simples explicações, mas sim reflitam a sua forma específica de funcionar e que este funcionamento atual, por sua vez,

reflita a natureza de suas ansiedades sendo esses movimentos partes daquilo que é essencial para que ocorra uma mudança psíquica. Esses aspectos apenas podem ser compreendidos se o analista pensar em situações totais sendo transferidas.

Joyce McDougall diz em *Contratransferência e a comunicação primitiva*, texto de seu livro *Em defesa de uma certa anormalidade*, publicado em 1983, que é muito difícil para o analista ouvir algo que está fora do discurso e do inconsciente do paciente. Mais do que tocado pelas palavras das associações dos pacientes, o analista é afetado pelos aspectos da fala do paciente que se encontram entre as linhas do discurso. Essas afetações podem auxiliá-lo a formular uma interpretação. O analista funciona, então, como alguém que dá sentido ao fantasma arcaico quando empresta ao paciente o seu aparelho de pensar. McDougall (op. cit.) afirma que mais cedo ou mais tarde o psicanalista percebe que o seu desempenho profissional está perturbado por esse tipo de paciente. Joyce McDougall recomenda, então, que o psicanalista reconheça e elabore os aspectos suscitados pela fala do paciente (tédio, desconforto, raiva, atenção dispersa, etc.) e possibilite a eles um acesso à sua consciência.

McDougall pensa que esses afetos não são apenas reflexos de conflitos do psicanalista e que se permanecer apenas seguindo a cadeia associativa do discurso do paciente, inevitavelmente será bloqueado pela resistência da contratransferência.

O analista realiza a função de imago principalmente para os pacientes mais perturbados que vivenciaram difíceis experiências no início da vida. A escuta flutuante é eficaz para perceber o conteúdo latente do discurso do paciente e para apreender o afeto oculto ligado a esta fala. O paciente introduz

a imago do analista no seu mundo interno e essa imago permanece lá como uma estrangeira junto aos outros objetos internos. Deste modo, os afetos, os desejos e as interdições são atraídos na direção desta imago pela força da transferência.

Para os pacientes neuróticos a interpretação explicita a distância entre o analista enquanto sujeito e o analista enquanto objeto da transferência e o silêncio representa uma promessa. Para outros pacientes a distância não existe. O real e o imaginário são a mesma coisa. As interpretações carregam a possibilidade de perpetuar as incompreensões e o silêncio é vivenciado como a morte psíquica, o vazio. Para a autora apenas as barulhentas e freqüentes explosões é que permitem que a mensagem em ato possa ser escutada no interior da relação analítica.

Verificamos, desta forma, que a contratransferência pode ter um aspecto que dificulta ou mesmo impede a comunicação, na medida em que o analista se sente impotente e incapaz de lidar com a situação que a ela se apresenta. Porém, é justamente esse mesmo fenômeno que, se compreendido, pode trazer importantes informação a respeito do modo como o paciente se relaciona com seus objetos internos e externos.

2.7 A comunicação pela via contratransferencial

Wilfred Bion, em seu artigo *Ataques al vínculo* (1959), ensina que a identificação projetiva possui um caráter comunicativo. Esta concepção amplia a visão original do conceito e aumenta as suas possibilidades de utilização clínica. Esta comunicação ocorre através da vivência possibilitada pelo paciente das experiências que ele mesmo experimenta. Sendo assim, é a

emoção que dá sentido a experiência.

O aparelho de pensar se desenvolve a partir das identificações projetivas do bebê sobre a sua mãe. Esta mãe precisa conter e significar as experiências emocionais através da interpretação. Bion chamou a capacidade da mãe de conter as projeções do bebê de *reverie*, pois concomitantemente a continência dessas projeções a mãe as desintoxica e, no momento seguinte, devolve para o seu filho de modo mais simbolizado essas projeções. Bion chamou esta capacidade de *função alfa*, pois ela “filtra” os *elementos beta* que são projetados e, através da *tela alfa* os transforma em algo mais suportável (elementos alfa).

Bion, no artigo *Como tornar proveitoso um mau negócio* (1987), afirma que quando duas personalidades se encontram se cria uma turbulência emocional, mas já que elas se encontraram e, uma vez que este estado ocorre, as duas partes devem decidir *como tornar proveitoso um mau negócio*. Em *Turbulência emocional* (1977) Bion ensina que na situação analítica, diante do surgimento da turbulência emocional, em vez de fugir dela, o analista deve aproveitá-la para promover o crescimento mental do paciente. A turbulência costuma acompanhar as grandes mutações da vida: nascimento, adolescência, velhice, etc.

Bion poucas vezes fez menção ao termo contratransferência, pois preferia reservar esse termo para referir-se aos aspectos patológicos da função de analisar. Apesar disso, sua contribuição ampliou a compreensão da identificação projetiva ao atribuir a esta uma qualidade comunicacional o que possibilitou que as impressões vivenciadas pelo analista durante a sessão fossem utilizadas para a formulação de interpretações.

Podemos pensar, assim, que a situação de análise por se constituir

como um encontro entre duas personalidades será freqüentemente difícil. Porém, cabe ao analista se sustentar na posição que a ele compete e suportar as identificações projetivas “filtrando-as”, desintoxicando-as, para, posteriormente, devolvê-las ao analisando na forma de interpretações. O encontro com Susie era sempre muito difícil. Suportar o impacto ocasionado pelo contato com ela era custoso, mas, frente aos ensinamentos de Bion era o que poderia ser feito para que, paulatinamente, bons objetos pudessem ser introjetados pela paciente, o que auxiliaria na redução de seu sofrimento.

2.8 A contratransferência com pacientes esquizóides e narcisistas

Outro autor relevante para o estudo da contratransferência é Herbert Rosenfeld que publicou em seu livro *Impasse e interpretação* (1988) um capítulo chamado *Identificação projetiva e dificuldades na contratransferência no decorrer da análise de um paciente esquizofrênico*. Nesse texto Rosenfeld apresenta a concepção de que é de suma importância o analista compreender a sua reação contratransferencial, pois esse é um meio fundamental para entender as comunicações de um paciente esquizofrênico que ocorrem mediante intensas identificações projetivas.

Essas comunicações primitivas muitas vezes não são facilmente compreendidas pelo analista pelo fato de comportarem emoções muito violentas de amor, ódio, sentimentos confusionais e estados gravemente desintegrados. Nessas situações particulares o analista pode sentir-se esmagado e incapaz de conter essas maciças projeções. Ocorre, então, uma comunicação não verbal através de uma *força hipnótica primitiva*. O mais comum nesses casos é que o analista se defenda através da irritabilidade e

que somente mais tarde ele reconheça as qualidades depressivas e desesperadas que estão ligadas a uma sensação de fracasso desencadeada na e pela relação com o paciente.

Essas reações contratransferenciais, diz Rosenfeld, algumas vezes podem ser percebidas com pacientes neuróticos, mas são mais facilmente percebidas com pacientes psicóticos. Esses estados precisam ser diagnosticados rapidamente, pois, do contrário, o paciente pode vivenciar delírios de que está sendo injusto com o analista e, para protegê-lo, cometer o suicídio.

Rosenfeld ensina que com pacientes que vivenciam esses estados confusionais é extremamente importante que o analista perceba o que é essencial interpretar. Se o analista fizer muitas perguntas, entrar muito em detalhes, abordar separadamente diversos pontos devido a sua falta de compreensão, causará um estado de ansiedade muito intenso no paciente. Este, após alguns momentos, perceberá que o analista ficou inseguro e confuso o que lhe ocasionará mais ansiedade ainda.

Parte dos pacientes esquizofrênicos precisa que o analista suporte a condição de não saber ocasionada pelo estado confusional desencadeado contratransferencialmente pela relação com o paciente. Deste modo, convém centrar-se no problema e observá-lo de modo que, calmamente, a situação possa ser esclarecida e as soluções construídas passo a passo.

Para Figueiredo (2003) a contratransferência é uma reação por parte do analista às transferências do analisando que, por sua vez, ocorrem devido aos recalcamientos por este realizados. Figueiredo distingue a contratransferência da contraidentificação-projetiva. Para ele a contraidentificação-projetiva vem a ser a reação por parte do analista devido às identificações projetivas realizadas

pelo analisando, que ocorrem devido às suas cisões e dissociações. O objetivo da identificação projetiva é colocar para fora as partes más e insuportáveis do psiquismo ou, ao contrário, colocar para fora as partes boas que, devido ao medo de que sejam destruídas pelo contato com as partes más, também devem ser expelidas. Todos esses conteúdos são colocados sobre e dentro do objeto que, na situação a qual nos referimos, é o analista. Estas ações têm por objetivo controlar o objeto a partir de dentro, o que causa uma confusão entre o sujeito e os seus objetos de identificação projetiva. Estes são os pacientes narcisistas que utilizam predominantemente este mecanismo e estão constantemente recusando a diferença e a separação entre eles e o objeto. Ou seja, estão repetidamente tentando passar do auto-erotismo ao amor objetal, mas falhando.

Na mesma obra Figueiredo afirma que existe outro tipo de paciente, que vem se mostrando cada dia mais comum, que é o paciente esquizóide. Esses pacientes realizam encenações (*enactments*) constantes e exigem também de maneira constante as contra-encenações (*conter-enactments*) por parte do analista. Estas exigências têm por objetivo manter os objetos externos sob controle. Estas encenações encobrem uma real ausência afetiva e uma incapacidade de contato com o mundo interno.

Em suma, os pacientes narcisistas possuem ausência de limites, recusam a diferença e a separação em relação ao outro com o objetivo de manter a onipotência infantil. Eles utilizam excessivamente as identificações projetivas e o analisa encontra muita dificuldade em se constituir como objeto externo, diferenciado. Observamos nesses pacientes a voracidade, a impaciência, a fúria destrutiva como reação às feridas narcísicas. Frente aos fracassos, que são vivenciados como perdas, eles costumam desenvolver a

melancolia. Diz Figueiredo (op. cit, p. 150) que “[...] é como se o aparelho psíquico não se houvesse “fechado” e constituído em termos de barreiras de contato capazes de produzir tanto diferenças como, também, mediações e trocas.”.

Já os pacientes esquizóides aceitam a diferença com o objetivo de controlar o objeto e assim proteger-se da separação. Os objetos são reconhecidos como externos e, assim, separados dos objetos internos maus, sedutores e persecutórios. Observamos nesses pacientes retraimento, rigidez, intolerância, senso de futilidade, tédio e muitas vezes a depressão que surge com o objetivo de proteger o psiquismo do desprazer através do anestesiamiento. Ou seja, estamos falando de um aparelho psíquico muito fechado para as comunicações tanto para com mundo externo como entre as partes internas dissociadas. A dificuldade encontrada pelo analista com os pacientes esquizóides é de constituir-se como objeto interno da fantasia, visto que as experiências traumáticas interromperam as vias de comunicação com os mundos interno e externo.

Winnicott, citado por Figueiredo (op.cit.), reconheceu os limites da interpretação com pacientes narcisistas. Desta forma, para eles as palavras da fala (interpretações) não representam, elas são “coisas”. Logo, interpretações da transferência com pacientes narcisistas que utilizam predominantemente a identificação projetiva não só é ineficaz, como também desaconselhável, pelo simples motivo de que não há transferência. Figueiredo pensa que essas intervenções além de não serem produtivas, irritam o paciente, pois estes as reconhecem como ataques proferidos pelo analista.

Com os pacientes esquizóides as limitações da fala interpretativa podem ser maiores, pois interpretar comportamentos dissociados de afetos e fantasias

não faz o menor sentido. Figueiredo (op. cit, p. 17) entende que:

A psicanálise não é uma cura pela sugestão, não é uma construção mais ou menos autoritária do psicoterapeuta, não é uma pedagogia, não é uma imposição ortopédica de novas formas para corrigir formas antigas e defeituosas [...].

Esta impaciência se mostra mais regularmente através de interpretações prematuras e/ou inoportunas que visam extrair a todo custo as lembranças inconscientes. O analista apressado que de qualquer forma e a qualquer custo quer curar o paciente que o procurou freqüentemente ocasiona impasses resistenciais, irritam o paciente e, na maioria das vezes, não favorece nenhuma transformação. Esse furor interpretativo tem por objetivo unicamente fornecer ganhos narcisistas ao analista que pretensiosamente acha que tudo sabe e que tudo pode. Essa ânsia pode fazer, inclusive, com que o paciente abandone o processo terapêutico. Outro equívoco que os aspirantes a analista estão sujeitos a cometer é a anotação obsessiva de tudo o que se passa na sessão. Esta atitude dificulta a atenção flutuante e impede a comunicação entre os inconscientes.

Verificamos, assim, que o analista frente a um paciente como Susie deve selecionar calmamente aquilo que irá interpretar. Pacientes como Susie irritam-se profundamente com interpretações fora de hora essas interpretações não proporcionam nenhum ganho terapêutico. Mas então como e quando interpretar? Como o estudo do conceito de contratransferência pode nos auxiliar nessa complexa escolha? Qual seria então a técnica mais eficaz com estes pacientes que a cada dia são mais comuns em nossos consultórios?

2.9 A interpretação da contratransferência

Pensamos que uma das formas que temos para lidar com a contratransferência é através da interpretação. É através da interpretação que o analista pode por em palavras parte daquilo que está sendo vivenciado pela dupla analítica durante os atendimentos.

Neste momento queremos fazer uma breve reflexão a respeito das capacidades (habilidades e competências) do analista que favorecem a sua capacidade para interpretar. Quando pensamos, novamente, no processo através do qual um indivíduo se torna psicanalista é unânime o reconhecimento do chamado “tripé da formação”, a saber: a análise pessoal, o estudo teórico-clínico e a prática supervisionada.

Elias Mallet da Rocha Barros (2006, p. 60) afirma que

[...] a interpretação contém um lado subjetivo referente à experiência do analista (sua consciência subjetiva), que se expressa primeiramente em um plano evocativo que mistura elementos discursivos e não discursivos, e um lado objetivo, resultado de uma reflexão do analista (sua consciência objetiva) traduzido em discurso que inclui as conexões expressas no plano evocativo não-verbal. Ao fazê-lo, abre para redes relacionais mais amplas e menos rígidas, estruturas enquadrantes atribuidoras de significado às experiências emocionais existentes no inconsciente.

Deste modo, podemos pensar que as experiências vivenciadas na sessão são construídas pela dupla analítica. O analista não é um mero observador daquilo que está se passando com o paciente: ele participa de tudo o que está se passando com o paciente através da oferta de sua mente para que aspectos do psiquismo do paciente possam ser vivenciados e articulados.

É através da identificação projetiva que a contratransferência pode constituir-se em um campo mental de articulação não-discursivo que possibilita a apreensão do que está se passando com o paciente durante aquele

momento de sua vida. Rocha Barros (op. cit.) afirma que para que possamos utilizar a contratransferência em interpretações devemos realizar uma auto-análise e uma reflexão, possibilitadas por uma familiaridade com a teoria analítica. Durante a interpretação o analista parte de um campo não discursivo das vivências para o campo discursivo. Ou seja, ele se utiliza das vivências e imagens evocadas para construir um significado que é transmitido ao paciente através de palavras.

Quando fazemos uma interpretação, as experiências vivenciadas pelo impacto causado pelo encontro com o paciente são colocadas em outro tipo de simbolismo: as vivências contratransferenciais ou a linguagem dos símbolos visuais – dos sonhos, por exemplo – são transformadas em linguagem verbal descritiva, o que possibilita a ampliação da capacidade de pensar a respeito da experiência. A continuidade de uma psicanálise possibilita que o paciente desenvolva uma subjetividade caracterizada por uma capacidade própria de reflexão e interpretação que o acompanha durante o percurso de sua vida.

Nesse direção, Rocha Barros (op.cit) sugere que a capacidade do analista interpretar depende do modo como ele elaborou - e do modo como ele continua a elaborar - a situação edipiana. Lembra ainda que a cada nova sessão o analista é convocado a ser observador e participante da relação que possui com o paciente. É mediante a elaboração constante do complexo de Édipo que o analista pode construir, desenvolver e lapidar, constantemente, um espaço que permite a observação de suas relações com o mundo, espaço esse responsável pela observação de si e pela atribuição de significados aos sentimentos experienciados durante a vida.

Nesse sentido, a objetividade do analista para atribuir significados aos sentimentos vivenciados durante os atendimentos depende de sua

subjetividade para observar e, ao mesmo tempo, participar. Esta forma específica de interação repete a triangulação edípica.

Sabemos que uma das regras básicas da psicanálise é que o paciente associe livremente. É bem vindo que esta fala espontânea, estimulada pela pessoa, presença e escuta do analista, esteja isenta da articulação lógica, característica do processo secundário.

Em contrapartida, a atenção flutuante possui a finalidade de articular os conteúdos verbais e os não verbais do discurso do paciente. Tendo em vista que atrelado ao discurso humano existem inúmeros sentimentos, necessitamos de uma escuta especial que dê conta de acessar os significados que estão ocultos na fala do paciente. Nesse sentido, Rocha Barros (op. cit.) afirma que esta escuta diferenciada diz respeito a algo mais do que colocar-se na pele do paciente. Esta escuta compreende um tipo particular de empatia que o autor denomina “*empatia metaforizante*”. Segundo o autor esse tipo específico de escuta possibilita que o analista sinta como o paciente sente e transforme essas sensações em algo que possua um significado. Essa tarefa é possível mediante a comparação dessas sensações com estados emocionais análogos. Dizendo de outra forma, trata-se de uma avaliação das experiências emocionais vivenciadas por nós analistas, experiências essas desencadeadas pela turbulência emocional causada pelo encontro com o paciente. O estado emocional ocasionado pela experiência possui uma função específica que pode ser significada através da construção de uma metáfora expressiva dos conteúdos inconscientes que favoreceram o modo particular do paciente se relacionar com os seus objetos.

Rocha Barros (op. cit.) lembra, ainda, que assim como o inconsciente não é idêntico ao conteúdo latente, os sentimentos contratransferenciais

vivenciados por nós, analistas, não são análogos à organização psíquica do paciente, ou seja: a contratransferência não nos dá acesso direto ao inconsciente. É necessário que realizemos um trabalho de relação entre a transferência e a contratransferência para que a interpretação possa ser formulada. Deste modo, o conceito de *rêverie* em muito nos auxilia, pois constitui o processo através do qual as metáforas são criadas.

Entendemos que, em certa medida, Rocha Barros retoma as propostas de Irma Pick a respeito de envolvimento e distanciamento e de Figueiredo quando este faz menção aos movimentos de implicação e reserva. Porém, o Figueiredo salienta que estes movimentos podem ser realizados com eficácia na medida em que o analista, em sua análise, elaborou sua própria questão edipiana. A chamada *empatia metaforizante* que compreende estas ações de aproximação e distanciamento e é possibilitada pela capacidade do analista de ser observador e participante de sua relação com o analisando, habilidade aprimorada pelo analista através da elaboração contínua de seu complexo de Édipo.

2.10 Os abusos da contratransferência

Hanna Segal em um artigo chamado *Usos e abusos da contratransferência*, publicado no Brasil no ano de 1998, afirma que o analista possui sentimentos reais em relação ao paciente que podem ser úteis na compreensão do modo como o paciente está se relacionando. Mas este fato não exclui a possibilidade de existência da contratransferência que se mostra como um obstáculo à análise.

Segundo a Hanna Segal (op. cit.) é importante distinguir o pré ou não-

verbal do antiverbal. Os aspectos não verbais existentes na comunicação freqüentemente são comunicativos. Já a faceta anti-verbal mostra-se como uma forma do analisando atacar a capacidade de comunicação e o pensamento do analista com a finalidade de evitar contato. A autora afirma que, apesar disso, nem todo conteúdo não-verbal é atuação e nem todo conteúdo verbal compreende comunicação. Diz a autora que a atuação do analista é desencadeada pelo desejo do analisando de se livrar de aspectos que ele não aceita em si mesmo, além de seu desejo de que a mente do analista fique perturbada.

O fenômeno da identificação projetiva ocorre com maior frequência e intensidade quanto mais próximos da psicose os analisandos se encontram. Assim, quanto mais perturbados são os nossos pacientes mais temos que ficar atentos à contratransferência e nos esforçarmos para compreendê-la. Porém, as vivências que o analisando provoca contratransferencialmente só podem ser compreendidas se o analista possui o que Hanna Segal (op. cit.) chamou de *boa disposição contratransferencial*. Ela entende que esta característica do analista refere-se à sua disponibilidade para receber as identificações projetivas do paciente sem que ele se identifique com ela. Para a autora, a *boa disposição contratransferencial* pode ser exercida pelo analista caso este tenha capacidade de entrar em contato com os seus próprios aspectos infantis, de modo que estes entrem em contato com os aspectos infantis do analisando, sem que o analista seja tomado por este contato. Isso é possível mediante a identificação do analista com uma mãe capaz de conter as características infantis de ambos os participantes da dupla analítica. É como se existisse no analista um lado seu que observa os próprios sentimentos e os sentimentos do analisando de maneira neutra, diz a autora. Estabelece-se, assim, uma

situação triangular entre o paciente, o lado receptivo do analista e o lado do analista que interpreta toda essa situação. Ou seja, para Segal (op. cit.) a *boa disposição contratransferencial* do analista depende da eficaz internalização de um bom casal na mente do analista. É justamente esse casal que é atacado pelos aspectos mais destrutivos do analisando. Com esta afirmação a autora propõe que nem toda identificação projetiva é utilizada para comunicação, mas também para confundir o analista e dificultar, ou mesmo impedir, a compreensão.

Segal (op. cit.) chama a atenção para o fato de que confiar demasiadamente na contratransferência é um erro, pois ela é inconsciente e essa postura pode servir como justificativa para atuações. Diz Segal (op. cit., 127) que “nossos sentimentos conscientes não são sempre tão confiáveis quanto desejamos que sejam”. Com base nessa afirmação, recomenda que devemos manter grande cautela com nossa contratransferência. A preocupação com reações afetivas não devem ser tão grandes a ponto de ofuscarem o conteúdo que o paciente traz verbalmente e os sentimentos reais deste. Segundo Hanna Segal (op. cit., 129), “a contratransferência é o melhor dos servos, mas deve permanecer servo, porque é, com certeza, o pior dos senhores”. Ou seja, a interpretação da contratransferência, quando ocorrer, deve **sempre** estar apoiada na observação do material trazido pelo paciente.

Neste momento podemos afirmar que a contratransferência serve como uma importante ferramenta que o analista pode lançar mão para realizar interpretações. Ela possui, também, a potencialidade de atacar o casal internalizado na mente do analista que possibilita o movimento de implicação e reserva. Porém, ainda assim, quando o analisando realiza ataques desta natureza, ainda é o analisando e isso diz respeito a sua subjetividade e ao

modo como ele se relaciona com seus objetos internos e externos.

Susie foi um caso difícil de ser manejado. Por suas características esquizóides, ela me atacava e tinha grande dificuldade de receber interpretações. Hoje entendo que ela precisava daquela situação para adquirir confiança no ambiente. Ela precisava que eu estivesse ali, suportando a turbulência do encontro com ela de modo implicado e, no momento seguinte, reservado, mas sempre com uma boa base no chão que me permitisse manter a noção de eu. Apenas desta forma é que os seus aspectos cindidos poderiam ser simbolizados e devolvidos contribuindo, assim, para a amenização de suas fantasias persecutórias.

CAPÍTULO 3

A CONTRATRANSFERÊNCIA E A PESSOA DO PSICANALISTA

3.1 Considerações Preliminares

O objetivo deste terceiro capítulo é apresentar uma terceira faceta do conceito de contratransferência: aquela referente à pessoa do psicanalista. Entendemos que existe algo da personalidade do analista que pode favorecer ou dificultar o psicanalisar. Estes aspectos da pessoa do psicanalista estão relacionados a sua contratransferência, que antecede mesmo a transferência do paciente.

Através da exposição de mais uma situação clínica, pretendemos iluminar esta possibilidade de entendermos uma terceira forma de manifestação da contratransferência.

3.2 O caso Carlos

Carlos chegou ao meu consultório indicado por uma colega de trabalho. Ele tinha cinquenta e cinco anos, era corretor de imóveis e havia acabado de terminar um relacionamento com uma antiga namorada com quem se relacionou depois de ter se divorciado de sua esposa. O rompimento deste namoro foi o principal disparador da busca de Carlos por análise.

A história do paciente inicia-se com o relato muito sofrido a respeito do modo como essa ex-namorada o tratava. Eram constantes demonstrações públicas de desprezo e humilhação. A mulher o ofendia com palavras de baixo

calão, o menosprezava na presença de outras pessoas, deixava-o falando sozinho e, certa vez, inclusive proferiu um soco em seu peito. Apesar destas posturas o paciente manteve a relação por muitos anos.

A história de Carlos com essa ex-namorada começou ainda na sua adolescência. Eles se conheceram e ficaram juntos por alguns meses até o dia em que foram convidados para uma festa. Durante o evento a ex-namorada de Carlos se interessou por um amigo seu e, segundo o paciente, saiu com ele da festa na sua frente. Depois desse dia eles não mais se encontraram.

Carlos se casou com outra mulher e teve duas filhas. Passados alguns anos do nascimento da segunda filha, a esposa de Carlos se interessou pelo esposo da irmã de Carlos, o que fez com que ela pedisse o divórcio. Algum tempo depois essa ex-namorada que o trocou pelo amigo procurou-o novamente e eles reataram o relacionamento. Segundo Carlos, no início da relação eles se davam muito bem, mas o convívio, com o passar do tempo, tornou-se cada vez mais agressivo.

Carlos frequentemente trazia para a sessão a visão que tinha a respeito de seu pai: um homem muito frio no trato com ele, que pensava que sentir prazer era pecado e, por isso, não permitia que seus filhos se divertissem.

Carlos me contava o quanto tinha medo desse pai e o quanto ele se mostrava uma pessoa que a todo o momento testava os limites dos seus filhos. Segundo Carlos, todas as noites a família sentava à mesa para jantar. O pai sempre contava o quanto o seu dia havia sido difícil e todos tinham que ouvir atentos os lamentos desse homem. Quando alguém se mostrava disposto a compartilhar as suas experiências ocorridas naquele dia o pai de Carlos se mostrava indiferente e desinteressado. O paciente disse que certa vez contou entusiasmado para o pai a respeito de uma primeira namorada e este

desprezou a notícia.

Certa vez, por volta de seus dezenove anos, o pai de Carlos foi viajar para fora da cidade e deixou o carro na garagem com a recomendação de que Carlos o ligasse todos os dias. Esse procedimento deveria ser realizado pela manhã e tinha por finalidade fazer com que o motor do veículo mantivesse o seu funcionamento frequente, evitando panes, e para que a bateria do carro não descarregasse. Junto a esta solicitação, veio junto a ordem de que ele nunca deveria sair com o carro. A sua atribuição era apenas ligar o veículo e não mais do que isso. O paciente me disse que fazia o que o pai dizia e enquanto ligava o veículo, no auge dos seus dezenove anos, sentia muito ódio deste pai, mas nunca pode enfrentá-lo e, quem sabe, desobedecê-lo.

O paciente me relatou que esse era o modo como ele enfrentava a vida: de modo passivo. Contou-me que por volta dos quatorze anos estudava em um colégio de padres e lá existia um jovem que todos os dias o extorquia. Fazia-o pagar lanches e ainda o agredia com tapas na cabeça. O paciente me disse que nunca teve coragem para enfrentar o rapaz e nem para contar o fato a um adulto próximo. Ele vivenciou essa situação em silêncio por mais de um ano.

Era muito frequente Carlos me falar que sentia inveja das pessoas. Como ele era corretor de imóveis, mantinha um hábito: sempre que entrava em um apartamento imaginava que aquele imóvel era seu e tentava vivenciar os sentimentos que o dono supostamente vivenciaria por possuir tal propriedade. Além disso, se excluía muito das rodas de conversas formadas em eventos dos quais participava. Achava-se diferente, pior que as outras pessoas por não possuir os bens materiais que ele sabia que os outros homens possuíam.

Relatou-me que a sua relação com o dono da imobiliária onde trabalhava também era de uso e desvalorização. Esse homem lhe atribuía

tarefas de *office-boy* em troca de quantias irrelevantes e ele sempre aceitava. Muitas vezes ele nem era recompensando pelas tarefas e sentia que o dono achava que estava fazendo um favor para ele em mantê-lo empregado. Tinha uma pequena sala que ficava ao lado da sala do filho deste homem. Quando o filho do dono chegava de mau humor ele sabia muito bem quem atacar: Carlos. Contou que com frequência era ofendido e rebaixado pelo filho do dono, mas não era capaz de enfrentá-lo ou mesmo de pedir demissão.

Depois de mais de um ano e meio de tratamento Carlos me contou que dormia no banheiro de sua casa. Achava que o banheiro era um lugar mais confortável do que seu quarto, ou mesmo do que a sala, e por isso passou pernoitar naquele local. O paciente colocou uma cama de armar entre o vaso sanitário e o lavatório e ali passava as suas noites. Disse-me que dormia no banheiro já há muitos anos e que esse hábito nunca lhe incomodou, além do fato de que nunca havia se questionado a respeito do hábito, pois apenas achava mais confortável.

Certa vez, durante o atendimento de Carlos vivenciei algo diferente. Ele havia chegado à sessão contando como havia sido o concerto que ele assistira no final de semana anterior. Contou com riqueza de detalhes e com a demonstração de profundo conhecimento técnico a respeito dos compositores, músicos e da música em si, como havia sido o evento. Em seguida passou a relatar que no local do concerto ele havia encontrado um antigo colega que colecionava obras de arte. Passou a descrever, com a utilização de detalhes técnicos, algumas das obras do acervo desse colega. Em seguida contou-me a respeito de outras obras produzidas pelos mesmos artistas que haviam pintado as obras da coleção de seu colega que ele havia conhecido em museus durante suas viagens a Europa.

De repente me dei conta de que eu havia sido tomado por um intenso sentimento de inveja em relação ao paciente e, instantes depois, por sensações de menos-valia. Pensei, por alguns instantes que eu não era digno de atender alguém tão inteligente e culto. Após me apropriar destes sentimentos e idéias passei a pensar a respeito deles. Reconheci que aqueles sentimentos eram muito semelhantes ao modo como ele relatava se sentir quando estava em contato com outras pessoas, ou seja, como um dejetivo, que, pela sua natureza, só poderia morar no banheiro de sua casa e se submeter ao desprezo das pessoas com quem se relacionava. Optei pelo silêncio. Reservei esta experiência em minha mente e, meses depois, pude utilizar essa passagem para interpretar.

3.3 O tato psicológico no interjogo psíquico

Sandor Ferenczi - a partir das indicações de Freud - procurou investigar mais detidamente os processos mentais do analista no *interjogo psíquico* com seus pacientes. No artigo escrito em 1919, intitulado *A técnica psicanalítica*, Ferenczi afirma que o psicanalista jamais deve abandonar-se aos seus afetos, pois estar dominado pelos afetos prejudica a recepção e assimilação de dados analíticos. Ferenczi lembra que o analista é um ser humano e, como tal, durante todo o processo analítico possui duas tarefas: a primeira é observar o paciente, examinar as suas falas, construir o seu inconsciente a partir daquilo que ele traz para a sessão. A segunda tarefa é *dominar a contratransferência*. Afirma Ferenczi que a única forma de controlar a contratransferência é através da análise pessoal, porém, mesmo analisado, o analista está sujeito a flutuações de humor e, por esse motivo, o controle da contratransferência não

pode tornar-se supérfluo.

Figueira (1994) entende que em Ferenczi o termo 'controlar' não significa recalcar ou reprimir a contratransferência, mas sim manter-se constantemente em contato com toda sorte de afetos e pensamentos que lhe ocorram quando estiver com o paciente. Isso é o que Ferenczi quer dizer quando afirma que o analista deve *fazer uso positivo de sua contratransferência*, visto que para ele tudo o que se passa com o analista durante o processo deve ser examinado e compreendido analiticamente.

No mesmo artigo, Ferenczi afirma que existem três fases pelas quais o analista passa no que se refere ao controle da contratransferência: na primeira, o analista principiante, devido a alguns êxitos temporários ocasionados pela técnica da sugestão, frequentemente surpreende-se com a transferência erótica do paciente. Esta situação, diz Ferenczi, pode ser o resultado (sobredeterminado) de uma indução do próprio analista que ocorre através do diálogo entre o inconsciente do analista e o inconsciente do paciente. Tudo o que se passa na mente do analista pode ser captado pelo paciente de modo consciente, pré-consciente ou inconsciente. Nesta etapa da vida profissional o psicanalista desconsidera todos os sinais contratransferenciais.

A segunda fase da história da contratransferência é o reconhecimento destes sentimentos, inerentes à condição humana que, apesar de indicarem que o sujeito está vivo, podem desencadear no analista o medo e a angústia de vivenciar estes sentimentos contratransferenciais e fazer com que ele se torne excessivamente duro e inacessível ao paciente. Esta postura tem a potencialidade de retardar ou mesmo impedir o surgimento da transferência, condição para o psicanalisar.

A terceira fase ocorre quando o analista conseguiu transpor o medo e a

culpa contratransferenciais, o que possibilita que ele controle a contratransferência. Reconhecemos que aqui começamos a vislumbrar a terceira faceta da contratransferência que pretendemos explicitar nesta pesquisa: na medida em que o psicanalista possui aspectos de sua personalidade que possibilitam que ele se permita vivenciar e reconhecer a vivência de sentimentos que são despertados pelo contato com o analisando, e que essa vivência de sentimentos favorece o estabelecimento da transferência por parte do paciente, chegamos à premissa de que a contratransferência do analista possibilita que o analisando estabeleça a neurose de transferência, necessária ao tratamento psicanalítico.

Entendo que Carlos via em mim alguém em quem ele podia confiar. Sua fala era frequentemente permeada por muito sofrimento ligado a experiências de maus tratos por parte de pessoas que não o reconheciam enquanto sujeito, mas eu sentia que ele via em mim alguém com quem ele podia compartilhar a sua dor, alguém atento que oferecia um espaço de escuta e palavras que possibilitavam que, construíssemos juntos o modo como ele estava organizado psiquicamente.

Ainda nesta direção, Ferenczi, em 1928, publica Elasticidade da técnica, artigo em que define o tato psicológico como uma capacidade fundamental para o psicanalisar. Para ele tato psicológico é a capacidade do analista de interpretar, calar, romper o silêncio ou aguardar novas associações. O tato é a faculdade do sentir-com o paciente. Sentir-com o paciente possibilita ao analista sentir o que sente e pensar o que pensa tornando presentes as associações do paciente que ainda não percebe. Desta forma, pode-se decidir o momento oportuno para interpretar o que evitaria o estímulo inútil das resistências do paciente. Para Ferenczi, o fanatismo da interpretação é

ocasionado pelo narcisismo do analista e deve ser evitado a todo custo. O autor entende que é preferível ser econômico nas interpretações e não falar nada de supérfluo para o paciente, pois o analisando, a certa altura de sua análise, pode interpretar seus conteúdos quase que sozinho ou apenas com um pequeno auxílio. De modo resumido, podemos afirmar que, diferentemente de Freud, para Ferenczi a contratransferência é tudo o que o analista faz, experimenta e é, ou seja, para Ferenczi a contratransferência diz respeito a pessoa do analista e traduz-se como uma das prerrogativas para o analisar. Para Ferenczi (op. cit. p. 33) a atividade analítica é uma “(...) oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento”. A função de ‘sentir com’ o paciente serve para obter uma comunicação *empática* que, após apreendida e associada a um material suplementar, pode levar o analista a decidir por uma interpretação.

No caso acima descrito, Carlos vivenciava relações de submissão e inferioridade desde a sua infância. Inicialmente com o pai, com o rapaz do colégio, com a namorada, com a esposa, com o chefe e novamente com a antiga namorada. Entendemos que este pai severo que Carlos tanto amava e, ao mesmo tempo, temia e odiava, apesar de morto já há muitos anos, ainda estava muito vivo dentro dele e impedindo que ele pudesse vivenciar os prazeres da vida.

Na passagem acima mencionada optei por silenciar, por reconhecer que ainda não era a hora de interpretar, mas sim compartilhar empaticamente os sentimentos de menos-valia vivenciados por Carlos.

Kupermann (2008) lembra que para Freud, em 1895, os dois maiores conceitos que norteiam a clínica psicanalítica são a resistência e a transferência. Freud entendia que a mesma força que havia desencadeado o

sintoma neurótico era a força que, no momento da análise, impedia, ou pelo menos dificultava que os conteúdos inconscientes retornassem à consciência. Essa forma de entender o inconsciente mostra-se um tanto precária na medida em que propõe “um inconsciente fixo com conteúdos prontos a serem revelados”. O autor lembra que o inconsciente não é uma unidade acabada a espera de uma revelação, mas uma construção que ocorre concomitantemente à análise. Ora, sendo a análise algo singular, que ocorre a partir do encontro único entre analista e analisando, chegamos à premissa de que é através da superação da resistência por parte do analisando e do trabalho psíquico do analista que o processo analítico pode acontecer.

É no campo transferencial que o trabalho psíquico do analista realiza a terapia. Kupermann lembra que transferência é uma consequência natural da existência do afeto, cuja principal característica é a capacidade de se deslocar. O afeto existente na mente humana nunca encontra representações o suficiente e, por isso, parte deste afeto é transferido ao analista que se dispõe a isso. Ao invés do paciente relembrar representações, são as experiências afetivas vivenciadas no campo transferencial que irão formar o conhecimento produzido na análise. É a constituição deste novo conhecimento que marca a ética da psicanálise.

Kupermann afirma que quando o analista fala com o analisando existe a possibilidade de instauração de um espaço afetivo entre eles em que não apenas o conteúdo do que é dito, mas também o tom de voz, o ritmo, os gestos, o silêncio, e os risos influenciam no processo analítico e exigem do analista o exercício de sua sensibilidade. O autor lembra que a figura mais cruel do abandono constatada ao longo da história da psicanálise é a da insensibilidade do analista – demonstrada através da recusa dos afetos que

vivencia durante a análise e do modo como afeta seus analisandos. A autor afirma que frente a um analista que nada sente sobrarão ao analisando uma descrença em relação à sua dor, o que pode levá-lo a abandonar a si mesmo.

A insensibilidade do analista pode ser entendida como uma forma de hipocrisia na medida em que afetos como amor e ódio suscitados durante a análise são recusados. Kupermann (op. cit.) lembra que a noção de sensibilidade empregada por Ferenczi, oriunda do campo da estética, diz respeito à capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro. Em contrapartida, a hipocrisia – ou insensibilidade – seria a forma encontrada por alguns analistas para escapar das consequências do ato analítico. A recusa em ser afetado ou em afetar o outro pode se mostrar através do rígido apego à técnica ou à teoria e ao intelectualismo que acaba por desencadear análises que mais parecem caricaturas e que em nada auxiliam os analisandos.

Kupermann (op. cit., 133) lembra que para Ferenczi a contratransferência abrangeria:

[...] tanto a expressão dos afetos oriundos dos próprios investimentos transferenciais do psicanalista quanto as resistências e os pontos cegos nele suscitados pelo impacto dos afetos a ele endereçados; mas, além disso, abrangeria também a expressão de afetos inéditos suscitados no encontro analítico, precisando, como um último recurso em muitos casos, ser desvelada, isto é, “confessada” ao analisando, para que o tratamento pudesse prosseguir. É a essa concepção, em toda a sua amplitude e complexidade, que Ferenczi se refere como a “contratransferência real, para além da profissional”, a contratransferência “profissional” sendo a ilusão de reapropriação da experiência afetiva do analista por uma pseudo-objetividade científica, através da qual a dimensão do acaso e da incerteza próprias da concepção de análise como jogo de forças é esmaecida por uma suposta garantia atribuída à “boa análise” do analista.

Mediante o estudo da obra de Ferenczi, Kupermann (op. cit.) afirma que a trajetória clínica do autor sustenta-se pelo objetivo de acolher o sofrimento dos chamados pacientes difíceis. Este foco se deu devido ao fato da escuta psicanalítica tradicional mostrar-se ineficiente com tais pacientes. Ferenczi

verificou que o maior empecilho para estes pacientes era a falta de sensibilidade de seus analistas, que hesitavam em experimentar o afeto ocasionado pelo encontro analítico. Curiosamente a insensibilidade e a indiferença ao outro eram as principais características dos pacientes com os quais lidava. Kupermann (op. cit.) atribui à análise de crianças em adultos, que privilegia a expressão de afetos para a produção de sentidos que acabou por configurar a clínica de Sandor Ferenczi uma autêntica clínica do sensível. Diz Kupermann (op. cit., 175):

Nesta (clínica do sensível), a produção de sentido é entendida como efeito de um encontro entre analista e analisando que se torna possível pela criação de um espaço de jogo no qual são produzidos sensação e afetos cujas expressões serão, em si, geradoras de novos modos de subjetivação. Nesse estilo clínico o analista se veria implicado de corpo e alma nas possibilidades de resistência à submissão e do gesto criativo, uma vez que no espaço de jogo constituído entre os parceiros da experiência clínica, não haveria mais lugar para o estabelecimento de uma rígida separação entre sujeito e objeto da experiência, tampouco para qualquer tipo de isolamento entre analista e analisando.

Em Ferenczi a clínica do sensível é possibilitada pela empatia existente entre analista e analisando em que ambos podem experimentar sensações e afetos possibilitados pelo encontro com a alteridade. Essa vivência é possibilitada pela abolição momentânea das fronteiras estabelecidas entre analista e analisando o que possibilita a sustentação do paradigma em que ocorre afetação mútua entre a dupla analítica.

Essa forma de entender o encontro analítico privilegia a disponibilidade para entrar em contato com a alteridade. Kupermann (op. cit.) pensa que existem muitas formas de criar mecanismos de defesa que resistem ao encontro favorecido pela clínica e que não há garantias para o exercício deste ofício. Assim, o autor entende que a análise do analista seria o instrumento mais adequado para favorecer a sua “higiene particular” que possibilita a

sustentação de uma escuta uniformemente flutuante possibilitada pela livre movimentação da libido. O autor afirma que a análise do analista é o único meio de favorecer a escuta “nômade” que possibilita o estabelecimento do encontro lúdico e criativo com o outro.

Kupermann (op. cit.) entende que é a presença sensível do analista e o seu acolhimento que permitem aos analisando romperem com a barreira do isolamento traumático. Esse estilo clínico peculiar possibilita que os analisandos se expressem no *setting* terapêutico de modos bastante regredidos o que favorece o desfrute – às vezes pela primeira vez na vida – da onipotência e da “irresponsabilidade da infância”. Nessas situações, qualquer ato intelectual ou furor interpretativo certamente estragaria a brincadeira.

Entendemos que os atendimentos de Carlos possuíam esta característica: eram atendimentos muito mais silenciosos do que com outros pacientes, pois eu sentia que devolver constantemente para ele na forma de palavra os afetos que eram vivenciados durante as sessões propiciava que ele mesmo fosse construindo e se apropriando da maneira submissa e desvalorizada com que ele se relacionava com as pessoas. Quando isso não ocorria, eu pontuava os aspectos que ele possuía e valorizava, mas não reconhecia em si.

3.4 Contratransferência e a personalidade real do analista

Em 1939, Michel Balint e Alice Balint publicaram um artigo chamado *transferência e contratransferência*. Neste artigo os Balint afirmam que a contratransferência é uma reação esperada do analista em relação a seu paciente. De acordo com seu pensamento, a personalidade real do analista

influencia na atmosfera individual criada pela dupla e quase todos os pacientes possuem recursos para se adaptarem à contratransferência do analista. E não só isso: a própria personalidade do analista seria um fator estruturante, principalmente para os pacientes mais difíceis.

Para os Balint a contratransferência é uma ação recíproca e diz respeito à *personalidade do analista*, ou seja, transferência e contratransferência são aspectos inerentes à vida psíquica e estes não se esgotariam com a análise pessoal do analista. Seguindo esta linha de raciocínio, os Balint afirmam que todas as técnicas psicanalíticas são boas o suficiente para tratarem os pacientes e possibilitar-lhes crescimento psíquico. E eles vão mais longe: afirmam, ainda no texto de 1939, que as estatísticas da maioria dos institutos de psicanálise, no que se refere às porcentagens de tratamentos bem e mal sucedidos, são relativamente iguais. Frente a estes dados, os Balint apresentam uma idéia valiosa: as *superavaliações narcisistas das pequenas diferenças* e todos os conflitos que dela advém, servem principalmente para que os analistas, através da racionalização, aliviem as tensões surgidas em decorrência dos atendimentos de seus pacientes. Ou seja, as discussões acaloradas e a intolerância comparativa nos temas da técnica, tão comuns no âmbito da psicanálise são, em grande parte, racionalizações ativadas pela contratransferência que protegem o analista de entrar em contato com as tensões ocasionadas pelo atendimento dos pacientes.

Frequentemente Carlos me falava o quanto a sua vida era sofrida e o quanto ele se sentia só e triste a todo momento. Quando Carlos expunha os seus sentimentos desta forma eu vivenciava *na pele* o sofrimento daquele homem. Eu sentia que ele estava perdido em sua vida. Certa vez eu o encontrei na rua e foi exatamente esta a minha impressão naquele momento:

de alguém que estava perdido e que padecia demasiadamente. Eu tinha a impressão de que aquele homem precisava ser assistido, de que ele necessitava compartilhar a sua existência. Não sei se com algum objetivo específico, mas eu sentia que naquele momento ele não precisava de alguém que interpretasse, mas sim que o escutasse. Não com uma escuta qualquer, mas com uma escuta que reconhecia a natureza do seu sofrimento e os legitimava.

Safra (2006) afirma que podemos obter uma compreensão a respeito dos sentimentos dos nossos analisandos se, além de os escutarmos, realizarmos, também, um acompanhamento através de nossa *sensibilidade corporal*. Diz Safra que o nosso corpo se comunica conosco através de imagens que são evocadas em nossa corporeidade pelo modo como o paciente se apresenta. Desta forma, analista e analisando modulam o espaço e o tempo da sessão de análise o que possibilita a comunicação intercorpórea. Diz Safra (op. cit., p. 47) que:

[...] podemos experimentar o modo singular como a pessoa cria e organiza plasticamente o espaço e o tempo da sessão e por esse meio observar como ela nos afeta em nossa sensibilidade enquanto analistas, por suas palavras, pelas imagens que utiliza e por seus ruídos.

Safra (op. cit.) afirma que se pudermos acompanhar o que está sendo apresentado pelos nossos analisandos, através de nossa sensibilidade corporal, é provável que, em determinado momento, questões e angústias que não foram verbalizadas, mas que se apresentam através da maneira como a situação clínica foi plasticamente constituída, sejam apreendidas. Nesse momento, o analista é capaz de intuir o que ocorre com o analisando mediante o modo como este o afeta corporeamente. Este fenômeno não se trata de

telepatia, mas de sensibilidade corpórea.

Porém, existem elementos que podem desencadear interferências neste processo comunicacional. O primeiro aspecto ocorre quando o analista não possui o seu psiquismo alojado em seu corpo, ou seja, este analista possui uma dissociação entre a sua mente e o seu corpo. Esta constituição dificulta ou mesmo impede o analista de permitir ser afetado pelas organizações plásticas que surgem a partir do encontro. O segundo elemento que interfere no processo comunicacional é um posicionamento defensivo por parte do analista devido a uma crise de identidade. Essa postura distancia o analista do analisando impedindo, assim, a possibilidade de ocorrência de uma comunicação subjetiva. Essa insensibilidade se apresenta através da visão objetificada do paciente por parte do analista que, conseqüentemente, se distancia.

Mas voltemos à questão de quando interpretar. Safra (op. cit.) pensa que uma sessão de psicanálise é constituída por blocos de comunicação. Frente a esta suposição, entendemos que, assim como no cotidiano recebemos sinais de quando falar, na sessão o analisando também dá sinais de quando devemos falar e do momento em que a fala deve ser suspensa. Nossa formação humana possibilita que permaneçamos sensíveis a estes sinais que indicam a necessidade de implicação e de reserva.

O *pathos* do analisando é transmitido ao analista através do modo como ele fala, pois esta fala afeta o analista em sua sensibilidade, o que possibilita que haja compreensão da natureza da dor daquele que fala. Safra (op. cit. P. 156-7) afirma que existem duas respostas fundamentais inerentes a qualquer tipo de intervenção ou interpretação. A primeira delas é a estética e a outra é a ética:

Quando respondemos afetiva e esteticamente ao Outro lhe ofertamos a experiência de que realmente existe para nós e, ao mesmo tempo, por reunirmos em nosso olhar a complexidade do seu ser, lhe ofertamos a totalidade virtual de si mesmo: no olhar do outro reside o futuro sonhado do si mesmo. Quando esse fenômeno se realiza, o estético se faz ético.

Entendemos, assim, que as principais formas de estar com o analisando é esteticamente e eticamente.

Safra (2005) afirma que o sujeito apresenta-se no mundo por meio de gestos, sons, por formas visuais e por outros modos de compor o seu modo de ser. Esta visão é muito mais abrangente do que aquela que prioriza a palavra e a linguagem para compreender o homem. Esta afirmação é importante porque nos leva a pensar que uma criança significa de suas experiências através da linguagem discursiva e das utilização de formas estéticas e simbólicas. Ou seja, o *self* de cada ser humano se constitui a partir de fenômenos estéticos.

A importância clínica destas afirmações repousa sobre o fato de que algumas experiências são mais bem representadas, ou melhor, apresentadas por símbolos orgânico-estéticos que têm a potencialidade de transmitir o sentir o ser e o existir. A compreensão desses fenômenos nos possibilita ter acesso e compreensão a respeito de vários fenômenos relacionados à perturbações do self e a questões ligadas ao contato entre paciente e analista e a intuição.

Safra (2005, p. 28) afirma que

A intuição pode ser entendida como a capacidade de uma pessoa de apreender e compreender os símbolos de self, símbolos estéticos que se organizam na sensorialidade, por meio de processos identificatórios. Trata-se de uma leitura que é feita a partir da corporeidade da pessoa que apreende os símbolos de self. Uma pessoa, frente a um símbolo estético, experimenta imaginativamente em seu corpo sentido de ser que o símbolo-estético apresenta.

Desta forma o analista pode utilizar a imagem apresentada pelo paciente

com o objetivo de atualização de novos aspectos do self, o que possibilita uma articulação de uma concepção do paciente sobre o seu próprio self. Esta situação toda ocorre no espaço potencial existente entre analista e analisando oferecendo, assim, a possibilidade de recuperação da criatividade do paciente demonstrada através da possibilidade de estar no mundo e transformar experiências em símbolos de *self*. Assim, Safra (op. cit., p. 29) assevera que:

A inserção desses símbolos no espaço potencial suspende as dicotomias do espaço e do tempo, do sujeito e do objeto, do externo e do interno. É o lugar dos paradoxos e da articulação das experiências de ser que, eventualmente, inscreverá o self do indivíduo no campo cultural.

O trabalho nesta direção é possível desde que o analista possa se movimentar na esfera dos fenômenos transicionais o compreender os símbolos do *self* que o paciente utiliza. Nessa perspectiva a sessão de análise torna-se muito mais um espaço de experiência do que um espaço de cognição.

Quando o analista reconhece o seu paciente ele possibilita que este exista enquanto ser. Safra cita Winnicott quando este afirma que “praticar psicanálise não é fazer interpretações espertas, mas sim devolver ao paciente o que ele traz em si mesmo” além de lembrar que o reflexo especular proposto por Winnicott oferece a possibilidade do analisando encontrar a si mesmo e ao outro (Safra, 2005; p.40). Este encontro em que o sujeito encontra o outro e a si mesmo através do jogo da especularidade mediante a experiência estética o sujeito pode criar o mundo e conhecê-lo com satisfação.

É necessário que o analista trabalhe de maneira psicossomática, pois os sons e os cheiros podem contribuir para que possamos “intuir” o modo de estar-no-mundo daquele que estamos cuidando. Safra (op. cit.) afirma que este fenômeno ocorre no corpo: é através da leitura estética da maneira como a

pessoa se aloja no corpo que ocorre a intuição e a apreensão não sensorial. Além da intuição, para o autor a empatia e a identificação projetiva também ocorrem na esfera estética.

Carlos, durante os atendimentos, apresentava uma rigidez muscular muito grande. Sua severidade consigo mesmo dificultavam muito que ele pudesse relaxar em qualquer momento de sua vida, inclusive durante as sessões de análise. Certa vez disse isso a ele e, após alguns instantes ele me falou que a vida toda havia permanecido rígido daquela forma e que principalmente na adolescência seu pai se tornara muito mais severo com ele, fiscalizado-o em todos os seus atos. Sem que eu dissesse nada, Carlos reconheceu que sua postura era muito rígida, como se o seu pai ainda o estivesse fiscalizando. Disse a ele que reconhecia o quanto havia sido difícil para ele atender as exigências de seu pai enquanto ele estava vivo. Naquele momento eu tive a impressão de que muitas lembranças de situações difíceis retornaram à consciência de Carlos e, após alguns minutos de silêncio, ele me disse que o pai era um homem bom, que sofria muito e que fazia o melhor que podia para toda a família, mas assim como todos os homens, tinha falhas. Carlos suspirou profundamente e, pela primeira vez em análise, pode relaxar no divã e durante todo o restante da sessão contou histórias de quando ele era criança e seu pai brincava com ele.

Donald Winnicott, em 1947, escreve o artigo *O ódio na contratransferência*. Neste trabalho propõe que principalmente no tratamento de pacientes psicóticos, mas não apenas com esses pacientes, é a *presença do analista* que se faz essencial para que possam revivenciar e corrigir falhas ocorridas em seu passado que geraram profundas marcas. Através da repetição destas falhas, Winnicot entende que o paciente precisa odiar o seu

analista e este precisa suportar este ódio para que o paciente possa reparar as citadas falhas ambientais. Por isso, para Winnicott, a *personalidade do analista* é muito importante para o estabelecimento do processo analítico.

Winnicott (op. cit.) apresenta três níveis de contratransferência: a contratransferência anormal, ou aquela que possui a potencialidade de atrapalhar o processo analítico e que se deve à falta de análise do analista; a contratransferência que consiste nos sentimentos objetivos do analista para com o paciente (como o amor e o ódio, por exemplo); e a contratransferência que diz respeito à própria personalidade do analista e que pode auxiliá-lo a compreender e manejar positivamente o processo.

Para Winnicott (op. cit.) todos os sentimentos do analista para com o paciente devem ser objetivos, pois desta forma o analista tem a possibilidade de utilizar estes sentimentos, em um momento oportuno, para interpretar. Ele ensina que os sentimentos contratransferenciais podem ser entendidos como a reação pessoal do analista às afetações de seu paciente. Deste modo, o autor abre caminho para que o analista possa falar a respeito de seus sentimentos e, inclusive, possa admitir seus erros, se o paciente os desvelar. Caso o analista se coloque em questão e analise em si os sentimentos despertados pelas falas do paciente, muito material útil poderá ser colhido. Certamente esta comunicação precisa ser uma comunicação criteriosa, pois do contrário o paciente seria exposto a uma carga afetiva desnecessária.

Winnicott (op. cit.) afirma ainda que em algumas épocas de algumas análises, o ódio do analista é procurado pelo paciente, pois, desta forma, se ele for odiado objetivamente ele poderá supor que também pode alcançar o amor. Isso ocorre também, e inicialmente, na relação mãe-bebê. As mães odeiam os seus bebês antes mesmo que eles possam odiá-las. O autor ensina que uma

mãe tem que ser capaz de tolerar o ódio pelo seu filho, assim como o analista tem que fazê-lo em relação ao analisando. Se o analista apresenta a capacidade de tolerar o seu próprio ódio isso possibilita que o paciente psicótico possa também desenvolver recursos para tolerar o seu ódio pelo analista. Para o autor o analista tem que demonstrar paciência, tolerância e mostrar-se confiante justamente porque seu cuidado para com o paciente deve mostrar-se um cuidado atento e devoto. De acordo com Winnicott (op. cit.) o psicanalista tem que ser disponível, pontual e objetivo.

Winnicott em *Contratransferência*, um texto publicado em 1960, afirma que a análise do analista tem por finalidade aumentar a estabilidade do caráter e a maturidade dele de modo que a atitude profissional possa ser mantida. Ele entende que a atitude profissional implica em uma capacidade de manter uma distância entre analista e paciente que possibilita ao primeiro perceber objetivamente o que existe entre os dois. Winnicott entende que entre o paciente e o analista está a atitude profissional do analista e o trabalho que realiza é feito com a sua mente e com o seu ego corporal.

Quando o psicanalista está trabalhando pensamentos, sentimentos vêm à sua mente e estes são analisados e processados antes da interpretação. Esta objetividade pode ser gradativamente alcançada através da análise do analista que, desta forma, fortalece o seu ego, o que lhe possibilita, sem grandes esforços, estar envolvido profissionalmente. Neste momento de sua obra, Winnicott passa a reservar o termo contratransferência para designar as falhas na objetividade do analista. Ou seja: em 1960 Winnicott entende, assim como Freud, que a contratransferência é um empecilho para a análise, na medida em que o analista é afetado pela presença do paciente que lhe ocasiona variados sentimentos. Este não se da conta da existência destes

sentimentos, mas reage a eles, o que o autor chama de perda de objetividade. Resumindo, para Winnicott o analista deve permanecer vulnerável às influências do paciente para que o processo analítico possa ser determinado por ele. Convém que o analista se aproprie destes sentimentos e que os utilize para interpretar oportunamente. Mas, neste momento, o autor reserva o termo contratransferência para designar as falhas na objetividade do analista que perturbam o processo analítico.

A certa altura dos atendimentos Carlos passou a atrasar o pagamento das sessões por um bom tempo. Ele sempre vinha às sessões e justificava o atraso o que me levava a adiar o recebimento. Naquela ocasião me dei conta que eu estava irritado com Carlos, mas não sabia ao certo a causa destes sentimentos. Ao levar o caso a um supervisor pude reconhecer que por mais que eu conscientemente compreendesse os motivos dos atrasos, ainda assim estava sentindo ódio do paciente. No momento em que eu me apropriei destes sentimentos, pude questioná-lo se ele reconhecia que eu também tinha necessidades e que era também através do cumprimento desta parte do contrato que ele poderia cuidar da nossa relação. Carlos parou por alguns instantes e não se justificou. Propôs uma forma de quitar o pagamento das sessões. Eu aceitei e assim como ele havia se comprometido cumpriu a sua palavra. Entendo que naquele momento dos atendimentos Carlos precisava que eu sentisse raiva dele. No momento em que me apropriei desse sentimento e pude colocá-lo em palavras a confiança entre nós se fortaleceu o que auxiliou no prosseguimento do tratamento.

3.5 O pensamento de Margaret Little

Margaret Little, em um artigo publicado no *International Journal of Psycho-analysis* e intitulado *Contratransferência e a resposta do paciente a isso* (1951), lembra que todos os autores que haviam escrito sobre a contratransferência até aquele momento enfatizavam alguns pontos em comum como a importância da contratransferência, o perigo da contratransferência e a necessidade de uma análise completa.

Little (op. cit.) retoma alguns dos vários significados que o termo contratransferência pode comportar como: atitude inconsciente do analista em relação com seu paciente; aspectos recalcados, logo, não analisados do analista que se ligam ao paciente através da transferência (do analista); modo específico através do qual o analista entra em contato com a transferência do paciente; e, conjunto de atitudes, comportamentos e quaisquer outras atitudes conscientes do analista para com o paciente.

A dificuldade para definir o conceito, segundo Little, reside no fato de que a contratransferência é inconsciente e, por isso, ela não pode ser observada diretamente, mas apenas em seus efeitos. Além disso, a atitude total do analista envolve toda a sua psique – id, ego, superego – e não existem fronteiras precisas que diferenciam estas instâncias. Em acréscimo, podemos pensar que assim como, em certo sentido, analista e analisando são inseparáveis, transferência e contratransferência também são. Algo referente a uma, também diz respeito à outra. A atitude do analista para com a contratransferência (paranóica ou fóbica) pode influenciar na definição do que é o fenômeno.

Para Little (op. cit), luz pode ser lançada sobre a questão se

considerarmos o todo da relação paciente-analista. Isso comporta o consciente e o inconsciente, o normal e o patológico, a transferência e a contratransferência e, ao considerarmos esse todo, estaremos, invariavelmente, nos referindo a aspectos que dizem respeito ao paciente e ao analista simultaneamente.

Além disso, Little (op. cit.) afirma que a contratransferência é uma formação da parte inconsciente do ego do analista, parte essa mais próxima do id e que, por isso, possui menor contato com a realidade exterior. Com efeito, a compulsão à repetição está diretamente ligada a ela e podemos caracterizá-la como uma formação de compromisso nos moldes de um sintoma neurótico, ou perversão, ou uma sublimação. Ou seja, verificamos na contratransferência uma parcela de proibição e uma parcela de aceitação da gratificação libidínica que é entrelaçada pela agressividade e determinada por esta em suas proporções.

Mediante estas afirmações Little (op. cit.) diz que grande parte das dificuldades provenientes da contratransferência ocorre pela tentativa, quase compulsiva, de tentar separar o que é consciente do que é inconsciente e do que é inconsciente recalcado do que é inconsciente não recalcado. O interessante é que a situação seja encarada como total.

Little pensa, também, que a força motriz de uma análise que, inclusive, pode levar o analisando a ficar bem é a conjunção das exigências do id do paciente e do id do analista. Quando um psicanalista analisa um paciente por um período relativamente extenso, torna o analisando um objeto de amor que precisa ser constantemente reparado. Estes impulsos reparatórios podem, em parte, ficar subordinados à compulsão à repetição de modo que o analista sempre precisará fazer com que o paciente fique bem. Se essa repetição for

bem utilizada, as ansiedades que acompanham a repetição podem ser trabalhadas através da interpretação. Este movimento implica em uma disponibilidade do analista para permitir que o paciente fique bem e um dia o deixe. Por isso, falhas na escolha do momento da interpretação podem fazer com que o analisando eleve o medo de ficar bem e de perder o analista o que pode prejudicar o processo.

A autora afirma que a identificação do analista com o paciente é prejudicial ao processo analítico, mas que a empatia é um dos fatores para o seu sucesso. Como a identificação é a base para que ocorra a empatia, é o desligamento que estabelece a diferença entre as duas. Apesar da identificação com o paciente, existe para o analista um intervalo de espaço e de tempo que é introduzido na relação pelo teste de realidade proporcionado pelo ego. Isso possibilita ao analista, devido a sua experiência anterior, perceber que a experiência que o paciente está experimentando naquele momento é do paciente. Se o analista interferir nesta experiência pelo fato de, erroneamente, reconhecê-la como presente, ocorrerá uma interferência negativa no desenvolvimento do paciente.

Nesse sentido, Little diz que falhas no *timing* e no reconhecimento da transferência são falhas da função egóica de reconhecimento de tempo e distância o que torna a contratransferência um obstáculo ao crescimento do paciente quando o analista a usa.

Principalmente os pacientes psicóticos estimulam a tendência do analista a se identificar pessoalmente com o seu id (identificação narcísica do tipo amor-ódio). A personalidade desintegrada do paciente atinge pontos profundamente recalçados do analista convidando-o a atuar. Por outro lado, essas mesmas partes desintegradas do ego do analisando podem se identificar

com o ego do analista o que possibilita que o ego do analista seja introjetado como um bom objeto, o que possibilita que a integração aumente e, mediante um movimento gradual, aumente o contato com a realidade. Deste modo, podemos afirmar que quanto mais fragmentado estiver o paciente, mais integrado precisa estar o analista que se prontifica a atendê-lo.

A contratransferência não pode ser evitada, diz Little. Ela pode ser tratada com o devido cuidado, em parte controlada e, talvez, utilizada como instrumento. Apenas se o analista possui recursos para fazer da análise uma sublimação é que se pode evitar a neurose de contratransferência o que não impede que, de tempos em tempos, ela apareça até mesmo nos analistas mais experientes e bem analisados, o que possibilita que o analista utilize esta situação para auxiliar o paciente a se apropriar cada vez mais de sua transferência.

No ano de 1950, Margaret Little publica “R” – *A resposta total do analista as necessidades do paciente*. Nesse texto Little, com base em sua experiência com pacientes psicopatas e pacientes com a chamada neurose de caráter, todos eles com elevada quantidade de ansiedade psicótica, optou por chamar de “R” a resposta total do analista as necessidades do paciente, independentemente da resposta e da necessidade apresentadas. Esta denominação se fez necessária, pois o termo contratransferência passou a significar tantas coisas quantas eram as pessoas que utilizavam o termo. Deste modo, a contratransferência é apenas parte de “R”, pois “R” inclui tudo o que é consciente e inconsciente, recalcado ou não, pertencente ao id, ao ego ou ao superego do analista. Engloba tudo que o analista faz, pensa, sente ou imagina em relação ao paciente.

Isso implica no fato de que o analista não apenas deve se

responsabilizar pelo paciente, mas deve também responsabilizar-se por si mesmo. Tudo o que ele falar, pensar ou fizer são de sua exclusiva responsabilidade, mesmo que estes elementos provenham de processos inconscientes. Esta responsabilidade faz com que nenhum analista seja obrigado a aceitar pacientes muito perturbados que estejam além de suas habilidades de compreensão e interpretação. A estabilidade do processo analítico depende disso e a capacidade do paciente de, no final da análise, assumir responsabilidades depende de ele ter uma pessoa confiável e responsável com quem se identificar.

Outro fator que Little pensa ser indispensável na análise é o compromisso. O analista deve ser capaz de se comprometer e entrar no mundo do paciente para depois retornar deste. Isso só é possível se o analista é uma pessoa, ou seja, se ele tem limites que lhe possibilite fazer identificações e, ainda, permanecer não evoluído. É uma disponibilidade para realizar toda sorte de identificações com o paciente e, *ao mesmo tempo*, permanecer inteiro e separado.

Mostra-se necessário, ainda, que o analista esteja disposto a *sentir com* o paciente, em relação ao paciente e às vezes pelo paciente, sentimentos que ainda encontram-se inconscientes. Esses sentimentos precisam ser expressos de maneira clara e explícita quando surgem de maneira espontânea e sincera. Apesar disso, reações e expressões de sentimentos não substituem a interpretação, mas apenas abrem caminho para a interpretação ao tornar o paciente acessível na medida em que estabelece contato com partes que ainda eram desconhecidas. Esta disponibilidade pode – e frequentemente se torna – muito penosa para o analista, pois o ódio e a raiva regularmente são acompanhados de culpa. Se esses sentimentos se tornarem conscientes o

dano será muito menor do que se eles permanecerem inconscientes na mente do analista.

Este incômodo vivenciado pelo analista precisa ser tolerado e, caso seja necessário, o analista precisa *ir até o fim*, atingir o limite de sua capacidade para sustentar os processos e o paciente, pois, desse modo, este pode, muitas vezes, reconhecer que o analista foi *até o fim* e, assim, reunir forças para fazer o mesmo.

Cada um desses atributos comporta uma forma de manifestação do analista como pessoa. Os pacientes repetidamente testam os analistas a fim de saberem até onde o analista consegue ir, quais são os seus pontos fortes e os pontos fracos. É de suma importância para o processo que o paciente verifique que analista pode suportar uma elevada carga de tensão, assim como é muito importante, também, que ele reconheça que existem algumas coisas que ele não pode suportar. A contratransferência que não está acessível ao analista, ou seja, que está inconsciente é o maior estímulo a uma resposta inadequada do analista e, segundo Margareth Little, a melhor forma de lidar com a situação é realizar uma constante auto-análise.

A autora lembra que o reconhecimento da existência de uma pessoa que pode suportar tensão, fracasso e limitação e, mesmo assim – ou justamente por isso – assumir responsabilidade e se comprometer, além de sentir e expressar sentimentos de maneira espontânea e sincera possibilita que ela seja introjetada. Essa introjeção reduz as ansiedades paranóides do paciente e as interpretações da transferência podem passar a fazer sentido para o paciente. A realidade pode ser enfrentada de modo cada vez mais abrangente, possibilitando que as pessoas reais sejam percebidas. Surge então a possibilidade de suportar a separação o que abre caminho para a

ocorrência do amor.

Entendo que, possivelmente, muito daquilo que foi terapêutico para Carlos foi propiciado pela minha personalidade como um todo. O meu respeito pelo paciente a minha capacidade de sustentar o processo possivelmente tenham auxiliado o paciente a entrar em contato e lidar com questões tão antigas e difíceis.

Contardo Calligaris, em seu livro *Cartas a um jovem terapeuta* (2004, p. 10-6) de modo muito interessante propõe que gostaria de encontrar em um terapeuta:

[...] um gosto pronunciado pela palavra e um carinho espontâneo pelas pessoas, por diferentes que sejam [...]; uma extrema curiosidade pela variedade da experiência humana com o mínimo possível de preconceito [...]; uma grande e indulgente curiosidade pela variedade da experiência humana; [...] uma boa dose de sofrimento psíquico.

Penso que Calligaris, com essas poucas, palavras reúne alguns dos traços de personalidade que favorecem a adoção de uma postura ética daquele que se propõe a assumir o sério compromisso de acompanhar o outro na travessia do caminho do descobrimento de si mesmo. Entendemos, ainda, que o analista que possui essas características favorece o estabelecimento da transferência por parte do paciente possibilitando, assim, o fazer analítico.

3.6 A contratransferência primordial

Luis Cláudio Figueiredo (2003) em seu artigo *Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais. Ou a chamada pulsão de morte*, afirma que a contratransferência consiste nas afetações que o analista vivencia quando se coloca diante do analisando. Elas são respostas do analista às

transferências do paciente e consistem na essência da prática clínica. Figueiredo reconhece a existência de uma *contratransferência primordial* que consiste na capacidade humana para entrar em contato com o sofrimento do outro antes de saber de que ordem é este sofrimento.

A *contratransferência primordial* consiste não apenas no psicanalisar, mas é um aspecto universal e básico que está presente em todo ser humano desde o nascimento; melhor dizendo, este é o fator que constitui o ser humano como sujeito. Um ser humano recém-nascido, logo desamparado, é o suporte para as transferências de seus pais. Estas transferências não são desinteressadas e são justamente as respostas a estas transferências que constroem a subjetividade humana. É como se existisse uma tendência inata do ser humano a se 'pré-ocupar' com o outro, diz o autor. Ao mesmo tempo em que é a base da constituição da subjetividade, é também fonte de traumatismos. A doença ocorre quando esta capacidade de 'estar-com' o outro é atacada e conseqüentemente prejudicada ou destruída pelo recalque e/ou pela cisão e pela dissociação.

Figueiredo (op. cit.) afirma que muitos dos pacientes que chegam aos nossos consultórios, provavelmente tiveram problemas em sua subjetivação o que os faz atacar, através de intensas identificações projetivas, a manutenção de nossa *contratransferência primordial*, o que ocasiona as maiores dificuldades atualmente encontradas na condução de uma psicanálise.

Figueiredo (2009) ensina que o enquadre analítico varia bastante de paciente para paciente, mas que de modo geral serve para oferecer sustentação e continência à sexualidade (genital e pré-genital) em seus aspectos libidinosos e agressivos para que estes possam ser elaborados. Diz Figueiredo (op. cit., p. 105) que:

[...] o enquadre do atendimento padrão corresponde, grosso modo, ao que internamente se constituiu como recalque original e tem, ele mesmo, a função de exercer, no plano intersubjetivo, a capacidade depressiva: um lugar para a experiência, sua articulação e elaboração.

Figueiredo entende que o enquadre é como um quadro de espera que possibilita a ocorrência da escuta daquilo que é infantil no paciente para a sua posterior elaboração. São essas fantasias inconscientes, bem como as defesas erguidas contra elas, que surgem na regressão favorecida pelo enquadre. Conhecemos esse fenômeno como transferência, um ressurgimento da loucura infantil em um ambiente controlado em favor do crescimento mental. Segundo este ponto de vista, o enquadre possui a potencialidade de, no plano da fantasia, repor o paciente em uma condição de onipotência e dependência muito intensa, o que faz o paciente vivenciar elevados níveis de ansiedade que o leva a se defender, fantasiar e transferir. O enquadre, e principalmente ele, possibilita ao analista as melhores condições para escutar aquilo que de mais infantil surge no encontro analítico; é o enquadre que possibilita que o analista consiga sustentar uma escuta uniformemente flutuante e realizar os movimentos de implicação e reserva necessários ao exercício da psicanálise. Após a instauração do enquadre, tudo o que nele acontecer será transferência e dirá respeito aos aspectos infantis do analisando.

Mas como o enquadre pode ser instaurado? Como estabelecer esta situação que favorece a regressão e a transferência do paciente? Figueiredo afirma que a instauração do enquadre está relacionada ao estabelecimento de um *campo transferencial e contratransferencial* que favorece que analista e analisando entrem em um estado mental favorecedor. Este *campo* é tão importante – ou talvez mais – que o chamado contrato de trabalho, pois, em

suma “o que instala o enquadre é a oferta de escuta a uma demanda proveniente do infantil, escuta em reserva, aberta ao que sofre e se repete. É a oferta de escuta que, no fundo, convoca e gera transferência (...)” (p. 107).

Há pacientes, lembra Figueiredo, que apresentam uma excelente contenção interna e uma boa capacidade de separação dentro-fora. Estes pacientes também são capazes de tolerar intervalos, distâncias, ausências, terceiros e exclusões. Esses pacientes, predominantemente neuróticos, tendem a respeitar os limites do enquadre, o que faz com que as contratransferências nestes casos sejam relativamente fáceis de serem contidas e/ou utilizadas com finalidade terapêutica, incluindo nesse meio a interpretação.

Em outros pacientes estes limites internos não se mostram tão efetivos e os mecanismos de defesa que eles utilizam são mais primitivos. Com esses pacientes, aquilo que emerge na contratransferência se mostra como um desafio constante, pois a força dos ataques pulsionais caminha no sentido contrário do enquadre. Nesses casos é necessário um ajuste do enquadre ao modo de funcionamento psíquico do paciente. Esses pacientes impõem ao analista situações nas quais respostas contratransferenciais perturbadoras se mostram na análise.

Figueiredo, na mesma obra, citando Roussillon e Donnet, afirma que existe “(...) uma contratransferência prévia que se constitui a partir da transferência do analista sobre o ‘ideal da psicanálise’” (p.111). Afirma o autor que esta transferência se constitui durante os anos de formação do analista e é o que estabelece a Psicanálise em seu psiquismo como um objeto bom. Esta experiência possibilita que o analista realize movimentos de implicação e reserva necessários ao enquadre.

Assim, entendemos que existe uma condição que antecede a análise mesma que é a existência de tal disposição na mente do analista. Esta disposição possibilita a instauração do enquadre, visto que é a disponibilidade do analista em escutar aquilo que de mais infantil e primitivo existe no analisando que possibilita o estabelecimento do enquadre. Ou seja, é na oferta de psicanálise, na escuta daquilo que provem do sofrimento psíquico que instaura e mantém a situação analítica.

Figueiredo (op. cit.) lembra que existem pacientes que estabelecem transferências muito intensas que podem prejudicar ou mesmo impedir a transferência do analista sobre o ideal da análise (contratransferência primordial). Esse movimento possui a potencialidade de bloquear a escuta do analista e impedir a sua implicação.

Figueiredo (op. cit., p. 112-3) propõe que:

Os esforços de descrição de modalidades muito particulares de sofrimento nos ajudam a ir ao encontro da singularidade de nossos pacientes. Nas as teorias só nos ajudam a nesta tarefa se forem usadas como ingredientes de uma 'contratransferência educada', sustentada, reconhecida, contida, e, se e quando possível, interpretada e significada. Teorias podem assim ser entendidas, no contexto de seu uso clínico, como 'objetos transicionais' do analista a serviço do exercício do se 'jogo', mantendo ativa e desobstruída a contratransferência primordial, e ensejando as transferências e as contratransferências, ao longo do percurso.

Reconhecemos que todos esses aspectos dizem respeito à *pessoa do próprio analista* que se transforma a cada análise e a cada leitura, transformação esta que pode tanto favorecer o processo de otimização da escuta, ou prejudicar o processo quando o analista ergue barreiras e preconceitos que o impedem de estabelecer uma relação empática com o paciente. Ação prejudicial a toda relação, especialmente aquela que se instaura com o objetivo de cuidar.

Carlos continua em análise comigo e muito já vivenciamos ao longo desses quase cinco anos de relação. Muitas transformações já ocorreram tanto nele quanto em mim. Penso que nesse espaço de tempo pude aprimorar a minha contratransferência primordial e, concomitantemente, ele desenvolveu – e continua a desenvolver – recursos para cuidar de si.

Assim como exposto no primeiro capítulo deste trabalho, entendo que a produção de conhecimento em psicanálise é produto da primeira faceta da contratransferência (resistência). Quando esta é utilizada para realizar estudos, produção teórica e mobilizar questões pessoais para serem trabalhadas em análise pessoal, pode auxiliar no aprimoramento das outras duas facetas do fenômeno: o reconhecimento das comunicações inconscientes do analisando, que auxilia no processo do cuidar; e a construção contínua da contratransferência primordial, o que dá andamento à ininterrupta formação do psicanalista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o percurso desta pesquisa, trabalhamos o conceito de contratransferência e a manifestação deste fenômeno na clínica psicanalítica. Ressaltamos três modos como podemos pensar este fenômeno mediante a apresentação de vinhetas clínicas que nos auxiliaram a dialogar com autores da psicanálise.

Na discussão do caso Judith, ressaltamos a faceta da contratransferência que impede ou mesmo dificulta a escuta do analista. Esta primeira forma de entendermos o mecanismo contratransfencial está ligada à resistência do analista. Judith havia vivenciado uma infância de disputas, intrigas familiares a abandono. Estas experiências fizeram com que ela guardasse para si afetos com os quais evitava entrar em contato. Esta evitação se reproduziu no contato comigo durante os atendimentos e me levaram, em um momento inicial, a também resistir contatar estas lembranças. Esta reação ocorreu através de um desinteresse por aquilo que Judith trazia para a sessão e um tédio enquanto eu a atendia.

Ao me apropriar dos conteúdos que estavam em jogo, pude utilizar uma imagem que me ocorreu para interpretar, o que possibilitou que estes conteúdos que Judith reprimia pudessem ser pensados e verbalizados pela analisanda, o que ocasionou sua ab-reação.

Para pensar os ocorridos neste caso utilizamos o pensamento de Freud que propõe que a contratransferência vem a ser uma influência dos sentimentos inconscientes do analista desencadeada pela transferência do paciente. Freud entende que a contratransferência é algo a ser evitado, pois ela impede a escuta do analista. Verificamos que Freud propõe, ainda, que o

analista domine a sua contratransferência através de uma constante autoanálise para que os seus complexos e resistências sejam subjugados.

Porém, posteriormente, Neyraut propõe que esta mesma resistência que pode impedir a escuta do analista serve também de motor para elaborações teóricas. Deste modo, Neyraut entende que assim como a transferência foi descoberta posteriormente na obra de Freud, também no processo analítico ela é posterior, ou seja, tanto na Psicanálise quanto na situação clínica a transferência é precedida pela contratransferência e esta serve de motor tanto para formulações teóricas quanto para o estabelecimento da transferência por parte do analisando. Este movimento ocorre pelo fato de que, de acordo com Neyraut, não existe escuta que seja desinteressada, mas sim uma escuta livre, e livre na medida que o analista consegue se interessar e se desinteressar durante o processo analítico. Figueiredo segue caminho semelhante quando propõe que em uma psicanálise ocorra, constantemente, movimentos de implicação e reserva por parte do analista.

A imagem que produzimos durante o atendimento de Judith que utilizamos para interpretar pode ter sido provocada por aquilo que Racker chama de ocorrências contratransfenciais. Ou seja: uma imagem feita na mente do analista por influência de comunicações inconscientes do analisando, sendo que o reconhecimento e a apropriação destes conteúdos são possíveis principalmente mediante a análise pessoal do analista.

No segundo momento desta pesquisa procuramos investigar as características comunicacionais da contratransferência. Para tanto, utilizamos uma vinheta clínica do tratamento de Susie. Esta paciente era assolada por fantasias persecutórias e apresentava um funcionamento mental mais primitivo, o que tornava os seus atendimentos difíceis de serem manejados.

Na vinheta do caso em questão apresentamos, durante o atendimento, dificuldades de pensamento e movimento, vivências semelhantes às aquelas experimentadas por Susie durante os ataques de pânico. Esta situação foi investigada mediante, principalmente, utilização do conceito de identificação-projetiva, proposto por Klein, e suas interfaces com a contratransferência.

Verificamos que o analista responde emocionalmente às afetações do analisando ocasionadas, também, pela identificação projetiva. Heimann foi uma das primeiras a teorizar esta influência intersíquica e após ela vários autores da escola inglesa de psicanálise se debruçaram sobre o tema.

Dentre estes teóricos, ressaltamos o pensamento de Bion que atribuiu à identificação projetiva um caráter comunicacional. Bion associa a relação analista-analisando à ligação existente entre mãe e bebê. Para o autor, o bebê projeta partes cindidas de seu self na direção de sua mãe que filtra estas projeções e as devolve para o bebê de modo mais simbolizado. Este entendimento nos auxiliou a pensar a respeito do modo como Susie se relacionava com seus objetos, incluindo aí o analista.

Baseados nos ensinamentos de Bion e de outros autores que se utilizam do pensamento de Klein, reconhecemos que Susie se utilizava de mecanismos primitivos de comunicação que tinham por objetivo transmitir ao analista seu estado emocional interno, o que desencadeou no analista dificuldade de pensamento e de movimentação.

Chegamos à premissa de que as sensações vivenciadas pelo analista durante os atendimentos podem auxiliá-lo na hora de interpretar. Verificamos que Figueiredo, Irma Pick e Rocha Barros possuem compreensões semelhantes a respeito da interpretação da contratransferência, pois eles propõem que o analista realize movimentos de envolvimento (aproximação) e

distanciamento, implicação e reserva na relação com o paciente para que as metáforas que constituem as interpretações possam ser formuladas. Porém, reconhecemos que estas interpretações nunca podem ser construídas exclusivamente com base na contratransferência, mas devem ser feitas sempre apoiadas na observação do material trazido pelo paciente.

Já no terceiro capítulo deste trabalho, investigamos a faceta da contratransferência relacionada à pessoa do analista. Para tanto utilizamos a experiência vivenciada no atendimento de Carlos. Este analisando se apresentava muito severo consigo mesmo o que o levava a vivenciar uma autoestima muito baixa e a estabelecer relações em que ele era desvalorizado. Na vinheta clínica apresentada vivenciamos sentimentos de menos-valia semelhante àqueles apresentados por Carlos. Porém, naquele momento optamos por não interpretar.

Durante a investigação da situação clínica em questão, utilizamos o pensamento de Ferenczi quando este afirma que o analista possui aspectos de sua personalidade que possibilitam que ele vivencie e reconheça a vivência de sentimentos que são despertados pelo contato com o analisando. Estas características da personalidade do analista estão relacionadas à sua contratransferência: sua capacidade de se permitir ser afetado pelo paciente, que possibilita ao analisando estabelecer a neurose de transferência necessária ao tratamento.

Durante esta pesquisa a disponibilidade do analista para ser afetado pelo analisando foi investigada em autores como Winnicott, Safra e Kupermann. Entendemos que eles possuem em comum, de um modo ou de outro, a visão de que os analisandos afetam o analista também através do tom de voz, do ritmo de sua fala, dos gestos, do riso e também do silêncio. A

vivência por parte do psicanalista destas experiências pode possibilitar que falhas ocorridas no passado do paciente ocasionadas também pela insensibilidade de objetos de seu passado sejam reparadas.

Dessa perspectiva, na escrita dessa construção teórica e clínica, pensamos ter investigado as três facetas através das quais podemos compreender o conceito de contratransferência: como resistência, que tanto pode dificultar a escuta como favorecer elaborações teóricas; como uma forma primitiva de comunicação, que pode auxiliar o analista na formulação de interpretações; e, como um aspecto da personalidade do psicanalista referente à sua disponibilidade para ser afetado pelo contato com o analisando durante o tratamento psicanalítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALINT, A.; BALINT, M. (1939). *Sobre transferência e contratransferência.* In. A contratransferência a luz do desejo do analista. Escola Letra Freudiana, ano 21 no. 29, Rio de Janeiro, 2002.

BION, W. *Estudos Psicanalíticos Revisados* - Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1994.

_____ (1955). A linguagem e o esquizofrênico.

_____ (1977). *Turbulência emocional* - *Revista Brasileira de Psicanálise*, 21, 121, 1987.

_____ *Making the best of a bad job.* In *Clinical Seminars* - Abingdon: Fleetwood Press, 1987.

_____ (1961). *Experiências com grupos* - Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ *Conferências Brasileiras* - Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ETCHEGOYEN, H. R. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica* – Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FERENCZI, S. (1919). *A técnica Psicanalítica.* In: *Obras Completas/Psicanálise II* - São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1928). *A Elasticidade da técnica psicanalítica*. In: Obras Completas/Psicanálise IV - São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: Obras Completas/Psicanálise IV - São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. *Quem é o psicólogo clínico*. In. Revisitando as psicologias: Da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos. – São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

_____ *Ética saúde e as práticas alternativas*. In. Revisitando as psicologias: Da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos. – São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

_____ *Presença, implicação e reserva. in. Ética e técnica em psicanálise*. – São Paulo: Escuta, 2000.

_____ *Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais, ou A chamada pulsão de morte*. In. Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea – São Paulo: Escuta, 2003.

_____ *As diversas faces do cuidar. Novos ensaios de psicanálise* – São Paulo: Escuta, 2009.

FIGUEIRA, S. (org.) *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* - São

Paulo: Casa do psicólogo, 1994.

FREUD, S. (1910). *Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.* In. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XI - Rio de janeiro: Imago, 1970.

_____ **(1912).** *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.* In. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII - Rio de janeiro: Imago, 1970.

_____ **(1913).** *A disposição à neurose obsessiva.* In. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII - Rio de janeiro: Imago, 1970.

_____ **(1914).** *Observações sobre o amor transferencial.* In. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII - Rio de janeiro: Imago, 1970.

_____ **(1915).** *O inconsciente.* In. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV - Rio de janeiro: Imago, 1970.

GRINBERG, L. (1958). *Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Sus implicaciones técnicas.* In. *Psicoanálisis aspectos teóricos y clínicos* – Barcelona: Paidós, 1981.

_____ (1982). Mas alla de la identificación proyectiva. In. Fundamentos da técnica psicanalítica – Porto Alegre: Artes médicas: 1987.

HEIMANN, P. *On countertransference.* International journal of psychoanalysis. no. 31, vol. 1-2, 1950.

_____. *Countertransference.* In. British journal of clinical psychology, no. 33, 1960.

HINSHELWOOD, R.D. *Dicionário do pensamento kleiniano* - Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

JOSEPH, B. (1985). *Transferência: a situação total.* In. Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 2 - Rio de Janeiro: Imago, 1990.

KLEIN, M. (1930). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos – Rio de Janeiro: imago, 1991.

_____. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In. Inveja e gratidão e outros trabalhos – Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. (1952). As origens da transferência. In. Inveja e gratidão e outros trabalhos – Rio de Janeiro: Imago, 1991

_____. (1957). *Inveja e gratidão.* In. Inveja e gratidão e outros trabalhos -

Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. Vocabulário da psicanálise – São Paulo: Martins fontes, 1992.

LITTLE, M. (1950). *“R” – A resposta total do analista as necessidades do seu paciente.* In. A contratransferência a luz do desejo do analista. Escola Letra Freudiana, ano 21 no. 29 - Rio de Janeiro, 2002.

_____ (1951). *Contratransferência e a resposta do paciente a isso.* In. A contratransferência a luz do desejo do analista. Escola Letra Freudiana, ano 21 no. 29 - Rio de Janeiro, 2002.

MEZAN, R. *O bildungsroman do psicanalista.* In. A sombra de Don Juan e outros ensaios – São Paulo: Brasiliense, 1993.

MONEY-KYRLE, R. (1956). *Contratransferência normal e alguns de seus desvios.* In. Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 2 - Rio de Janeiro: Imago, 1990.

NEYRAUT, M. *Le transfert* - Paris: PUF, 1974

PICK, I. B. (1985). *Elaboração na contratransferência.* In. Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 2 - Rio de Janeiro: Imago, 1990.

RACKER, H. (1953). *Estudos sobre a técnica psicanalítica* - Porto Alegre: Artes

médicas, 1988.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica* – Aparecida, SP: Idéias e Letras: São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

_____. *Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal* – São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SEGAL, H. (1977). *Contratransferência*. In. *A obra de Hanna Segal* - Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____. *Usos e abusos da contratransferência*. In. *Psicanálise, literatura e guerra* – Rio de Janeiro: Imago, 1998.

WINNICOTT, D. (1947). *O ódio na contratransferência*. In. *Da pediatria à psicanálise* - Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____ (1960). *Contratransferência*. In. *O ambiente e os processos de maturação* – Porto Alegre: Artmed, 1983.

ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M. J. P. *Contratransferência: teoria e prática clínica* – Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.