

TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA: A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E SUA PRÁTICA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

TRANSCERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE: EVOLUTION OF CONCEPT AND ITS PRACTICE IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC

FRANCIELE APARECIDA DOS SANTOS^{1*}, EDILENE LIMA²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ingá; 2. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP (1992). Especialista pelo GEPPPI e formação em psicanálise. Mestre em Psicanálise e Civilização pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Ingá, Maringá, Paraná.

* Rua Marechal Deodoro 390, Jd. Porama, Sarandi, Paraná, Brasil. CEP: 87113-070. fran_furlaneto@hotmail.com

Recebido em 17/09/2016. Aceito para publicação em 11/01/2017

RESUMO

Objetivo: Neste trabalho, pretendemos destacar a dinâmica da transferência e da contratransferência na relação analista-paciente bem como sua importância em tal relação. A abrangência e a complexidade do tema são abordadas na perspectiva de diversos autores psicanalíticos. O método utilizado foi a revisão da literatura, na qual buscamos valorizar os fundamentos básicos da psicanálise trazendo presente a descoberta de Freud e a contemporaneidade dos teóricos que ainda hoje valorizam a força desse fenômeno relacional que continua inseparável do trabalho de análise. Buscamos também destacar a importância do manejo dessa experiência como aspectos fundamentais à manutenção e à expansão da prática psicanalítica. O objetivo do trabalho foi compreender a dinâmica da relação analista-paciente sob a influência da transferência e da contratransferência. Dentre as conclusões salienta-se a importância da descoberta de tais conceitos na obra Freudiana bem como das descobertas contemporâneas a esse respeito para a prática da psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: Transferência, contratransferência, introjeção, projeção, identificação projetiva.

ABSTRACT

In this paper, we intent to highlight the dynamics of transference and countertransference in analyst-patient relationship and as well as its importance in this relationship. The scope and complexity of the theme are addressed from the perspective of several psychoanalytical authors. We seek to enhance basic elements of psychoanalysis bringing Freud's discovery and contemporary theorists who still value the strength of this relational phenomenon that remains inseparable from analytical work. We also seek to highlight the importance of managing this experience as fundamental aspects of maintenance and expansion of the psychoanalytical practice.

KEYWORDS: Transference, countertransference, repetition, introjection, projection, projective identification.

1. INTRODUÇÃO

Para compreender os conceitos de transferência e contratransferência devemos situá-los na relação do ser humano com seus pares, pois ambos surgem no processo dinâmico da convivência humana. Transferência e contratransferência são centrais na compreensão da relação analista-paciente que ocorre na psicanálise, pois surgem do contato emocional entre esse par. Um encontro, por assim dizer, vivo e dinâmico, permeado por fatores inconscientes e também conscientes no caso do analista. Mas como poderemos perceber no caminho teórico que procuramos percorrer neste trabalho, nem sempre tais conceitos possuíram importância quanto à dimensão teórica e prática dentro da psicanálise, sofrendo grandes modificações mesmo dentro da obra Freudiana e na contemporaneidade nos trabalhos de autores como Bion e Ogden.

Em nossa pesquisa bibliográfica constatamos que é possível pensar que existe uma oposição entre tais conceitos, como pode sugerir sua nomenclatura, e talvez realmente haja no que se refere aos papéis e funções que ocupam analista e paciente na relação analítica. O que nos levou a determo-nos também nos ensinamentos Freudianos e pós Freudianos sobre a função do analista no manejo da transferência e, sobretudo quanto à necessidade tida como fundamental no meio psicanalítico de que tenha o analista passado por análise, de modo que a contratransferência possa ser útil ao seu trabalho junto ao paciente e não um fenômeno que possa causar qualquer tipo de prejuízo ao analisando.

Todavia, também será possível perceber durante o trajeto teórico presente nestas linhas que tais conceitos se entrelaçam no processo vivo de que fazem parte, sendo possível compreender porque tantos teóricos da psicanálise se debruçam sobre suas manifestações tão dinâmicas, justificando o surgimento de novas nomen-

claturas como “identificação projetiva”, “par analítico”, “campo analítico”, “terceiro analítico”, que trazem consigo novas descobertas favoráveis ao trabalho de análise no que diz respeito à compreensão e manejo da transferência e contratransferência.

O objetivo geral dessa pesquisa busca demonstrar e compreender a importância e a influência dos conceitos de transferência e contratransferência na clínica psicanalítica de acordo com a vertente da escola inglesa da psicanálise.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Utilizamos de pesquisa bibliográfica em material didático tais como obras impressas. Também recorremos a recursos de informática para digitação e elaboração do tema proposto nesse artigo, assim como para fins de enquadrar nas normas de publicação deste. Valemo-nos de discussões e elucidações sobre o tema apresentado com a professora orientadora desta pesquisa.

3. DISCUSSÃO

Transferência: o surgimento do conceito e a evolução

Sobre a definição do conceito de transferência, Zimerman (2001) assinala que a palavra “transferência” não é de uso exclusivo da psicanálise, sendo utilizado em diversos campos, indicando uma ideia de deslocamento, de transporte e de substituição de um lugar para o outro, sem que isso afete sua integridade. Na psicanálise, entretanto, o conceito de transferência é tomado como o conjunto de todas as formas com as quais o paciente vivencia a relação analítica com a pessoa do psicanalista, bem como as representações que ele possui de si mesmo e das relações objetais que habitam seu psiquismo, assim como suas fantasias inconscientes.

Laplanche e Pontalis (1996), apontam que a transferência é entendida como o processo pelo qual desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos em certo tipo de relação estabelecida com eles. Especificamente na situação analítica, pode ser definido com uma repetição de modelo infantil vivido com um sentimento de atualidade acentuada.

Historicamente, de acordo com Zimerman (2001), o conceito e a finalidade ou o uso da transferência têm evoluído no campo da psicanálise.

Segundo o referido autor, Freud utilizou pela primeira vez o termo transferência em 1895, em sua obra “Estudos sobre a histeria”, sendo a transferência entendida por ele naquele momento como uma forma de resistência utilizada pelo paciente. Conceituou-a como uma forma de falso enlace do paciente com o analista, tendo em vista o caráter sedutor da histeria – seu objeto de estudo naquele momento – que após obter êxito, pretende desfazer-se do objeto conquistado e nada mais. Posteriormente,

nos seus escritos sobre o caso Dora, na obra “Três ensaios sobre a sexualidade”, o autor conceitua transferência como novas edições revistas de impulsos e fantasias, encarando-a a partir de então como uma inevitável necessidade da vida psíquica.

Entre 1909 e 1910, em sua obra “Observações sobre um caso de neurose obsessiva” no texto clínico sobre o homem dos ratos, Freud se refere pela primeira vez a transferência como um agente terapêutico, ponderando que somente através da transferência foi possível convencer o paciente da influência de fatores inconscientes em seu comportamento, sendo estes transferidos para a figura do rato, neste caso clínico em específico, e em outros momentos transferidos para a figura do analista, neste caso o próprio Freud. Assim, no período entre 1905 a 1915, Freud vai gradativamente valorizando em seus escritos sobre a técnica psicanalítica e o papel desempenhado pela transferência. (Zimerman, 2001).

Transferência: o manejo segundo Freud

Em seu trabalho intitulado “A dinâmica da transferência” Freud expõe sua posição teórica sobre o fenômeno da transferência e a maneira pela qual ela opera no tratamento analítico:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (Freud, 1912, p. 133).

Com esta frase Freud explicita o mecanismo neurótico da repetição ou como denominou – o clichê estereotípico – da vida erótica do indivíduo, para introduzir suas colocações sobre o conceito de transferência, um fenômeno que segundo ele, se atualiza e se repete na interação analista-paciente. Em outras palavras pode-se dizer que o indivíduo de estrutura neurótica, analisado pelo autor neste texto, produz a transferência, pois de alguma forma busca inconscientemente reviver uma situação infantil, especialmente aquelas ligadas à figura materna que lhe representou no passado a possibilidade de satisfação plena na relação simbiótica (entenda-se uma ligação) que possuíam nos primórdios de sua existência, assim como outras experiências não suficientemente elaboradas ligadas à vivência da sexualidade e afetos, principalmente no que diz respeito às figuras paternas.

Freud (1996[1912]) aponta que a busca incessante e repetitiva do neurótico pela satisfação plena não tem fim, pois não é possível repetir a satisfação primordial que ocorreu na relação simbiótica com a figura materna. Trata-se de um desejo que nunca se realiza, uma busca incessante por um objeto de uma fantasia, uma miragem, algo não real, constantemente reimpresso no decorrer da

vida do indivíduo que é incapaz de mudar isso frente às vivências atuais. Argumenta quanto a isso, que essa impossibilidade de mudança se fundamenta no fato de que em todo o decorrer da vida erótica desse indivíduo, apenas parte de seus impulsos teria conseguido passar por todo processo de desenvolvimento psíquico, estando esta, portanto, dirigida para a realidade e a disposição da personalidade consciente. Todavia, a outra parte retida nesse curso do desenvolvimento, permaneceria afastada da realidade e da possibilidade de expansão, recorrendo apenas à fantasia para fazê-lo, ou ainda permaneceria fadada a ficar totalmente inconsciente.

Partindo dessas colocações assinala que esse indivíduo que nunca conseguira satisfazer inteiramente sua necessidade de amar, irá se aproximar de cada nova pessoa que encontrar com ideias libidinais antecipadas. Por essa razão é perfeitamente normal, segundo o próprio autor, que o investimento de energia libidinal de um indivíduo que se encontra parcialmente insatisfeito, dirija-se também para a figura do analista, reforçando o que denominou de clichê estereotípico, sendo que o analista poderá estar representando tanto a figura paterna como a materna do paciente.

Aponta então para a necessidade de o analista ser capaz de realizar a identificação da transferência dos conteúdos que são do paciente, a fim de através do manejo desta com as técnicas psicanalíticas, oportunizar ao paciente a possibilidade de romper com essas repetições ou ao menos refletir sobre a tendência à da repetição. O trabalho de análise é capaz de retirar o paciente do ciclo vicioso e alienante destas repetições por levar a uma compreensão de seus porquês, propiciando uma maior liberdade do indivíduo sobre si mesmo e sobre os determinantes psíquicos que atuam sobre ele.

Contudo, nos alerta sobre uma barreira que deve ser sempre considerada no trabalho analítico: o surgimento da transferência como uma resistência. A ideia do autor é que o trabalho analítico que tem como atribuição rastrear a libido retirada da realidade com o propósito de torná-la acessível à consciência e útil a esta realidade, ao deparar-se com esta libido travará uma batalha contra todas as forças da resistência - entende-se aqui um mecanismo de defesa - que atuará para manter o estado atual das coisas, como alguém que protege a “caixa de pandora” para que seus males não sejam revividos, neste caso para que situações traumáticas derivadas da privação da satisfação de um impulso libidinal reprimido não sejam novamente experimentadas, ou para que esse impulso não seja novamente trazido à tona. (Freud, 1996[1912]).

Entretanto, de acordo com o autor, as resistências procedentes da libido retirada da realidade não são as únicas e nem as mais poderosas, pois a libido que se encontra a disposição da personalidade do indivíduo, ou por assim dizer a nível consciente, desde sempre sofre a influência das partes pertencentes ao inconsciente, e são

atraídas por estas diminuindo seu contato com a realidade, aumentando assim a influência do inconsciente no nível consciente. É dever do trabalho psicanalítico auxiliar essa parte consciente da personalidade do paciente a se libertar dessa atração do inconsciente. Com isso o analista deve permanecer cômico de que a resistência irá acompanhar todo o processo do tratamento, considerando que surgiu para proteger o indivíduo do trauma da insatisfação retirando seus impulsos para o inconsciente, e estará sempre de prontidão para impedir que esses conteúdos sejam revividos, portanto, impossibilitando sua atualização e elaboração no plano da realidade.

Transferência positiva e negativa

Ainda em sua obra “A dinâmica da transferência” Freud pontua que a transferência positiva pode ser considerada como sentimentos afetuosos que são aceitos pela consciência e sentimentos eróticos não tão aceitos a consciência como os afetuosos. A transferência negativa é caracterizada por sentimentos hostis e por destrutividade, podendo ainda atuar simultaneamente a transferência positiva em direção a um mesmo objeto ou pessoa, no caso da situação analítica em direção ao analista. Outra característica marcante da transferência negativa, de acordo com o autor, é que esta leva o paciente a abandonar facilmente a regra fundamental da psicanálise – associação livre, que estabelece que o paciente fale sem censuras tudo que lhe vier à mente – atuando assim em benefício da resistência em prol de impedir qualquer acesso ao inconsciente. Contudo, o abandono da associação livre, pode correr também na transferência positiva, entretanto, na transferência negativa todos os argumentos do analista junto ao paciente para modificar isso são ignorados (Freud, 1996[1912]).

Em “Conferências introdutórias” datada de 1916, Freud detém-se um pouco mais à vinculação amorosa – entenda-se erótica - que o paciente faz com analista através da transferência e da gênese de tal fenômeno, expõe que tais sentimentos estão sempre prontos no paciente a espera de um momento para emergir, descreve:

Esse fato novo que admitimos com tanta relutância, conhecemos como transferência. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos a pessoa do médico, de vez que não acreditamos pode ser situação no tratamento justificar o sentimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar, ou que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade do trabalho analítico, são transferidos para a pessoa do médico. A transferência pode aparecer como uma apaixonada exigência de amor, ou sob formas mais moderadas; em lugar de um desejo de ser amada uma jovem pode deixar emergir um desejo, em relação

a um homem, idoso, de ser recebida como filha predileta. Algumas mulheres conseguem sublimar a transferência...outras não de expressá-la em sua forma crua, original e impossível. Mas, no fundo, é sempre a mesma, e jamais permite que haja equívoco quanto a sua origem na mesma fonte. (Freud, 1996[1916], p117).

Quanto aos pacientes do sexo masculino, expõe que estes vinculam-se aos analistas da mesma maneira que as mulheres, pela supervalorização das qualidades deste, como algo idealizado, no entanto, nos homens a sublimação – entenda-se como já expusemos, dar um novo caminho, uma outra via ao desejo – é mais frequente que nas mulheres e as exigências sexuais diretas são raras. Porém, aponta como comum uma transferência hostil ou negativa por parte dos pacientes do sexo masculino, sentimentos hostis que costumam estar ocultos por de trás de sentimentos amigáveis, revelando-se mais tarde. Não descartando também coexistência de ambos os sentimentos, afetuosos e hostis, tanto nos homens como nas mulheres.

Transferência e Contratransferência entrelaçadas na prática analítica

Quanto à conduta do analista diante da transferência, Freud (1996[1916]) considera ser inadmissível que este ceda às exigências do paciente ao preço de colocar em fracasso todo trabalho de análise. Mas, contudo, também ressalta ser inconcebível a conduta do analista reagir a tais exigências com indignação ou indelicadeza. É papel do analista esclarecer ao paciente que seus sentimentos não têm origem na situação atual e nem na figura do analista, mas apenas são repetições de situações não elaboradas, possibilitando a transformação da repetição em lembrança para que possa ser atualizada e elaborada pelo paciente, dando-lhe a livre oportunidade de reestruturar suas ações.

Vale lembrar que em seu trabalho intitulado “Observações sobre o amor transferencial” escrito anteriormente no ano de 1914, o autor já preocupava-se em dar recomendações aos analistas a cerca das consequências e do manejo da transferência dos impulsos amorosos e sexuais reprimidos por parte dos pacientes para a figura do analista. Trata com muito apreço sobre a descrição profissional que deve ter o analista a esse respeito, e dá particular ênfase às consequências que por ventura poderão ocorrer se o analista vier a ceder aos encantos de sua paciente. Relata três desfechos possíveis para tal situação no pensamento daqueles não adeptos a psicanálise, o primeiro seria a união legal entre ambos, analista e paciente, o segundo seria o abandono do tratamento, e o terceiro seria um relacionamento ilícito no caso de impedimentos legais, o que por sua vez é um caminho não aceitável aos padrões da sociedade e aos padrões da profissão de psicanalista. Todavia, sobre a ótica da psi-

canálise apresenta uma outra possibilidade que seria a continuidade do tratamento analítico desde que o analista se mantenha ciente de que o enamoramento da paciente é resultado de um ideal construído por ela e não por atributos pessoais do analista, considerando sempre o mecanismo de transferência em suas intervenções (Freud, 1996[1914]).

Assinala que seria desastroso ao processo analítico se o analista cedesse aos encantos de sua paciente, pois esta teria alcançado êxito em repetir na vida real aquilo que deveria apenas ser lembrado e, com ajuda do analista, elaborado. Por outro lado, se o tratamento fosse interrompido, nada de útil haveria em tal ação para a saúde psíquica de tal paciente, pois esta entraria num círculo vicioso de paixões ao procurar outros tratamentos nos quais se enamoraria pela figura dos outros analistas num movimento de repetição. Neste sentido, o autor coloca que o analista deve tomar tal “amor” por parte da paciente para com ele como uma consequência inevitável da neurose e como um fator a ser usado a favor do tratamento analítico. A paciente encontra-se prejudicada por fixações infantis e deve ser ajudada no sentido de adquirir controle sobre si mesma no plano da vida real se libertando da força dos impulsos e fantasias.

Anterior ao trabalho mencionado, em “Recomendações aos médicos que exercem psicanálise” do ano de 1912, Freud já delineava os pontos de uma conduta ética e proveitosa de um analista, no qual tratava da necessidade de impessoalidade por parte do analista em relação ao paciente comparando-a com a precisão de um cirurgião ao realizar uma cirurgia, o qual abandona de certo modo a solidariedade humana para que possa ter condições de fazer uma intervenção precisa com o bisturi. E mais precisamente sobre o mecanismo de transferência e contratransferência já apregoava, que o analista deveria ser capaz de ouvir e captar tudo que era dito pelo paciente com o único propósito de análise e interpretação em prol do paciente, exemplificava:

...deve voltar seu próprio inconsciente como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações do paciente (Freud, 1912, p.154).

Outro apontamento feito por Freud nos mesmos escritos, que segundo ele é de vital importância no trabalho analítico como um todo é a necessidade de que o analista se submeta a análise pessoal, passando pelo que ele de-

nominou “purificação psicanalítica”, compreendendo seus próprios complexos de maneira que esses não se configurem num obstáculo na compreensão dos conteúdos trazidos pelo paciente. De acordo com o autor, se por ventura o analista ceder às manifestações de suas próprias resistências e repressões não elaboradas, estará colocando em risco todo trabalho feito junto ao paciente, entretanto, se tiver passado devidamente por uma análise pessoal alcançará um autocontrole e estará mais preparado para lidar tanto com seus próprios conteúdos internos como com os conteúdos do paciente. Estando, portanto, amadurecido no exame de si mesmo, terá também menos chances de cometer erros como os que o autor aponta serem mais comuns a analistas jovens, por exemplo, citar a si mesmo ou a suas condutas como modelo ao paciente, revelando-lhe seus defeitos e conflitos e suas estratégias para superá-los. Tal postura, seria como que um tiro pela culatra, em nosso entendimento, pois ao invés de servir de força motriz para a recuperação do paciente apenas contribuiria para que este se detivesse a uma curiosidade cada mais profunda em saber da vida e da conduta do analista, invertendo assim os papéis no contexto da análise, como frisou o próprio Freud.

Freud (1996[1912]) recomenda que o analista seja como uma tela em branco ou por assim dizer, seja opaco, para que os pacientes possam projetar livremente seus conteúdos sobre tal tela. Ou ainda, seja como um espelho, que reflete apenas aquilo que é do paciente.

Contratransferência

Ao considerarmos os fatores que implicam na dinâmica psíquica do analista e a implicação direta desses no trabalho analítico junto aos pacientes podemos tratar do conceito psicanalítico denominado contratransferência do analista que se entrelaça inegavelmente com a transferência do paciente. Para efeito de elucidação traremos algumas considerações sobre tal conceito teórico.

Laplanche e Pontalis conceituam contratransferência como: “um conjunto de reações inconscientes do analista em relação à pessoa do analisando é, mais particularmente a transferência deste” (Laplanche e Pontalis, 1996, p.102).

Zaslasvsky e Santos em suas contribuições sobre a contratransferência ilustram com um exemplo:

...a contratransferência pode ser metaforicamente ilustrada na imagem do deus Janus, o deus romano dos portais, que traz na mão direita uma chave. Representando ele a entrada ou portal para compreensão do paciente. Janus, com suas duas faces, ao mesmo tempo olha para os fatos do passado e com a outra procura por fatos novos. (Zaslasvsky e Santos, 2006, p.15).

Essa colocação nos remete à dupla função da contratransferência na qual o analista deve ter olhos para o

paciente e ter olhos para si mesmo. Olhar o passado e presente do paciente e ao mesmo tempo o seu próprio, conforme aponta o citado autor.

De acordo com Zimerman (2001), Freud utilizou pela primeira vez o termo contratransferência em 1911, num congresso de psicanálise em Nuremberg, momento no qual Freud conceituou-a como um fenômeno que atrapalharia a análise, um obstáculo. Tendo em vista que naquele momento da história da psicanálise, a palavra “contra” conotava unicamente esse sentido, um sentido negativo, que atua contra.

Segundo Zimerman (2004), de certo modo a contratransferência foi desconsiderada nos trabalhos freudianos durante muito tempo. Até mesmo pós-freudianos como Melanie Klein, que sustentava a posição de que a contratransferência nada mais era que um obstáculo para a análise. A transformação histórica desse conceito, segundo o autor, de um obstáculo e um instrumento de compreensão do paciente e do próprio analista, representou uma mudança teórica e técnica. Mesmo que tenha levado certo tempo para que o meio psicanalítico aceitasse esse fato.

Para Zaslasvsky e Santos (2005), diferentes razões levaram a ampliar o sentido de contratransferência, como a extensão da psicanálise para crianças, adolescentes, personalidades narcisistas, limítrofes e psicóticos o que também levou a modificação da noção de neurose de transferência no tratamento de patologias que predominam defesas primitivas anteriores a repressão. Além disso, o desenvolvimento do conhecimento psicanalítico passou a considerar os mais variados aspectos da personalidade do analista que sobrevêm em seu trabalho, e de maneira gradual a noção de contratransferência passou a ser estendida a todo funcionamento mental do analista.

Winnicott (1993[1947]), em sua obra “O ódio na contratransferência” discorre sobre a relação analista-paciente apontando para a necessidade constante de estar o analista em análise ou já analisado, justificando em tal postura uma busca pela qualidade do trabalho analítico. Assinala ainda que o analista deve ser capaz de assumir seus sentimentos em relação ao paciente, especialmente os contraditórios como o amor e o ódio, estando sempre ciente de que se trata de uma reação de seu próprio inconsciente à personalidade do paciente, diferenciando um pouco do que vimos na teoria Freudiana, na qual o autor postulava que o analista necessita estar analisado para que os conteúdos de seu próprio inconsciente não se confundam com os do paciente, e não por se tratar de uma reação do inconsciente do analista em relação a personalidade do paciente.

Acreditamos serem oportunas nesse ponto as contribuições de Zaslasvsky e Santos (2005), ao citarem em seu trabalho autores como Paula Heimann, Baranger e Racker sobre o que denominaram como “campo analítico” conceito definido como uma relação ou situação entre

duas pessoas infalivelmente ligadas a ponto de se completarem enquanto durar a relação, sendo impossível compreender um sem o outro. Existindo ainda nesse campo o que denominaram “meios inconscientes de comunicação” tanto do paciente como do analista, neste contexto, é necessário que o analista esteja cômico não apenas das fantasias do paciente na transferência a sua figura, ou calçar-se de recursos teóricos que o possibilite estar livre de bloqueios de qualquer natureza em relação ao paciente. Faz-se necessário, segundo os autores, o analista perceber-se em um contato profundo com uma pessoa de estrutura distinta da sua, em uma relação de identificações projetivas e introjetivas para que o trabalho analítico não fracasse.

Como ilustração da relação ambígua entre amor e ódio presente nas relações humanas desde o mais tenro início de seu desenvolvimento é importante considerarmos aqui outro trabalho de Winnicott datado dos anos 50, intitulado “Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional”, no qual o autor faz um passeio teórico pelo desenvolvimento humano partindo da vida intrauterina, lócus também da expressão da agressividade ainda no feto em gestação, manifesta através de pontapés, por exemplo, e representante de uma atividade ou vitalidade. Fora do ventre tal sinal vital também se vale da agressividade para expressar-se, nas mais diversas situações como no morder o seio materno ou na tentativa progressiva de agarrar-se a algo. É preciso compreender tal agressividade, sinônimo de vitalidade, como uma expressão primitiva de amor, não existindo ainda crueldade em sua expressão, levando em consideração que até então o ego não está organizado, integrado e por isso não é capaz de assumir responsabilidades ou ações intencionais, podendo ser creditada qualquer destruição acidental a satisfação do Id.

Quando o ego por fim organizar-se e se integrar, poderá responsabilizar-se intencionalmente abrindo as portas para que coexistam a raiva e o medo da retaliação. É, portanto, fundamental de acordo com Winnicott (1993[1950]) que o analista esteja cômico do desenvolvimento humano, da pré-história de seu paciente, de suas experiências mais primitivas, seus relacionamentos, suas necessidades atendidas ou não, que porventura possam estar repercutindo na relação terapêutica e com as quais o terapeuta esteja tendo dificuldades em dar um devido lugar na transferência e na maneira como interpreta tais fenômenos e os devolve ao paciente na contratransferência.

Portanto, o autor, enfatiza que o analista em hipótese alguma, deve negar o ódio que também existe dentro de si, pois ao compreender que este é componente presente no desenvolvimento humano, poderá, estando ele devidamente analisado, dizer ao paciente tudo o que sentiu em relação a ele, agindo com bom senso sempre considerando o tipo de paciente e os vínculos já estabelecidos

na relação analítica. Faz-nos observações sobre os pacientes que durante o desenvolvimento infantil não tiveram experiência ou a oferta de algum tipo de relacionamento satisfatório. Estes pacientes podem trazer essa experiência na transferência no momento atual de sua análise e afirma que seria função do analista ser para esses pacientes a primeira pessoa a lhe fornecer esse tipo de relacionamento, interferindo no tratamento analítico positivamente com tal postura, como um “novo item bom” nas experiências de vida do paciente, influenciando diretamente no meio onde ele vive.

Para contribuir em nossa tentativa de esclarecimento a esse respeito, trouxemos as contribuições de um autor que também teoriza sobre os sentimentos envolvidos na transferência e na contratransferência. Kyrle (1990[1955]) conceitua contratransferência como “normal” quando há uma preocupação do analista com o bem-estar do paciente desde que esta preocupação não seja confundida com indulgência. O autor, postula a existência de duas tendências no analista que justificam sua preocupação com o bem estar do paciente, as quais denominou “reparadora” e “parental”.

A primeira diz respeito à agressividade ou destrutividade latente existente em todos nós, e teria uma função compensatória na nossa dinâmica psíquica, neste caso na psique do analista, como algo que amenize a culpa ou os efeitos, mesmo que inconscientes, dessa destrutividade latente. A segunda diz respeito à criança inconsciente da qual o analista se ocupa no paciente e que não raramente o toma como pai. Considerando que para um pai um filho representa algo de seu, parte de seu self, tal identificação facilitará a empatia por parte do analista e por consequência o insight do paciente. Em contrapartida, o autor faz um alerta de que se o analista não estiver devidamente analisado ao se deparar com conteúdos do paciente que sejam próximos aos seus, estará fadado a falhar em sua compreensão do paciente, pois os conteúdos próprios de si mesmo interferirão.

Todavia, o autor faz referência a casos nos quais, segundo ele, mesmo o melhor dos analistas encontrará dificuldades de estabelecer vínculos na relação analítica, seriam esses os “pacientes de difícil acesso”, entrelaçando como citamos os conceitos de contratransferência e transferência.

A esse respeito Joseph (1991[1975]) esclarece que os “pacientes de difícil acesso”, são pacientes com os quais o analista se convence que estão cooperando com o trabalho analítico. Contudo, trata-se de indivíduos com a personalidade cindida, com uma parte sempre a distância, evasiva, ou completamente fora do trabalho analítico, sendo observável uma passividade por parte do paciente. Mesmo quando há uma boa cooperação verbal, estão atuando, visto que é essa uma estratégia de evasão. Como tentativa de sucesso em seu trabalho o analista deve buscar, segundo o autor, que a maior parte da personali-

dade do paciente se torne disponível para a análise, identificando as necessidades desse paciente, contribuindo assim para a integração de seu ego. É importante sobremaneira, que o analista tenha claro que toda tentativa de aliança terapêutica, condição vital ao trabalho de análise, irá se transformar em hostilidade, uma aparente compreensão é na verdade uma “anticompreensão”, relatos de melhora são na verdade a intenção de encobrir outra realidade, onde aparentemente não há conflitos revelará mais tarde conflitos bem reais. Cabe ao analista identificá-los para conseguir lidar adequadamente. Muitas vezes o paciente de difícil acesso tomará o analista como um igual, ou se colocará em situação de igualdade com ele. Por vezes se posicionará como alguém superior corrigindo-o, prestando-lhe uma “ajuda” em seu trabalho. Às vezes se comportará com total imaturidade outras vezes totalmente racional, possibilitando ao analista perceber claramente a cisão da personalidade já mencionada anteriormente.

A autora ainda nos alerta sobre o quão importante é para tais pacientes se deterem a observar o analista a fim de que possam elaborar críticas, função clara de defesas, que estão a serviço de manter o analista distante das outras partes da personalidade. Tais pacientes irão detectar facilmente as possíveis mudanças na entonação vocal do analista, sua mínima expressão de frustração, suas ansiedades no desenvolver do trabalho analítico. Ao analista resta suportar as críticas do paciente, e melhor ainda deve fazer uso de tais críticas, no sentido de mostrar ao paciente que este está fazendo projeções dos conteúdos que são seus na pessoa do analista. Interpretar é um risco, pois esses pacientes costumam tomar as palavras fora do contexto e tendem a fazer provocações ao analista.

Outra categoria desses pacientes denominados de difícil acesso, são apontados também por Joseph (1991[1975]), estes não são reconhecidos pela hostilidade, mas pela apatia. Apatia a qualquer envolvimento no trabalho analítico, como se não houvesse qualquer possibilidade de ajudá-lo. Suas manifestações são superficiais, agem quase como mudos, ou como alguém de quem não se ter certeza estar participando de uma conversa. Criando no contexto analítico um sentimento de tensão, como se fosse necessário que o analista o induzisse a responder algo. E se o analista persiste no silêncio corre o risco de dar a sessão um caráter superegótico, pesado, inquisitivo, como quem cobra algo. Nesses casos, autora destaca como essencial ao analista estar cômico de que esse tipo de paciente projeta para dentro do analista a parte ativa de seu self. Terá então que ser capaz de suportá-la interpretando sempre para o que está acontecendo, mas sem qualquer pressão superegótica, por exemplo.

E quando se refere ao interpretar sempre o que está acontecendo, a autora trata da necessidade de o analista inferir com interpretações imediatas e diretas, baseadas

no que está ocorrendo durante a sessão com o objetivo de observar se essas interpretações são capazes de estabelecer contato com esses pacientes ou se estes estão resistindo a elas, ou o analista estará fadado a interpretar para si mesmo e não para o paciente. Se a interpretação estiver muito distante do que está ocorrendo no momento da sessão, o que pode ocorrer é um tipo de compreensão do que está sendo dito e não um insight legítimo e útil ao paciente.

Acreditamos caber aqui os apontamentos de Kyrle (1990[1955]) ainda sobre o papel do analista ao se deparar com os denominados pacientes de difícil acesso. O autor faz considerações sobre a própria natureza da técnica analítica que restringe o analista a dar interpretações, o que por sua vez está condicionado à capacidade de compreender o paciente. Quando esta compreensão falha, de acordo com o autor, falhará eventualmente, pode causar no analista ansiedades, o que por sua vez prejudicará ainda mais a compreensão do paciente num ciclo vicioso, mas ainda considerado algo normal e passível de ser contornado com a análise do próprio analista, segundo o mesmo autor. Mas esse ciclo vicioso poderá se manter por mais ou menos temos tempo de acordo com o grau de cobrança que o analista tiver de si mesmo, ou pela severidade de seu superego. Se possuir um superego tranquilo, consequentemente favorecerá a análise do paciente. Todavia, se seu superego for demasiadamente inquisidor poderá desenvolver uma culpa persecutória, ou depressiva, ou ainda como recurso de defesa poderá culpabilizar o paciente.

Os autores contemporâneos: novos fatores considerados na transferência e na contratransferência; um novo olhar e novas implicações no manejo.

Joseph (1991[1975]) trata de transferência como uma estrutura na qual há sempre uma atividade ou movimento. Resgata os mecanismos de projeção e introjeção que revelam os objetos internos da criança e o modo como esses objetos foram construídos. Quando devidamente identificados e analisados pelo analista, irão contribuir para que este compreenda como é possível haver mudanças no paciente através do trabalho analítico, pois irá testemunhar a dinâmica de tais mecanismos em ação no setting analítico, experimentando-o em relação a si mesmo e percebendo-o no cotidiano do paciente através da observação de seus comportamentos conscientes, manifestações inconscientes e verbalizações. À medida que puder lidar com esses mecanismos em favor do paciente através da interpretação, colaborando para que este possa atualizar e reestruturar assim seus conteúdos internos, poderá o analista dar-se conta da possibilidade de mudança do paciente.

Complementando tal tópic, a autora apresenta a noção de “situação total na transferência” e para reforçar seus argumentos cita Melanie Klein em seu trabalho datado de 1952 onde esta afirma: “ Para esclarecer os detalhes da transferência, é essencial que se pense em termos de situações totais transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações objetais”. (Joseph,1991[1985], p.76).

De acordo com Joseph (1991[1985]) a partir de posicionamentos como o de Melanie Klein a transferência começava a ser compreendida não apenas como algo que fazia referência direta ao analista, mas também como algo diretamente ligado aos relatos da vida cotidiana do paciente. Com isso passou a considerar-se que essa noção de situação total deveria contemplar tudo o que o paciente traz para relação analítica, tendo o analista que ater-se a tudo que está acontecendo e qual uso está fazendo da figura do analista, muito além daquilo que está apenas verbalizando. A observância de tais fatores determinaria então a compreensão que o analista seria capaz de formular sobre como o paciente age sobre ele, como atua inconscientemente na transferência, como tenta levar o analista a atuar com ele, como transmite aspectos de seu mundo interior desenvolvidos desde a infância até a vida adulta, experiências essas muitas vezes não verbais que o analista só é capaz de perceber se se dispuser a sentir o que tudo isso lhe causa na contra-transferência.

Nesse sentido Zaslavsky e Santos apontam para o “par analítico”, conceito, que segundo os autores é amplamente aceito na psicanálise contemporânea. A partir do qual a relação analista-paciente passou a ser estudada como uma relação que produz impacto emocional mútuo, variando, a contratransferência em sua denominação como podemos observar em Melanie Klein (1955) que a trata como identificação projetiva, ou como Baranger (1961) que a trata como Campo analítico, ou ainda como Ogden (1994) que a denomina Terceiro analítico. (Zaslavsky e Santos, 2006, p.31).

Rosenfeld (1988) fala-nos mais sobre o conceito de identificação projetiva ao defini-la:

A identificação projetiva diz respeito, antes de mais nada, a um processo de cisão de ego primitivo, no qual as partes boas ou partes más do self são expelidas do ego e, numa etapa posterior, são projetadas sob a forma de amor ou ódio para dentro de objetos externos. Esse processo acarreta uma fusão das partes projetadas do self com os objetos externos; o indivíduo é idêntico ao aspecto relevante do objeto externo, na medida em que ele é este. Uma das principais consequências dessa identificação projetiva é que ela dá origem a ansiedades paranóides. Os objetos que o paciente sente possuírem como partes agressivas de seu self tornam-se persecutórias e são vivenciadas

como uma ameaça de retaliação. Ele sente que eles tentarão voltar a força para dentro dele, juntamente com as partes más do self que contém. (Rosenfeld,1988,p. 191).

A partir dessa definição o autor aponta que é papel do analista não mobilizar precocemente essas ansiedades no paciente sob a penalidade de ter suas características próprias ou suas intervenções terapêuticas, sentidas pelo paciente como suas próprias partes projetadas dos self para objetos externos, tornando-se o analista sinônimo de algo perseguidor ao paciente.

Ainda nos adverte que a identificação projetiva descrita por Melanie Klein pode ser tomada como um mecanismo de defesa do self primitivo, no qual há a separação do self e do objeto. Todavia, o autor pondera que em suas pesquisas deparou-se com frequência com pacientes que em suas palavras encontram-se em “um processo mais primitivo de identificação projetiva”, relacionados a estados de fusão primário como já é de conhecimento da psicanálise, na relação mãe e bebê, ou ainda anteriores, na vida uterina.

Acrescenta que a identificação pode ser tomada de duas maneiras:

“Por um lado, em todos os processos projetivos há uma característica expulsiva. O indivíduo está tentando, por vezes de modo muito violento, livrar-se de pensamentos e sentimentos insuportáveis e fazê-lo forçosamente dominando e controlando as outras pessoas de forma imaginária. Por outro lado, o processo de identificação projetiva também pode ser considerado uma tentativa de comunicação.” (Rosenfeld,1988, p. 193).

Assinala que outros autores como Bion fizeram uso em seus estudos dessas formas mais primitivas de identificação projetiva. Bion (1971, apud Rosenfeld 1988, p.194) postula o conceito de “função continente” desempenhada pelo analista, na qual este deve ser capaz de perceber, sentir, compreender e conter os sentimentos muitas vezes caóticos expelidos pelo paciente para dentro da figura do analista. Se tais conteúdos puderem ser contidos, traduzidos, devidamente interpretados e devolvidos ao paciente, cria-se uma nova oportunidade para que pensamentos, sentimentos e impulsos intoleráveis se tornem menos assustadores e para que o paciente tenha condições de desenvolver um self mais saudável.

Todavia adverte-nos para o sentido implicado nessa função continente, que não deve ser empregado com um sentido de passividade, muito embora em muitos momentos é função do analista se manter em silêncio para que o paciente tenha espaço de falar, mas o sentido implicado em tal conceito remete a um relacionamento intenso, no qual o analista não perde de vista sua função de traduzir em palavras as experiências do paciente, sobretudo, as que continuam atuando de maneira incons-

ciente. Nessa vertente, na medida em que o analista tomar consciência da função comunicativa da identificação projetiva irá compreendê-la também como um processo benigno, uma parte essencial do relacionamento objetal normal. No caso do tratamento analítico serão percebidas nas associações livres que podem ser consideradas externalizações do conteúdo mental do paciente, na projeção de aspectos do self a fim de reconhecer os objetos por meio da identificação com eles, ambos necessários para que se estabeleçam as relações objetais (Rosenfeld, 1988).

Ogden (1996[1994]) ao tratar do que denominou “realidade do analista”, postula a necessidade do analista preservar sua espontaneidade e liberdade para responder ao analisando a partir de suas próprias experiências de vida sem, contudo, estar a serviço da satisfação do próprio ego, todavia, também sem “caricaturas afetadas de neutralidade analítica”. Entendemos que tal colocação do autor refere-se a valorizar a experiência da vivência humana estando constantemente embasado nos preceitos científicos do trabalho analítico. Nesta mesma obra Ogden acrescenta outro conceito ao qual intitulou “terceiro analítico intersubjetivo”, que pode ser definido como um terceiro sujeito criado pela interação inconsciente entre analista e analisando, não devendo ser, segundo o próprio autor, concebido como uma entidade estática, mas sim como uma experiência em evolução levando-se em conta que a compreensão gerada pelo processo analítico transforma a subjetividade de cada membro do par analítico.

4. CONCLUSÃO

Levando-se em consideração o percorrer histórico que tentamos fazer neste trabalho quanto às mudanças sofridas nos conceitos de transferência e contratransferência, sobretudo, no que diz respeito à relação analista-paciente ou mais contemporaneamente ao par analítico. Entendemos que muito já foi feito pelos diversos autores psicanalíticos desde Freud com suas descobertas primordiais, mesmo que tenha sido limitado pelo tempo histórico e pelo tempo existencial humano em suas pesquisas. Acreditamos que seja oportuno recordar as fronteiras estabelecidas por ele na relação analista-paciente, que talvez de alguma maneira possam ser interpretadas como uma frieza ou algo semelhante nesta relação. Contudo, é importante esforçarmo-nos por entender o quão necessário é ao analista assim como a um médico cirurgião, como o próprio Freud compara, a precisão e a firmeza para que tudo que é do paciente seja respeitado e se mantenha vivo, pulsante, recuperado.

Não muito diferentemente disto autores como Winnicott, Melanie Klein e contemporâneos como Rosenfeld, Bion, Ogden, tem se debruçado sobre esses conceitos, a título de que possam ser cada vez mais desvendados e úteis ao trabalho de análise. É importante percebermos

que muitos pontos significativos têm sido trazidos a luz nesses novos estudos, pois, como pudemos perceber neste artigo, não apenas a nomenclatura tem mudado, mas especialmente a questões que implicam: como se dão? Como se mantém no par analítico? Como manejá-los em favor do paciente no contexto da sociedade contemporânea em que vivemos?

Foi possível perceber que ambos os conceitos se entrelaçam e não é possível conceber-lhes separadamente, assim como foi possível constatar que são resultado da interação da subjetividade humana nos diversos contextos, principalmente no contexto do trabalho psicanalítico. Como por exemplo, no que diz respeito ao conceito de contratransferência tido inicialmente como um empecilho a comunicação do inconsciente tanto do analista quanto do paciente que passou posteriormente a ser considerado um recurso de comunicação do par analítico na dinâmica da identificação projetiva. Sendo por sua vez, a identificação projetiva considerada não apenas como a expulsão de elementos ou sentimentos paradoxais como o ódio e o amor, mas acima de tudo como um poderoso recurso de comunicação inconsciente.

Temos consciência que muito ainda será descoberto a respeito e muitas contribuições ainda fortalecerão as bases da psicanálise para que esta beneficie cada vez mais o ser humano na difícil tarefa de se pôr em análise. Pois temos a certeza em crer que segue curioso e persistente o personagem do analista.

REFERÊNCIAS

- [01] FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912): Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [02] FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias á psicanálise (1916). Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [03] FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1893-1895): Obras Psicológicas Completas, Ed. Standart Brasileira, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [04] FREUD, Sigmund. O Ego E O Id e outros trabalhos (1923-1925). Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [05] FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferenceal (1915): Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [06] FREUD, Sigmund. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (1909-1910): Obras completas, Ed. Standart Brasileira, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [07] GIL, C, Antônio. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
- [08] JOSEPH, BETTY. O paciente de difícil acesso. In: SPILLUS, Elizabeth B. Melanie Klein hoje. Vol 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.62-73.
- [09] JOSEPH, BETTY. Transferência: A situação total. In: SPILLUS, Elizabeth B. Melanie Klein hoje. Vol 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p.76-90.

- [10] KYRLE, Roger M. Contratransferência Normal e Alguns de seus desvios. In: SPILLUS, Elizabeth B, Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 35-45.
- [11] LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996
- [12] MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2003.
- [13] MEDEIROS, Carlos Henrique. Metodologia da pesquisa: guia prático. Itabuna, BA: Via Litterarum, 2010.
- [14] OGDEN, Thomas. O Terceiro Analítico: Trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In: Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.
- [15] ROSENFELD, Herbert. Impasse e Interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- [16] TOMANIK, Eduardo Augusto. O olhar do espelho: “conversas” sobre pesquisa em Ciências Sociais. Maringá: Eduem, 1994.
- [17] WINNICOTT, Donald Woods. Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- [18] WINNICOTT, Donald Woods. O ódio na contratransferência. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- [19] ZASLAVSKY, Jacó; SANTOS, Manuel J.P. Contratransferência e prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- [20] ZIMERMAN, D. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- [21] ZIMERMAN, David E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 2001. ZIMERMAN, David E. Manual de técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2004.