

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Carla Alessandra Barbosa Gonçalves

**A contratransferência na clínica contemporânea:
abertura para o inédito**

São Paulo

2012

Carla Alessandra Barbosa Gonçalves

**A contratransferência na clínica contemporânea:
abertura para o inédito**

São Paulo

2012

Carla Alessandra Barbosa Gonçalves

**A contratransferência na clínica contemporânea:
abertura para o inédito**

Versão Original

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Carla Alessandra Barbosa.

A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito / Carla Alessandra Barbosa Gonçalves; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. -- São Paulo, 2012.

93 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Contratransferência 3. Acompanhamento terapêutico 4. Saúde mental I. Título.

RC504

Nome: GONÇALVES, Carla Alessandra Barbosa

Título: A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para Ricardo e Matheus,
que me encorajam a aventurar-me
e me mostram os mais belos caminhos.

AGRADECIMENTOS

A todos que fizeram parte dessa longa e paciente caminhada que me conduziu ao encontro de mim mesma e me fez descortinar o mundo;

Aos pacientes, que confiaram em mim e em meu trabalho;

Ao Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, pelas orientações e pelo respeito à minha caminhada;

Ao Prof. Dr. Daniel Kupermann, por compartilhar seu rigoroso e sensível conhecimento em suas aulas e na leitura cuidadosa de meus escritos;

Ao Prof. Dr. Kleber Barretto, pelo acompanhamento antes mesmo que pudéssemos nos encontrar e pela leitura poética quando de nosso encontro;

À Luciana Pires, que através de sua sensibilidade me ajuda a encontrar minha potência;

À Mariana Stucchi, pela amizade sincera e por fazer-se sempre presente, especialmente nos momentos mais importantes;

Aos amigos e também parceiros de trabalho Alexandre Ogata, Mariana Lellis, Alexandre Maduenho, Luís Henrique de O. Daló, Arielle Natalício, Graziela Marcheti, Vera Tschiptschin e Gabriela Di Giacomo, pela generosidade de suas companhias;

Aos meus pais, Celso e Quina, e meus irmãos, Fabio e Rodrigo, por me fornecerem o chão e a coragem para caminhar;

À toda minha generosa e afetuosa família, pelo incentivo e paciência;

Ao Ricardo Kozesinski, por me dar suporte e me suportar nos momentos difíceis, por instigar minha curiosidade, por acreditar em mim.

RESUMO

GONÇALVES, C.A.B. **A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito.** 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Este estudo investiga experiências clínicas da pesquisadora em diferentes modalidades de atendimento: clínica privada, clínica em instituições de saúde mental e no acompanhamento terapêutico. O contato com pacientes difíceis levaram a pesquisadora a identificar que a contratransferência é um instrumental clínico privilegiado para compreender e intervir com esses pacientes. O objetivo deste trabalho é problematizar a contratransferência nas diversas atividades clínicas. Freud, Heimann, Ferenczi e Winnicott são discutidos em companhia de psicanalistas brasileiros – Barretto, Gondar, Kupermann e Safra – que debatem a contratransferência no *psicanalisar* da atualidade. Foram reproduzidos recortes clínicos da literatura científica e apresentadas vinhetas clínicas dos atendimentos realizados pela pesquisadora, com o intuito de examinar o uso da contratransferência na contemporaneidade. Para Freud, a contratransferência era um obstáculo à análise; para Heimann, os afetos do analista eram reativos e indicavam uma compreensão da transferência em jogo; Ferenczi abarcou os afetos do analista como possibilidade de comunicação inconsciente e um recurso interventivo, formulando as noções de tato e empatia; Winnicott também defendia a positividade dos afetos do terapeuta, instrumentalizando o uso da contratransferência e do manejo clínico e fundamentando o processo analítico no espaço transicional, o que permitiu criatividade e ineditismo no processo terapêutico. Conclui-se que a possibilidade do terapeuta utilizar a contratransferência como recurso favoreceu o tratamento de pacientes difíceis na clínica privada, nas instituições e no acompanhamento terapêutico. A contratransferência implica transformações técnicas, teóricas e éticas, bem como articula-se ao campo estético, pois amplia a possibilidade de comunicação e compreensão ao levar em conta os recursos afetivos do terapeuta nos cuidados dos pacientes difíceis.

Palavras-chave: contratransferência; psicanálise; acompanhamento terapêutico; saúde mental.

ABSTRACT

GONÇALVES, C.A.B. **Countertransference in contemporary clinic: opening to the originality.** 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

This study investigates the researcher's clinical experiences in different modes of treatment: private clinic, clinical mental health institutions and in the therapeutic accompaniment. The contact with hard cases patients led the researcher to identify that countertransference is a privileged clinical instrument for understanding and intervening with these patients. The objective of this work is to complexify the countertransference in multiple clinical activities. Freud, Heimann, Ferenczi and Winnicott are discussed in the company of Brazilian psychoanalysts - Barretto, Gondar, Kupermann and Safra - debating countertransference in the present psychoanalysis practice. It was reproduced excerpts from scientific literature and clinical vignettes provided by the researcher from their treatment in order to examine the use of countertransference in contemporary times. For Freud, countertransference was an obstacle to the analysis; for Heimann, the emotions of the analyst were reactive and showed an understanding of the transference in the analytic process; Ferenczi embraced the affections of the analyst as the possibility of unconscious communication and an intervening resource by establishing the notion of tact and empathy; Winnicott also supported the positivity of the affects from the therapist, providing tools for the use of the countertransference and the clinical management, grounding the analytic process in the transitional space, which allowed the creativity and originality in the therapeutic process. It was concluded that the possibility of to use the countertransference by the therapist as a resource contributed the treatment of hard cases patients in private clinics, institutions and therapeutic accompaniment. The countertransference involves technical theoretical and ethical changes and articulates the aesthetic field, because it enhances the possibility of communication and understanding considering the emotional resources of the therapist in the care of hard cases patients.

Keywords: countertransference, psychoanalysis, therapeutic accompaniment, mental health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 O INÍCIO: SIGMUND FREUD (1856-1939).....	17
2 ABERTURA POLÍTICO-INSTITUCIONAL: PAULA HEIMANN (1899-1982).....	31
3 ABERTURA TEÓRICO-CLÍNICA: SÁNDOR FERENCZI (1873-1933).....	35
4 A CRIAÇÃO: DONALD WOOD WINNICOTT (1896-1971).....	49
5 DISCUSSÕES CLÍNICAS.....	63
5.1 Clínica privada.....	64
5.2 Clínica ampliada: clínica nas instituições de saúde mental.....	67
5.3 Clínica do acompanhamento terapêutico.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXO.....	93

Tenho medo de escrever. É tão perigoso. Quem tentou, sabe. Perigo de mexer no que está oculto – e o mundo não está à tona, está oculto em suas raízes submersas em profundidades do mar. Para escrever tenho que me colocar no vazio. Neste vazio é que existo intuitivamente. Mas é um vazio terrivelmente perigoso: dele arranco sangue. Sou um escritor que tem medo da cilada das palavras: as palavras que digo escondem outras – quais? talvez as diga. Escrever é uma pedra lançada no poço fundo.

CLARICE LISPECTOR

INTRODUÇÃO

A pergunta motriz desse estudo nasceu da própria experiência da pesquisadora nos atendimentos em clínica privada, acompanhamento terapêutico (AT) e clínica ampliada (intervenções realizadas em instituições de saúde mental). Clinicar nessas várias modalidades psicoterapêuticas incitou questionamentos que não se restringiram ao campo técnico específico de cada modo de intervenção, mas principalmente incidiram sobre a postura do psicólogo/psicanalista frente às demandas da atualidade.

Portanto, o tema dessa pesquisa é formulado a partir das reflexões do dia-a-dia do *fazer clínico* da pesquisadora. Apoiada nas vertentes do tripé consagrado como necessário para a formação do analista,¹ buscava em primeiro lugar a resposta da pergunta “como devo cuidar desse paciente?”. Conforme ia ganhando bagagem teórica, amadurecimento profissional e pessoal reconhecia que podia se lançar em mares mais profundos e obtusos do sofrimento psíquico de seus pacientes, e na mesma medida via-se cada vez mais implicada nesses processos. De forma figurada poderíamos pensar que de posse de um conhecimento que lhe permitia ler as cartas marítimas para navegar com certa tranquilidade no mar teórico, percebia que para ser uma boa marinheira lhe era exigido, também e cada vez mais, sua capacidade de *percepção* e destreza para saber manejar o barco durante uma tempestade, ou mesmo para saber quando é o momento de aguardar e deixar que outro marinheiro assumo o leme, de forma a que todos pudessem sobreviver a tal tormenta.

O termo “percepção” não é utilizado sem razão. Segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (HOUAISS, 2009, p.1470) o verbete *perceber* pode significar “tomar

¹ Quais sejam: formação teórica, experiência clínica e análise pessoal.

consciência de, por meio dos sentidos”, “captar com a inteligência; compreender”, “notar, conhecer por intuição ou perspicácia”. Este é justamente o aspecto que queremos ressaltar, ou seja, a importância de se considerar a capacidade do terapeuta ² para apreensão, pela via dos sentidos, tanto das comunicações não-verbais dos pacientes como dos processos silenciosos que estejam acontecendo com cada dupla terapeuta-paciente.

Recorrendo à nossa metáfora podemos pensar que o marinheiro pode perceber a chegada de uma tempestade pela mudança da velocidade e direção do vento, pelo cheiro, pela umidade do ar, e todas essas percepções através dos sentidos são significadas e podem ser traduzidas em estratégias para melhor enfrentarem (marinheiro-terapeuta e marinheiro-paciente) a tempestade. Também temos que ressaltar que essas percepções podem causar medo ou até entusiasmo no marinheiro-terapeuta, e seus sentimentos também irão influenciar na escolha da orientação a ser dada.

Evidenciando estes aspectos em atendimentos clínicos podemos citar como exemplos a mudança na maneira de construir as frases pelo paciente em determinados assuntos ou após algum período do tratamento, a irrupção de alguma imagem na fantasia do terapeuta que primeiramente parece interferir em sua escuta flutuante, suas reações emocionais, entre tantas outras experiências. Podemos ilustrar mais claramente através de uma breve e vívida passagem de um AT relatada por Barretto (2000, p. 75)

[...] a at [acompanhante terapêutica] também se emocionou com o choro dele [...] Esse emocionar-se a assusta, mas ela não ficou submetida ao susto, à emoção; e assim, procurou dar nome ao sentimento que poderia estar provocando a emoção. À pergunta se não seria tristeza, José dizia que estava sentindo a alma em um misto de choro e riso [...].
Recuperada a alma e a capacidade de sentir por meio da função de continência da at, José foi capaz de ser continente aos seus sentimentos.

² Ao longo da dissertação, poderemos utilizar os termos *terapeuta*, *terapêutico* e *terapia* para nos referirmos tanto aos atendimentos em consultório, como acompanhamento terapêutico e clínica ampliada, considerando a mesma matriz teórica psicanalítica para todas essas modalidades de atendimento. Não privilegiaremos os termos *analista* e *análise*, a não ser que estejamos nos referindo a processos que clínicos que ocorrem estritamente no consultório – sentido que foi consagrado pelo campo psicanalítico. Seguiremos o mesmo princípio adotado por Paulo César de Souza na tradução recente das obras freudianas, como foi explicitado em nota de rodapé (FREUD, 1914/2010, p. 200), que mantém a versão de Strachey, e refere-se a “terapia” com o sentido de “tratamento”.

Ainda é preciso ressaltarmos que tanto terapeuta quanto paciente são influenciados pelos elementos perceptivos. Coelho Junior e Figueiredo (2004) ratificam a importância desse aspecto na clínica, afirmam que

as práticas em psicologia apóiam-se em elementos da percepção e, ainda mais, da mútua percepção. Possivelmente grande parte das comunicações dependem de um sofisticado interjogo entre as percepções dos participantes do processo terapêutico. Teorias da percepção e também da comunicação definem e procuram dar inteligibilidade a diferentes formas de comunicação. Há comunicações pré-verbais, infraverbais, pré-representacionais, corporais e talvez até pulsionais, além é evidente, das comunicações propriamente verbais. Há percepções conscientes, pré-conscientes e, quem sabe até inconscientes. Por que não? Muitas vezes transmitimos o que nem sabemos que havíamos percebido, e também reconhecemos sensações e sentimentos para os quais não encontramos origem segura.

Então podemos reconsiderar o exemplo acima e observarmos que a at *percebeu e sentiu* as emoções de José, e este ao *perceber* como a at podia lidar com tais sentimentos, também pôde vivenciar seu próprio estado afetivo de forma continente, sem desorganizar-se psiquicamente. Assim, podemos dizer, que a possibilidade de percepção de José do estado afetivo da at foi intervenção mais importante nessa passagem.

A escolha pelo relato da primeira vinheta clínica ser em acompanhamento terapêutico é em razão de que para a pesquisadora, foi a emergência de sentimentos em si mesma nos atendimentos dessa clínica – sentimentos que são uma espécie de *apresentação* das representações que não podiam ser comunicadas pela via verbal – que lhe trouxeram a dimensão da contratransferência, e a partir dessas experiências passou a perceber e (res)significar a ocorrência dos sentimentos no terapeuta também na clínica tradicional e clínica ampliada.

A pesquisadora pôde constatar que, especialmente nos atendimentos de “casos difíceis” em qualquer uma das modalidades clínicas – clínica privada, clínica ampliada ou acompanhamento terapêutico – era-lhe exigido menos a sua competência teórica e mais a sua *percepção e presença*, utilizando menos de “interpretação comunicada” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2008, p. 246) e mais de manejo. Ressaltamos não estamos renegando a importância e necessidade da formação teórica, apenas indicando que, mais claramente para alguns pacientes, a teoria deve ficar secundária à manutenção do vínculo.

Para fazer tal afirmação apoiamo-nos na definição de *interpretação* sintetizada por Laplanche e Pontalis (2008, p.245-246): “No tratamento, comunicação feita ao sujeito, visando dar-lhe acesso a esse sentido latente, segundo as regras determinadas pela direção e evolução do tratamento”. Entretanto, discordamos quanto à consideração desses autores de

que “a comunicação da interpretação [é] por excelência o modo de ação do analista”. Afinal, como acabamos de defender, o *manejo* também é uma ação por excelência do terapeuta.

A respeito do *manejo*, é interessante observarmos que apesar deste termo ser utilizado corriqueiramente pelos autores clássicos não encontramos sua definição como verbete em nenhum dicionário de psicanálise (Cf. LAPLANCHE E PONTALIS, 2008; ROUDINESCO E PLON, 1998; ZIMERMAN, 2001). De maneira geral, os autores referem-se a este termo para indicar uma modificação necessária no enquadre, portanto, trata-se de uma modalidade da técnica. Nos artigos freudianos consultados encontramos referências a esta ação nos casos de “manejo de transferência” (FREUD, 1912a/2010; 1915/2010). Em Ferenczi não encontramos referência direta deste termo nos artigos consultados, mas seus comentadores utilizam-se dessa compreensão em sua teoria. Sobre esses dois grandes autores, Barretto (2000, p. 199) indica que podemos considerar a intervenção de Freud no caso do “Homem dos Lobos”,³ marcando um dia para o fim da análise, e a “técnica ativa”⁴ de Ferenczi como germes do manejo. Já Winnicott é o autor que apresenta maiores contribuições nessa área,

O manejo (*management*), como a maior parte dos termos utilizados por Winnicott, caracteriza-se por estar muito próximo de uma linguagem cotidiana. Assim como tantos outros conceitos winnicottianos, o manejo não recebeu por parte desse autor uma preocupação que fosse sistematizado, ou seja, não existe em sua obra nenhum artigo que procure defini-lo com maior precisão ou mais amplamente. O que encontramos são menções, exemplos clínicos do que ele entendia por manejo. No entanto, é possível apreender através de seus textos, que o manejo se refere a uma intervenção no *setting* (enquadre) e/ou no cotidiano do sujeito, levando em conta suas necessidades, sua história e a cultura na qual está inserido, a fim de promover seu desenvolvimento psíquico. (BARRETTO, 2000, p.196)

Portanto, ao utilizar o termo manejo queremos indicar os atos do analista que visam manter a sobrevivência do *setting* (como confiança, construção de “parapeito” frente às intrusões externas que ameaçam o espaço terapêutico, etc.) ao mesmo tempo em que procura responder à necessidade do paciente. O manejo, assim como a interpretação, também é a expressão da compreensão do analista a respeito do paciente.

Retomando os questionamentos da pesquisadora, identificamos que estes indicavam as dificuldades inerentes ao terapeuta em utilizar de sua *percepção*, isto implicava adentrar em

³ Cf. Freud, 1918 [1914] *História de uma neurose infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 17)

⁴ Cf. Ferenczi, 1919b

um terreno onde suas próprias emoções eram aspectos importantes para serem considerados, o que forçava uma revisão na *postura* profissional. Ao invés de uma colocar-se de forma *mais neutra possível*, em seus atendimentos a pesquisadora passou a verificar a importância de configurar sua *presença*, passando a questionar-se também quanto aos limites dessa nova postura.

A complexidade do que queremos expressar pode ser mais bem traduzida através da literatura, pois esta é uma linguagem que abarca imagens e intensidades, como vivamente nos fala Clarice Lispector:

Esta história poderia chamar-se “As Estátuas”. Outro nome possível é “O assassinato”. E também “Como matar baratas”. Farei então pelo menos três histórias verdadeiras, porque nenhuma delas mente a outra. Embora uma única, seriam mil e uma, se mil e uma noites me dessem. (LISPECTOR, 1999b, p. 74)

Quer dizer, a relação terapêutica é constituída por uma complexa trama de afetos e histórias de naturezas diversas – como a história de vida e dinâmica do paciente, vínculo estabelecido na relação terapêutica, transferência em jogo, história e dinâmica do terapeuta – que se cruzam, entrecruzam, alinhavam-se ou excluem-se em movimentos dinâmicos. São vários campos inter-relacionados e dependendo do foco que se escolhe, podem construir uma narrativa diferente: pode-se escolher *escutar* o paciente de forma distanciada e desafetada: “As estátuas”; ou então considerar os afetos envolvidos, mas a partir de sujeitos indeterminados: “O assassinato”; como também, pode-se procurar compreender a dinâmica envolvida e implicar-se na história: “Como matar baratas”.

Dessa forma, ficou claro para a pesquisadora a importância de se considerar o campo perceptivo inter-relacionado ao campo teórico. Adentra-se assim, no campo estético da clínica. Conforme definido por Safra (2005, p. 20)

a palavra estética designa a ciência do sentido e da sensação. Deriva do grego *aisthanesthai* que significa ‘perceber’; *aisthesis* que significa ‘percepção’; *aisthetikos* que significa ‘o que é capaz de percepção’. Utilizo o termo estético [...] para abordar o fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações de agrado, encanto, temor, horror, etc. Estas imagens, quando atualizadas pela presença de um outro significativo, permitem que a pessoa constitua os fundamentos ou aspectos de seu *self*, podendo então existir no mundo humano.

Comentando a respeito do exposto, Figueiredo (2005, p. 10-11) observa que a implicação da recuperação desse campo pela psicanálise, contribui para a compreensão da constituição da subjetividade, na medida em que “os objetos em sua materialidade e em suas formas, os corpos, os gestos, as dimensões do mundo: tempos, espaços, sons, cores,

movimentos são tratados como as raízes e os ingredientes básicos dos processos de constituição do *self*".

Kupermann (2008, p. 86) indica que a decorrência da dimensão estética no *psicanalisar* manifesta-se na preocupação com "qualidade do encontro afetivo". Será apoiado neste vínculo que o processo terapêutico poderá promover a "criação de sentidos na experiência psicanalítica" e a "emergência de concepções distintas da transferência em momentos cruciais da história da psicanálise" – acompanharemos as transformações empreendidas pelos autores estudados nesta pesquisa.

Nesse sentido, não é mais possível falar-se em teorias generalizantes, em técnicas universais e a pergunta inicial da pesquisadora: "como cuidar desse paciente?", é singularizada para "como *eu* posso cuidar *desse* paciente?".

Encontramos ressonâncias dessa problemática nos escritos de Ferenczi (1928), conforme apontado por Kupermann (2003, p. 54, grifos do autor), "[...] Sándor Ferenczi não pergunta mais *o que fazer* na clínica, mas *como fazer* no aqui e agora das sessões".

Entretanto, antes de acompanharmos o pensamento ferencziano devemos observar que o campo de discussões dessa pesquisa se inicia em questões da técnica psicanalítica ampliando-se para reformulações do paradigma de tratamento e postura do terapeuta. A implicação do terapeuta é uma noção construída na história da psicanálise, sendo que a *contratransferência* é o conceito inaugural dessa preocupação.

Nesta pesquisa, primeiramente estudaremos a *contratransferência* nos escritos de Sigmund Freud (1856-1939), Paula Heimann (1899-1982), Sándor Ferenczi (1873-1933), Donald Winnicott (1896-1971), bem como de autores contemporâneos (como Daniel Kupermann, Jô Gondar, Kleber Barretto e Gilberto Safra), que discutem as transformações mais recentes e a importância desse conceito para a *nossa* clínica do dia-a-dia. Em seguida, discutiremos a ocorrência desse fenômeno através de vinhetas clínicas vivenciadas pela pesquisadora nas diferentes modalidades clínicas – clínica tradicional, clínica ampliada e acompanhamento terapêutico – com o intuito de discutir vivamente as questões levantadas.

O tema da *contratransferência* tem se mostrado relevante e atual, pois as demandas para tratamento na contemporaneidade incluem tanto pacientes compreendidos dentro de um espectro neurótico, como psicótico, fronteiro e não-neurótico. Para adequar-se a tais demandas tem-se discutido a *técnica* de maneira mais ampliada, ou seja, tem-se formulado novos modelos de clínica. Na clínica mais tradicional (individual, no consultório), os autores Lescovar e Safra (2005, p.115) afirmam que a *contratransferência* proporciona

... possibilidades de compreensão e condução de casos clínicos considerados difíceis, ou incapazes de desenvolver neurose de transferência e que, até hoje, estão presentes com frequência em consultórios e ambulatórios.

Em relação ao AT, podemos apreender através de uma vinheta de atendimento descrita por Barretto (2000, p. 75), a importância da at reconhecer seus próprios sentimentos durante o atendimento e utilizá-los para a compreensão do estado emocional do paciente, como se segue no trecho abaixo:

Danielle foi capaz de estar em contato com as angústias de José e a partir da própria angústia [...] procura dar alguma organização àquilo que podia estar se passando com ele.

Quanto ao trabalho institucional, Mencarelli e Vaisberg (2007) discutem o impacto afetivo nos profissionais que trabalham em um ambulatório de saúde pública, apontando para a “necessidade de se pensar sobre a [...] contratransferência, como um fenômeno emergente em clínica extensa [ou clínica ampliada] e diferenciada”.

Dessa forma, pretendemos contribuir com o debate sobre as possibilidades e limitações da contratransferência como um instrumento técnico no *fazer psicanalítico* da atualidade.

1 O INÍCIO: SIGMUND FREUD (1856-1939)

A contratransferência é abordada diretamente por Freud em apenas dois artigos: o primeiro, “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910/1996), com objetivo “eminente prático” e o segundo, “Observações sobre o amor de transferência” (1915/2010), que faz parte da série de artigos técnicos publicados entre 1911 e 1915. Esse fato nos indica dois aspectos importantes que contextualizam a inserção da contratransferência nas teorizações psicanalíticas: de um lado há a preocupação com o aumento de médicos que passaram a exercer a psicanálise, e com isso Freud procurou balizar enfaticamente os pressupostos éticos e científicos da psicanálise através dos artigos técnicos;⁵ de outro lado – e esse aspecto é fundamental para nossa argumentação – podemos notar que as noções de transferência e, principalmente, de contratransferência surgem a partir de impasses clínicos, do aqui e agora das sessões. Na verdade, poderíamos dizer que a psicanálise nasce para responder a um impasse clínico, e todas as transformações paradigmáticas que já sofreu e ainda sofrerá – já que é um campo de saber em permanente constituição – são decorrentes da ampliação da capacidade de instrumentos e recursos que possibilitam uma maior apreensão de fenômenos vivenciados entre analista e paciente.

Logo no início do primeiro artigo citado, Freud (1910/1996) discute justamente sobre as dificuldades clínicas. O autor constata que o “entusiasmo” inicial pela psicanálise decorrente dos resultados obtidos em muitos tratamentos se transformaram em “depressão”, devido aos obstáculos técnicos encontrados, assim as análises de *casos mais difíceis*⁶ não obtiveram bons resultados. Esperançoso, Freud confia que descobertas futuras possibilitarão “melhoria substancial nas nossas perspectivas terapêuticas”, e identifica que estas deverão advir de três direções: (1) “processo interno”, (2) “aumento de autoridade” e (3) “eficiência geral de nosso trabalho” (FREUD, 1910/1996, p. 147). Em relação ao processo interno, o autor distingue dois campos: dos avanços no conhecimento analítico e dos avanços na técnica

⁵ Apontamos para a forma com que tais regras técnicas foram absorvidas pela comunidade psicanalítica, levando à institucionalização da *formação de psicanalista* (cf. Kupermann, 2008)

⁶ Os termos em itálicos são nossas palavras. Em seu artigo Freud (1910/1996, p.151) se refere aos pacientes com histeria de angústia (fobia) e aqueles com neurose obsessiva.

– esses aspectos interessam-nos especialmente, pois será nesse contexto que o autor abordará a contratransferência.

Para acompanharmos a discussão empreendida por Freud nesse artigo, precisaremos retomar, de forma breve e pontual, a evolução do objetivo do tratamento e as respectivas mudanças nas técnicas utilizadas ao longo dos 30 anos,⁷ aproximadamente, de movimento psicanalítico. A cada uma dessas *transformações técnicas* estão atreladas construções teóricas diferenciadas, articulando-se novas perspectivas sobre a sintomatologia e como conseqüência, novas noções de *cura*. Em última instância, podemos dizer que essas mudanças articulam novos paradigmas psicanalíticos. Para abordar esses períodos, utilizaremos como referência os três momentos apontados pelo próprio autor em artigo de 1914, bem como os comentários de pensadores contemporâneos da obra freudiana.

Freud (1914/2010, p. 194) considera o início da psicanálise a partir da consolidação do *método catártico*. Ora, o método é o caminho que possibilita alcançar-se um objetivo, assim, temos também que ressaltar nesse momento o que se buscava era a eliminação do sintoma histérico, e com isso o tratamento teria alcançado a “cura”. Esse processo era realizado em duas etapas: através da hipnose acessava-se a lembrança do momento da formação do sintoma, que havia sido recalçada, e desse modo os processos psíquicos envolvidos na formação do sintoma histérico eram reativados na sessão para que, através da ab-reação pudesse ser realizada a “descarga adequada dos afetos patogênicos” (LAPLANCHE E PONTALIS, 2008, p. 60). Acreditava-se que dessa forma expurgava-se a patologia e, portanto, a histeria estaria curada.

Kupermann (2008, p. 71) observa que a procura pela primeira aparição do sintoma era algo corriqueiro da anamnese médica, então o diferencial estava no fato de que a lembrança só poderia ser alcançada num estado de sonambulismo, e por isso a hipnose, “para fazer lembrar aquilo que de fato não se podia esquecer, e que se fazia ativamente presente enquanto sintoma corporal”. Nesse período o terapeuta tem função quase mecânica, poderíamos dizer, de colocar o paciente em transe e conduzir o hipnotismo, e sua *atividade* é basicamente a de expectador.

⁷ Referimo-nos ao período compreendido entre as décadas de 1880 e 1910.

Freud utilizou o método catártico no período compreendido entre 1880 e 1895 (LAPLANCHE E PONTALIS, 2008, p. 61; ROUDINESCO E PLON, 1998, p. 649). O próprio autor afirma que renunciou ao hipnotismo pela dificuldade de realizar esse procedimento. Relata que em sua experiência clínica, não conseguia levar os pacientes ao estado “sonâmbulo” e isso acabava criando certa resistência nos pacientes e abalando a confiança nele, enquanto analista. Também sentia que esse procedimento levava a um grande dispêndio de energia (tanto do paciente quanto do terapeuta) (FREUD, 1895/1996, p. 135-136). Com isso descartou a hipnose e verificou que poderia ajudar os pacientes a se “lembrarem” somente com o auxílio da simples sugestão e do “relaxamento de suas faculdades críticas” (FREUD, 1895/1996, p. 138). Esse é considerado o *segundo momento da psicanálise* – em que predominou o *método da associação livre*. O objetivo em “descobrir” as lembranças reprimidas permanecia, mas agora “a partir dos pensamentos espontâneos do analisando” (FREUD, 1914/2010, p. 194).

Com o paciente em estado vigil, Freud (1895/1996, p. 139) podia observar os processos psíquicos em sua verdadeira dinâmica: o fluxo dos pensamentos espontâneos mostrava os caminhos que foram percorridos, e as associações que foram realizadas para conseguir driblar a consciência e recalcar o afeto ou a representação ligado ao momento traumático, fazendo sobrar apenas alguns vestígios nos sintomas neuróticos. O trabalho da análise era realizado através do *método da associação livre*, que buscava fazer o caminho de volta dos sintomas até o trauma. Nesse período, a *resistência* do paciente em lembrar o momento traumático passa a ser entendida não como um entrave ao tratamento, mas pelo contrário, ganha um valor positivo já que é indício da localização do conflito, ou melhor, “a mesma força que acarretou o sintoma, recalçando as representações incompatíveis, coloca-se no curso da análise como uma *resistência* à revelação dessas mesmas representações” (KUPERMANN, 2008, p. 77). A *atividade* do analista passa a ser “contornar” as resistências “mediante o trabalho de interpretação e a comunicação dos seus resultados ao doente” (FREUD, 1914/2010, p. 195). Quer dizer, encontrar as resistências é tão importante quanto manejá-las para superá-las.

Com isso, mais do que *apenas* encontrar o momento da formação do sintoma, o autor também passou a obter uma “compreensão dos motivos que muitas vezes determinam o ‘esquecimento’ das lembranças” (FREUD, 1895/1996, p. 139). Quer dizer, a mudança na técnica impulsiona e é impulsionada por uma importante transformação teórica: a noção de *conflito psíquico*. Kupermann (2008, p. 77; itálicos do autor) comenta que mesmo que o

psiquismo seja compreendido a partir da dimensão dinâmica, permanecia a “imagem rudimentar de um *inconsciente fixo com conteúdos prontos a serem revelados*” – implicando na manutenção da idéia de que o tratamento psicanalítico descobre aspectos que já estavam lá, não há a criação de algo novo.

Desse período, também queremos destacar uma dimensão apontada sutilmente por Freud na seguinte passagem:

Além disso, logo abandonei a prática de fazer testes para indicar o grau de hipnose alcançado, visto que num bom número de casos isso provocava a resistência dos pacientes e abalava sua confiança em mim, da qual eu necessitava para executar o trabalho psíquico mais importante. (FREUD, 1895/1996, p.136)

Quer dizer, para que o tratamento psicanalítico *aconteça*, especialmente nos momentos em que se faz necessário manejar as resistências, é fundamental que o paciente *confie* no terapeuta – essa *qualidade* precisa compor o vínculo terapêutico, inclusive para que o paciente consiga relaxar “suas faculdades críticas” e dizer tudo o que lhe vem à mente; ou seja, essa *qualidade* proporciona a base para que as técnicas sejam conduzidas.

Poucos anos após esse período, Freud abandonou a sugestão e passou *apenas* a acompanhar as *associações livres* do paciente (LAPLANCHE E PONTALIS, 2008, p. 61), e o *método* ganhou novo patamar: de estratégia passou a “regra psicanalítica básica” (FREUD, 1912a/2010, p. 145) – e “em 1923, em seus verbetes de enciclopédia “Psicanálise” e “Teoria da Libido”,⁸ sublinhou que a regra fundamental era indispensável à realização do trabalho psicanalítico”, como comentam Roudinesco e Plon (1998, p. 650).

Chegamos ao *terceiro momento da psicanálise* – e podemos retomar o artigo “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (FREUD, 1910/1996). Nesse período as resistências ganham o primeiro plano, o objetivo passa a ser “encontrar e sobrepujar, diretamente as ‘resistências’” (FREUD, 1910/1996, p. 150). Quer dizer, não bastava mais tomar conhecimento sobre o sintoma ou entender intelectualmente sua significação. Como as resistências dão visibilidade ao conflito psíquico importava compreender a dinâmica e desvendar os complexos que subjaziam aos sintomas (FREUD, 1910/1996, p. 30-31). A *nova perspectiva* para esse novo objetivo não estava mais localizada do lado do paciente, mas nos

⁸ FREUD, S. (1923 [1922]) *Dois Verbetes de Enciclopédia*. . Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18).

“processos internos” que ocorrem no analista – como nos referimos acima.⁹ Assim, dessa vez o foco recai sobre as funções do analista. Freud explicita que,

O tratamento compõe-se de duas partes – o que o médico *infere* e diz ao doente, e o que o doente elabora de quanto ouviu. O mecanismo de nosso auxílio é fácil entender; *damos ao doente a idéia antecipadora* consciente (a idéia do que ele espera encontrar) e, então ele acha a idéia inconsciente reprimida, em si mesmo, no fundamento de sua similaridade com a idéia antecipadora. É esta *ajuda intelectual* que lhe torna mais fácil superar as resistências entre consciente e inconsciente. (FREUD, 1910/1996, p. 147-148; grifo nosso)

Podemos observar que o trabalho do analista passa a ser, principalmente, a interpretação – por isso, consideramos esse período como sendo do *método interpretativo*. O analista precisa fazer um movimento em direção ao paciente, um deslocamento *intelectual*, pois somente dessa forma poderá compreender a lógica do funcionamento psíquico do paciente e *colocar-se a pensar como ele* para que possa formular a hipótese de qual conteúdo está sendo protegido pela resistência e fornecer a “idéia antecipadora”.

Freud (1910/1996, p. 148) complementa que há outro mecanismo “bem mais poderoso” que se faz uso no tratamento analítico: a transferência (*Übertragung*). Quer dizer, para que o analista possa *antecipar* a idéia reprimida é preciso que se estabeleça uma *relação especial* na qual o paciente *transfira* afetos de sua história pregressa, colocando o analista no lugar da figura significativa. Disso depreendemos que – segundo a construção teórica apresentada nesse período – o autor estabelece o tratamento psicanalítico fundamentado em uma relação dual, com vetores que partem de um ao outro, sendo que o trabalho do analista é sustentado sobre o intelecto, e a base do trabalho do paciente é apoiada sobre afeto.

Por ocasião da análise de Dora, Freud (1905[1901]/1996, p. 111) já havia afirmado que “Quando se penetra na teoria da técnica analítica, chega-se à concepção de que a transferência é uma exigência indispensável”. E para que a transferência se estabeleça o analista precisa oferecer suas características reais e – acrescentamos, sua disponibilidade interna – para receber os conteúdos e afetos vividos no passado pelo paciente de forma a atualizá-los na relação presente, como explicitado no trecho:

[...] toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida [pelo paciente], 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 [...]. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu

⁹ Cf. p. 17

conteúdo, uma *sublimação*, como costume dizer, podendo até tornarem-se conscientes ao se apoiarem em **alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou da circunstância do médico**. (FREUD, 1905[1901]/1996, p. 111; itálico do autor, negrito nosso)

O autor ainda comenta que o trabalho interpretativo é fácil de aprender já que o paciente fornece todos os indícios, mas manejar a transferência é “de longe a [parte do trabalho] mais difícil” (FREUD 1905[1901]/1996, p. 111), tanto pela dificuldade de sua identificação quanto por ser geradora de obstáculos que impedem a interpretação. A transferência, então, parece ter uma função aparentemente contraditória: é um dispositivo necessário mas bloqueia o livre curso das associações, quer dizer, faz resistência ao próprio processo analítico. A contrariedade mostra-se falsa ao verificarmos que é através do manejo da transferência – ou “superação”, nas palavras de Freud – que o paciente pode encontrar a dissolução das resistências, e “só depois de resolvida a transferência é que surge no enfermo o sentimento ¹⁰ de convicção sobre o acerto das ligações construídas (durante a análise)” (FREUD 1905[1901]/1996, p. 112).

A discussão a respeito da transferência merece uma pesquisa acadêmica exclusiva. Para nossa discussão faremos apenas esse recorte pontual, pois nossa intenção é ressaltar a importância da *circulação dos afetos* no processo analítico, sem o qual, a interpretação das *representações* não alcança o estatuto terapêutico pretendido: a superação das resistências. Essa perspectiva é importante para podermos introduzir a discussão a respeito da contratransferência.

O caso Dora é emblemático para o estudo da transferência e, principalmente, da contratransferência, como analisam Roudinesco e Plon (1998, p. 50-51):

A maioria dos comentadores observou que esse tratamento não foi tão “bem-sucedido” [...]. De fato, Freud teve muitas dificuldades com sua paciente, e não as mascarou. Como comentou Patrick Mahoney ¹¹ a propósito de Ernest Lanzer [o Homem dos Ratos], “Quando comparamos as contratransferências de Freud, com seus principais pacientes, temos a sensação de que ele simpatizava mais com o Homem dos Ratos do que com Dora ou com o Homem dos Lobos. [...]”

¹⁰ Ratificando nossa hipótese que o trabalho do paciente está apoiado no afeto.

¹¹ A referência desta citação é Mahony, P.J. *Freud's Dora: A Psychoanalytic, Historical, and Textual Study*. New Haven, Londres: Yale University Press. 1996. No livro o autor discute a tese de que Freud rejeitou Dora devido a impasses contratransferenciais (Disponível em <<http://yalepress.yale.edu/yupbooks/book.asp?isbn=9780300066227>>. Acesso em 9 de dez. de 2011).

A análise de Dora foi mal-sucedida devido ao impasse criado para Freud em relação ao “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” – definição de contratransferência cunhada por Roudinesco e Plon (1998, p. 133). E será articulado a esse acontecimento que podemos localizar a discussão sobre o fenômeno contratransferencial apresentada no ensaio de 1910, como podemos acompanhar na citação:

Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele [terapeuta], surge como resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo, e a sobrepujará. (FREUD, 1910/1996, p. 150)

Portanto, o autor constata *em carne viva* que além do vetor intelectual também há um vetor afetivo do analista em direção ao paciente. Mas para o autor esses afetos podem borrar a função interpretativa e por isso o terapeuta deve contar com recursos pessoais para distinguir e ultrapassar¹² esses sentimentos, eliminando esse vetor afetivo do campo de trabalho e dessa forma voltar apenas sua atenção intelectual para o paciente.

Como consequência, adota o pressuposto ético que o analista cuide de seus “complexos” e “resistências” em sua auto-análise, pois

[...] notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas. (FREUD, 1910/1996, p. 150)

O autoconhecimento e a capacidade de identificar os elementos (afetivos e representacionais) presentes no processo analítico são pré-requisitos básicos do analista, sendo Freud bastante enfático e exigente:

Qualquer que falhe em produzir resultados numa auto-análise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer idéia de tornar-se capaz de tratar os pacientes pela análise (FREUD, 1910/1996, p. 151).

No artigo “Observações sobre o amor de transferência” (FREUD, 1915/2010), último da série de seis artigos técnicos (1911-1915), o autor discute mais uma vez o impasse clínico que a transferência amorosa pode criar na situação analítica. Adverte que as declarações amorosas da paciente para o analista podem deixá-lo deslumbrado com a “conquista, como seria chamado fora da análise” e facilitar uma “possível contratransferência que nele se

¹² Distinguir e ultrapassar são sinônimos do termo “sobrepujar”, utilizado por Jayme Salomão, como indicado na citação imediatamente acima.

prepara” (FREUD, 1915/2010, p. 213): o enamoramento recíproco do terapeuta. Nessa situação, podemos observar a descrição de Freud igualando a contratransferência ao um *sentimento* surgido no analista pela influência da paciente.

A questão trabalhada no artigo é *o que fazer com a transferência amorosa?, os sentimentos surgidos no analista podem ser verdadeiros?*. O caminho indicado é a compreensão desse fenômeno somente no contexto da situação analítica, então os sentimentos do analista são contratransferenciais, e a transferência amorosa pode ser resistência ou a comunicação do reprimido e, portanto, não cabe ao analista “exortar a paciente a reprimir, renunciar ou sublimar os instintos” (FREUD, 1915/2010, p. 217), mas sim manejar a transferência. Com isso, Freud recomenda que o analista trabalhe segundo os ditames da abstinência:

Já dei a entender que a técnica analítica exige que o médico recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia. A terapia tem de ser conduzida na abstinência; não estou me referindo simplesmente à privação física, e tampouco à privação de tudo o que se deseja, pois provavelmente nenhum paciente suportaria isso. Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança, e não procurar mitigá-los através de sucedâneos” (FREUD, 1915/2010, p.218-219).

E pondera: “Não devemos renegar a neutralidade que conquistamos ao subjugar a contratransferência” (FREUD, 1915/2010, p. 218)

A esse respeito Kupermann (2008, p. 89-90) comenta que “O estatuto da abstinência na clínica tem uma referência ética no sentido de responsabilização do sujeito frente aos impasses do interdito, do desejo irrealizável e da castração simbólica”. Assim, é preciso considerar que para Freud essa postura do analista é o que garantiria o bom processo analítico, preservando que o trabalho fosse realizado com o material fornecido pelo paciente e não houvesse desvio do objetivo.

Paulo César de Souza, tradutor da versão que temos utilizado como referência para esse ensaio, Freud (1915/2010, p. 218), explicita que o termo neutralidade tem “*Indifferenz*, no original; mas pelo contexto nota-se que a versão mais adequada é a não literal”. A tradução literal seria *indiferente*, entretanto em português essa acepção tem o sentido de falta de interesse ou insensibilidade, por isso prefere-se o termo neutralidade, que está mais próximo

da idéia da “abstinência”.¹³ Com isso queremos ressaltar que para Freud, o afeto do analista na situação clínica não é bem-vindo: neutralidade e contratransferência são posturas opostas.

Apesar das afirmações categóricas nos artigos, podemos observar que a problemática dos afetos do analista não foi facilmente aclarada por Freud. Verificamos que o autor não conseguia resolver a questão de como estabelecer uma *medida* do uso instrumental dos afetos do analista, como saber o que são afetos produzidos no encontro clínico, afetos que cabem ao âmbito profissional, e o que seriam os afetos “pessoais”_que devem ser “controlados”. Dessa forma, a definição de contratransferência, em Freud, restringiu-se aos pontos cegos¹⁴ do analista, e devido a isso Laplanche e Pontalis (2008, p. 102) indicam que se seguiu uma tradição de autores que defendem que se deve “[...] reduzir o mais possível as manifestações contratransferenciais pela análise pessoal, de modo que a situação analítica seja estruturada, por assim dizer, como uma superfície projetiva, apenas pela transferência do paciente”.

Entretanto, sendo uma questão não resolvida, também encontramos na obra freudiana algumas aberturas para teorizar a instrumentalização dos afetos do analista. Para Figueira (1994, p. 2; grifo do autor) – um dos pioneiros na literatura brasileira contemporânea que não encerram a discussão sobre a contratransferência de forma tão rápida¹⁵ – é sabido que

Freud, na sua obra publicada, referiu-se à contratransferência apenas um número reduzido de vezes. Esse fato contribui para a manutenção de uma imagem – dominante até hoje entre analistas – de que ele não teria se interessado pela contratransferência, ou teria apenas percebido o seu aspecto *negativo*, vale dizer, o seu papel indesejável, de obstáculos e equívoco.

Isso está, sem dúvida, bem próximo da verdade quando Freud se refere explicitamente à contratransferência. No entanto, uma leitura rigorosa dos seus trabalhos mais ligados à técnica e à clínica indica que a posição freudiana em

¹³ Laplanche e Pontalis (2008, p. 318) definem neutralidade como “uma das qualidades que definem a atitude do analista no tratamento. O analista deve ser neutro quanto aos valores religiosos, morais e sociais [...]; neutro quanto às manifestações contratransferenciais, o que se exprime habitualmente pela fórmula ‘não entrar no jogo do paciente’; por fim, neutro quanto ao discurso do analisando, isto é, não privilegiar a priori, em função de preconceitos teóricos, um determinado fragmento ou um determinado tipo de significações”. Já a regra de abstinência é definida pelos mesmos autores (p. 318) como “regra prática analítica segundo a qual o tratamento deve ser conduzido de tal modo que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas para seus sintomas. Implica para o analista o preceito de se recusar a satisfazer os pedidos do paciente e a preencher efetivamente os papéis que este tende a lhe impor [...]”. Portanto, o que se convencionou como neutralidade, já que não é um termo originalmente freudiano, é a postura que o analista deve ter, e que possibilita cumprir a regra da abstinência.

¹⁴ “[...] cada repressão não resolvida do médico corresponde, na expressão pertinente de Wilhelm Stekel, um ‘ponto cego’ na sua percepção psicanalítica” (Freud, 1912b/2010, p. 157)

¹⁵ Cf. também Figueiredo, 2003; Gondar, 2008; e Kupermann, 2008.

relação à *problemática da contratransferência* está longe de ser tão simples como se tem imaginado.

Em “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise” (FREUD, 1912b/2010) observamos essa ambigüidade logo no primeiro parágrafo: esse artigo *técnico* tem a intenção de fornecer uma espécie de metodologia da psicanálise,¹⁶ como indicado também no título – “recomendações” –, mas a primeira consideração não é uma regra geral, pelo contrário, Freud pondera que o terapeuta deve respeitar sua “individualidade” na escolha do método de trabalho, afirmando:

devo enfatizar que essa técnica revelou-se a única adequada a minha individualidade. Não me atrevo a contestar que uma personalidade médica de outra constituição seja levada a preferir uma outra atitude ante os pacientes e a tarefa a ser cumprida. (FREUD, 1912b/2010, p. 148)

Ao longo do escrito o autor elenca nove itens diferentes, mas afirma que a maioria desses “podem se resumir a um único preceito” (FREUD, 1912b/2010, p. 148). Entendemos que o mote do artigo é justamente a questão dos afetos do analista e a comunicação inconsciente – tramas que formam o pano de fundo de nosso tema –, ou em outras palavras, trata-se da instrumentalização do inconsciente do analista a serviço da análise. Para isso, Freud precisa transmutar as bases do trabalho do terapeuta que se apoiavam no intelecto para fundamentar-se na *lógica inconsciente*. E essa mudança se dá a partir do estabelecimento de métodos que criam a “contrapartida da ‘regra fundamental da psicanálise’ estabelecida para o analisando (FREUD, 1912b/2010, p. 155). A “atenção flutuante” passa a ser a “primeira tarefa do analista”, trata-se de escutar o paciente de maneira livre, sem a preocupação de focar algum aspecto – e poderíamos dizer, sem a preocupação de encontrarmos construções teóricas, *causas* pré-determinadas, e sim, ficarmos livres para que possamos nos encontrar com o que há de singular e espontâneo no paciente.

Aprimorando ainda mais a escuta do analista e incrementando o processo de interpretação Freud orienta que o deslocamento do terapeuta ao paciente não pode (mais) ser apenas intelectual – como discutimos acima –, é preciso que o profissional *disponha* de seu

¹⁶ No artigo de 1910, Freud (1910/1996, p. 148) afirmou que tinha a intenção de publicar uma *Allgemeine Methodik der Psychoanalyse*. E em nota de rodapé, Jayme Salomão comenta que Freud pretendia realizar esse trabalho sistemático sobre a técnica psicanalítica, mas não o levou a cabo, e de 1911 a 1915 publicou a série de seis artigos técnicos, como já nos referimos.

inconsciente como receptor de comunicações dos pacientes. Descreve essa operação através da metáfora do telefone, como podemos acompanhar na seguinte passagem:

Expresso na fórmula: ele [analista] deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as vibrações elétricas da linha provocadas por ondas sonoras, o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente.(FREUD, 1912b/2010, p. 155-156)

Quer dizer, o analista deve colocar-se *sintonizado* com o paciente para também conseguir apreender de sua fala os conteúdos ainda sem representação (como comunicações não-verbais, intensidades afetivas, lacunas, encadeamento de idéias, etc.). No momento em que essas percepções configurarem um sentido serão comunicadas aos pacientes através da interpretação. Para Gondar (2008, p.179; grifos da autora) trata-se de permitir que o analista funcione

como uma placa receptora capaz de ser marcada por aquilo que recebe. Freud não diz que o analista irá simplesmente *devolver* o inconsciente do paciente, mas fala em *reconstrução*: o analista vai “reconstruir esse inconsciente” – e para isso vai usar o seu próprio inconsciente. Nesse caso, é preciso que o analista se deixe marcar, afetar pelas ondas do paciente.

Ao discorrer sobre a instrumentalização do inconsciente do analista, o tradutor Paulo César de Souza chama atenção em notas de rodapé que Freud escolhe o verbo *erkennen*, que significa “conhecer, reconhecer, discernir, perceber” nos seguintes trechos: “[...] em geral escutamos coisas cujo significado será **conhecido** apenas posteriormente” (FREUD, 1912b/2010, p. 149-150; negrito nosso); “o médico deve colocar-se na posição de utilizar tudo o que lhe é comunicado para os propósitos da interpretação, do **reconhecimento** do inconsciente oculto” e “Ele [o analista] não pode tolerar, em si mesmo, resistências que afastam de sua consciência o que foi **percebido** por seu inconsciente” (FREUD, 1912b/2010, p. 156; negrito nosso). Como discutimos em capítulo anterior, a *percepção* articula a apreensão consciente aos órgãos do sentido, com isso queremos chamar atenção que para o autor a atitude do terapeuta deve contemplar tanto a capacidade crítica quanto a capacidade de apreensão pela via dos sentidos, levando-nos a compreender a clínica a partir de sua dimensão estética.

Se por um lado Freud possibilita essa abertura tão importante, de outro, ainda mantém-se amedrontado com os riscos de considerar a importância dos afetos do analista no tratamento, e assim, acaba por radicalizar que a atitude profissional deve ser semelhante à de um cirurgião – fazendo um trocadilho podemos dizer que em *contraposição* à metáfora do

telefone, temos a metáfora do cirurgião. O analista deve deixar de lado “todos os seus afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano, e concentrar suas energias mentais num único objetivo: levar a termo a operação do modo mais competente possível”, sem essa esterilização afetiva o terapeuta fica em uma “disposição pouco favorável para o trabalho, como também o deixa inerte frente a determinadas resistências do paciente” (FREUD, 1912b/2010, p. 154-155).

Entretanto ao olharmos para essa afirmação mais detidamente, iremos constatar que a compaixão é um sentimento que está associado à moral (ABBAGNAMO, 2007, p. 181), então observamos que Freud está se referindo a sentimentos que produzem julgamentos do outro, ou seja, está equivalendo toda a capacidade sensível do terapeuta como afetos “pessoais” que podem produzir pontos cegos.

Para cuidar da obstrução da escuta do analista o autor recomendou – um importante pressuposto ético – que a análise pessoal é condição para que o terapeuta utilize seu inconsciente como “instrumento na análise”. Entretanto, como acreditava na “frieza de sentimentos” do analista também idealizava a análise pessoal, como se houvesse a possibilidade real de uma “purificação psicanalítica” (FREUD, 1912b/2010, p. 157) que tornasse o *analista bem analisado* isento a toda manifestação inconsciente, ou melhor, como se pudesse ter controle consciente sobre todos os seus conteúdos inconscientes.

Assim, notamos que a partir de impasses clínicos Freud precisou criar novos conceitos para compreender os fenômenos vivenciados, e também a partir da singularidade de cada tratamento verificou a necessidade de repensar a postura profissional. A contratransferência é um conceito importante que promove transformações em diferentes aspectos: do ponto de vista ético-técnico inaugura a discussão sobre a instrumentalização do inconsciente do analista, sua afetividade e implicação no processo terapêutico, que é ricamente discutido por Ferenczi; sobre o prisma teórico possibilita conceber o processo terapêutico como relação interpessoal, o que se desdobra em criação e ineditismo, como veremos em Winnicott.

Laplanche e Pontalis (2008, p.102) ratificam a importância do nosso tema e indicam que

Depois de Freud, a contratransferência foi objeto de crescente atenção por parte dos psicanalistas, especialmente na medida em que o tratamento era cada vez mais compreendido e descrito como relação.

Portanto, nesse estudo privilegiamos autores que vêem na contratransferência a abertura para a compreensão do processo terapêutico como relacional e, onde, a

contratransferência pode indicar tanto um ponto cego, como também a via para a emergência de um sentido inédito, explicitando o aspecto mais *vivo* do processo terapêutico.

**

Um estudante de psicologia inicia sua análise e, pouco depois da “lua de mel analítica”, inicia-se um padrão transferencial. O analisando falava, a jovem analista interpretava e ele “supervisionava”: corrigia as interpretações, criticava sua falta de profundidade, sentia falta de interpretações transferenciais, indignava-se com a ausência de interpretações sobre sua inveja e voracidade. Perguntava se a analista não ia interpretar seu atraso; se a analista fizesse menção ao conteúdo manifesto – por exemplo, a sua namorada –, replicava que ela representava um aspecto dele. Diante daquilo, a analista – que apenas iniciava sua formação – começou a se sentir controlada, insegura, insuficiente e, por fim, “burra”. Passou a ter medo de seu paciente. Nada lhe ocorria: quando dizia algo, eram coisas rasas e banais. Agora, o paciente a criticava com razão.

A analista sentia que seu paciente tinha um modelo do que era um “bom analista” e, se ela não se encaixasse, não serviria. Aqui, o elemento importante é a contratransferência, que passou a ser o foco de supervisão. Podemos conversar sobre como as questões narcísicas do analisando estavam sendo comunicadas via identificação projetiva. Também parecia que a “criança nele” precisava cuidar de seu objeto materno, vivido de forma angustiante como insuficiente. O importante era a analista sair do lugar em que havia sido colocada, do qual respondia de forma complementar. (MINERBO, 2009, p. 60-61)

*

Através dessa vinheta clínica podemos observar que a contratransferência comunicava as “questões narcísicas do analisando”, mas também podemos perceber que nessa situação questões da própria analista – “que apenas iniciava sua formação” – proporcionaram a produção de uma relação em que a analista permaneceu no lugar que foi colocada, respondendo de “forma complementar” (MINERBO, 2009, p. 61).

Para efeito de nosso exercício reflexivo, podemos dizer que a dificuldade da analista estava localizada em algum ponto cego, e para ajudar o paciente precisaria elaborar suas questões pessoais de forma a lhe ajudar a manejar a transferência, e assim poder se comunicar com o analisando a partir de outra posição subjetiva.

Através dessa experiência clínica queremos ressaltar que a contratransferência pode revelar uma dificuldade do analista que precisa ser superada, para usarmos os termos freudianos. Entretanto, esse fenômeno clínico revela muito mais do que isso, também expressa as *problemáticas psíquicas* do paciente, pois ao colocar o analista em determinado lugar na transferência o faz para repetir determinada vivência.

2 ABERTURA POLÍTICO-INSTITUCIONAL: PAULA HEIMANN (1899-1982)

Cronologicamente as contribuições de Ferenczi são anteriores a Heimann, entretanto o autor foi protagonista de muitas especulações que lhe renderam o esquecimento de seus escritos por longos anos. Esse é um fato importante de sua biografia, já que interferiu diretamente no campo de produção do conhecimento psicanalítico, e suas contribuições só puderam ser reconhecidas e circularem novamente na comunidade científica muito recentemente, em 1993, quando foram publicadas as correspondências entre Freud e Ferenczi. Assim, devido à marginalidade a que Ferenczi foi submetido, ficou para Paula Heimann (1950) a honra de ter sua produção teórica considerada como “marco na história da técnica e da teoria psicanalíticas” (Oliveira, 1994, p. 89). Com o artigo “On Counter-transference” (HEIMANN, 1950) considera-se que a autora inaugurou “uma espécie de revolução [...] já que, pela primeira vez *nas instituições*, [a contratransferência] começa a ser aceita como *instrumento* de trabalho terapêutico e, portanto, percebida de forma positiva” (OLIVEIRA, 1994, p. 96; grifos da autora).

Heimann (1950) surpreende-se ao notar que os candidatos a analistas ficavam assustados e culpados ao aperceberem-se sentindo algo por seus pacientes e, como consequência, visavam “evitar qualquer resposta emocional e tornarem-se completamente sem sentimento e ‘indiferentes’ [detached]” (Heimann, 1950, p. 27, tradução nossa). A autora localiza a origem dessa premissa em “interpretações erradas de algumas afirmações de Freud, como a comparação que fez com o estado mental do cirurgião durante uma operação, ou sua metáfora do espelho”, discordando da leitura preponderante na comunidade psicanalítica que traduziu tais recomendações como uma postura ‘sem sentimentos’. A autora irá defender outra leitura de Freud, aliás diametralmente oposta a essa, afirmando a importância da sensibilidade do analista para o processo terapêutico. E para a autora “todos os sentimentos que o analista experimenta em relação ao seu paciente” são definidos como contratransferência. Assim, afirma:

Minha tese é que a resposta emocional do analista em relação a seu paciente dentro da situação analítica representa uma das mais importantes ferramentas de seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa sobre o inconsciente do paciente. (Heimann, 1950, p.28, tradução nossa)

É curioso que a própria autora admite que Ferenczi já havia reconhecido “que o analista tem uma profunda variedade de sentimentos em relação a seu paciente” (Heimann, 1950, p.27, tradução nossa), mas essa idéia foi considerada inédita pelo campo psicanalítico. Apesar desses autores partirem da mesma tese os desdobramentos são diferentes. De qualquer forma, Kupermann (2003) e Gondar (2008) analisam que o mérito da autora foi colocar a contratransferência para dentro do processo analítico e não mais como algo a ser evitado.

Heimann (1950) encontra uma resolução para um dos pontos dilemáticos em Freud: assume a importância e inevitabilidade da inclusão dos afetos do psicanalista no processo terapêutico e, como analisa Oliveira (1994, p. 90), acrescenta: “mais do que a simples conscientização desses sentimentos, é preciso que o analista se coloque de forma ativa em relação a seus sentimentos tendo consigo mesmo uma relação de maior transparência possível”. Esse auto-reconhecimento é, portanto, uma instrumentalização dos afetos do analista e será essencial para a efetividade da análise, pois para Heimann (1950, p. 29) se o analista não consulta sua contratransferência corre o risco de fazer uma interpretação empobrecida. Dessa forma, o trabalho do analista é composto por dois processos paralelos: atenção flutuante – conforme recomendação freudiana – e sensibilidade emocional livremente ativa [freely roused emotional sensibility] (HEIMANN, 1950, p. 29; tradução nossa), que possibilitará a comunicação inconsciente do paciente para o analista. Em suas palavras:

Nosso pressuposto básico é que o inconsciente do analista compreende o inconsciente do paciente. Essa comunicação profunda chega à superfície na forma de sentimentos os quais o analista percebe na resposta a seu paciente, na contratransferência. Esse é o modo mais dinâmico através da qual a voz do paciente alcança o analista. Comparando os sentimentos despertados no próprio analista com os sentimentos que são decorrentes das associações e sentimentos do paciente, o analista possui a maneira mais valiosa de verificar se ele compreendeu ou falhou em compreender seu paciente.

Sendo assim, a contratransferência é a forma privilegiada de compreensão do paciente. O impacto afetivo no analista é anterior e mais certo quanto ao cerne da questão do que o raciocínio (HEIMANN, 1950, p. 30). Para Kupermann (2003) e Gondar (2008) a idéia central da autora é a utilização na própria interpretação das reações emocionais do analista, como se os sentimentos deste fossem uma espécie de bússola norteadora.

Em 1960 Heimann publicou um novo artigo sobre o mesmo tema – “Countertransference”. Conforme sintetizado por Oliveira (1994, p. 93), nessa ocasião a autora retoma as premissas do primeiro ensaio e traz como novidade a idéia da “subjetividade do analista”, quer dizer, considera importante diferenciar os aspectos reais da pessoa do

analista daqueles projetados pelo paciente, e essa diferenciação será operada através da análise da contratransferência. Com isso a contratransferência ganha um sentido reativo e como analisam consensualmente Oliveira (1994), Kupermann (2003) e Gondar (2008), ao mesmo tempo em que Heimann questiona a neutralidade do terapeuta acaba ratificando, em última instância, esse mesmo distanciamento afetivo, pois o que o analista sente, a contratransferência, não teria a origem em si mesmo, seria

grosso modo, como a reação afetiva do psicanalista aos afetos experimentados pelo analisando na situação transferencial, como se o analista funcionasse efetivamente tal qual uma tábula rasa, cuja neutralidade permitiria transformar, imediatamente, o modo como é afetado em saber sobre o funcionamento psíquico do analisando. (KUPERMANN, 2003, p. 51)

Portanto, a abertura que possibilita que os afetos do terapeuta sejam levados em consideração, no mesmo ato é fechamento, pois se esses afetos são sempre reativos, efetivamente poderíamos dizer que Heimann continuou negando os sentimentos do analista no processo terapêutico (Kupermann, 2003 e Gondar, 2008).

Assim, em Freud a problemática da contratransferência manteve-se com posicionamentos ambíguos, em Heimann há o reconhecimento de que o analista experimenta sentimentos *projetados* na relação terapêutica pelo paciente, mas é com Ferenczi que realmente há uma abertura e mudança paradigmática a respeito da contratransferência.

*

“Diz respeito a um paciente de um colega que eu assumi. O paciente era um homem na faixa dos 40 anos que tinha procurado a análise inicialmente porque seu casamento havia terminado. Entre seus principais sintomas, a promiscuidade figurava proeminente. Na terceira semana de análise comigo, ele me contou, no início da sessão, que iria se casar com uma mulher que ele tinha conhecido pouco tempo antes.

Era óbvio que seu desejo de se casar nesta conjuntura estava determinado pela sua resistência contra a análise e sua necessidade de atuar (act out) seus conflitos transferenciais. Em uma atitude fortemente ambivalente o desejo de uma relação íntima comigo tinha aparecido claramente. Dessa forma, eu tinha muitas razões para duvidar da sabedoria de sua intenção e para suspeitar de sua escolha. Mas como uma tentativa de encurtar etapas do tratamento não é infreqüente no início ou em um momento crítico da análise e, geralmente, não representa um obstáculo muito grande para o trabalho, então condições catastróficas não surgirão necessariamente. Eu fiquei, portanto, um pouco intrigada ao perceber que eu reagi com um sentimento de apreensão e

preocupação ao comentário do paciente. Eu senti que algo mais estava envolvido nesta situação, algo além da atuação comum que, no entanto, me escapava.

Em suas associações adicionais [...] de repente ele veio me contar seu sonho: ele havia adquirido do exterior um bom carro de segunda mão que estava danificado. Ele quis repará-lo, mas outra pessoa no sonho opôs-se alegando razões de cautela. O paciente tinha, como ele mesmo disse, “tornado-se confuso” quanto a se poderia ir adiante com o reparo do carro.

Com a ajuda desse sonho eu pude compreender o que antes eu tinha apenas sentido como um sentimento de apreensão e preocupação. Havia mais em jogo do que a simples atuação de conflitos transferenciais.

Quando ele me forneceu as particularidades do carro – muito bom, segunda mão, estrangeiro – o paciente espontaneamente reconheceu que este representava a mim. A outra pessoa no sonho que tentou detê-lo e o deixou confuso representava a parte do ego do paciente que visava segurança e felicidade e na análise, representava um objeto de proteção.” (HEIMANN, 1950)

*

Através do relato dessa sessão, Heimann (1950) apresenta sua compreensão da contratransferência. A apreensão e preocupação da analista representava a função protetiva do ego do paciente, assim, poderíamos dizer que a analista funcionou como uma *bolsa marsupial*, em que carregou parte do ego cindido do paciente até que ele fosse capaz de integrar tais aspectos. Dessa forma, os sentimentos da analista não fazem conexão com sua subjetividade, pertencem ao outro, emprestam seu corpo para poderem ganhar forma e contornos suficientes para aparecerem, e com isso não precisam mais desse *abrigo*.

O próprio modo de relatar o atendimento torna a teorização da autora clara, ficando-nos visível a crítica que lhe é feita, que considera a contratransferência como uma reativa ao paciente.

3 ABERTURA TEÓRICO-CLÍNICA: SÁNDOR FERENCZI (1873-1933)

É importante observamos que a teoria de um autor é sempre profundamente marcada pela sua clínica. A clínica de Freud era composta principalmente por pacientes neuróticos o que o levou a teorizar essencialmente sobre a dinâmica neurótica. Já Ferenczi “era um especialista em casos difíceis, casos que não podiam ser tratados nos moldes da análise clássica, concebida como um tratamento para neuróticos. Tratava-se de casos que outros analistas consideravam *inanalisáveis*” (GONDAR, 2008, p. 185), e essa é a marca de nascença de suas teorizações. Para esse autor, a dificuldade nesses casos estava do lado das resistências do analista e não do paciente. Kahtuni e Sanches (2009, p. 103; grifos das autoras) observam que o autor foi pioneiro em “examinar com mais profundidade e com maior rigor *os processos mentais do analista no interjogo psíquico com seus pacientes*”. As autoras também indicam que foi a partir de 1919 que o autor dedicou-se “tanto a questões relativas ao *funcionamento psíquico do analista durante o trabalho de análise* [...], quanto a vários aspectos de sua *personalidade* ou de sua *estrutura psíquica*”. Exatamente por focar esse aspecto, Ferenczi tem contribuições muito importantes para a discussão a respeito da contratransferência – pois como vimos em Freud e em Heimann, ao discutir esse conceito reflete-se necessariamente sobre os processos mentais do analista e é nesse contexto que o autor abarca as problemáticas contratransferenciais.

Para acompanhar o desenvolvimento teórico de Ferenczi circunscreveremos sob o prisma da discussão dessa pesquisa, três diferentes construções teóricas de seu legado. Maia (2003, p. 46) observa que para o autor, o campo de trabalho engendrava uma tensão positiva e produtiva no campo teórico, obrigando-o a rever a teoria. Assim, serão as marcas dessas diferentes construções teórico-clínicas que iremos delimitar como sendo cada um desses três momentos.

Consideramos como momento teórico inicial o período em que Ferenczi procurava seguir o método freudiano com muito rigor. É a partir dessa filiação que o autor discute

diretamente e pela primeira vez o tema da contratransferência, no artigo “A técnica psicanalítica” (1919a),¹⁷ em que podemos observar um diálogo com o ensaio “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise” de Freud (1912b/2010). Ferenczi se utiliza da mesma forma de escrita, elencando tópicos sobre questões técnicas, mas a conversa acontece essencialmente pelos temas abordados, que de maneira geral também trata da postura e dos afetos do analista, e da comunicação inconsciente.¹⁸

Os três primeiros itens desse ensaio, intitulados como (I) “Abuso da liberdade de associação”, (II) “Perguntas do Paciente. Decisões a tomar durante o tratamento”, (III) “O papel do ‘por exemplo’ na análise”, referem-se às dificuldades observadas para que *os pacientes* cumpram, efetivamente, a associação livre – método principal e privilegiado de acesso ao inconsciente. Ferenczi (1919a) percebeu que alguns pacientes utilizavam a regra fundamental como defesa, dessa forma esta servia ao oposto de seu objetivo inicial e mantinha o conteúdo reprimido. Já outros pacientes impunham-lhe situações concretas em que era preciso ser tomada alguma decisão que não poderia ser protelada, e com isso pressionava o analista a sair de seu papel de “elucidar todas as motivações do paciente (mesmo as inconscientes)” para tornar-se um “guia espiritual” (FERENCZI, 1919a, p. 362). Verifica, então, que era preciso que o analista modificasse sua postura passando a exercer alguma *ação* que ajudasse o paciente a diminuir as defesas e seguir com a associação livre, pois somente dessa forma o processo psicanalítico continuaria fluindo. Compara o trabalho do psicanalista ao de um obstetra,

que também deve, tanto quanto possível, comportar-se passivamente, limitar-se ao papel de espectador de um processo natural mas que, nos momentos críticos, terá o fórceps ao alcance da mão para terminar um nascimento que não progride espontaneamente. (FERENCZI, 1919a, p. 362)

Em outras palavras, podemos dizer que o autor constata que alguns estados e dinâmicas psíquicas dos pacientes levavam à necessidade de *manejo* para além das situações transferenciais já discutidas por Freud,¹⁹ preocupando-se em diferenciar os tipos de dificuldades e o tipo de resposta que o analista deve ter.

¹⁷ Cf. Kahtuni e Sanches, 2009, p. 102-107.

¹⁸ Cf. p. 26

¹⁹ Alguns artigos sugeridos a este respeito são “*Fragmento da análise de um caso de histeria*” (Freud, 1905[1901]/1996) e “*A dinâmica da transferência*” (Freud, 1912a).

Assim, será nessa conjectura que insere a discussão sobre o (IV) “Domínio da contratransferência”. Inicialmente discute a transferência, considerando-a como sendo a essência do processo analítico. Indica que o terapeuta deve ter uma postura que facilite o estabelecimento desse vínculo, ou melhor, o analista não pode entregar-se a seus “humores” e sua “personalidade” não deve sobressair, pois essa postura mais reservada é a condição que torna possível ao paciente *transferir* para a figura do analista as figuras emocionais primitivas – a “mãe benevolente” ou o “pai severo”, a depender da história emocional do paciente. É será através da transferência que a “sugestão” psicanalítica terá efeito modificador sobre a dinâmica inconsciente do paciente. Podemos verificar que Ferenczi (1919a, p. 365) parte da mesma premissa que Freud (1912b/2010) e defende que o analista precisa ter controle sobre seus sentimentos, pois se ele permanece voltado para si próprio fica refratário “à recepção e assimilação dos dados analíticos”. Entretanto, diferentemente de seu antecessor não permanece ambíguo em relação aos afetos que ocorrem ao terapeuta. Para Ferenczi (1919a) é clara a positividade da sensibilidade emocional do terapeuta, pois entende que o analista pode obter uma compreensão do paciente pela via sensível – acrescentando esta à compreensão racional, objetiva. Nas palavras do autor,

Mas sendo o médico, não obstante, um ser humano e, como tal, suscetível de humores, simpatias, antipatias e também ímpetos pulsionais – *sem uma tal sensibilidade não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente* –, é obrigado, ao longo da análise, a realizar uma dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-la, ou seja, dominar a **contratransferência** (Freud). (FERENCZI, 1919a, p. 365; negrito do autor, itálico nosso)

Portanto, o controle da contratransferência não está a serviço de uma esterilização afetiva, trata-se de um cuidado para que o terapeuta não produza *atuações*. Indica que esse controle só pode ser obtido através da análise pessoal e da experiência clínica. Em relação ao processo psicanalítico pessoal, o autor afirma que este não isenta o terapeuta das “peculiaridades do seu caráter e das flutuações do seu humor”, mas lhe possibilita reconhecer a influência de sua singularidade nas comunicações inconscientes, na relação dinâmica entre transferência e contratransferência. Já em relação à experiência clínica, o autor está indicando que há a necessidade de um aprendizado do *psicanalisar* através da própria prática – como hoje reconhecemos ser uma das pontas do tripé da formação clínica – e identifica três etapas em direção ao amadurecimento profissional.

Primeiro, o analista iniciante e entusiasta “faz seus, todos os interesses do paciente e espanta-se, em seguida, quando esse paciente, em quem a conduta dele despertou provavelmente vãs esperanças, dá provas, de súbito, de exigências apaixonadas”. Quer dizer, a “atração inconsciente” ou o “desejo de curar” do analista por seu paciente podem provocar uma transferência erótica, que será “naturalmente [...] superada” se puder ser ressaltado seu aspecto transferencial e utilizado como material de trabalho. Caso contrário será muito difícil manejar tal situação e nesse caso esse aprendizado poderá “custar um paciente ao médico” (FERENCZI, 1919a, p. 366). Ao explorar essa situação Ferenczi aproveita para ressaltar que a “postura psicanalítica” está a serviço de preservar tanto paciente quanto terapeuta, defendendo a regra de abstinência preconizada por Freud (1915/2010).

Essa experiência emocional vivenciada pelo analista, em que fica tomado, e poderíamos dizer fundido ao paciente, é considerada um fenômeno contratransferencial, já que ao descrever o segundo momento do amadurecimento profissional do analista o autor afirma que “quando o psicanalista aprendeu a avaliar os sintomas da contratransferência” corre o risco oposto: “tornar-se excessivamente duro e inacessível ao paciente; o que retardaria ou mesmo tornaria impossível o surgimento da transferência, condição prévia de toda análise bem-sucedida” (FERENCZI, 1919a, p. 366). Somente quando conseguir transpor ambas as dificuldades – falta de controle da contratransferência e, posteriormente, resistência à contratransferência – é que poderá alcançar o terceiro e esperado momento: o controle da contratransferência, em que poderá “relaxar” durante o tratamento, como é exigido pela técnica psicanalítica” (FERENCZI, 1919a, p. 367).

Kahtuni e Sanches (2009, p.106) explicitam que para o autor

Controlar, entretanto, não significa reprimir ou recalcar; ao contrário, o que se espera do analista é que ele possa, tanto quanto possível, *manter-se constantemente em contato* com toda sorte de afetos e pensamentos que lhe ocorram enquanto estiver com seus pacientes.

É importante destacarmos que Ferenczi (1919a) preocupa-se em identificar as dificuldades dos pacientes *e dos analistas* em possibilitar a comunicação inconsciente. Com isso Ferenczi não somente retira a contratransferência do âmbito de erro como também a insere no âmbito da técnica. Será através dos sentimentos contratransferenciais que o analista terá notícias das “manifestações do inconsciente, dissimuladas no centro manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente” (FERENCZI, 1919a, p. 367). Mas o autor não elege a contratransferência em detrimento a atitude crítica, pelo contrário, essas são “técnicas” complementares e interdependentes: o psicanalista somente deve ter alguma

atividade (“falas ou ações”) após “submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio” (FERENCZI, 1919a, p. 367).

Assim o autor elabora sua própria definição de como deve ser a postura do psicanalista, que é diferenciada em relação a outras terapêuticas não-analíticas, afirmando que

[...] essa oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e o exame crítico exige do psicanalista o que não é exigido em nenhum outro domínio da terapêutica: *uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda a inibição.* (FERENCZI, 1919a, p. 367; grifo nosso)

Organizando os pressupostos teóricos ferenczianos, entendemos que o terapeuta deve, necessariamente, passar por um processo analítico pessoal para ter um conhecimento bastante largo sobre si, inclusive seus pontos cegos, como também para proporcionar-lhe uma facilidade na capacidade em ser afetados pelo paciente sem que isso lhe perturbe e o faça deslocar-se de sua postura profissional. O analista deve ter *espaço e liberdade internos* suficientes para permitir-se *brincar* com os sentimentos e conteúdos suscitados no encontro com o paciente, para então “submeter” tais produções ao “exame crítico” e decidir-se por uma intervenção. Nesse sentido, sua contratransferência é bem-vinda. Kahtuni e Sanches (2009, p. 107; grifo das autoras) complementam que para Ferenczi “a contratransferência não é algo que se deve temer, resistir nem tentar eliminar, buscando inoperantemente um ideal ascético de pureza e neutralidade, até porque ela engloba tudo o que o analista *faz, experimenta e é*”.

Mesmo que posteriormente o campo psicanalítico pudesse reconhecer as contribuições inéditas e a amplitude que o autor dá ao termo contratransferência, que é inicialmente discutida nesse artigo de 1919, “A técnica psicanalítica”, será no período que delimitamos – para efeitos de nossa pesquisa – como segundo momento teórico ferencziano, que há marcadamente uma transição no pensamento do autor, de sua filiação a Freud para teorizações próprias.

Ferenczi continua preocupado com a postura do analista e ao dar continuidade à sua *pesquisa* sobre situações recorrentes em que percebia que o processo analítico havia se estagnado, acabou por desenvolver procedimentos que visavam superar os obstáculos que levaram a essa paralisia, denominando tais procedimentos como “técnica ativa”. A experimentação, o desenvolvimento e o declínio dessa técnica ocorreram durante o período de 1918 a 1926. Conforme explicação de Kahtuni e Sanches (2009, p.370; grifos das autoras),

Tais procedimentos propunham um maior engajamento do analista junto ao paciente, no sentido de induzi-lo a ser mais ativo. É importante ressaltar que a técnica ativa se tratava de *o analista ser mais empenhado em incentivar a atividade do paciente, encorajando-o em suas ações.*

O artigo “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” (1919b), além de marcar a passagem da autoria teórica de Ferenczi, por ser o primeiro registro a respeito da nova técnica, também foi “deflagrador das divergências entre Ferenczi e Freud. A princípio, Freud apoiou suas experiências concernentes à técnica ativa, mas rapidamente retirou esse apoio” (MAIA, 2003, p. 46). Nesse artigo, o autor discute a análise de uma paciente que após obter relativa melhora de sua histeria passou a não ter progresso na análise. Observa que era uma paciente que obedecia zelosamente às “regras” do tratamento psicanalítico concluindo que sua estagnação não era decorrente de resistência ao cumprimento destas e, portanto, era necessária uma modificação na técnica para que o sucesso terapêutico pudesse ser alcançado. Ferenczi relata que recorreu, então, a um *recurso modificado* já utilizados por Freud, fixando uma data para término da análise, mas o resultado não foi o esperado. A paciente só obteve uma “ajuda provisória” após essa comunicação e recaiu novamente em sua “inatividade habitual, que dissimulava sob o amor de transferência” (FERENCZI, 1919b, p. 1). O analista tentou interpretar a “natureza transferencial dos seus sentimentos”, mas não houve progresso por esse caminho também. Assim manteve a determinação que havia feito e encerrou a análise no prazo pré-estabelecido, mesmo que a paciente ainda não estivesse curada.

A paciente teve mais “duas análises” – o caso é relatado com riqueza de detalhes no artigo citado – e queremos chamar atenção para a terceira análise. Ferenczi (1919b, p. 2) guardou do relato de suas fantasias amorosas o comentário de que ela tinha “sensações por baixo, quer dizer, sensações eróticas genitais”, e com “um olhar fortuito” observou o modo com que ela se deitava no divã, percebendo que a descrição era acompanhada de masturbação. Quer dizer, a estagnação no processo analítico que até então privilegiava unicamente a comunicação verbal, representativa, através do método associação livre-interpretação, *obriga* Ferenczi a atentar para outros aspectos e outro tipo de comunicação presentes na sessão, nesse caso a comunicação gestual e postural.

O autor entendia que a satisfação auto-erótica servia como defesa, desviando o caminho da libido que deveria partir de uma representação introduzida pela associação livre e chegar ao conteúdo reprimido. Propõe uma intervenção que impediria esse desvio e *forçaria* o processo clássico da psicanálise: proíbe essa postura à paciente e verifica que os efeitos são “fulminantes”,

A paciente, a quem esse modo habitual de descarga no plano genital permaneceu interdito, passou a sofrer durante as sessões de uma agitação física e psíquica quase incontrolável; já não era capaz de permanecer tranquilamente deitada e tinha que mudar de posição a todo momento. Suas fantasias assemelhavam-se a delírios febris

de onde emergiram finalmente fragmentos de lembranças há muito tempo enterrados, que se agruparam pouco a pouco em torno de certos eventos da infância e forneceram as circunstâncias traumáticas mais importantes da doença. (FERENCZI, 1919b, p. 2)

Entretanto, é preciso compreender que a idéia fundamental ao propor esse recurso técnico como uma “nova regra analítica” (FERENCZI, 1919b, p.4) para pacientes com maior dificuldade, era “produzir, com a radicalização até o absurdo do princípio de abstinência, um incremento à angústia que obrigaria o analisando a ‘trabalhar’, isto é, fazer livre associação e, finalmente, recordar” (KUPERMANN, 2008, p. 92).

Ferenczi dá continuidade à sua nova proposta técnica no artigo “Prolongamentos da ‘Técnica Ativa’ em Psicanálise” (1921). Inicia a comunicação explicitando a compreensão que desde o início o psicanalista tem que desempenhar um papel ativo, como podemos acompanhar:

Desde a introdução por Freud da “regra fundamental” (a associação livre), os fundamentos da técnica psicanalítica não sofreram qualquer modificação essencial. Sublinharei desde já não ser esse tampouco o objetivo de minhas propostas; pelo contrário, sua finalidade era e continua sendo colocar os pacientes em condições de melhor obedecer à regra de associação livre com a ajuda de certos artifícios e chegar-se assim a provocar ou a acelerar a investigação do material psíquico inconsciente. (FERENCZI, 1921, p. 109)

Ao longo desse ensaio, defende o uso da técnica ativa apenas em alguns casos e em alguns momentos de estagnação do processo psicanalítico, para que a seguir o analista possa retornar “o mais depressa possível à *atitude de receptividade passiva* que cria para o inconsciente do médico as condições mais favoráveis a uma colaboração eficaz” (FERENCZI, 1921, p. 109; grifo nosso). Entende que a “atividade” não é uma novidade no tratamento psicanalítico, alude que no método catártico “o médico esforçava-se por despertar as lembranças ligadas aos sintomas e, com esse propósito, apelava para todos os recursos que se lhe ofereciam os processos de sugestão hipnótica ou em estado vigil” (FERENCZI, 1921, p. 110). E a interpretação também “constitui uma intervenção ativa na atividade psíquica do paciente; orienta o pensamento deste numa certa direção e facilita a emergência de idéias que, de outro modo a resistência não teria deixado ingressar na consciência” (FERENCZI, 1921, p. 110).

Entretanto, ao longo da experimentação dessa técnica o autor começa perceber efeitos iatrogênicos e inicialmente delimita alguns casos em que seu uso é contra-indicado, mas em 1926 publica o artigo as “Contra-indicações da técnica ativa”, assinalando o fim desse período e dessa técnica (DUPONT, 1993, p. XI). O principal problema clínico enfrentado por Ferenczi

era em relação aos traumatismos dos pacientes, e foram as vicissitudes do trauma na clínica que o fizeram abandonar a técnica ativa e propor novas reformulações teóricas e técnicas. Kupermann (2008, p. 156-157) sintetiza essa passagem na obra ferenciana, afirmando que

Foi a partir do fracasso constatado no emprego da técnica ativa [...] que o espectro do trauma voltou a comparecer à cena analítica. Pretendia-se, por meio da intensificação da angústia no *setting*, remover as resistências transferenciais que estagnavam os tratamentos, promovendo a retomada do trabalho associativo e da recordação. [...] Surpreendentemente, o que se observou foi uma obediência passiva [dos pacientes] às ordens e às proibições que lhes eram impostas [...]. Essa tendência à submissão foi suficiente para que se percebesse que a exacerbação do princípio de abstinência – recomendação técnica privilegiada por Freud – reproduzia com demasiada fidelidade as traumáticas “posturas sádicas de professor”, bem como a dissimetria e a violência por vezes presente nas relações estabelecidas entre a criança e o casal parental.

O que levou Ferenczi a elaborar a técnica ativa foi o fato de sua clínica ser composta de “pacientes difíceis”, ou em outras palavras, pacientes com quadros clínicos graves que não correspondiam a neuroses clássicas, comprometendo a eficácia da associação livre (KUPERMANN, 2008, p. 92). Portanto, podemos analisar que para Ferenczi os impasses da clínica aconteciam devido às dificuldades da própria técnica psicanalítica. Com isso podemos subentender que para o autor não havia pacientes que não se beneficiariam do tratamento psicanalítico, mas para isso eram necessárias outra postura e técnicas, ou melhor, era preciso reformular o *setting*, para que esse se adaptasse melhor às necessidades dos pacientes. A técnica ativa não pôde ajudá-los, mas o questionamento sobre como esses pacientes poderiam se beneficiar da psicanálise persistia, e foi para responder a esse desafio clínico que em 1928 publica o importante artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica”. Em nossa pesquisa, consideraremos esse o terceiro momento teórico de Ferenczi.

O autor revê a postura do psicanalista, promovendo uma brilhante discussão a respeito da técnica e da ética psicanalíticas. Defende que a técnica deve ser *elástica*, “ceder às tendências do paciente mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não tiver plenamente provada” (FERENCZI, 1928, p. 32). Para isso, muitas vezes o analista deve oferecer-se como um “joão-teimoso”, em que o paciente irá direcionar seus sentimentos hostis e o terapeuta irá acolher tais sentimentos sem recriminação ou encorajamento – atitude oposta à preconizada na técnica ativa –, e pacientemente o analista irá aguardar o momento em que o próprio analisando poderá reconhecer seus “sentimentos amistosos escondidos por trás da defesa ruidosa, o que permitirá eventualmente penetrar mais fundo no material latente” (FERENCZI, 1928, p. 31), não sendo mais o analista que irá estimular que os sentimentos hostis emergam.

Podemos dizer que a *técnica elástica*, na verdade, é a expressão da postura psicanalítica e o eixo fundamental dessa postura é definido através das noções de “tato psicológico” e “empatia” (*Einfühlung*). Assim, o autor afirma:

Adquiri a convicção que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. Como se vê, com a palavra ‘tato’ somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é tato? A resposta a essa pergunta não nos é difícil. *O tato é a faculdade de ‘sentir com’ (Einfühlung)*. (FERENCZI, 1928, p. 27)

Nesse sentido, Kupermann (2008, p. 93) conclui que esse ensaio é

um verdadeiro divisor de águas no campo psicanalítico [...], Ferenczi retoma uma formulação importantíssima de Freud, até então não devidamente valorizada: a de que uma interpretação cometida sem *tato* é não apenas inócua, mas efetivamente patogênica.

O *tato* é, portanto, essencial para a que o analista realize sua comunicação. Mas a compreensão da situação dinâmica do paciente, anterior a qualquer comunicação, é obtida através da observação crítica e consciente, apoiada sobre as hipóteses teóricas, como *também* através da comunicação inconsciente, que é apercebida pelo analista através da via empática, como podemos acompanhar nas palavras de Ferenczi (1928, p. 27; grifos do autor):

Se, *com a ajuda do nosso saber*, inferido da dissecação de numerosos psiquismos humanos, mas, sobretudo a dissecação do nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe, poderemos – não tendo como ele, de lutar com resistências – adivinhar não só seus pensamentos retidos, mas também as tendências que lhe são inconscientes. Permanecendo ao mesmo tempo e a todo o momento, atentos à força da resistência, não nos será difícil decidir sobre a oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve revestir-se. Esse sentimento nos impedirá de estimular a resistência do paciente, de maneira inútil ou intempestiva.

Quer dizer, o conceito *Einfühlung* – “sentir com” ou “sentir dentro” – está relacionado com o modo com que o analista processa a experiência afetiva do encontro clínico, sendo uma atividade *entre* analista e analisando. Já o “tato” refere-se ao modo com que o analista percebe o outro: como e quando comunica suas interpretações, sendo a forma de expressar o resultado da empatia (KUPERMANN, 2010).

Ferenczi (1928, p. 36) alerta que usos indevidos de suas afirmações podem levar a interpretações que superestimam o fator subjetivo, assim insiste em dizer que o “sentir com” não se refere a “intuição” e explicita que os analistas, no trabalho psíquico que desenvolvem,

Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo; nesse meio

tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências (FERENCZI, 1928, p.32)

Sobre a postura psicanalítica, o autor conclui que “quase poderíamos falar de uma oscilação perpétua entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento” (FERENCZI, 1928, p. 32).

Portanto, como Kupermann (2008, p. 93) claramente explicita, a noção de “sentir com”

não é a proposta de uma identificação do analista com o analisando, ou mesmo, e mais grave, de uma projeção sobre este de conteúdos psíquicos do próprio analista. O aspecto decisivo [...] é a compreensão do campo transferencial como um plano de compartilhamento afetivo que, por meio do encontro lúdico, favorece a produção de sentidos para as experiências de cada um dos parceiros da análise.

Podemos constatar que o “sentir com” abarca a livre circulação de afetos tanto para o analista como para os pacientes, pois a elasticidade da técnica fornece condições mais favoráveis para “expressões afetivas inusitadas”, especialmente a hostilidade (KUPERMANN, 2008, p. 93). E nesse sentido, podemos considerar que o aspecto clínico do “sentir com” é a instrumentalização da contratransferência.

Outro aspecto que se articula à empatia (*Einführung*) é a possibilidade de abertura e ineditismo do processo analítico. Ferenczi (1928, p. 28) afirma que

Convém conceber a análise como um processo evolutivo que se desenrola sob nossos olhos, e não mais como um trabalho de um arquiteto que procura realizar um plano preconcebido.

Observamos, então, que a metáfora do obstetra tal como descrita anteriormente é deixada para trás, porque não se trata de fazer “nascer” um projeto pré-concebido, trata-se de gerar junto, analista e analisando, uma criação inédita.

Nessa trilha, o autor ainda articula aspectos éticos. Aponta um importante paradoxo inerente à análise: o analista é um “homem de negócios”, e por isso mesmo não se pode considerar a “fé entusiástica” na psicanálise, seja pelo analista, seja pelo paciente, sem questioná-la. A “regra do ‘sentir com’” impõe a necessidade de que seja colocado às claras de que o método psicanalítico não pode garantir resultados satisfatórios *à priori*, mesmo assim e apesar disso, é preciso que ambos possam *confiar* no trabalho que será realizado (FERENCZI, 1928, p. 29). Nesse sentido, queremos chamar atenção para uma afirmação do autor que poderia passar despercebida: “o paciente só tem que acreditar em nós se as experiências do tratamento o justificarem” (FERENCZI, 1928, p. 28), quer dizer, podemos entender que a

confiança no analista e no trabalho analítico vai sendo criada e conquistada ao longo do trabalho.

Não serão através de interpretações sempre acertadas que a confiança é conquistada, pelo contrário

Nada mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos efetivamente estar enganados. (FERENCZI, 1928, p. 31).

Assim, o autor admite que o analista pode estar errado, em suas interpretações ou mesmo nas formulações teóricas, pois um “dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra” (FERENCZI, 1928, p. 31). Mais do isso, para o autor é preciso que o analista saiba reconhecer os *limites do seu saber*. E neste ponto, ressalta e evidencia a grande mudança entre a atitude do médico e a atitude do psicanalista: “Compare-se a nossa regra de ‘sentir com’ à presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente” (FERENCZI, 1928, p. 31). Quer dizer, para o autor a “regra de ‘sentir com’” pressupõe que não haja posições assimétricas na relação terapêutica e que o analista *acompanhe* o paciente, para que possam verificar quais serão as hipóteses clínicas, técnicas e teóricas que melhor ajudam a compreender a situação dinâmica do paciente, e caso estas não reverberem em nenhuma já à disposição do analista, este deverá modificá-las.

Ferenczi (1928, p. 36) conclui que

O procedimento que aplico e recomendo, a elasticidade, não equivale, em absoluto a ceder sem resistência. Procuramos, é certo, colocar-nos no diapásio do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, a nossa posição ditada pela experiência psicanalítica.

De maneira geral, Kupermann (2003, p. 51) analisa que o conceito de contratransferência em Ferenczi

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, ser “confessada” ao analisando, para que o tratamento pudesse prosseguir.

Essa formulação não se restringe aos pacientes difíceis, mas a eles em muito beneficia. O subsídio das elaborações teóricas de Ferenczi possibilitou que outras *qualidades* de sofrimento, que se vinculam a análise não pela transferência neurótica, também pudessem se beneficiar do tratamento psicanalítico.

Portanto, compreendemos que a empatia (*Einfühlung*) é uma noção clínica-teórica que desenha um novo paradigma. Definitivamente afirma a positividade da contratransferência e a redefine como método importante de comunicação inconsciente. Desse novo paradigma desdobram-se (re-)definições das categorias nosológicas, etiológicas, objetivos e técnicas do tratamento. Kupermann (2008, p. 120) entende que

O privilégio agora concedido à empatia (*Einfühlung*, o sentir dentro) para a percepção do sofrimento do analisando, e ao tato para o ato analítico, implicava uma outra concepção do psicanalisar, distinta daquela que privilegiava a interpretação do sentido recalcado no discurso do analisando. Além disso, o resgate da afetividade no espaço analítico promovia uma tal proximidade entre os parceiros da experiência, que terminava por colocar em xeque a associação anteriormente sugerida entre o lugar do analista e o de um “substituto paterno” [fazendo referência à Freud].

O enfoque do processo analítico alarga-se e não se encerra na superação das resistências, pois uma análise voltada para interpretações de representações não era suficiente para ajudar os “pacientes difíceis”. Antes disso é preciso ajudá-los a *encontrar* tais representações, nesse sentido e para isso é necessário que o analista possa utilizar-se de outras comunicações (para além das associações verbais), da ordem da percepção. Essa abertura *estética* favorece a compreensão do sofrimento do paciente e a circulação dos afetos no processo analítico engendrando a abertura para a criação de sentidos compartilhados. Como referido por Gondar (2008, p. 187; grifo nosso),

o modo como Ferenczi trata o manejo dos afetos traz contribuições importantes para a nossa clínica hoje, voltada em grande parte para os pacientes difíceis [...] A questão é que os pacientes contemporâneos demandam, e cada vez mais, outro modo de sensibilidade, mais porosa e menos blindada do que a exigida para o tratamento dos neuróticos, que apresentam delimitações mais nítidas e convocam menos o envolvimento do analista. Essa sensibilidade mais porosa é conquistada no contato do analista com sua própria fragmentação, e com seus próprios afetos [...] Mais do que no analista, *a placa sensível se localiza no encontro afetivo, o nosso melhor instrumento com os pacientes difíceis* – e sabemos que, ao menos em alguns momentos privilegiados, todos os pacientes são difíceis.

Portanto, o paradigma que concebe a contratransferência e todos os desdobramentos dela decorrentes só pode *acontecer* através de um processo intersubjetivo.

**

A analisanda está namorando um rapaz que usa drogas, o que a leva a também fazer uso delas. Acha que o rapaz não serve para ela, mas não sabe se termina ou não. A verdade é que não consegue terminar. O pai do rapaz morreu de overdose. O pai da analisanda é alcoolista. A moça trabalha na empresa da família. Há brigas com as irmãs pelo uso das roupas e do carro, que pertence

a todas. Os fins de semana são em família, no sítio. A analista identifica um padrão de simbiose familiar, que é interpretado. As **interpretações parecem ser corretas, porém vazias**. Pelo menos, não parecem tocar a analisanda. **Isso gera um mal-estar difuso na contratransferência**.

A analista me procura para supervisão. Relata o caso, mas não consigo formar uma idéia sobre essa paciente; não me é possível imaginar a “criança nela”; **não consigo entrar no universo subjetivo dessa moça**. Tudo o que escuto são fatos e fatos – um *psiquismo bidimensional*. Pergunto pela mãe da paciente, que até então não aparecera no relato. Diz a colega que a analisanda fala de sua mãe, é uma mãe que está ali, mas “não há nada especial”. A moça não conta muito com ela, senão para conversas sobre as roupas, o carro, etc. (MINERBO, 2009, p. 61-62; **negrito nosso**)

*

Nessa passagem fica clara a premissa ferencziana que não se faz uma análise sem afetos, não se compreende o paciente apenas com o vetor intelectual, é preciso sentir o que nele o faz *vivo*. Sem o afeto as palavras não constroem uma história com sentidos, não ancoram, se perdem ao vento.

Utilizando-nos desse exemplo como exercício de reflexão e tendo a teoria discutida como fundamento, poderíamos dizer que contratransferência da analista é o *estranhamento de não senti-la*. Ao “sentir com” pôde compreender o sofrimento da *moça*. A forma com que comunicação pôde alcançar a analista foi através da sensação de *mal-estar*. Mas foi preciso um olhar estrangeiro, que conseguisse decodificar a sensação em palavras com sentido.

Parece-nos que as palavras que começam a contar uma história dizem que a analista não conseguiu *sentir* a analisanda porque nem mesmo ela própria consegue fazê-lo. Pelo relato, ficamos com a impressão que ela se anestesia com o uso das drogas, assim como usa as roupas e o carro; ela parece não conseguir fazer escolhas porque não sabe o que deseja, não sabe quem ela é. A hipótese que pudemos formular é que a questão da *moça* é justamente não ter tido uma *mãe real e internalizada* que lhe ofertasse *recheios*, deixando-a *vazia, oca* (MINERBO, 2009, p.62). Nem mesmo as irmãs puderam ser matrizes recheadas de afeto – talvez sofram do mesmo *mal*. Assim, o contato dessa *moça* se faz pela falta de afeto, que é repetido com a analista, que por sua vez reproduziu o padrão na supervisão. Dessa forma, o primeiro objetivo da análise parece ser ajudar essa *moça* a ter experiências emocionais constitutivas que possam ser consistentes a ponto de começar a escrever sua própria história, “tentar criar alguma espessura psíquica nessa moça, ‘recheá-la’ com experiência que sejam

subjetividades pela própria analista, pelo menos no começo” (MINERBO, 2009, p.62), para então ser possível interpretar e reinterpretar tal história.

4 A CRIAÇÃO:

DONALD WOOD WINNICOTT (1896-1971)

Winnicott, assim como Ferenczi, trabalhou com pacientes difíceis, e a partir desse contato clínico definiu três categorias nosológicas, pois identificava dinâmicas e sofrimentos de ordens diferentes: pacientes psicóticos, borderline e com tendência anti-social.²⁰ Como temos visto do longo dessa pesquisa, uma nova compreensão do sofrimento acarreta um novo tipo de tratamento, e nesse sentido Winnicott dedicou grande parte de sua obra para discutir as técnicas psicanalíticas mais adequadas para tratar desses pacientes. Esse preâmbulo é importante, pois é nesse contexto que o autor aborda a postura profissional, em que um dos desdobramentos é a contratransferência.

Encontramos no artigo “O ódio na contratransferência” (1947) uma primeira discussão sobre o conceito. Gondar (2008, p.183) reconhece que nesse artigo Winnicott foi bastante corajoso ao colocar em debate esse aspecto antes da aceitação oficial da contratransferência pela comunidade psicanalítica, ocorrida com o artigo de Heimann (1950).

Winnicott (1947, p. 277) inicia esse ensaio dialogando com a comunidade psiquiátrica a respeito do tratamento de pacientes psicóticos em voga na época, com “seus choques elétricos fáceis demais e suas leucotomias drásticas demais”. Apesar da crítica ácida contida nessa frase, o autor também reconhece – ou poderíamos dizer, *re-conhece* – as dificuldades emocionais que os profissionais encontram nesse trabalho. A “pesada carga emocional” que esses pacientes demandam de seus cuidadores é tamanha que faz os terapeutas acreditarem que o tratamento mais adequado é a extirpação daquilo que é o mais próprio e mais difícil desses pacientes: a intensidade de seus afetos. Para Winnicott (1947, p. 277), a reação dos profissionais é genuinamente humana e isso explicaria a escolha das terapêuticas utilizadas: “Devemos perdoar aos que se envolvem com esse tipo de trabalho por fazerem coisas horríveis”. Entretanto adverte: “isto não significa, todavia, que devemos aceitar qualquer coisa que [...] façam como sendo legítimas do ponto de vista da ciência”.

²⁰ Abrangeremos esses quadros nosológicos a seguir. Também sugerimos a leitura de Winnicott (1956).

Verificamos, então, que o ponto de partida das reflexões winnicottianas situa-se nas implicações do lado dos terapeutas decorrentes do atendimento a pacientes psicóticos, especialmente em tratamentos institucionalizados que conta com equipe multiprofissional – e não apenas o psicólogo ou psicanalista. O autor indica que a discussão a respeito dos sentimentos que são aflorados – especificamente abrangendo o ódio – ao cuidar de um paciente psicótico não pode ficar restrita apenas aos analistas, que trabalham com o inconsciente, mas deve ser ampliada a todos os cuidadores envolvidos. Além do mais, é discussão válida tanto para clínica nas instituições especializadas quanto para tratamentos com *setting* analítico clássico. Esse sentimento que emerge no terapeuta diz respeito à contratransferência, que não pode ser evitada e, diretamente, interferirá na postura e condutas profissionais adotadas. O autor escreve,

ainda que a presente reflexão refira-se à psicanálise, ela é verdadeiramente importante para o psiquiatra, mesmo para aquele cujo trabalho jamais o leva a estabelecer um relacionamento do tipo analítico com os seus pacientes.

A fim de ajudar aos que praticam a psiquiatria geral, o psicanalista [...] deve estudar também a natureza da carga emocional que recai sobre o psiquiatra ao fazer o seu trabalho. O que nós psicanalistas chamamos de contratransferência é algo que precisa ser compreendido também pelos psiquiatras. *Por mais que estes amem seus pacientes, não podem evitar temê-los, e quanto melhor eles o souberem mais difícil será para o medo e o ódio tornarem-se motivos determinantes do modo como eles tratam esses pacientes.* (WINNICOTT, 1947, p. 277-278; grifo nosso)

Mais uma vez o autor ressalta que o medo que os terapeutas sentem no contato com os pacientes pode estar na base das condutas terapêuticas, quer dizer, a atitude crítica sofre interferências das reações emocionais. Portanto, fica claro que o terapeuta deve ter consciência de seus sentimentos em relação aos pacientes, pois somente dessa forma poderá distinguir escolhas que estariam relacionadas a reações daquelas que contemplam as reais necessidades do paciente. Nesse sentido, Gondar (2008, p. 183) analisa que Winnicott “não apenas admite que o analista pode sentir ódio de seu paciente como é capaz de discutir o manejo clínico desse afeto”. Identificamos o manejo como primeiro aspecto da instrumentalização da contratransferência nos escritos winnicottianos. A esse respeito Kupermann (2008, p. 97) comenta que

O “manejo” winnicottiano não equivale, portanto, à concepção freudiana de manejo na neurose de transferência, por meio do qual o analista busca dosar o *quantum* ótimo de frustração de maneira a dar prosseguimento à associação livre. Refere-se, ao contrário, à possibilidade de o analista adaptar-se suficientemente bem aos modos de subjetivação do analisando, criando um “contexto analítico” adequado.

Adentrando no tema da contratransferência, Winnicott (1947) diferencia três tipos de expressões desse fenômeno clínico:

(1) Pontos cegos do analista, referindo-se a situações em que a capacidade perceptiva do analista torna-se obtusa podendo prejudicar o processo analítico e, nesse caso, o terapeuta “precisa de mais análise” (WINNICOTT, 1947, p. 278);

(2) Facilidade para apreender determinadas problemáticas dos pacientes, que é derivada da experiência emocional de cada terapeuta – na verdade, é através desta experiência que o analista forma “as bases positivas do seu trabalho analítico” e configura seu estilo pessoal e singular (WINNICOTT, 1947, p. 278). Poderíamos dizer que esse segundo sentido é o oposto do ponto cego, já que a subjetividade do terapeuta pode facilitar a compreensão e acolhimento de alguns tipos de sofrimento.

(3) “Contratransferência verdadeiramente objetiva”, que é equivalente ao “amor e o ódio do analista em *reação* à personalidade e ao comportamento reais do paciente, com base em uma observação objetiva” (WINNICOTT, 1947, p. 278; grifo nosso). Apesar de considerar a contratransferência como uma reação ao paciente, essa definição não equivale àquela formulada por Heimann (1950), pois a raiz da reação do analista não está no paciente, mas em seus próprios e genuínos afetos. Gondar (2008, p. 183; grifo nosso) evidencia que para o autor “não se trata, portanto, de uma projeção no analista de afetos do paciente, não se trata de um analista reduzido a uma placa sensível, mas de um analista que experimenta afetos reais, objetivos, *produzidos na situação clínica*”.

Para evidenciar esse terceiro tipo de contratransferência, Winnicott (1947) ele acontece na análise de pacientes psicóticos. Considera que a experiência emocional desses pacientes é de “amor e ódio coincidentes”, e dessa forma o paciente acredita que só poderá relacionar-se com o analista “a partir desse mesmo fenômeno brutal e perigoso”, por isso Winnicott (1947, p. 279; negritos do autor, itálicos nosso) é categórico:

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe *será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar*. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que lhe é **legítimo** *nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação*.

Este é um ponto importante do artigo. Podemos perceber que o autor já parte do pressuposto que a contratransferência é um instrumento importante para o terapeuta, discutindo o passo seguinte: a forma de utilizar esse recurso. Assim, além de reconhecer seu ódio e é de suma importância que o analista comunique esse sentimento ao paciente, mas “como interpretar o ódio do analista ao paciente [...] [é] um problema que implica em perigo, exigindo o mais cuidadoso *timing* possível” (WINNICOTT, 1947, p. 287). Para que o

analista possa reconhecer o sentimento em si mesmo deve alcançar em sua análise pessoal seus “níveis mais primitivos” (WINNICOTT, 1947, p. 279). Portanto, é preciso que o terapeuta tenha desenvolvido recursos internos que lhe possibilite entrar em contato íntimo consigo mesmo, compreender o sentido desse afeto naquele processo analítico e interpretá-lo da forma e no momento oportuno, mas ao mesmo tempo deve manter-se atento ao paciente, esperando o melhor momento e a melhor forma de fazer a interpretação.

Winnicott (1947) verificou que algumas análises não conseguirão chegar a esse ponto sem que seja feito um trabalho anterior, pois há pacientes que não tiveram experiências infantis positivas que lhe dessem consistência emocional para receber tal interpretação. Nesses casos, esse se torna o primeiro objetivo do tratamento, “o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente” (WINNICOTT, 1947, p. 282), ou seja, o analista precisará ajudar o paciente a constituir experiências emocionais positivas.

Em relação às “análises mais comuns” – quer dizer, na análise de pacientes neuróticos –, o autor também identifica que há situações que necessitam de manejo, mas reconhece que no contato com esses pacientes o ódio é mais fácil de ser administrado do que no tratamento de pacientes psicóticos. A análise pessoal é capaz de “livrar” o analista de “amplos estoques de ódio inconsciente pertencente ao passado e seus conflitos internos” (WINNICOTT, 1947, p. 280). De qualquer forma, as considerações a respeito da importância da interpretação desse sentimento não se modificam nesse tipo de análise.

Treze anos mais tarde de seu primeiro artigo e dez anos após a publicação do ensaio de Heimann (1950), Winnicott (1960a) publica “Contratransferência”. Inicia o artigo com uma crítica severa ao uso desse termo para nomear fenômenos, que do seu ponto de vista, são situações diferentes. Faz uma ressalva que deveria ser óbvia – e poderíamos dizer que por não ser considerada criou um falso-problema –, o autor refere sobre a importância de se discutir os conceitos dentro do mesmo paradigma teórico, no caso o paradigma psicanalítico, para que não se debatam fenômenos diferentes buscando um consenso apenas porque eles têm a mesma nomenclatura. Mas o autor também indica que esse problema de definição conceitual não se deu apenas por diferentes matrizes teóricas, afirma que também há o aspecto que a “contratransferência é um termo que *nós podemos escravizar*, e um exame da literatura me leva a pensar que esta palavra corre o risco de perder sua identidade” (WINNICOTT, 1960a, p. 145). Apenas podemos especular sobre qual *tiranía* o autor estava se referindo, remetendo-nos ao mesmo risco apontado por Gondar (2008, p. 180) quando comenta sobre a definição de

Heimann (1950), “no limite, um analista poderia acusar os pacientes por todos os seus estados afetivos”, quer dizer, no limite, o analista poderia atribuir ao paciente toda a responsabilidade por qualquer abuso que ele possa vir a cometer em nome da contratransferência.

Para definir, a partir de seu ponto de vista, os fenômenos que podem ser nomeados como contratransferenciais retoma o primeiro sentido atribuído no seu artigo anterior – ponto cego –, ²¹ e afirma que não haveria o que discutir se a contratransferência for pensada *apenas* em falha da análise do analista, por isso irá propor dois outros “sentidos possíveis”, além dos já descritos anteriormente.

O primeiro pilar sobre o qual Winnicott assenta seu novo ponto de vista é que os fenômenos de transferência e contratransferência são “altamente subjetivos” e exclusivos do *âmbito profissional*, portanto, não se trata de um fenômeno corriqueiro das relações interpessoais. Para se fazer claro, o autor esmiúça o que entende por “atitude profissional”: esta deve permitir ao “paciente idealizar o analista, e se apaixonar por ele, [...] [e permitir ao paciente] sonhar”. (WINNICOTT, 1960a, p. 147). Como também está em evidência a subjetividade do analista, retoma a recomendação freudiana quanto à análise do próprio analista, e acrescenta:

Não estou dizendo que a análise do próprio analista é para livrá-lo de neurose; *sua finalidade é aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade do profissional, sendo esta a base de seu trabalho e de nossa habilidade em manter um relacionamento profissional.*

[...] O psicoterapeuta (analista ou psicólogo analista) deve permanecer vulnerável e ainda assim reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho. (WINNICOTT, 1960a, p. 147, grifos nossos).

Quer dizer, a análise do analista não tem o objetivo de esterilizar a personalidade do analista. Na verdade, a idéia de uma postura radicalmente neutra traz a ilusão que o analista ficaria mais livre, como é bem colocado por WINNICOTT (1960a, p. 148), “presumimos o analista livre da personalidade e distúrbio de caráter em tal grau que o relacionamento profissional não pode ser mantido, ou o pode somente a muito custo, envolvendo defesas excessivas”. Com isso, o autor esclarece que o objetivo da análise pessoal é possibilitar que o terapeuta possa ficar consciente e *à vontade* com suas neuroses e dinâmicas – digamos assim –, permitindo-se ter flexibilidade e vulnerabilidade para ser afetado. Conclui que

²¹ Cf. item (1), p. 51

A atitude profissional é como um simbolismo, no sentido de que pressupõe uma *distância entre analista e paciente*. O símbolo está no fosso entre objeto subjetivo e o objeto que é percebido objetivamente. (WINNICOTT, 1960a, p. 148; grifos do autor)

A atitude profissional está a serviço do paradoxo fundamental formulado em sua teoria: ²² o analista precisa possibilitar ser criado pelo paciente (ser o objeto subjetivo) – ser idealizado – ao mesmo tempo em que deixa o paciente encontrá-lo (ser o objeto que é percebido objetivamente) – ser reconhecido a partir das características de sua personalidade.

No âmbito técnico, ressalta que o trabalho do analista exige esforço consciente. Afirma: “[eu] me imagino em meu trabalho analítico, trabalhando à vontade mas com esforço mental consciente. Idéias e sentimentos me vêm à mente, mas estes são bem examinados e filtrados antes de fazer uma interpretação” (WINNICOTT, 1960a, p. 148).

A partir desses esclarecimentos o autor passa a discutir os sentidos da contratransferência. Retoma sua primeira definição – ponto cego – e pondera que para *pacientes neuróticos* é correto afirmar que “o significado da palavra contratransferência só pode ser de aspectos neuróticos que *estragam a atitude profissional* e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente” (WINNICOTT, 1960a, p. 148; grifos do autor). Entretanto, no tratamento de *pacientes psicóticos, borderlines ou com tendência anti-social* há a necessidade de concedermos outros sentidos à contratransferência, já que nesses casos outras demandas são exigidas do analista, forçando-o a modificar seu papel e ampliar suas ações. Esclarecendo que a *atitude ética profissional* deve permanecer a mesma, entretanto as exigências ao psicanalista serão diferentes em cada quadro psicopatológico.

Entretanto, Winnicott (1960a) permite-se reformular suas assertivas mais uma vez. Inverte o ponto de partida da etiologia da psicopatologia para a necessidade do paciente no processo psicanalítico, diferenciando os pacientes como aqueles com “uma tendência anti-social” e aqueles que “necessitam de regressão”. O artigo “Variedades de psicoterapia” (1961) – publicado um ano após “Contratransferência” – nos ajuda a compreender os argumentos que subjazem a esta reformulação: devem existir “muitas variedades de psicoterapia” que “devem depender da necessidade do paciente ou do caso, e não dos pontos de vista do terapeuta”,

²² “O bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera de ser criado e de se tornar um objeto catexizado” (WINNICOTT, 1975, p.124).

assim “sempre que possível, aconselhamos a psicanálise; mas quando esta for inviável ou quando houver argumentos contra, então deve ser criada uma modificação apropriada” (WINNICOTT, 1961, p. 263). Nesse sentido, Junqueira e Coelho Junior (2008) afirmam que

A maior contribuição de Winnicott para compreensão desses quadros [...] [é] sua teoria da clínica e a proposição do manejo do enquadre, tornando-o mais flexível. Contudo, um enquadre flexível não significa um enquadre frouxo. As regras devem ser claras e claras e consistentes para transmitir ao paciente a sensação de continuidade e de estabilidade, mas devem ser flexíveis em relação ao enquadre clássico proposto por Freud: o divã pode dar lugar à cadeira, o corpo do paciente e do analista podem ser incluídos na sessão, [...] a interpretação dos conteúdos inconscientes deve [...] [abranger um] sentido mais amplo, para além de dar acesso a um sentido inconsciente.

Essa modificação no enquadre também implicará que “para cada “categoria” de sofrimento psíquico, o analista é convocado de modo diferenciado” (KUPERMANN, 2008, p. 96).

Os pacientes com tendência anti-social são aqueles que

Começaram [as fases iniciais do desenvolvimento] suficientemente bem, mas cujo ambiente não os ajudou em algum ponto [...] São as crianças, adolescentes ou adultos que poderiam legitimamente afirmar: “tudo estava bem até..., e minha vida pessoal só poderá desenvolver-se se o meio reconhecer sua dívida para comigo”; mas, é claro, não é comum que a privação e sofrimento que ela produziu sejam acessíveis à consciência, de modo que, em vez dessas palavras, apuramos clinicamente uma atitude que revela uma tendência anti-social e que pode cristalizar-se em delinquência e em recidivismo. (WINNICOTT, 1961, p. 266-267)

A partir da relação que vai se estabelecendo na terapia, ou melhor, dos *fatos* que vão constituindo a história compartilhada do atendimento clínico, o terapeuta tenta compreender qual é a natureza da privação do paciente, e manejar as sessões de forma a ajudar o paciente a fortalecer seu ego até que ele possa sentir que o ambiente sanou sua dívida para com ele. Nas palavras do autor,

o terapeuta é *impelido* pela doença do paciente, ou pela metade esperançosa que há nela, a corrigir e continuar corrigindo a falta de apoio ao ego que alterou o curso da vida do paciente. A única coisa que o terapeuta pode fazer, além de *ser enredado*, é usar o que ocorre na tentativa de chegar a uma avaliação precisa da privação ou privações originais, como percebidas e sentidas pelo paciente. Isto pode envolver ou não o trabalho com o inconsciente do paciente. [...] Eles são melhor manejados de outras maneiras, embora a psicanálise possa ser acrescentada produtivamente. (WINNICOTT, 1960a, p.149; grifo nosso)

Para melhor compreender a *técnica* indicada na passagem citada, recorreremos aos termos originais e pudemos observar que ao serem traduzidos, os verbos “impelido” e “enredado” perderam a força que carregavam na língua inglesa. Os termos imprimem a idéia de que o terapeuta é *empurrado* pelo movimento inercial da doença do paciente – “the therapist is *compelled* by the patient’s illness” – frente ao qual não há muita escapatória,

mesmo que não queira o terapeuta é envolvido – “*apart from getting caught up*”,²³ Winnicott (1960c, p. 162; grifo nosso). Nesse sentido devemos reter para o termo *enredar* o significado de “sofrer dificuldade; embaraçar(-se); complicar(-se)” (HOUAISS, 2009, p. 765).

Com isso, podemos depreender que o terapeuta deve ser coadjuvante do paciente, deve se deixar afetar e ficar *embaraçado* com o paciente, permitir-se ser aquele a quem o paciente irá *cobrar a dívida*, mas além disso, o “elemento mais importante é a sobrevivência do analista”, como apontam Junqueira e Coelho Junior (2008). Então o terapeuta responde ao movimento do paciente aceitando este papel, que lhe permitirá “corrigir [...] a falta de apoio do ego”. Essa entrada na cena não é *atuação*, na verdade, é a maneira como o analista é convocado por pacientes com tendência anti-social, e como Winnicott (1960a) afirma, esse é tipo de “tratamento” necessário para pacientes esses pacientes. Trata-se da adaptação do analista às necessidades do paciente, e nesse caso implica o manejo do enquadre, no qual se deve fazer “outra coisa” – antes de fazer a psicanálise propriamente dita – para que o paciente possa adquirir/recuperar a capacidade de confiança no ambiente (WINNICOTT, 1958, 1962, 1961).

Little (1992, p.45) relata uma situação vivida na sua análise pessoal com Winnicott que ilustra bem esse aspecto:

Em uma das primeiras sessões com D.W., me senti totalmente desesperançada de fazê-lo um dia entender qualquer coisa. Eu caminhei ao redor da sua sala, tentando encontrar um caminho [...] finalmente investi contra um grande vaso cheio de lilases brancos, quebrando-o e pisando nele. D.W. precipitou-se para fora da sala, mas voltou momentos antes do final do horário. Ao me encontrar limpando a sujeira ele disse: “Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar, ou sujar?), mas mais tarde”. No dia seguinte, uma réplica exata havia substituído o vaso e os lilases.

A partir disso, podemos deduzir que, mesmo que não tenha sido afirmado didaticamente por Winnicott, a contratransferência nesse tipo de atendimento é o movimento em que o terapeuta, quando percebe, está *pego, envolvido* nas tramas do paciente em tal nível que pode descobrir através da cobrança que este lhe fará qual privação foi sofrida. Ou seja, esta é a forma privilegiada da comunicação do sofrimento e da necessidade do paciente. A interpretação clássica não é eficiente pois esses pacientes ainda não possuem representações

²³ Segundo Longman (2005) “be/get caught up in sth” tem o sentido de “to be or get involved in something, especially something bad”.

que possam nomear as falhas ambientais. Aliás, quando estas estiverem disponíveis é porque muito trabalho já foi realizado.

O segundo tipo de pacientes em que o sentido da contratransferência deve ser alargado são aqueles que *necessitam de regressão*. Esses pacientes sofreram alguma falha ambiental que os levou a organizarem seu psiquismo de forma defensiva (falso *self*), de forma a não sentirem-se reais ²⁴. Assim, através da regressão, o paciente retorna a fase de dependência infantil e pode (re)constituir a base da experiência emocional de forma a possibilitar que o verdadeiro *self* aflore (WINNICOTT, 1960a, p. 149). O autor explicita esse processo:

Se se quiser que o *self* verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá que passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que *identificado ou mesmo fundido* com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são tão certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar. (WINNICOTT, 1960a, p. 149, grifo nosso).

Do ponto de vista do paciente, Barretto (2000, p. 197) explica que “trata-se de situações em que a transferência é marcada pela indiferenciação, em que a dimensão de externalidade (não-eu) está por ser estabelecida” e nesse caso “o manejo é a técnica mais indicada”. Assim, compreendemos que o terapeuta deve ter uma função equivalente à “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1963) – conceito que não é citado neste artigo, mas que podemos depreender a partir de outros ensaios sobre o mesmo tema. Assim, através da *fusão* com o paciente o terapeuta consegue perceber as necessidades daquele promovendo uma adaptação “suficientemente boa”, ou seja, possibilita que o paciente possa viver a “ilusão de onipotência”, acreditando criar os objetos de sua satisfação. Como o analista também permanece voltado para realidade externa, vai introduzindo dados da realidade, realizando a operação de desilusão, e favorecendo o processo do amadurecimento emocional. ²⁵ Kupermann (2008, p. 99-100) complementa que o afloramento do verdadeiro *self* ocorre através do

“descongelamento” dos pontos do desenvolvimento emocional nos quais o analisando ficou fixado em função da falha do ambiente, dando origem a um “novo

²⁴ Cf. Winnicott, 1960b.

²⁵ Cf. Winnicott, 1963.

início”, agora afinado com seu gesto criativo, bem como à sua agressividade primária, incapaz de expressão na ocasião do trauma. Finalmente, [...] o analisando pode experimentar, muitas vezes pela primeira vez, tanto a alegria do viver criativo quanto o ódio e a raiva referentes à situação da falha na adaptação ambiental originária.

Winnicott (1960a) ainda ressalta que mesmo que seja uma “psicanálise modificada”, esse processo analítico implica o trabalho com o inconsciente. Refere que tanto o paciente neurótico quanto o paciente psicótico *borderline* podem precisar de regressão, mas para este último, a análise modificada é essencial. A intensidade da transferência do paciente psicótico exige muita disponibilidade interna do analista ao ajudar o paciente a atravessar a regressão e “voltar” mais organizado. Winnicott (1960a, p. 150) observa que

[Esses pacientes] atravessam gradativamente as barreiras que denominei de técnica do analista e atitude profissional e forçam um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite da fusão. Isto é realizado de modo gradual e ordenado, e a recuperação é correspondentemente ordenada, exceto onde faz parte da doença que o caos reine supremo tanto interior como exteriormente.

O reconhecimento da dificuldade em suportar o tipo de exigência desses pacientes levou Winnicott (1960a, p. 150) a recomendar que se atenda apenas alguns pacientes com essa demanda a cada vez.

A partir dessa discussão, o autor afirma que a contratransferência são as “respostas do analista” para os “testes e exigência especiais” que tais pacientes fazem. Insiste em diferenciar a contratransferência da reação, usando como exemplo uma ocasião em que foi agredido fisicamente por um paciente: essa atitude extrapolou seu limite profissional e “o que disse não é publicável”, analisa a situação e conclui que o paciente chegou “muito perto de seu eu de verdade”, então sua resposta “não foi uma interpretação mas uma reação ao evento” (WINNICOTT, 1960a, p. 150).

Portanto, podemos depreender que no tratamento de pacientes que necessitam de regressão a contratransferência refere-se à postura profissional de disponibilidade afetiva que possibilita ao terapeuta fundir-se com o paciente, sem perder o contato com a realidade externa, e a partir desse ponto conhecer e adapta-se às necessidades destes.

Entretanto, ao concluir sua explanação, o autor acaba levantando mais um ponto de discussão. Questiona-se se,

Não seria melhor, neste ponto, *deixar o termo contratransferência voltar a seu sentido* do que esperamos eliminar por seleção e análise e treinamento de analistas? Isto nos deixaria livres para discutir as muitas coisas de interesse que analistas podem fazer por pacientes psicóticos que estão temporariamente regredidos e dependentes, para os quais se poderia usar o termo de Margaret Little: a resposta total do analista às necessidades do paciente. Sob este título ou outro similar há muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações

conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista. (WINNICOTT, 1960a, p. 150-151; grifos do autor)

Podemos especular que há um viés político na proposição do autor para uma nova nomenclatura. Devido ao termo contratransferência estar atrelado ao campo da psicanálise clássica trazia questionamentos para a formação institucionalizada de psicanalistas, pois se tratava de um ensinamento que dependia não apenas de recursos intelectuais (teóricos) como, principalmente, de recursos internos do analista.

Outra possibilidade de compreensão dessa última proposição winnicottiana refere-se ao próprio campo teórico. Entendemos que para o autor não há dúvidas de que há situações em que se atinge algum determinado limite pessoal do terapeuta – ponto cego – que pode prejudicar a atitude profissional, situação essa que irá demandar que o terapeuta tenha seu espaço próprio e reservado para cuidar de suas questões. Mas ao nos atentarmos para a segunda e terceira definições de contratransferência descritas no artigo de 1947 – experiência subjetiva do analista e “contratransferência verdadeiramente objetiva” – verificaremos que são aspectos considerados imprescindíveis na atitude profissional necessária para o tratamento de pacientes com tendência anti-social e que necessitam de regressão (WINNICOTT, 1960a). Quer dizer, tanto a subjetividade do analista quanto sua percepção objetiva são os elementos que irão constituir a postura que possibilita o *enredamento* e a *fusão*. Seguindo essa análise poderíamos dizer que, em última instância, as atitudes que foram nomeadas como contratransferenciais estão implícitas na técnica das análises modificadas, e nesse sentido torna-se reducionista nomear “as muitas coisas de interesse que analistas podem fazer por pacientes psicóticos que estão temporariamente regredidos e dependentes” como contratransferência.

Organizando os aspectos levantados da construção teórica winnicottiana, vimos que o autor constatou que é possível ajudar psicanaliticamente os pacientes difíceis, ou em momentos difíceis – para usar a expressão de Gondar (2008). Para isso é preciso modificar o enquadre e adaptar-se às necessidades dos pacientes, como também é preciso que o terapeuta tenha uma atitude profissional que inclua sua disponibilidade afetiva e recursos internos. Podemos, então, considerar que Winnicott recoloca a importância da contratransferência como essencial ao trabalho terapêutico, já que é através do impacto afetivo que o terapeuta poderá acessar a *necessidade* do paciente. Esse é um dos primeiros passos do tratamento. A partir desse saber, o objetivo da análise passa a ser a composição experiências emocionais

reparadoras ou constitutivas para o paciente – quer dizer, trata-se de um trabalho, não menos importante, mas que vai muito além da reordenação do passado.

Com isso não podemos deixar de abordar a premissa fundamental que forma o solo fértil de toda essa construção teórica: o processo analítico precisa acontecer no espaço transicional. Winnicott (1975, p.14-15) afirma que

É geralmente reconhecido que um enunciado da natureza humana em termos de relacionamentos interpessoais não é suficientemente bom, mesmo quando são levadas em conta a elaboração imaginativa de função e a totalidade da fantasia, tanto consciente quanto inconsciente, inclusive o inconsciente reprimido. [...]

Minha reivindicação é de que, se existe a necessidade desse enunciado duplo, há também a de um triplo: a terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa.

O processo que descrevemos como sendo o papel do terapeuta durante a regressão, na verdade, é uma réplica do que ocorre na tenra infância. Todo o desenvolvimento emocional desenrola-se, ou encontra problemas, a partir daquele enunciado. A mãe “suficientemente boa” ajuda o bebê a viver a ilusão de onipotência, criar o mundo, e também o ajuda a descortinar a realidade objetiva. Se o bebê pode viver essa “ilusão”, “com o início da distinção entre o eu e a alteridade, preserva-se uma terceira área da experiência – nem mundo interno, nem mundo externo –, o espaço transicional, no qual a experiência do viver criativo poderá ser exercida [...]” (KUPERMANN, 2008, p. 99).

Articulando as noções de espaço potencial e atitude profissional, Winnicott (1975, p. 131) dedica-se a pensar como o paciente deve “usar” o analista, equivalendo ao uso que o ser humano faz de um objeto, assim:

(1) O sujeito relaciona-se com o objeto. (2) o objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo. (3) O sujeito *destrói* o objeto. (4) o objeto sobrevive à destruição. (5) o sujeito pode *usar* o objeto.

Quer dizer, primeiramente o analista é percebido subjetivamente, adapta-se às necessidades do paciente, sobrevive aos ataques destrutivos e pode ser percebido objetivamente. Isso permite a percepção da realidade e o desenvolvimento da fantasia. Nesse sentido, Kupermann (2008, p.101) conclui que “o analista comparece tanto como presença sensível quanto como alteridade radical, a experiência transferencial configurando um espaço de compartilhamento afetivo no qual a criação é possibilitada”.

Barretto (2000, p. 8) sintetiza tais articulações e afirma que

O mundo na área intermediária não é só lugar do encontro com o outro, mas também consigo mesmo, com o porvir e com o que nunca existirá. Nele temos um espaço privilegiado de intervenção em que os diferentes elementos da organização do *self* podem ser trabalhados ou mesmo constituídos. O fato é que nem sempre o paciente

tem a possibilidade de funcionar nessa área, o que significa que o profissional precisará dispor desta capacidade para trabalhar com os aspectos do *self* de seu paciente. Winnicott já afirmava que, se o paciente não pode brincar, o primeiro trabalho do analista será ajudá-lo a vir a brincar.

Com isso podemos concluir que o processo analítico engendrado sobre as bases da teoria winnicottiana proporcionam a superação de traumas, a reparação das falhas ambientais. A postura implicada do terapeuta propicia experiências afetivas compartilhadas, o que por sua vez abre a possibilidade para criação e/ou encontros de sentidos novos e inéditos para o paciente, bem como para o analista.

**

Em certa época eu era capaz de sair correndo furiosa da sua sala e ir embora, dirigindo perigosamente. Ele guardava as chaves do meu carro até o final da sessão e depois deixava eu deitar sozinha e tranqüila em outra sala, até poder estar livre de perigo. [...]

É claro que tudo isso se baseava em seu grande conhecimento e em sua compreensão das crianças de todas as idades e dos pais, reconhecendo a necessidade de apoio e de alguém presente, para assumir responsabilidades. Sua sempre crescente capacidade de empatia, de estar em contato com o id, o ego e o superego, em pessoa de todos os tipos e de todas as idades, inclusive ele próprio, compreendendo a linguagem do corpo em todas as suas formas, era a parte essencial dele. D. W. não se defendia dos seus próprios sentimentos, mas podia admitir todos eles e, de vez em quando, a sua manifestação. Sem sentimentalismo ele era capaz de sentir por, com e para o seu paciente, participando de uma experiência de tal modo, que a emoção que tivera de ser reprimida podia ser manifestada.

Eu falei com D. W. sobre uma perda antiga de que me lembrava. Havia encontrado uma amiga, “A.”, na escola, alguém que me escolhera para ser sua amiga. [...]Depois, durante muitos dias estava “doente”; e, em seguida, estava “morta”. Eu havia sido “indelicada” e “egoísta” não escrevendo para ela. “Não poderia ter me importado”, ou “teria escrito”. Ele se viu chorando por mim – e eu pude chorar por causa disso como nunca fizera antes e lamentar minha perda.

“Por que você sempre chora silenciosamente?” perguntou ele. Respondi que aprendera aquilo cedo. Certa vez, chorando com dor de dente no final de um longo dia, que tinha sido exaustivo para todo mundo, me disseram: “Pare de chorar, querida, você faz todos se sentirem péssimos”, e na manhã seguinte, quando o abscesso havia estourado à noite e a dor terminara: “Está vendo, foi tudo uma confusão por nada”. E frequentemente: “Anime-se, querida! Breve você estará morta”.

Aquilo o fez ficar muito zangado. “Eu realmente odeio a sua mãe”, disse.”(LITTLE, 1992, p.48)

*

Margareth Little relata sua análise pessoal com Winnicott no livro intitulado “Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise winnicottiana” (1992). A autora e paciente denomina seu estado como *borderline*, o que torna bastante fértil seu relato para a compreensão na prática das teorizações winnicottianas.

No trecho selecionado, podemos observar inicialmente a necessidade de um manejo específico que abrangia uma necessidade de cuidado da paciente que estava além do tempo compartilhado na sessão. Com isso podemos incluir um aspecto que será discutido quando tratarmos sobre o acompanhamento terapêutico, em que nos casos de pacientes graves o enquadre pode se estender para além da sessão, o terapeuta precisa intervir nas situações do cotidiano do paciente. Em relação a Margareth, Winnicott sabia do risco de vida que ela corria caso saísse sem se restabelecer.

Em seguida, a autora descreve a Winnicott como terapeuta e podemos reconhecer o aspecto contratransferencial que constitui sua experiência subjetiva – (2) –, quer dizer, alguns dos aspectos que formam a base de sua “atitude profissional” e como instrumentaliza essa experiência através da “empatia”. Finalmente podemos acompanhar o analista, tendo captado o afeto que não pôde ser experienciado, expressá-lo “pela paciente”, fato esse que possibilitou que a mesma reconhecesse a sua própria necessidade e pudesse viver essa experiência, ou em outras palavras, a paciente pode reconhecer a falha ambiental sofrida, retornar ao pondo de “congelamento” do processo de desenvolvimento e a partir da possibilidade de expressar verdadeiramente os afetos pertencentes àquela situação, retomar seu desenvolvimento e dar origem a um “novo começo”.

Convém conceber a análise como um processo evolutivo que se desenrola sob os nossos olhos, e não como o trabalho de um arquiteto que procura realizar um plano preconcebido.

SANDOR FERENCZI

5 DISCUSSÃO CLÍNICA

Apresentamos a seguir algumas vinhetas de atendimentos realizados pela pesquisadora. Para a discussão clínica, seguimos as recomendações de Freud:

Um dos méritos que a psicanálise reivindica para si é o fato de nela coincidirem pesquisa e tratamento; mas a técnica que serve a uma contradiz, a partir de certo ponto, o outro. Não é bom trabalhar cientificamente um caso enquanto seu tratamento não foi concluído [...] O êxito é prejudicado, nesses casos destinados de antemão ao uso científico e tratados conforme as necessidades deste; enquanto são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos. A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analisa, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento apenas depois que a análise foi concluída (Freud, 1910/2010, p. 153-154)

Assim, serão apresentados recortes de atendimentos já realizados pela própria pesquisadora. A seleção do material se dá *a posteriori*, ou seja, trata-se de uma rememoração de vivências de atendimentos em que a importância para essa pesquisa se dá a partir da resignificação dessas para a discussão teórica em pauta, ou seja, o enfoque dos relatos será dado na contratransferência da analista. Não foram realizados atendimentos com a intenção de se realizar coleta de dados.

Os registros dos atendimentos também seguiram as orientações de Freud (1910/2010, p. 152), sendo feitos “de memória”.

Não serão apresentados relatos de *casos completos* e sim *vinhetas clínicas*. Como explicitado por Matheus (2007, p. 321),

Optou-se por trabalhar com fragmentos clínicos, a fim de destacar a inadequação de se tomar cada caso como tentativa de comprovação de um determinado argumento, mas, em contrapartida, em permitir o exercício que as circulações estabelecidas sugerem.

Os relatos enfocam principalmente os acontecimentos contratransferenciais e a repercussão destes no prosseguimento do tratamento.

Para tornar o relato mais vívido a linguagem utilizada torna-se coloquial, facilitando a expressão dos acontecimentos clínicos e trazendo a vivacidade própria da clínica.

5. 1 Clínica privada

“- (Eu te amo)
- (É isso então o que sou?)
- (Você é o amor que eu tenho por você)
- (Sinto que vou me reconhecer... estou quase me vendo. Falta tão pouco)
- (Eu te amo)
- (Ah, agora sim. Estou me vendo. Esta sou eu, então. Que retrato de corpo inteiro)”

CLARICE LISPECTOR

Trata-se do atendimento individual, em consultório, fundamentado nos princípios éticos e técnicos psicanalíticos, como discutimos especialmente a partir das teorias de Ferenczi e Winnicott. Em relação a alguns aspectos do *setting*, podemos dizer que há a o divã, como também há a poltrona e há o espaço e os objetos (incluindo brinquedos) que compõem a sala. O encontro é combinado previamente, mas *em caso de necessidade* são marcadas sessões extras. O tempo de duração da sessão, geralmente, é de 50 minutos. Em atendimento de crianças e eventualmente atendimento de adolescentes e/ou adultos podem ser necessárias sessões com os pais ou cuidadores.

**

Flávia, 10 anos, chegou para atendimento pois “não se comunicava”. Não apresentava nenhuma deficiência auditiva ou no aparelho fonador. Conversava apenas com a mãe e com um irmão mais novo. A sociabilidade foi o primeiro aspecto a ficar em déficit. Mas sua dificuldade também a prejudicava bastante na escola, pois não tirava suas dúvidas com a professora e assim ficava mais complicado progredir no aprendizado.

No primeiro atendimento entraram a mãe e Flávia, somente a mãe falou. Contou a história do nascimento da filha, as dificuldades que os pais tiveram e o fato de a mãe ter tido que retornar ao trabalho quando a pequena Flávia tinha menos de um mês de vida. Ao fim do atendimento perguntei se essa era uma história já conhecida por Flávia, ao que me surpreendi quando a mãe relatou que era a primeira vez que falava sobre tudo o que aconteceu na presença da filha.

A partir do segundo atendimento Flávia passou a entrar sozinha. Em algumas sessões entrava tranquilamente, noutras relutava, não se levantava do sofá na sala de espera, “dizendo” que não estava muito disposta para o atendimento, mas a mãe incentivava e ela acabava cedendo. Algumas vezes ela conseguiu fazer valer sua vontade e faltava, posteriormente a mãe justificava que era porque não ela realmente não queria ir ao atendimento.

Apesar de Flávia nunca ter verbalizado nenhuma palavra em nossos encontros, ela era capaz de comunicar muitas coisas na sessão. Entretanto para que eu entendesse seu ritmo precisei de algum tempo, e em determinado momento eu acreditava que estava conseguindo saber quando respeitá-la ou quando incentivá-la a ousar mais – assim como sua mãe. No início eu arriscava tentativas de contato oferecendo material gráfico, entretanto passadas algumas sessões, pude perceber que essa oferta estava fundamentada muito mais nas teorias sobre atendimentos infanto-juvenis do que no aqui-agora com Flávia. Assim como eu chegava “artificialmente” Flávia permanecia “muda”, não produzia “nada”, ficava sentada olhando para os lápis e papéis em cima da mesa. Foi preciso que eu reconhecesse minha própria impotência diante da enorme expectativa de “ouvir sua voz.” para que pudesse ficar à vontade com Flávia. Assumi minha ansiedade, impaciência, dúvidas e, diria que também, medo de ousar alguma comunicação. Passei a formular inúmeras hipóteses durante os atendimentos, e aos poucos conseguia arriscar comunicações, baseada no que eu sentia que estava acontecendo entre nós, durante a sessão, e associar tais sensações a história de vida de Flávia. Com isso, Flávia e eu começamos a ter nosso próprio estilo e alguns movimentos foram acontecendo. Assim como eu passei a confiar no nosso vínculo e ter coragem para me comunicar, Flávia também pareceu ir ganhando confiança oferecendo-me algumas produções, expressando-se.

Começamos com desenhos paralelos – eu pegava uma folha de papel e começava a desenhar e ela fazia o mesmo –, passamos a desenhos compartilhados – uma adaptação do jogo do rabisco proposto por Winnicott (1984) –, e chegamos às negociações – através de

jogos de tabuleiro, especialmente o Banco Imobiliário, que jogamos muitas vezes – o nosso objetivo no jogo era comprar casas, e não ficarmos ricas, como proposto pelas regras.

Certa vez, numa sessão em que eu sentia-me tomada por um sono incontrolável, e cheguei mesmo a cochilar durante da sessão, sonhei que ela era um bebê, nas primeiras semanas de vida, e precisava muito da mãe para seus cuidados e para apresentar o mundo a ela. Quando acordei, percebi que ela me olhava, tentei comunicar esse sonho, em palavras, mas naquela mesma sessão aquilo não pareceu fazer sentido para Flávia.

Continuamos jogando Banco Imobiliário, comecei a falar sobre nossa negociação, sobre adquirir casas... Parecia que Flávia realmente precisava de uma casa, de um lugar seguro e confortável, como o “colo” da mãe que parece ter sido muito insuficiente na história de vida dela. Ela precisava desse lugar seguro para poder confiar no ambiente, sentir-se segura e começar a arriscar olhar pela janela, depois ir até o portão, para que então pudesse ir para a rua, e conversar com o desconhecido.

Eu procurava comunicar esses sentidos a Flávia de forma lúdica, através de nossas jogadas, e o movimento dela ia em direção a uma abertura da comunicação: ela começou a escrever o que gostaria de me falar, redigia algumas linhas do seu dia-a-dia e escolhia o que faríamos na sessão; por vezes me pareceu que ela ensaiava soltar a voz.

Houve uma pausa para as férias e na volta o atendimento não continuou devido à incompatibilidade com os novos horários da mãe e a impossibilidade de haver alguma outra organização familiar para que Flávia continuasse indo às sessões.

E assim, nos calamos... mesmo tendo muito ainda a dizer.

Alguns anos se passaram, mas ainda hoje sinto-me “muda” ao escrever e reler esse relato. A partir da Flávia que ficou dentro de mim, fico imaginando que no momento em que ela estava ficando pronta para entrar em contato com o não-eu, a mãe a guardou somente para ela novamente. Se a criança tem sempre a mãe para saber o que ela pensa, traduzir e mediar seu contato com o mundo, ela não precisará de recursos para fazer isso por si própria. Assim, penso que talvez esse seja um dos motivos pelos quais escolho relatar esse atendimento, na tentativa de produzir fala, comunicação, transformando esse mutismo em sentido compartilhado.

Através desse relato clínico podemos acompanhar em pormenores o processo do estabelecimento da empatia e da instrumentalização da contratransferência – a partir das quais foi possível a compreensão das necessidades de Flávia.

Em primeiro lugar notamos que a analista precisou se adaptar à criança, mas para fazer isso precisou olhar a si própria e perceber a quantidade de *fatores externos* a elas estava levando junto consigo para sala de atendimento: expectativas, *furor curandis*, teorias, etc. Em meio a essa névoa densa a criança não poderia se aproximar da analista e será que a analista conseguia enxergar a criança? Ambas ficavam sozinhas e em lugares diametralmente opostos. Ou em outras palavras, se a questão de Flávia era justamente a dificuldade de se aproximar do outro e a analista se apresentava como um outro radicalmente diferente, o resultado dessa equação só poderia ser a distância.

Quando a analista pôde apresentar-se sem tantas defesas, mostrou-se mais acessível à Flávia, estabeleceram um ritmo próprio e a confiança no processo terapêutico começou a ser adquirida. Interessante observarmos que a própria vivenciar as dificuldades que compreendeu serem de Flávia, a partir de si própria foi encontrando os recursos para ajudar a paciente, quer dizer, precisou de um tempo de aproximação para ter “coragem de se comunicar”. O maior recurso encontrado para construírem uma via de comunicação foi a percepção dos afetos e fantasias que ocorriam à analista e que podiam ser apreendidos ora por processos inconscientes (atenção flutuante e sonho), ora por esforço consciente. Assim como Winnicott (1960a) indica foi preciso que um movimento fusional começasse a acontecer para que a terapeuta pudesse encontrar sentidos que pareciam indicar as necessidades primitivas de Flávia.

5. 2 Clínica ampliada: clínica nas instituições de saúde mental

“O seu olhar lá fora
o seu olhar no céu
o seu olhar demora
o seu olhar no meu
o seu olhar
seu olhar melhora
Melhora o meu”

ARNALDO ANTUNES

O trabalho clínico nas instituições de saúde mental que estão ancorados nos ditames da reforma psiquiátrica é referido como clínica ampliada – entre outras denominações.²⁶ Adotou-se o adjetivo “ampliada”, em primeiro lugar para marcar uma diferença com a idéia corrente de que a clínica psicológica/psicanalítica tem seu trabalho apoiado apenas na interpretação que o sujeito faz do mundo, sem precisar diferenciar a realidade do sujeito da realidade compartilhada. Em segundo lugar, para indicar que a clínica consonante com a reforma psiquiátrica precisa abarcar outros olhares e preocupações, como as situações concretas do âmbito familiar, nutricional, financeiro, de moradia e escolar. Quer dizer, é preciso trabalhar com a singularidade do sujeito tanto em sua constituição afetiva e emocional quanto em suas condições concretas de vida, com o objetivo de ajudar o paciente a encontrar o sentido de suas escolhas – em contraposição a uma cultura manicomial de tutela ou mesmo aniquilação do sujeito. Saraceno (1998, p.30; grifo nosso), pensador e ator da reforma psiquiátrica, define os parâmetros dessa clínica como

uma artesanato de clínica do sujeito, eu creio que é uma clínica da escuta, de acompanhamento também do real material do paciente. Uma clínica que abra possibilidades para permitir ao paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento, uma clínica que produza intercâmbio entre os pacientes enquanto estão sofrendo, com outras pessoas. Uma clínica que permita ao paciente produzir valor social. Que seja a pintura, que seja a cooperativa de trabalho, que seja algo, mas que produza valor. É uma clínica *cujo objetivo final é a produção de sentido*.

Em 2004 o Ministério da Saúde brasileiro adotou essa nomenclatura e promoveu mais uma ampliação, preconizando que a clínica ampliada seja a “técnica” de trabalho prioritária em todos os serviços de saúde e por toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

**

Em um dos estágios em um serviço substitutivo em saúde mental (Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS), eu e outro estagiário propusemos o projeto “oficina de teatro”. Nosso objetivo era propiciar um espaço diferenciado, que os “atores” pudessem entrar em contato consigo mesmo através de uma atividade cultural. Nossa aposta é que os

²⁶ Cf. Gonçalves e Ramalho, 2006

pacientes – ou usuários, como convencionou-se nomear as pessoas que usam os serviços de saúde – pudessem encontrar o “terapêutico” em atividades compartilhadas culturalmente, atingindo assim tanto a potencialização da singularidade quanto a inclusão sócio-cultural.

Esta oficina ocorreu em período pré-determinado de um semestre e foi coordenada em parceria com um professor de teatro (oficineiro). O papel dos estagiários era de coordenação “extra-muros”, quer dizer, éramos responsáveis por garantir o espaço, horário e materiais necessários, mas durante a oficina participávamos assim como os outros usuários do serviço.

Oicineiro era uma pessoa que não teve nenhum contato anterior com essa população específica e tampouco conhecia a luta antimanicomial, assim era muito interessante sua relação com seus “alunos”, pois ele estava aberto a conhecê-los sem nenhuma teoria científica a priori. Propunha as atividades baseado nas aulas que já havia dado em outros espaços, e na medida em que conhecia o ritmo, potencialidades e limitações de sua nova turma, adequava as atividades e exercícios.

O grupo foi composto por alguns pacientes indicados pela equipe técnica do CAPS e outros, sugeridos por nós – estagiários. Gilberto foi indicado pela equipe técnica, pois freqüentava o serviço há muitos anos, estava “estabilizado” – como explica o jargão médico –, e até aquele momento havia participado apenas da oficina de esportes e de passeios. Foi indicado porque se comunicava muito pouco e quando falava parecia dizer palavras soltas e sem sentido, assim aventava-se a possibilidade que uma oficina de teatro pudesse trabalhar esse aspecto comunicativo. Gilberto foi convidado e aceitou participar desse novo projeto.

Com o grupo formado, foi pactuado o objetivo de realizarmos a montagem de uma peça. Assim, durante os encontros fazíamos exercícios teatrais, como percepção do espaço, percepção do outro, criação de personagens “de dentro para fora” e “de fora para dentro”. Brincávamos com o corpo, com a voz, com a audição e com os gestos. Também fazíamos algumas cenas e como “pré-concebidamente” imaginávamos Gilberto tinha dificuldade de repetir as falas ou dar uma seqüência “lógica”, entretanto, para nossa curiosidade, algumas vezes Gilberto seguia o roteiro a risca. Todos ficávamos intrigados. Eu, em especial, sentia-me “desafiada” a entendê-lo, saía de meu papel de participante e buscava nas teorias psicanalíticas a “chave” para a compreensão de sua comunicação.

Gilberto havia estabelecido um contato com oicineiro bastante interessante. Antes ou após o término do grupo, conversavam sobre música e LP’s, e o professor ficava bastante surpreendido com o gosto e o conhecimento musical de Gilberto: jazz – e devemos lembrar

que se trata de um gênero musical que brinca com a improvisação, a criação de melodias e jogos entre os instrumentos e harmonias.

Certo dia, conseguimos realizar a oficina em um teatro “de verdade”. A esta altura, já estávamos próximo do final do semestre, assim, redefinimos nosso objetivo: ao invés de montarmos uma peça, que havia ficado inviável, continuaríamos com os jogos teatrais e ao final iríamos assistir a alguma peça escolhida pelo grupo. Oicineiro havia notado que os ensaios de textos pré-definidos não foram tão produtivos – e tão prazerosos – quanto os exercícios de improvisação e contato com o corpo, assim, naquele dia ficamos livres para as brincadeiras. Aprendíamos sobre impostura de voz, movimentação pelo palco, relação com o público imaginário e muitos outros aspectos novos e empolgantes para todos nós, “alunos”. O clima era muito lúdico e descontraído, estávamos todos realmente brincando. Talvez a saída da instituição e estar sobre o palco tenham me ajudado a entrar “de corpo e alma” na brincadeira, sentia-me livre do “comprometimento terapêutico”, permitindo a fluidez da minha espontaneidade na execução dos exercícios e movimentos. Foi a vez de Gilberto se expressar ao “público”: ele soltou sua voz e brincava com o espaço do palco, ocupava toda a cena. E ao assisti-lo, algo aconteceu: compreendi Gilberto! O que pareciam palavras sem sentido alcançaram um sentido que pôde ser compartilhado. A fala que antes eu escutava como repetitivamente sem sentido – ou “delirante” –, agora eu podia escutá-la como uma “improvisação de melodias”, assim como o jazz. Gilberto formava “compassos” de palavras pela seqüência dos fonemas. Infelizmente nenhuma frase ficou registrada em minha memória, apenas o sentido, assim tentarei reproduzi-lo, mas sei que o exemplo corre o risco de perder a riqueza de sua criatividade:

louca casa saudade de desgosto.

Disse o que havia notado para Gilberto, sem responder que sim ou que não, quer dizer, sem responder a minha lógica ou a minha necessidade de “terapêutica”, Gilberto continuou seu monólogo, sua composição e sua brincadeira. Outro aspecto que não mais passou despercebido é que sempre que Gilberto se expressava através dessa melodia dava uma “risadinha” depois – divertia-se com sua própria brincadeira? Divertia-se com a reação alheia? Dessa vez, sorri em resposta a ele, acreditando que seu riso pôde ser compartilhado.

Conforme o combinado, em nosso último encontro fomos assistir a uma boa comédia na matinê de domingo.

Tentei compartilhar tamanha “descoberta” com a equipe técnica do CAPS, mas não foi possível, senti-me falando “palavras sem sentido” ou “delirantes”. Não pude ser ouvida. Pude vivenciar a experiência de solidão de Gilberto? Fato é que não foi possível compartilhar o encontro com Gilberto, para além da oficina, para os profissionais do serviço de saúde, mas foi possível articular uma avaliação “técnica” sobre o “usuário” que favorecesse sua inserção em um projeto de trabalho que confecciona fantasias para uma escola de samba, assim, acreditávamos que Gilberto aumentaria a possibilidade de ampliar sua rede e circulação social, teria uma identificação ocupacional, e poderia trabalhar com um de suas principais características: a criatividade.

*

Primeiramente devemos considerar nesse relato o lugar, ou melhor, os lugares em que aconteceu. O campo da reforma psiquiátrica é uma área milenarmente complexa. A instituição CAPS carrega o peso e a densidade de ideais e “contra-ideais” opostos e paradoxais que constituíram e constituem esse campo, história essa que presentifica cotidianamente a cada necessário e incansável debate sobre intervenções e produção de saberes. É neste campo que está inserida a estagiária, é respondendo a tais questionamentos ético-teórico-políticos que propõe uma “oficina de teatro” coordenada por umicineiro “leigo” em relação à saúde mental. Portanto, paradoxalmente este projeto tem o objetivo de ser uma abertura para o imprevisto ao mesmo tempo em que nasce em berço de ideais e idéias pré-concebidas.

Dessa forma, podemos observar que foram necessários muitos “exercícios teatrais” para que a estagiária pudesse realizar a proposta inicial: potencializando aquela oficina enquanto espaço transicional, bem como potencializando os sentidos para a emergência da empatia. A ajuda de um olhar estrangeiro (doicineiro) e do lugar estrangeiro (teatro) favoreceram a vivência da experiência estética sem o aprisionamento apriorístico do “terapêutico” ou do “antimanicomial”, permitindo a ocorrência do inesperado e da espontaneidade. Através da *brincadeira* a estagiária conseguiu se aproximar do paciente, encontrando e reconhecendo a singularidade de Gilberto. Encontramos ressonâncias dessa experiência no relato de Safrá (2005, p. 36) a respeito do atendimento de Ricardo:

Ele a repetiu, como sempre, mas algo, pela primeira vez, chamou-me a atenção: não se tratava de mera repetição [...]. Era uma melodia que eu reconhecia tê-lo ouvido

usar inúmeras vezes. Fiquei perplexo com o que eu estava observando! Pensei: aí está ele – na melodia!

Como estamos em um exercício reflexivo, não podemos nos furtar de observar a o olhar que via a confortável “estabilidade” do quadro psicótico de Gilberto, na verdade era um olhar que não investia este outro de vida. Sua existência estava adaptada aos padrões sociais e as trocas sociais eram pré-fabricadas pelas *repetitivas* oficinas realizadas no CAPS – estamos utilizando o termo “repetitivas” para parafrasear a escuta que se tinha sobre as “falas sem sentido” de Gilberto, atividades que partem de um, ávida por encontrar o outro que o reconheça, mas encontra o vazio e a solidão.

Por mais fugaz que possa ter sido a experiência do *encontro* em si, seus desdobramentos são demorados. Sobre o atendimento a Ricardo, Saфра (2005, p. 40-41) analisa:

Gostaria de ressaltar a reação de Ricardo quando me foi possível reconhecê-lo em sua melodia. Seus olhos ganharam vida [...]. O reconhecimento do outro possibilita sua própria existência enquanto ser. Este é um dos pontos mais relevantes na condução do processo psicoterápico, algo que está relacionado à função do espelho exercida inicialmente pela mãe. Winnicott chamava atenção para este aspecto quando dizia que praticar a psicanálise não era fazer interpretações espertas, mas sim devolver ao paciente o que ele traz de si mesmo. Tenho observado que este acontecimento é vivido pelo paciente como uma experiência de satisfação e de caráter estético. [...] O reflexo especular (Winnicott, 1967) fornecido pelo outro abre a possibilidade de o paciente encontrar a si mesmo e, ao mesmo tempo, ao outro.

Podemos identificar que a troca de sorrisos entre a estagiária e Gilberto foi o reconhecimento da existência do paciente, e a continuidade do monólogo de Gilberto era sua satisfação de encontrar a si mesmo a ao outro. Gilberto já se apresentava como inovação e criação, mas nunca ninguém tinha podido escutar seu *jazz*.

A tentativa de comunicação da estagiária à equipe técnica foi uma vivência contratransferencial. Assim como entende que acontece quando Gilberto tenta comunicar-se com os outros, não conseguiu estabelecer diálogo a partir de si mesma, precisou entrar na sintonia dos outros para ser ouvida. Sentiu-se como imagina ser a experiência de solidão de Gilberto, a partir de seus referenciais pessoais. Podemos especular que a tentativa de compartilhamento de sua compreensão com a equipe técnica também continha aspectos ideológicos e paradoxais, ao sentir que “desvendou a loucura”.

Assim, nesse relato podemos considerar que através da instrumentalização da vivência estética e empática ocorrida na oficina, e da contratransferência com a instituição, foi possível potencializar a ampliação da clínica: produziram-se encontros “verdadeiros”, no sentido

winnicottiano, e potencializou-se a singularidade de cada um, no sentido da ideologia antimanicomial.

5.3 Clínica do Acompanhamento Terapêutico

“Os passos estão se tornando mais nítidos. Um pouco mais próximos. Agora soam quase perto. Ainda mais. Agora mais perto do que poderiam estar de mim. No entanto continuam a se aproximar. Agora não estão mais perto, estão em mim. Vão me ultrapassar e prosseguir? É a minha esperança. Não sei mais com que sentido percebo distâncias. É que os passos agora não estão próximos e pesados. Já não estão apenas em mim. Eu marcho com eles.”

CLARICE LISPECTOR

Na América Latina, o AT teve sua origem na década de 70, no bojo da Reforma Psiquiátrica, e surge como um tratamento alternativo para aqueles pacientes internados em hospitais psiquiátricos que não tinham nenhuma melhora com essa forma de tratamento – o qual privilegiava o confinamento e a reclusão (BARRETTO, 2000 e GONÇALVES, 2011). Desta origem, podemos dizer que o AT mantém alguns princípios como: privilegiar projetos terapêuticos em que o paciente possa manter seus vínculos familiares e sociais; trabalhar no sentido da emancipação do sujeito, buscando-se potencializar sua autonomia e cidadania; e, respeitar a singularidade das semelhanças e diferenças de cada um.

Passadas algumas décadas, muitas experiências e discussões teóricas puderam contribuir para o aprimoramento desta modalidade de atendimento, e pôde-se constatar que, especialmente os pacientes difíceis, podem se beneficiar do AT. Muitas vezes, a dificuldade desses pacientes é evidenciada a partir da restrição da circulação social e da estagnação dos projetos de vida. Portanto, o acompanhamento terapêutico é

uma clínica preocupada em romper com o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que nos demandam tratamento. Clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na interface do acompanhante, do acompanhado e da cidade, clínica na cidade. (CARROZZO, 2000, p. 11)

Barretto (2000, p. 196), apoiado na teoria winnicottiana, faz uma análise mais cuidadosa e afirma que

No AT procuramos fornecer ao sujeito experiências que possam suprir determinada(s) fenda(s) no *self*. Essas fendas podem ser decorrentes de inúmeros

fatores: doenças físicas; falhas maternas na adaptação das necessidades do bebê; falhas paternas; limitações no repertório simbólico de uma determinada família e/ou cultura em que ela está inserida para lidar com certas questões existenciais; possíveis incompreensões no encontro com outros seres humanos significativos ou não.

Assim, a clínica do AT acontece nos lugares em que as dificuldades e as potencialidades estão colocadas, quer dizer, o *setting* é adaptado a partir da singularidade de cada acompanhado e potencial terapêutico utilizado é o que já se faz presente no cotidiano do sujeito (BARRETTO, 2000). Assim, geralmente o início do AT acontece em cenários bem delineados e *esvaziados* – como o quarto, a casa, ou uma instituição de internamento –, para que possa se deslocar para tantos lugares quantos forem possíveis de serem pensados, por exemplo, andar pelo bairro, ganhar a cidade, ir a cinemas, bibliotecas, ou mesmo, apropriar-se de cuidados domésticos, delinear uma rotina, ter suporte para manter o tratamento psiquiátrico, a psicanálise na clínica tradicional, etc. Podemos dizer que os *lugares* podem até ser parados, não é preciso andar, sair fisicamente para se fazer AT, o que é preciso é que os *lugares* não sejam vazios, e sim potentes de *movimentos* e *sentidos*.

O principal recurso técnico utilizado é o manejo (BARRETTO, 2000), e acrescentamos a contratransferência. A peculiaridade do AT está, justamente, na relação que é possível ser estabelecida com o paciente: as necessidades desses pacientes e a intervenção no cotidiano promovem uma especial proximidade entre acompanhante terapêutico (at) e acompanhado, permite ao at experienciar em seu próprio corpo o sofrimento vivido pelo paciente. Para Possani (2011, p. 212) “ser at é dispor de todo o corpo para a comunicação. Isso implica que, muitas vezes, pouco será compreendido intelectualmente e muito será vivido sensorial, imagética e sensivelmente”. Assim, será a partir dessa comunicação empática que o at poderá intervir, quem sabe, conseguindo sanar as falhas ambientais sofridas, colocar em marcha o processo de amadurecimento emocional, ou ao menos, ajudar o paciente a compor e contar sua própria história.

**

Robson chegou para o AT através da indicação de seu psicanalista. Ele avaliou que as três sessões semanais de análise ainda não eram o suficiente para o paciente superar sua dificuldade de “resolver os barulhos que ouvia e que não o deixavam ter paz” – como nomeado por Robson. Com algum estranhamento o paciente topou o AT, dizia que não agüentava mais e sentia-se frente aos “últimos recursos possíveis”. Outro fato que pode ter

contribuído para Robson aceitar o AT era que o contrato inicial seria de seis meses, devido a fazer parte de um programa de estágio, sendo recontratado ou não ao fim desse período.

O primeiro encontro aconteceu no consultório de seu analista, e os seguintes ocorreram num shopping, próximo a sua casa – lugar que Robson conhecia muito bem. Após um mês de AT Robson me fizera o convite para conhecer sua casa. Para ele era importante que fosse num dia que sua mãe não estivesse lá, assim ele conseguiria “ficar à vontade”, mas isso significava que não haveria ninguém em sua casa. E foi dessa forma que combinamos: como de costume nos encontraríamos no shopping e iríamos juntos até sua casa.

Em todos os atendimentos de Robson até aquele dia, eu ficava receosa no contato com o paciente, pois sua hostilidade para com o mundo me deixava acuada. Tratava-se de uma agressividade latente, prestes a eclodir, de forma que eu ficava à mercê das minhas próprias fantasias e “monstros” para dar algum formato àquela sensação, o meu maior medo era de que eu fosse agredida sem possibilidade de defesa. Durante os atendimentos eu precisava dividir minha atenção entre ficar alerta e encontrar o manejo que ajudasse Robson encontrar os recursos para “escutar menos ruídos”. Eu traduzia sua demanda como a necessidade que ele tinha para criar-encontrar um anteparo que pudesse sintonizar aquelas ondas sonoras que ele não entendia e que lhe causavam pânico – assim como aquele apito que afugenta ou torna os animais agressivos por estarem além de sua capacidade auditiva. Robson precisava de ajuda para transformar tantos ruídos desconexos em algum som inteligível e assim conseguir entrar em contato com o mundo de forma mais protegida.

Diante disso, o convite para ir até sua casa fazia sentido para o AT, indicava um grau de confiança importante, a possibilidade de que um outro pudesse se aproximar dele sem que ele próprio se sentisse afugentado – como era inclusive a experiência com a mãe, com quem ele “não se sentia à vontade”. Robson convidava-me para conhecê-lo para além daquela armadura.

Mais uma vez dividida entre o projeto do AT e meus afetos, precisei manter aquele sentido em mente e encontrar recursos e anteparos para não ser invadida por meus próprios medos. O celular com o número do psicanalista de Robson no redial, que estaria por perto da casa do paciente no horário do AT, e que já estava avisado, foi a “arma escondida na manga” que deixei à minha disposição caso necessário: se ele visse meu número chamando iria imediatamente me socorrer. Somente “à paisana” pude ir a esse encontro.

Robson estava tenso também, mas não estava agressivo, pelo contrário, era visível o esforço para ser cordial. Isso me ajudou ficar mais tranqüila e, até a sentir-me cuidada por

ele: Robson sabia, ou melhor, vivia todos os dias a sensação claustrofóbica de estar preso a tantos medos. A casa parecia aumentar a sensação fóbica, sua mãe vinha sofrendo “mania de perseguição” e por isso optou por cortinas pesadas e escuras em todas as janelas. Mas não era só isso, toda a decoração compunha um ambiente em que minha sensação era de que nem o ar conseguia circular, tudo ficava parado, mas não um parado sem vida, e sim estrategicamente parado e alerta, como na guerra: todos prontos a revidar um ataque.

À medida que fomos adentrando a casa, e Robson passou a me mostrar os cômodos, o ar começou a circular. Ficamos no quarto de hóspedes grande parte do tempo, e então o que foi ficando visível era a felicidade e ansiedade de Robson, mal conseguia ficar sentado, chegou a dar alguns “pulinhos” ao contar sobre seus hobbies: gravava programas de TV e organizava-os meticulosamente – assistia a vida acontecendo, podia controlar o contato, desligando ou ligando o televisor.

Fomos interrompidos por algum barulho que a mim indicava apenas que algum vizinho do apartamento acima estava em casa, mas esse era “o barulho”, esse era “o problema” que tanto irritava Robson – será que se sentia invadido? Não estaria preparado para a constatação de que havia outros e que esses outros não precisavam ficar parados em alerta, podiam se movimentar?

Ao fim desse encontro pude aperceber-me da fragilidade de Robson, pude ressignificar minhas sensações (e reações) de medo frente a ele, anteriores a esse encontro, constatando que essa poderia ser a vivência que ele próprio tinha diante do mundo. Assim como tantas vezes eu sentia atração e repulsa por encontrá-lo, compreendia que na verdade essa era a forma que Robson podia se conectar com o mundo até então. Robson era ávido e voraz por contato, ao mesmo tempo em que parecia sentir-se ameaçado e, para defender-se (re)agia agressivamente, provocando medo aos outros a ponto de quase anular seus contatos.

*Robson tinha poucos recursos internos para comunicar essa sua fragilidade de forma mais organizada, assim – e essa é uma das funções do AT – eu recebia sua **comunicação com meu próprio corpo, com meus afetos, com meus medos, com os meus conteúdos**; quer dizer, o afeto que ele me comunicava ganhava forma com os meus próprios afetos. É muito difícil “separar” os afetos e conteúdos pertencentes a Robson e meus pontos cegos, parece fazer mais sentido dizermos que houve um encontro, uma comunicação empática em que pude compreender as vivências de Robson a partir de meus próprios recursos internos, de minhas próprias vivências, afetos e falhas. A partir desse encontro*

pudemos encontrar ferramentas em que eu pude me organizar a ponto de ajudá-lo a encontrar-criar alguns de seus próprios recursos para o enfrentamento com o mundo.

Chegando ao fim dos seis meses, começamos a conversar sobre as possibilidades existentes, mas Robson não quis recontratar o AT. A escolha que Robson fez para nosso último encontro pôde dizer por si só que o trabalho de AT conseguiu alcançar alguns sentidos que talvez fossem suficientes para aquele momento. Robson encontrou uma apresentação da Orquestra da USP na sala Camargo Guarnieri, e assim sem muitas palavras, mas com uma bela sinfonia de ruídos harmoniosos pudemos nos despedir.

*

Nesta terceira vinheta clínica, é bastante claro e descritivo o processo de afetação da terapeuta. Chama-nos atenção que os sentimentos contratransferenciais tornam-se preponderantes na atenção da at, mas esta precisou manter suas intervenções orientadas pela atitude crítica até que pudesse compreender que seus afetos traduziam-lhe a sua forma de compreender Robson. Quer dizer, os afetos eram seus, os medos e fantasias que emergiram estavam ancorados em sua própria experiência subjetiva, mas eles foram despertados no contato com Robson, teve origem nesse encontro e dizia da forma como a at via e ouvia o acompanhado. A hipótese de trabalho é que Robson produzia “ruídos” na comunicação com os outros, dificultando a aproximação.

A descrição da at antes de ir à casa do paciente nos mostra que para que ela se dispusesse ao contato com aquele outro que a assustava precisou levantar todos os seus recursos e defesas, antes de aceitar o convite precisou testar o ambiente e verificar se era confiável, se este seria capaz de acolhê-la sem perigo – nesse aspecto, at e Robson não eram tão diferentes. A fragilidade da at possivelmente era percebida por Robson, que procurou ser “cordial” e bom anfitrião. Essa pode ter sido a possibilidade que foi aberta para que assim como a at se reconhecia em Robson, ele também pudesse se reconhecer na at. O “quarto de hóspedes” indicava esse espaço intermediário que ocupavam: dentro da casa mas ainda não tão familiar, e o mais importante, havia confiança mútua. Assim, podemos recorrer a especularidade (SAFRA, 2005) que discutimos a respeito de Gilberto, e pensarmos que nesse atendimento, houve uma especularidade mútua, um reconhecimento mútuo do humano em cada um e no outro. Os “pulinhos” de Robson, por exemplo, podem ser o indicativo “da

satisfação e do caráter estético” desse acontecimento, por sua vez, podemos observar a satisfação da at no valioso encontro no fato contá-lo nessa pesquisa.

Robson é um “paciente difícil” que pôde se beneficiar de uma “análise modificada”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findando esta pesquisa podemos notar que a pergunta inicial, a respeito da postura profissional mais adequada para responder às vicissitudes do sofrimento contemporâneo, indicou transformações importantes ocorridas na psicanálise. As mudanças sócio-culturais e a possibilidade de acolher sofrimentos não-neuróticos implicaram na compreensão de novas – ou pelo menos diferentes – subjetividades, criando impasses clínicos. Abordamos esse problema pelo prisma da contratransferência, já que este conceito foi utilizado pelo pai da psicanálise – Freud (1910/1996) – pela primeira vez justamente para discutir a postura profissional. Queremos ressaltar a idéia de *impasse clínico*, pois é nesse momento que os autores perceberam os limites do constructo teórico fazendo-se necessárias reformulações – poderíamos dizer que se trata do ponto cego das teorias.

Ora, esta pesquisa também nasceu de questionamentos decorrentes das experiências clínica da pesquisadora, que também se deparou com pacientes difíceis. Safra (2005, p. 14) explicita que podemos observar que na contemporaneidade estes pacientes

encontram-se já em estado de dispersão de si mesmos. O que se observa é que o trabalho analítico frequentemente entra em situação de impasse, pois a técnica analítica empregada ameaça o paciente com uma desintegração e uma fragmentação ainda maiores do que as já vividas por ele.

Nesse sentido, entendemos que a complexidade do sofrimento dos pacientes difíceis na atualidade, tem exigido não somente novos e outros limites da postura profissional na clínica privada como também novas modalidades de atendimento: o acompanhamento terapêutico e a clínica ampliada. É interessante observarmos que essas novas modalidades continuam tendo como fundamento teórico as construções psicanalíticas de autores que teorizam sobre o atendimento em consultório. Podemos até mesmo nos remeter aos primórdios da psicanálise e lembrarmos que Freud passeava com alguns pacientes no jardim, Ferenczi levou consigo um paciente em suas férias familiares e Winnicott chegou a acolher um adolescente em sua própria casa, mesmo assim, a comunidade científica considerava que os atendimentos deveriam ocorrer nos consultórios. Mas ao referenciarmos à herança teórica do AT e da clínica ampliada, queremos chamar atenção para as similitudes entre as três modalidades clínicas: a flexibilização do *setting* e a inclusão da capacidade perceptiva e afetiva do terapeuta como recursos técnicos – tornadas possível por

Ferenczi e Winnicott. O enquadre tornou-se singular e terá características específicas dependendo da compreensão do analista sobre a necessidade do paciente. Portanto, em qualquer uma das três modalidades de atendimentos discutidas nessa pesquisa, o que se está privilegiando é a qualidade do vínculo estabelecido entre analista e paciente.

Apenas para não negligenciarmos as diferenças entre clínica privada, AT e a clínica ampliada, ressaltamos que as duas últimas são herdeiras da reforma psiquiátrica assim, além do paradigma psicanalítico também carregam em suas formulações ideais antimanicomiais. As diferenças também explicitam as potências de cada clínica, sendo importante conhecer a especificidade de cada uma para saber quando o paciente pode precisar de cada uma delas.

Em relação aos autores estudados, podemos evidenciar que os impasses clínicos desdobraram-se em mudanças técnicas que implicaram em diferentes concepções sobre a postura profissional, como podemos sinteticamente destacar:

- Em Freud, o impasse se deu ao perceber a emergência de afetos no analista, sua resposta foi a definição da contratransferência como obstáculo a análise e o estabelecimento da regra de abstinência, tendo como máxima a metáfora do cirurgião;

- Em Heimann, a dificuldade foi localizada na assunção de uma postura radicalmente fria pelos analistas e no conflito pessoal gerado nesses profissionais ao aperceberem-se sentindo algo pelos pacientes. Para a autora era preciso autorizar que os analistas tivessem sentimentos em relação aos pacientes, entretanto estes são compreendidos como reação aos pacientes. Entendia que o analista trabalhava a partir de dois registros: a atenção flutuante e a “sensibilidade emocional livremente ativa”;

- Em Ferenczi, o impasse foi localizado na impossibilidade e na iatrogenia de tratar pacientes difíceis – traumatizados – a partir de um enquadre rígido. Após algumas experimentações teórico-clínicas desenvolveu as noções de *tato* e *empatia*, a partir das quais o analista deveria se adaptar às necessidades do paciente, dessa forma a técnica precisava ser mais *elástica*. Os afetos que ocorrem no analista durante o processo terapêutico passam a ser considerados não mais como reações ao paciente, mas como possibilidade de comunicação inconsciente e como um recurso interventivo;

- Em Winnicott, primeiramente a dificuldade foi percebida no tratamento de pacientes difíceis – psicóticos, *borderline* e com tendência anti-social – e posteriormente foi verificado que o mesmo problema era encontrado nas análises de pacientes neuróticos que precisavam de regressão. O autor parte do princípio que o terapeuta será afetado pelo paciente e precisa ter

consciência de seus sentimentos, e em seus escritos desenvolve a instrumentalização do uso da contratransferência e do uso do manejo clínico.

Entretanto, como pudemos acompanhar detalhadamente em cada autor, a discussão sobre a problemática da contratransferência é importante pois não fica restrita ao âmbito técnico, pelo contrário, desdobra-se em mudanças teóricas e éticas.

Na passagem do método catártico para o método da associação livre, Freud percebe que o sucesso terapêutico dependia de aspectos qualitativos, especialmente a confiança do paciente no médico, e não da *atividade* realizada. Afinal, o objetivo era que o paciente pudesse superar as resistências e dizer tudo o que lhe viesse à mente, e sem um ambiente em que ele se sentisse seguro a ponto de rebaixar suas defesas esse processo não poderia ocorrer. Mas Freud também percebe que o analista precisava trabalhar *à vontade*, pessoalmente abandona o hipnotismo, pois verificou que ele próprio não se adaptara bem a esse procedimento.

O estabelecimento da associação livre rapidamente levou o autor à constatação que os fatores qualitativos envolvidos no processo terapêutico iam além do aspecto da confiança. Na passagem ao *método interpretativo*, Freud afirma que uma análise bem-sucedida depende também de recursos da subjetividade do próprio analista: é preciso que o médico permita o estabelecimento da transferência e domine a contratransferência. Entretanto, mesmo que possamos perceber que Freud indique que há um processo que ocorre *entre* o terapeuta e o analista, e que o analista pode ser afetado pelo paciente, verificamos que no período estudado, o autor permanece defendendo uma postura profissional baseada em um processo dual. Esse era um posicionamento ético, o analista deveria ficar *livre* de tudo o que desviasse a sua atenção, e o que mais pode distraí-lo do que os sentimentos? Então para garantir a *abstinência* o analista teria que conhecer suas fraquezas: saber de seus limites, seus pontos cegos, e dominar a contratransferência. Freud acreditava que somente estando *neutro* é que o analista conseguiria deslocar-se em direção ao paciente, sintonizando-se a ele (como descrito na metáfora do telefone) para retornar para a atividade crítica e decodificar o inconsciente daquele, dessa forma poderia descobrir quais resistências estavam atuando.

Com isso, podemos notar que Freud abre caminhos para pensarmos a comunicação inconsciente, a circulação de afetos no processo terapêutico, a compreensão do paciente através da *percepção* e não apenas pelo intelecto. Através dos autores pós-freudianos entendemos que estar foram as brechas que levaram a outros desenvolvimentos teóricos.

Através da prática clínica e de supervisão, Heimann percebeu que os analista ficavam em conflito, amedrontados de estarem cometendo erros graves ao perceberem que sentiam algo por seus pacientes. Assim, corajosamente escreve em defesa da contratransferência e a define como uma das mais importantes ferramentas do analista. Este é um marco histórico que deve ser merecidamente creditado à autora. Após o peso de seis décadas de desenvolvimentos teóricos, hoje podemos verificar que Heimann incorreu na mesma dificuldade de Freud: afirma que para que o processo terapêutico seja efetivo precisa estar pautado em aspectos qualitativos, nesse caso a comunicação inconsciente e o sentimento que ocorre no analista, entretanto, ao considerar tais sentimentos exclusivamente como traduções do inconsciente do analista, na verdade continua afirmando que o analista é *neutro* e nada sente.

Ferenczi, talvez mais urgentemente do que Freud e Heimann já que sua clínica era composta por pacientes difíceis, precisou identificar qual era o aspecto qualitativo que impossibilitava esse tipo de tratamento. Também devemos ser justos com o autor e reconhecer que um de seus méritos, dentre outros, foi assumir que o terapeuta pode e é afetado pelo paciente, afinal o terapeuta é humano. Entende que não é preciso que o analista tenha autoconhecimento para que anular seus sentimentos, pelo contrário, radicaliza a necessidade da auto-análise como segunda regra fundamental da psicanálise para que se seja ético com o paciente e com o analista. Assim, para Ferenczi, os sentimentos podem indicar um ponto cego como também podem traduzir comunicações não-verbais dos pacientes. Diferentemente de Heimann, o afeto despertado no contato com o paciente está ancorado na experiência subjetiva do analista, portanto, não é possível identificá-lo como uma reação pura ou uma tradução pura de conteúdos inconscientes do paciente, há um processo que ocorre *entre* a dupla – por isso, identificamos que para Ferenczi, o relacionamento é interpessoal.

Em contrapartida a Heimann podemos dizer que para Ferenczi a “sensibilidade emocional livremente ativa” já está contemplada na atenção flutuante. A atenção não é apenas intelectual, sendo assim não é preciso dividi-la em dois processos, ela passeia por todos os aspectos presentes na sessão de análise: dos conteúdos das falas, aos gestos, ao silêncio, às imagens, à dificuldade de escutar um paciente, etc. Se um ou outro aspecto ressaltar-lhe, irá trabalhar de acordo, seja interpretando, seja fazendo um manejo, seja precisando de mais tempo para compreender o que está sentindo. A contratransferência, mais do que indicar aspectos emergentes nos pacientes, irá configurar o todo do processo terapêutico: o enquadre, a linguagem e a *ação* terapêutica (como manejo ou interpretação), pois é através dessa comunicação afetiva que o analista vai percebendo qual é a postura que melhor se adapta às

necessidades do paciente. Ferenczi definiu tais proposições nos conceitos de tato e empatia (“sentir com”). Podemos dizer que mais do que conceitos teóricos, são proposições éticas.

De maneira geral, podemos observar que a análise clássica, desenvolvida para tratar de questões neuróticas, não beneficia os pacientes difíceis, desde Freud até nossos dias, pois a dificuldade destes está localizada em período do desenvolvimento anterior à passagem pelo complexo de Édipo. Portanto: “como falar de significados reprimidos, se há até mesmo a ausência da capacidade de significar e dar sentido?” (Safra, 2005, p. 14). Ferenczi produziu uma abertura teórico-clínica que efetivamente criou a possibilidade de atendimentos aos pacientes difíceis, fundamentando paradigma teórico capaz de dar sustentação às várias modalidades clínicas. Gondar (2008, p. 185) alude que na clínica ferencziana,

[Do analista] era requerida a experiência com uma dimensão que não poderia ser circunscrita no plano da palavra. Para comunicar-se com os pacientes difíceis o analista precisaria perceber o que eles expressavam com seus movimentos corporais, com sua atmosfera, seus tons e seus olhares. A via privilegiada de comunicação, nesse caso, era a via do afeto – através dela o analista poderia ter contato com aquilo que no paciente permanecia incomunicável. Essa via afetiva é pensada por Ferenczi como contratransferência, mas não se reduz a ela: existem afetos inéditos em jogo, afetos que se produzem no encontro analítico, para além da projeção dos pacientes sobre a figura do analista.

Ou seja, Ferenczi localiza que tanto a comunicação do paciente quanto a intervenção do analista deveria incluir o aspecto afetivo, contemplando assim a contratransferência como recurso primordial.

Winnicott, tendo Freud e Ferenczi como seus antecessores, pôde articular a teoria de ambos. Afirmava que análise clássica freudiana era recomendada para pacientes cuja problemática era neurótica, em que haviam dilemas relacionados ao *desejo*. Mas para os pacientes difíceis a análise deveria ser modificada, pois nesses casos a demanda estava relacionada às *necessidades*, exigindo a implicação do analista no processo terapêutico.

Winnicott acrescenta à premissa ferencziana de que o terapeuta é um ser humano, o fato de que são as experiências subjetivas do analista que formarão a base da sua capacidade analítica, considerando um obstáculo tentar eliminar esse recurso. Ademais a este aspecto, encontramos algumas ressonâncias dos escritos de Ferenczi na teoria winnicottiana: a avaliação do *timing* para fazer uma comunicação articula-se à noção de tato; a adaptação do analista ao paciente, à elasticidade da técnica; e a importância da presença afetiva no tratamento de pacientes difíceis, à empatia.

Conforme já ressaltado no decorrer da apresentação da obra winnicottiana, verificamos que a grande contribuição do autor foi quanto à instrumentalização da

contratransferência como compreensão de pacientes difíceis e o manejo clínico como intervenção. Outra importante contribuição é o entendimento de que no relacionamento estabelecido no espaço transicional o analista pode estar próximo o suficiente e longe o suficiente para possibilitar ao paciente criá-lo e encontrá-lo, constituindo experiências emocionais fundantes de seu psiquismo e tendo oportunidade de ter “novos começos”.

Sendo assim, se a interpretação das palavras não eram suficientes para ajudar esses pacientes, Ferenczi e Winnicott discutem como instrumentalizar a contratransferência para compreendê-los e como manejar as situações clínicas, já que essa era a intervenção *necessária* e possível. Junqueira e Coelho Junior (2008) constatam que

Grande parte dos autores que se debruçam sobre a temática da clínica dos pacientes-limite [ou pacientes difíceis], inspirados nos ensinamentos de Ferenczi e Winnicott, ao se darem conta da ineficácia da interpretação em muitos momentos da análise, devido, entre outros fatores, à impossibilidade de manutenção de um enquadre clássico, sugerem a flexibilização e o manejo do enquadre como instrumento fundamental para o tratamento desses pacientes, e alguns apontam para a “construção” como um dos principais objetivos do trabalho analítico com esses pacientes.

Safra (1995, p. 32) sintetiza que o manejo compreendido à luz das teorias de Winnicott caracteriza-se por

- a) fornecer um *setting* ao paciente para que ele possa estar tranquilo e livre de invasões;
- b) dar ao paciente o que ele necessita: não-intrusão pela interpretação, presença corporal atenta e sensível na pessoa do analista etc;
- c) aspectos de cuidado que só podem ser proporcionados pelo ambiente familiar e social.

O manejo não visa satisfazer os desejos do paciente, mas fornecer pela adaptação ambiental (*setting*), o que faltou ao paciente no processo de seu desenvolvimento. Se o manejo é eficaz para as necessidades do paciente, o trabalho de interpretação será útil para ele e não constituirá uma invasão.

A abertura promovida por Ferenczi, ainda implica em outra consideração. Especialmente a noção de empatia indica a inclusão da capacidade perceptiva do terapeuta *e do paciente*, assim, como as palavras podem não dizer muito, algumas vezes recorre-se a recursos visuais, imagéticos, sonoros, táteis para criar e encontrar sentidos. Ou seja, abarca-se o campo estético na psicanálise.

Além disso, ao compreender que a contratransferência é a comunicação que acontece primeiro no corpo, pelos órgãos do sentido, para posteriormente ser traduzida em idéias e representações racionais, verificamos que a instrumentalização desse fenômeno implica em considerar o próprio corpo do analista como um importante recurso para recepção de comunicação, compreensão e intervenção. Na discussão clínica sobre Robson pudemos

acompanhar como foi a partir de uma sensação incômoda que a at pôde perceber todos os afetos, seus e do paciente, que estavam sendo comunicados e compartilhados. Também foi a partir de seu corpo – sua presença com a possibilidade de distanciamento ou proximidade, sua companhia na ocupação de espaços comunitários – que a intervenção foi realizada, pois a partir disso Robson pôde reconhecer o outro e a si mesmo, e este é um importante aspecto do amadurecimento psíquico.

Ao considerar que o próprio terapeuta é seu instrumento de análise, seja afirmando a positividade de seus afetos ou não, todos os autores apresentam uma preocupação ética e técnica quanto a necessidade da análise pessoal. Para Freud o autoconhecimento serviria para que o profissional não introduzisse questões suas no tratamento do paciente, bem como promovesse uma maior efetividade da atenção flutuante. Ferenczi concorda com Freud e acrescenta que através desse percurso íntimo o analista pode ficar mais à vontade com a emergência de seus próprios afetos na análise. Mas esse autor também idealizou essa recomendação e postula a análise do analista como “segunda regra fundamental” da psicanálise (FERENCZI, 1928). Winnicott soma às contribuições anteriores, a necessidade do analista conhecer especialmente o seu ódio, pois esse é um afeto muito requerido no contato com pacientes psicóticos.

Verificamos ainda que os autores pós-freudianos usaram diferentes nomenclaturas para o que estão definindo como contratransferência: Winnicott (1947, 1960a) explicita a “contratransferência verdadeiramente objetiva” ou “a resposta total do analista às necessidades do paciente”. Entendemos que Ferenczi (1928) inclui a contratransferência como um dos aspectos da empatia. Os autores da contemporaneidade brasileira também recorrem a outros termos: Kupermann (2008) refere-se à “presença sensível” e Gondar (2008) prefere, simplesmente, “campo afetivo do analista”. Independente da nomenclatura, essa constatação nos aponta que a noção de neutralidade tem se mostrado pouco produtivo para alcançar o objetivo a que um tratamento terapêutico se propõe – seja na clínica privada, clínica ampliada ou acompanhamento terapêutico. Trata-se então da qualidade do encontro afetivo no processo terapêutico, que poderá proporcionar a criação de sentidos e não apenas seu desvelamento. Em concordância com a construção teórica que apresentamos nessa pesquisa, através de termos winnicottianos Safra (2005, p. 30) sintetiza os muitos os principais aspectos que foram levantados e afirma:

A sessão será mais um espaço de experiência do que um lugar de cognição. O trabalho com a transferência não será feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de aparecimento do gesto que apresenta o *self* do

paciente. O analisando busca o analista na esperança de encontrar a função e o campo que lhe possibilitarão emergir como ser existente e inserido na cultura e na história do homem. Busca a experiência pela qual poderá criar a constituição e a evolução de seu *self*. Essa experiência organiza-se em vivência estética que dá origem aos símbolos do *self*.

Em última instância, poderíamos dizer que a *problemática da contratransferência* aborda a temática de *como* estar com o outro no processo psicoterapêutico, abrangendo os campos técnico, ético e estético.

Como pudemos acompanhar através das vinhetas clínicas, os momentos em que a contratransferência emergiu foram situações em que recorrer ao saber teórico não ajudaria a compreender o paciente, pelo contrário, foi preciso que a terapeuta ficasse livre de todos os pré-conceitos e se deixasse “sentir com” o paciente, compartilhando aquela vivência. A vivência desses momentos só pode ser atravessada pela dupla terapeuta-paciente se houver confiança mútua, ambos precisam aceitar o convite de caminharem junto no escuro por algum tempo, se preciso for.

Podemos fazer uma contraposição à construção freudiana e dizer que se nesta o sentimento era um obstáculo, nas vivências contratransferenciais é a “teorização” que obstrui a compreensão. Também é interessante notarmos que as situações que demandam interpretações do analista, este está testando hipóteses que formulou, oferecendo e verificando com o paciente se aquela leitura ou construção fazem sentido, já nos momentos de vivências contratransferenciais não há hipóteses *a priori*, os sentidos estão no porvir.

Para finalizar, indicamos a reflexão de Clarice Lispector (1999a) como uma bela compreensão do que seja a contratransferência:

Meu pensamento, com a enunciação das palavras mentalmente brotando, sem depois eu falar ou escrever – esse meu pensamento de palavras é precedido por uma instantânea visão, sem palavras, do pensamento – palavra que se seguirá, quase imediatamente – diferença espacial de menos de um milímetro. Antes de pensar, pois, eu já pensei.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNAMO, N. *Dicionário de Filosofia*. 5.ed. ver. e ampl. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ANTUNES, A. *O seu olhar*. BMG Brasil. 2001

BARRETTO, K. D. *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. 2. ed. rev. São Paulo: Unimarco, 2000. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em 20 dez. 2011

CARROZZO, N. Apresentação. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUTEC, 1997. p. 11-15.

COELHO JUNIOR, N. E.; FIGUEIREDO, L.C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, São Paulo, v. 9, n. 17, jun. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2011.

DUPONT, J. Introdução. In: FERENCZI, S. *Sándor Ferenczi. Obras completas*, v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p.VII-XII.

FERENCZI, S. (1919a). *A técnica psicanalítica*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Sándor Ferenczi. Obras completas, v. 3).

_____. (1919b). *Dificuldades Técnicas de uma Análise de Histeria*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Sándor Ferenczi. Obras completas, v. 3).

_____. (1921). *Prolongamentos da 'Técnica Ativa' em Psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Sándor Ferenczi. Obras completas, v. 3).

_____. (1926). *Contra-indicações da técnica ativa*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Sándor Ferenczi. Obras completas, v. 4).

_____. (1928). *A elasticidade da técnica psicanalítica*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Sándor Ferenczi. Obras completas, v. 4).

FIGUEIRA, S. (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 328 p.

FIGUEIREDO, L.C. Apresentação. In: SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Unimarco. 2005. p. 9-10

FREUD, S. (1895). *Casos Clínicos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.2).

_____. (1905[1901]). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).

_____. (1910). *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 10).

_____. (1912a). *A dinâmica da transferência*. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Sigmund Freud: Obras Completas volume 10).

_____. (1912b). *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Sigmund Freud: Obras Completas volume 10).

_____. (1914). *Recordar, repetir e elaborar*. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Sigmund Freud: Obras Completas volume 10).

_____. (1915). *Observações sobre o amor de transferência*. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Sigmund Freud: Obras Completas volume 10).

GONÇALVES, C.A.B. O acompanhamento terapêutico e a reforma psiquiátrica. In: ANTÚNEZ, A.E.A. (Org.) *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teoria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 21-40

GONÇALVES, C.A.B.; RAMALHO, S.A. *O dispositivo da clínica na reforma psiquiátrica: novos apontamentos*. 2006. 74f. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização) – Programa de Aprimoramento Multiprofissional, Fundação para o desenvolvimento Administrativo de São Paulo, São Paulo, 2006.

GONDAR, J.O. Além da contratransferência: os afetos do analista. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 30, n. 21, p.175-191, 2008.

HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. In: FURMAN, A.C.; LEVY, S.T. (Ed.). *Influential papers from the 1950s*. Great Britain: International Journal of Psychoanalysis. 2003. Disponível em : <<http://books.google.com.br/books?id=RVVIQ1qmkDIC&pg=PA27&dq=paula+heimann+countertransference&hl=pt-BR&sa=X&ei=EQxNT4ijDMTjggf994SyAg&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=paula%20heimann%20countertransference&f=false>>. Acesso em: 20 dez. 2011

_____. (1960). Counter-transference. In: TONNESMANN, M. (Editor) *About children and children-no-longer: collected papers 1942-80*. Londres e Nova York: Tavistock/Routledge, 1989. p. 151-160.

HOUAISS, I.A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 1.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v.40.1, p.137-157, 2008. Disponível em: <<http://www.spid.com.br/revistas/r40/09%20TP40%20-%20Camila%20Junqueira%20e%20Nelson%20Coelho%20Junior.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

KAHTUNI, H.C.; SANCHES, G.P. *Dicionário do pensamento de Sándor Ferenczi*. Rio de Janeiro: Elsevier; São Paulo: FAPESP. 2009.

KUPERMANN, D. A Libido e o álbi do psicanalista: Uma incursão pelo Diário Clínico de Sándor Ferenczi. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano 16, n. 168, p. 47-57, 2003.

_____. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 250p.

_____. *Fundamentos metodológicos para a história da psicanálise: o exemplo "Ferenczi"*: Anotações de aula. [14-17 de setembro, 2010]. Aula ministrada no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise: Laplanche e Pontalis*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LESCOVAR, G.Z.; SAFRA, G. Sándor Ferenczi (1873-1933): o início de um pensamento. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 10, n.1, p. 113-119, jan./abr. 2005.

LISPECTOR, C. *Um sopro de vida*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999a. 160 p.

_____. A quinta história. In: _____ *A Legião Estrangeira*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999b, p. 74-76.

_____. *Para não esquecer*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999c. 127p.

LITTLE, M.I. *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise winnicottiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1992. 128p.

LONGMAN (Ed.) *Longman dictionary of contemporary english: the living dictionary*. Longman: London, 2005.

MAIA, M. S. O tato do analista. *Coleção memória da psicanálise: Sándor Ferenczi*, São Paulo, v. 3, p. 36-43, 2009.

MATHEUS, T.C. *Adolescência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 356 p.

MINERBO, M. *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. 470 p.

OLIVEIRA, B.S.M. Paula Heimann. In: FIGUEIRA, S. (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 85-106.

POSSANI, T. Por onde anda o acompanhamento terapêutico. In: ANTÚNEZ, A.E.A. (Org.) *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teoria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 205-216.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida: Idéias e Letras; São Paulo: Unimarco. 2005. 174p.

SARACENO, B. A Concepção de Reabilitação Psicossocial como Referencial para as Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.9, n.1, pág.26-31, jan./abr. 1998.

WINNICOTT, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução de Davy Bogomoletz. São Paulo: Imago, 2000. p.277-287

_____. (1956). A tendência anti-social. In: _____. *Privação e Delinqüência*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.135-147.

_____. (1958). Psicanálise do sentimento de culpa. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.19-30.

_____. (1960a). Contratransferência. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.145-151.

_____. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.128-139.

_____. (1960c). Counter-transference. In: _____. *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. London: Karnac Books, 1990. p.158-165.

_____. (1961). Variedades de Psicoterapia. In: _____. *Privação e Delinquência*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 263-273.

_____. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 152-155.

_____. (1963). Das dependência à independência no desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de IRINEO C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 79-87.

_____. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208p.

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

ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (FM-USP)

MEDICINA
USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **13/04/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa intitulado: "**A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito**" e seus anexos, apresentado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa.

Pesquisador (a) Responsável: Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Pesquisador (a) Executante: Carla Alessandra Barbosa Gonçalves

CEP-FMUSP, 13 de abril de 2011.



Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa