



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ELIANE ALVES ALMEIDA AZEVEDO

CONTRATRANSFERÊNCIA

OLHAR-SE PARA ENXERGAR O OUTRO

ARIQUEMES - RO

2013

ELIANE ALVES ALMEIDA AZEVEDO

CONTRATRANSFERÊNCIA
OLHAR-SE PARA ENXERGAR O OUTRO

Monografia apresentada ao curso
graduação em Psicologia da
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Psicologia.

Prof^a Orientadora: Ms. Ana
Claudia Yamashiro Arantes

Co-orientadora: Ms. Cristina
Adriana Kern

ARIQUEMES - RO

2013

Ficha Catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Informação da FAEMA, Biblioteca Júlio Bordignon, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA em Ariquemes/RO. Com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

155.2

A994c

AZEVEDO, Eliane Alves Almeida.

Contratransferência: olhar-se para enxergar o outro/Eliane Alves Almeida Azevedo. –
Ariquemes: FAEMA, 2013.

47 f.: il.; 30 cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Educação
e Meio Ambiente – FAEMA.

ELIANE ALVES ALMEIDA AZEVEDO

CONTRATRANSFERÊNCIA
OLHAR-SE PARA ENXERGAR O OUTRO

Monografia apresentada ao curso
Graduação em Psicologia da
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador. Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes
Docente FAEMA

Prof. Ms. Roberson Geovani Casarin
Coordenador e Docente FAEMA

Prof. Esp. Adriana Garcia Couto Sousa
Docente FAEMA

Ariquemes, 25 de Novembro de 2013.

Ao meu esposo, meus filhos e minha mãe!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me dar a força necessária para seguir em frente mesmo em meio aos obstáculos, que foram muitos, mesmo assim, transpôs cada um deles comigo.

Agradeço à minha mãe, que procurou de todas as formas me ajudar, me acompanhar, amenizar as dores da caminhada e principalmente por acreditar em mim.

Às professoras orientadoras Ana Claudia Yamashiro, Rosani Alves e Cristina Adriana Kern pelo acompanhamento e pelas dicas durante todo o processo.

Ao meu marido pelo companheirismo e motivação e aos meus filhos pela paciência, por toda privação da minha atenção.

[...] notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas [...].

Freud, 1910.

RESUMO

As mudanças podem trazer grandes novidades, ao mesmo tempo podem conduzir a surpresas que nem sempre são agradáveis. A sociedade mudou muito e continua mudando, mas infelizmente algumas mudanças trouxeram sérias dificuldades para os indivíduos, bem como novos desafios para a clínica psicanalítica. Esse é o momento de pensar a prática clínica psicanalítica e aprofundar a técnica. Este trabalho é uma revisão de literatura. O foco da discussão é a contratransferência, que nos traz os desafios de sermos profissionais e ao mesmo tempo cuidar de nós mesmos como seres humanos: alguém que sente e também é afetado pelos problemas da contemporaneidade. A conceituação do termo, aspectos referentes à técnica, a supervisão e ao cuidado pessoal do terapeuta fazem parte desse trabalho.

Palavras-chave: contratransferência; supervisão; terapia pessoal; técnica psicanalítica.

ABSTRACT

Changes may bring us great news, and at another hand they may lead to unpleasant surprises. The society changed a lot and still keeps changing, but unfortunately, some changes brought serious difficulties among people, and new challenges for the psychoanalytic practice as well. This is the moment to think about the psychoanalytic private practice and deepen its technique. This paper is a review of literature. The aim of this writing is the countertransference, which brings us the challenges to be analysts and take care of ourselves as human beings: someone who feels and also is affected by the problems of the contemporaneity. The way the concept of countertransference is structured, also the ways the technique, supervision and the psychotherapist personal care are developed and needed among this process are subjects of this study.

Word keys: countertransference; supervision; personal analysis; psychoanalytic technique.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
2 – OBJETIVOS.....	13
2.1 – Objetivo Geral.....	13
2.2 – Objetivos Específicos.....	13
3 – Método.....	14
4 – Revisão de Literatura	
4.1 – Contemporaneidade e Saúde Mental.....	15
4.2 – Entendendo o Conceito de Contratransferência e seu Contexto Histórico.....	20
4.3 – Observações sobre a técnica.....	23
4.4 – Responsabilidade com a Própria Atuação.....	30
4.4.1 – Supervisão.....	31
4.4.2 – Terapia Pessoal.....	32
5 – Considerações Finais.....	39
6 – Referências.....	41

INTRODUÇÃO

Em nosso dia-a-dia nos defrontamos de forma direta (presencialmente) ou indireta (através das mídias), com sofrimento em suas diversas formas. O acesso ao sofrimento pode se dar de forma visível quando observamos marcas pelo corpo de pessoas que foram agredidas fisicamente, o choro diante da sepultura, automutilação, etc.. A lista é grande, mas permito que cada um a complete a sua maneira. Mas como é possível identificar e minimizar os efeitos do sofrimento que ficam escondidos na mente humana e que muitas vezes só vem à tona através de um ato extremo, como um suicídio? É preciso ressaltar que essa não é uma tarefa fácil e que depende de muita dedicação, formação, disponibilidade para acessar as necessidades do outro e ministrar cuidados.

É nesse cenário que aparece o psicólogo clínico, que diante do paciente responsabiliza-se a ajudá-lo em seu sofrimento visível ou invisível. Mas de que maneira essa “ajuda” acontece? Como é possível identificar as causas do sofrimento de um paciente e não afetar-se?

Para responder a essa pergunta esse trabalho pretende perscrutar alguns dos mais controvertidos conceitos psicanalíticos formulados por Sigmund Freud - seus conceitos e as orientações relativas à técnica psicanalítica configuram-se até hoje como alicerces para a atuação competente, mas, de todos os temas referentes à técnica, trabalharei o conceito de contratransferência. Nos primórdios da psicanálise, a contratransferência foi um conceito pouco estudado. A maioria dos teóricos acredita que Freud sinalizava a necessidade de sobrepujá-la. De lá para cá, só em 1950 que, corajosamente, Paula Heimann, discípula de Melanie Klein, publica um artigo sobre esse tema, o que provoca sua ruptura com a mentora. Essa publicação torna-se o marco para levantar o interesse e o estudo mais aprofundado sobre o tema. Podemos citar Pierre Fédida, Margaret Little, Donald Winnicott como alguns dos grandes teóricos que discutiram o assunto com muita propriedade, alguns deles antes mesmo da publicação de Heimann.

O termo deriva de transferência, que pode ocorrer dentro ou fora do *setting*, mas dentro do mesmo, transforma-se em material clínico. Psicanaliticamente a transferência é a projeção do paciente à pessoa do terapeuta; seria um reviver momentos ou personagens do passado. Assim, o paciente, inconscientemente pretende reformular, reviver momentos de sua vida que deixaram marcas, marcas

que o acompanham até o presente momento e que ditam sua maneira de enxergar o mundo e manipulam sua percepção. Ainda falando dos primórdios da psicanálise, o termo contratransferência aparece nesse cenário para que o terapeuta aja de forma a impedir que essas transferências ocorram, como se fosse algo que impediria o progresso da terapia. Mais tarde o próprio Freud compreende as possibilidades de se trabalhar a transferência de forma terapêutica. Mas nessa contra mão estariam os sentimentos do terapeuta que poderiam impedir o progresso do processo, por isso o nome contratransferência. Ao longo dos anos esse então “empecilho” foi encontrando menos resistência e verificando sua importância como ferramenta terapêutica.

Existem duas formas de se enxergar a contratransferência, de maneira classicista ou totalista. Para os teóricos que a veem de forma *classicista* a contratransferência é compreendida apenas como o inconsciente do analista; na visão *totalista* tudo que ocorre dentro do *setting* é contratransferência, dessa forma os atores que compõe esse espaço realizam uma atuação em cena, onde revivem sentimentos, sensações, angústias... Neste trabalho, utilizaremos o conceito de contratransferência na visão totalista.

Trabalhar, ou melhor, enxergar a contratransferência não é fácil, é preciso estar atento e principalmente, o terapeuta deve dedicar cuidados pessoais com o objetivo de utilizar a contratransferência para ajudar e acolher o paciente de maneira adequada, mas também evitar ser engolido pelos efeitos disso em si mesmo. A comunicação entre paciente e terapeuta não é apenas verbal, mas arrisco dizer que se dá de forma mais profunda no contato do inconsciente do terapeuta com o inconsciente do paciente, daí decorrem os sintomas sentidos pelo terapeuta, muitas vezes em seu próprio corpo, através de efeitos somáticos.

A preparação teórica para o exercício da profissão é muito importante, mas não deve ser posta como o único veículo que deva ser utilizado para se alcançar o objetivo final que é a minimização da angústia do paciente. A escuta do terapeuta e sua capacidade de experimentar o sofrimento do paciente em si mesmo é imprescindível - voltamos a falar de contratransferência, e, para isso, deve-se avaliar sua ocorrência dentro de si mesmo; deve haver uma preocupação constante com sua saúde mental e emocional.

A análise-pessoal do terapeuta apresenta-se como um pré requisito importante nesse cuidado. Para Ferenczi (1932) apud Ferreira (2008) o terapeuta que não se utiliza da ferramenta terapêutica para o cuidado de si é considerado um hipócrita. Mas a terapia pessoal do terapeuta não deve terminar com o encerramento da sessão, deve prosseguir para além das paredes do *setting*; é o que chamamos de auto-análise, onde ele mesmo realiza a atividade mental de rememoração de seus sentimentos, verifica sua consciência e suas ações em seu dia-a-dia. Dessa forma, o terapeuta conseguirá minimizar os pontos cegos, que são restos de si mesmo não trabalhados, reprimidos e que podem vir à tona durante seu atendimento e impedi-lo de enxergar o outro com a clareza necessária. Podemos acrescentar, como ferramenta auxiliadora a supervisão do trabalho terapêutico, a submissão de sua atuação a outro terapeuta mais experiente que proporciona maior clareza do que está acontecendo dentro do *setting*; esta terceira pessoa terá um olhar diferenciado, já que nesse caso não está envolvido ao processo terapêutico de forma direta.

É impossível pensar na saúde emocional do paciente sem pensar na saúde emocional do terapeuta. O segundo empresta seu inconsciente ao primeiro, dessa forma há uma sobrecarga de sentimentos que foram reprimidos. Esses sentimentos atuam tanto no paciente como no terapeuta e podem comandar a vida de tal forma que impeça o avanço saudável do par terapêutico. Manter o equilíbrio é questão de sobrevivência para o terapeuta, é impedir que suas angústias se misturem com as angústias do paciente de tal forma a não mais conseguir separar. Olhar para dentro de si e se reconhecer como ser humano, que erra, que sofre e que também têm necessidades é reconhecer que não é absoluto, detentor do “suposto saber” e, através da supervisão, análise pessoal e autoanálise, conseguir equilibrar-se, olhar para dentro de si para verdadeiramente enxergar o outro.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o papel da contratransferência no atendimento psicoterápico.

Objetivos Específicos

- Conceituar contratransferência.
- Entender a importância da contratransferência no atendimento psicoterápico.
- Demonstrar a necessidade de supervisão e terapia pessoal, para maior qualidade do atendimento clínico, no que se refere a saúde mental do terapeuta.

MÉTODO

Este trabalho de conclusão de curso trata-se de uma revisão de literatura qualitativa e de procedimento. O início da revisão deu-se através do seguinte questionamento: “como a saúde mental do terapeuta afeta suas reações contratransferenciais?”. Dessa forma delimitou-se o material necessário para a tarefa. O material para o trabalho foi adquirido em livros, na base de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e da BVSPSIC. A segunda base de dados forneceu material que está indexado no Scielo e no Pepsic. Foram utilizados os seguintes descritores: contratransferência, reação do analista e manejo do *setting*. Foram encontrados 95 artigos com os descritores citados acima, em língua portuguesa, inglês e espanhol. Os artigos foram selecionados e alguns descartados por não atenderem o objetivo proposto para a revisão. Nesse caso foram utilizados 41 artigos. Todo material está datado de 1999 a 2013. A avaliação do material a ser utilizado na produção passou pela leitura dos resumos e posteriormente leitura integral dos textos e preparação das fichas de leitura.

4 – Revisão de Literatura

4.1 – Contemporaneidade e saúde mental

Pensar na história da humanidade é pensar na história de cada indivíduo. No decorrer dos anos os costumes e ideais humanos tomam novas configurações. É fácil demonstrar isso através da moda. Realizando uma pequena retrospectiva podemos observar que os anos 1930 trouxeram de volta a visualização das formas femininas que foram perdidas nos anos 1920, saias longas e vestidos justos. Nos anos de 1940 a guerra ditou o corte militar e o uso obrigatório de ombreiras. Já nos anos de 1950 temos a cintura bem marcada e o rabo de cavalo nos cabelos. Em seguida nos anos de 1960 encontramos criações que são utilizadas até o presente momento como mini saia, calça jeans, vestido tubinho, biquine e outros. Nos anos 1970 temos o nascimento da boca-de-sino e do sapato plataforma, já nos anos de 1980 o uso de roupas de ginástica, estampas, stretch, calça baggy e semi-baggy, manga morcego e saia balonê foram algumas marcas deixadas na moda. As cores continuam aparecendo, mas agora nas camisas e jaquetas que marcam os anos de 1990, junto com a moda hip hop e as camisas com estampa xadrez. Depois de algum tempo trouxeram de volta a plataforma e modelos mais fechados, numa releitura dos anos de 1970. Nos anos 2000 as camisetas baby look, calças skinny e rasgadas no joelho fazem sucesso entre os adolescentes. Na atualidade o que vemos é uma nova roupagem do que já passou. O antigo torna-se novo e o novo torna-se antigo. Não só na moda, mas em outras questões do mundo moderno a velocidade dos avanços que multiplicam as informações têm como consequência a ideia de que tudo parece ficar obsoleto com muita facilidade (DÓCOLAS, 2011).

Na moda cada indivíduo exerce sua liberdade para fazer suas escolhas, independente do que os outros irão pensar. Ao mesmo tempo, existe uma preocupação em ser aceito pelo outro, existe a necessidade de ser visto, ouvido e aclamado. Para Dócolas (2011) a busca da felicidade se refere à vivência de prazer, que implica a ausência de desprazer. Para ela existe o desejo de obter satisfação plena, mas que estamos destinados a viver com a falta. A autora acredita que para a obtenção da felicidade o indivíduo procura independência, obtenção de satisfação do mundo externo, a força que atribui a si mesmo para modificar o que está ao redor segundo os seus desejos.

A subjetividade do indivíduo passa a possuir um caráter puramente estético porque o olhar do outro na sociedade e de forma imediata acaba ocupando um ponto muito importante na economia psíquica. (BIRMAN, 2009)

No trabalho intitulado “O mal-estar na civilização”, Freud aborda questões da vida cotidiana. Traz as dificuldades e angústias pelas quais qualquer indivíduo passa. O mais interessante é que esse trabalho, publicado em 1930, traz questões que foram e continuam sendo atuais. Freud (2011) nos mostra que fica difícil para o indivíduo suportar tantas questões do seu dia-a-dia, dessa forma busca recursos para a própria superação. Busca as diversões, que são uma forma de esquecer o sofrimento, procura gratificações substitutivas, como forma de minimiza-lo e substâncias tóxicas para tornarem-se insensíveis a elas. Para o autor ao chegar à fase adulta o indivíduo que fracassou na busca pela felicidade encontra consolo no prazer momentâneo das drogas, ou tenta rebelar-se, que é a psicose. Segundo ele todo sofrimento humano, é exposto através de sensações, que por sua vez é a expressão do organismo para ajustar-se. Em Dócolas (2011) lemos que o desamparo é algo que acompanha o indivíduo ao longo de sua existência.

A sociedade de forma geral, cobra padrões de comportamento, exige determinadas ações do indivíduo, e isso independe do grau de escolaridade, do nível socioeconômico e cultural, dessa forma Freud (2011) ressalta que o indivíduo torna-se neurótico porque não dá conta de suportar privações que a sociedade está impondo em nome dessa cultura. Toda essa exigência produz no indivíduo rebelião ou neurose, ou o torna infeliz. Segundo Safra (2012, p. 284) o homem na visão winicottiana “é compreendido como um ser que constitui o sentido de si mesmo por meio de um gesto que se atualiza em relação a outro, ou com o outro”. Farinati (2011) pontua que “a psicopatologia seria, então, um discurso sobre o *pathos*, a paixão que se manifesta no psiquismo, ou seja, um discurso sobre o sofrimento psíquico”.

Em Safra (2012) é possível observar a importância de realizar estudos sobre o sofrimento humano a partir de seu contexto histórico. Dessa forma é possível constatar as consequências de ações do passado, o que possibilita rever ações do presente de forma a preservar o futuro. Para Safra (2012) na atualidade a observação da subjetividade e as consequências psicopatológicas mostram a busca por uma experiência de transcendência muito singular.

Brígido e Peres (2012) afirmam que no dia-a-dia do indivíduo seu psiquismo encontra-se em sua vivência com terceiros e forma “registros internos” o que desencadeia em diferentes formas de ser de cada um. Freud também aponta essa questão da seguinte forma:

Depende de quanta satisfação real ele pode esperar do mundo exterior e de até que ponto é levado a fazer-se independente dele; e também, afinal, de quanta força ele se atribui para modificá-lo conforme seus desejos. Já neste ponto a constituição psíquica do indivíduo, à parte as circunstâncias externas, será decisiva. Aquele predominantemente erótico dará prioridade às relações afetivas com outras pessoas; o narcisista, inclinado à autossuficiência, buscará as satisfações principais em seus eventos psíquicos internos; o homem de ação não largará o mundo exterior, no qual pode testar sua força. (FREUD, 2011, p. 28)

Em Roudinesco (2000) apud Brígido e Peres (2012) lemos que na atualidade o indivíduo exerce maior liberdade para fazer escolhas do que no passado, mas dependendo de sua história de vida não possui recursos necessários para identificar a própria identidade. Ao perceber que o desamparo acompanha a tal liberdade, veem-se perdidos, desprotegidos e sem condições de realizar as devidas escolhas. A autora ainda afirma que para esse indivíduo, é muito difícil assumir que suas dificuldades psíquicas não são decorrentes de questões orgânicas. Para Birman (2009) o desejo do indivíduo para na estação do exibicionismo e é autocentrada; existe a deficiência de trocas saudáveis na relação com o outro, nesse cenário ocorre a implosão e a explosão do comportamento violento bem característico na atualidade.

Dócolas (2011) diz que o desamparo é fácil de ser experimentado e que existem três ameaças: na condenação de adoecimento e morte do corpo; do exterior que se move impiedosamente para destruir o indivíduo; e da relação com os outros.

Freud (2011) ainda aborda a questão profissional. Para ele, esse não é um item da vida que pode nos levar a felicidade. O trabalho não é uma fonte de gratificação – observa que muitas pessoas trabalham forçadas pela necessidade, e que vários problemas sociais são derivados da aversão pela atividade laboral.

É difícil verificar o quanto nossa sociedade está doente, o quanto busca, de forma insana, superar suas dificuldades e luta para manter um equilíbrio que já não existe. Infelizmente, Freud (2011) aborda essa questão afirmando que para o indivíduo o outro se constitui como colaborador e objeto sexual; mas isso não para por aí: vê-se tentado a satisfazer sua tendência agressiva, por meio da exploração

do trabalho sem remuneração justa, para usá-lo sexualmente sem permissão, para roubar, humilhar, para causar-lhe dor, torturá-lo e finalmente, matá-lo.

Em meio a tudo o que foi exposto, essa mesma sociedade tenta organizar-se de modo a coibir estas ações elaborando leis, constituindo poder ao Estado, mas, para Freud (2011) a maneira de prevenir estes atos é dando a si mesmo o direito de praticar atos violentos contra os infratores, e mesmo assim não se consegue dar conta da sutileza da agressividade humana. Mesmo externalizando toda essa agressividades o indivíduo acaba por mandar de volta para o mesmo lugar de onde veio, para dentro de si.

Safra (2012) registra que “[...] nas personalidades pós-modernas há o anseio do completo desaparecimento da personalidade original e em seu lugar surge o que se denomina na linguagem da internet de “avatar””. Foge-se de ser o que realmente é para conseguir esconder para si mesmo o que se tornou e que o incomoda tanto. Safra ainda destaca que:

Essas pessoas aparecem como seres sem história, usam emblemas tecnológicos como fetiche. Ao analisarmos essas pessoas, deparamo-nos com o fato de que não possuem representação da cena primária – cena originária, que as colocaria em um lugar de filiação. Parece que geraram a si mesmas! É um tipo de pessoa máscara, em que a máscara é um sistema digital. (SAFRA, 2012, p. 286)

Para o autor essas pessoas podem ter sido criadas em famílias que têm por objetivo o alcance de *status* e prestígio social. Suas mães as utilizaram como objeto capaz de lhes ajudar a conquistar esse prestígio. Continua suas observações dizendo que essas pessoas não conseguem lidar com a adversidade, pensam na possibilidade de enlouquecer ou suicidarem-se. Então buscam ajuda terapêutica, mas com o objetivo de lhes trazer prestígio em relação aos outros; dessa forma, sua permanência depende da percepção do terapeuta, que em determinadas situações não percebe que entra em cumplicidade com elas e deixa de trabalhar questões existenciais reais.

Brígido e Peres (2012) destacam que as dificuldades encontradas pelo indivíduo são reflexos das dificuldades emocionais ou distúrbios de seus cuidadores. É preciso valorizar a virtude e para Freud (2011), se isso não ocorrer, a ética pregará em vão. Pois o autor afirma que “[...] os juízos de valor dos homens são inevitavelmente governados por seus desejos de felicidade [...]” (FREUD, 2011, p. 92)

Freud (2011, p. 93) faz um questionamento muito importante e que deve ser pautado por todos que se colocam diante da tarefa de cuidar do ser humano. Para ele o importante é saber como a evolução cultural conseguirá controlar “as perturbações trazidas à vida em comum pelos instintos humanos de agressão e autodestruição”.

Em Safra (2012) encontramos que algumas pessoas vivem à margem do campo social, e muitas vezes se utilizam de comportamentos antissociais, como protesto pelo lugar que foram colocados. Para Brígido e Peres (2012) é preciso considerar que na modernidade o indivíduo precisa enfrentar grandes desafios, a “quantidade de informação, mudanças e avanços tecnológicos, até intensa competitividade profissional”. Tudo isso o leva a conciliar as demandas sociais e suas próprias necessidades; diante disso o surgimento de somatização é possível, dependendo das interpretações que o indivíduo faz e dos recursos psíquicos formados ao longo da vida. Em Birman (2009) lemos que o individualismo iniciado no século XVII, toma formas inéditas na atualidade com o autocentramento no eu.

Termino este capítulo fazendo a ligação entre o nosso cotidiano e o trabalho da clínica psicanalítica que, para Farinati (2011) recai o seu olhar sobre a singularidade do indivíduo e sobre o discurso em que foi constituído psiquicamente, para isso utilizo as palavras de Safra:

A clínica na atualidade desvela a importância fundamental de investigar e compreender não só os destinos que as forças pulsionais têm na formação de novas modalidades de subjetivação, mas também o reconhecimento de que modo a hegemonia da técnica e a imanência do campo social afetam as novas formas de subjetivação e os novos quadros psicopatológicos. (SAFRA, 2012, p. 289)

Entender o contexto social e histórico em que está inserido é imprescindível para o exercício profissional do terapeuta. Na atualidade novas configurações formam-se rapidamente. Dessa forma é importante que o terapeuta saiba adequar sua técnica ao que está sendo apresentado e ao mesmo tempo reconhecer que essas mudanças sociais também acontecem em si mesmo.

4.2 – Entendendo o conceito de “contratransferência” e seu contexto histórico

Em nosso dia-a-dia temos por hábito conceituar as coisas ao nosso redor como uma forma de facilitar nossa compreensão. Dentro das teorias psicológicas não é diferente, mas, é preciso compreender que nem sempre os conceitos são de fácil assimilação ou ainda antes, é preciso dizer que suas formulações carecem de desenvolvimento progressivo e unívoco. Apresento o que se conseguiu alcançar em termos de conceituação, mas primeiramente deve-se observar o que Freud escreveu sobre o assunto. No texto “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, apresentado em 1910, Freud diz o seguinte:

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

A partir desse trecho, escrito em alemão, muitos teóricos afirmam que Freud (1996) acreditava que a contratransferência poderia atrapalhar o tratamento, pois, para ele o terapeuta “reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará”; dessa maneira, acreditaria que seria necessário conter esse efeito sobre si mesmo. Segundo Zimerman (2004), nos primórdios da psicanálise utilizava-se o prefixo *contra* com o único significado de obstáculo. Todavia, no artigo intitulado “*Os afetos do analista na obra freudiana*”, Andrade e Herzog (2011) discutem a tradução das obras de Freud em português - a tradução brasileira (que recebeu críticas quanto à sua fidedignidade terminológica) é derivada da tradução em inglês (também criticada pelos pressupostos biologizantes de que toma parte); dessa forma, ficamos a mercê das inevitáveis perdas de tradução. Hanns (1996) apud Andrade e Herzog (2011) aponta que, entre os diversos significados do termo em alemão, a tradução que considera mais apropriada seria aquela que comporta a ideia de “digerir, elaborar, absorver, superar emocionalmente”.

Para Zimerman (2004, p. 141) a contratransferência é “considerada como um dos conceitos fundamentais do campo analítico, ao mesmo tempo em que sua conceituação é uma das mais complexas e controvertidas entre as distintas

correntes psicanalíticas”. Essa controvérsia deu-se em todo o processo histórico da psicanálise, desde Freud até os teóricos contemporâneos. Hoje, em se tratando de conceituar a contratransferência, temos duas linhas teóricas. Mencarelli (2010) aponta que foi Kernberg (1965) o primeiro a classificar como “clássica” e “totalista”, as duas formas de se encarar a contratransferência, não só como técnica mas também como a postura do analista em relação ao tratamento. Segundo Patella (2004) os classicistas apresentam-se mais ortodoxos, vendo-a como apenas uma manifestação inconsciente, enquanto que os totalistas a entendem como algo do analista ocorrido no *setting*, sendo este “algo” de uma dimensão consciente ou inconsciente.

De acordo com Eizirik (2006) e Patella (2004) o conceito totalístico foi proposto por Paula Heimann que, em 1950, publicou um artigo que foi considerado por muitos, um divisor de águas para a conceituação da contratransferência; esta passa a ser entendida como ferramenta importante, utilizada para a compreensão do que ocorre com o paciente. Correa e Seminoti (2005) acreditam que o trabalho de Heimann fez com que a contratransferência pudesse ser vista “como um instrumento imprescindível” para o terapeuta. Observemos atentamente as palavras de Heimann:

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, apud GONÇALVES, 2012 p. 31)

A contratransferência como ferramenta terapêutica está totalmente nas mãos da pessoa do terapeuta. É ele que tem a posse desse instrumento tão significativa, tão revelador, e ao mesmo tempo tão perturbador. Heimann (1995) apud Gavião (2011) afirma que a intenção de Freud era a de que o analista deveria dominar a contratransferência e não eliminá-la. Dominar significaria a realização de investigação do inconsciente do paciente, e por isso ele havia abandonado a hipnose: por perceber a importância da associação livre do paciente.

Racker (1982) apud Isolan (2005) afirma que a contratransferência pode ocorrer em três formas: primeiro como um obstáculo, como Freud já havia dito inicialmente; segundo como instrumento terapêutico, mais uma simples parte da técnica; e em terceiro, como “campo” em que o paciente pode realmente adquirir uma experiência viva e diferente da que teve originalmente, facilitando uma nova elaboração por parte do paciente.

Mencarelli e Vaisberg (2007, p. 97) citam que Winnicott (1983) define contratransferência “como a resposta total do analista às necessidades do paciente”, e que a partir dessa ideia o terapeuta precisa saber que uso fará de suas reações conscientes ou inconscientes no tratamento do paciente. Para Macedo (2010, p. 19) em nossos dias o conceito de contratransferência é apontado, como que “abrangendo todas as fantasias e sentimentos neles despertados em relação ao paciente, quaisquer que sejam suas origens”.

Para reafirmar o que têm sido dito até aqui, utilizo as palavras de Machado (2008) quando cita que Lacan (1992) oferta sua conceituação dizendo que: “A contratransferência [...] é feita de sentimentos experimentados pelo analista na análise, e que são determinados a cada instante por suas relações com o analisando”. Dessa forma, é importante ressaltar que a contratransferência não é algo simples, principalmente quando observamos o que Polking (2008) pontuou em um de seus trabalhos, que a contratransferência é “uma reação emocional do terapeuta” em resposta a transferência, reação esta que contém aspectos conscientes e inconscientes envolvidos no processo. É preciso compreender de forma clara esses aspectos, conscientes e inconscientes, pois, como dizem Arango Cammaert e Moreno Franco (2009) a transferência por parte do analista surge quando o paciente passa para o terapeuta objetos do seu mundo interno, como num processo de identificação, dessa forma desperta sentimentos inconscientes no mesmo.

Nesse sentido, a visão que está sendo dada para a contratransferência, como uma ferramenta que pode ser amplamente utilizada pelo terapeuta, mostra-nos que é possível sentir em si mesmo a beleza da relação terapêutica e, ao mesmo tempo, é assustador ter consciência de que, para entender melhor o paciente, esses efeitos realmente acontecerão. Para Wegner (2012) “até sermos capazes de perceber a contratransferência, não podemos entender ou defini-la, independentemente de sua existência ou não e do seu modo de ocorrer”. Mais importante que conceituar é entender o processo, entender como fazer uso de algo tão profundo e principalmente, entender os efeitos disso em si mesmo.

4.3 – Observações sobre a técnica

Como vimos acima, a contratransferência refere-se a tudo o que acontece dentro do *setting*. Da mesma forma como o conceito aqui tratado, passou por modificações, a sociedade também se transformou ao longo dos anos. Passamos de um período onde as pessoas buscavam nas drogas a força necessária para libertar-se, hoje a busca é pelo preenchimento de um vazio que não sabem nomear. Como respaldo para o que está sendo dito a ideia de Coelho (2013) cai muito bem quando diz que Freud (1930) falava da culpa que o ser humano sentia por desejar e que mais tarde Lacan (1959) discutia sobre uma culpa ainda maior, a culpa por ceder ao desejo. Diz que anteriormente havia a angústia de castração, pela falta; agora, temos a angústia pelo excesso. Coelho (2013) novamente utiliza Lacan (1962) para dizer que esse sentimento é a falta da falta. O predomínio de patologias graves nos remete ao momento que vivemos, no qual indivíduo se encontra em “crise de identidade, de reconhecimento, de pertinência e de imprecisão interna”. (KOLENKAUTSKY, 2008, p. 228)

Incentivar a expressão dos sentimentos através da associação livre é muito importante, pois, como salienta Iglesias (2006), é pela fala que o paciente dará lugar ao desejo. Utiliza, para tanto, um dos ensinamentos socráticos ao destacar que “o desejo é antes de tudo a falta de recursos”. Como terapeutas, nosso trabalho é localizar o que está faltando nesse psiquismo.

Para Ferreira (2008), em nossos dias aumenta o enfraquecimento de funções psíquicas básicas, o que leva o ser humano a uma busca pela satisfação no hedonismo, no consumo desenfreado e no narcisismo como uma forma de aplacar um vazio que não sabe explicar. Concomitantemente, as patologias ficaram cada vez mais graves e a psicanálise, inicialmente formulada para tratar de neuroses, passa a ocupar-se, segundo Marucco (2008, p. 187), de “pacientes *borderlines*, de patologias narcísicas, das neo-sexualidades, da anorexia e bulimia, da drogadição, etc., esses constituem verdadeiros desafios terapêuticos”. O autor ainda ressalta que é importante a compreensão da teoria, ao mesmo tempo deve submeter esse conhecimento à sua prática, produzindo a partir dela, existe ainda a necessidade de

possuir recursos “teóricos, metodológicos, técnicos e, ainda, de recursos psíquicos”. Ferreira (2008) complementa dizendo que com o passar dos anos a psicanálise saiu do atendimento individualizado para abarcar novas configurações para sua atuação “como a análise de psicóticos, casais, famílias e grupos”, dessa forma, o psiquismo do terapeuta precisa dar conta de atuações inconscientes cada vez mais complexas.

Neste sentido, o trabalho do terapeuta é o de conhecer as bases teóricas que explicam os porquês do comportamento humano – Freud (1996, p. 147) já apontava que “quanto mais compreendermos, mais alcançaremos”. Gabbard (2008) faz alusão a uma casca de noz e a utiliza para dar nome a seu artigo, ao falar sobre aspectos teóricos dessa forma: “Nós, analistas, corremos o risco de nos confinar a nossa casca de noz teórica, a tal ponto que também o nosso pensamento pode se tornar restrito.” Ressalta que muitos terapeutas preferem fechar-se na segurança de uma teoria a enfrentar o desconhecido, dessa maneira acredita manter o controle da situação. Gabbard (2008) cita o que Bion (2005) aconselha, de que o terapeuta precisa “ousar sentir”, independente se estará de acordo com a teoria escolhida. O autor ainda diz que é preciso acompanhar as emoções do paciente e as “próprias respostas emocionais” sem mais explicações, e, desta forma, poderia libertar-se da teoria: escutar ativamente o paciente e mostrar a ele que está sendo compreendido, sem enquadrar a situação numa “fórmula metapsicológica predeterminada”. É preciso pensar que nem sempre o que escolho também será benéfico a outros; é por isso que Korbivcher (2011, p. 180) questiona o seguinte: “[...] como sabemos se a sua abordagem não irá, em vez de estimular crescimento, provocar alguma catástrofe na mente do paciente?”

Analisando tudo o que foi dito fica claro que em qualquer circunstância o terapeuta deve constituir-se como um profissional que esteja aberto para o novo, disposto a experimentar, pois:

Certo “imperialismo teórico” limitou em outros tempos as possibilidades potenciais da análise, deixando fora dela áreas inexploradas, que hoje estamos tentando incluir. Uma maior pluralidade teórica e ideológica da psicanálise atual abre melhores possibilidades para se poder pensar a análise. (MARUCCO, 2008, p. 190).

Portanto, essa nova sociedade, que experimenta novas sensações e que sofre de novas configurações patológicas exige que o terapeuta revise a teoria sem deixar a essência escapar por entre seus dedos. É preciso atender o paciente e realizar com ele a construção que permite o restabelecimento das ligações, para a

reconexão dos diferentes planos internos, trazendo à tona as sensações e afetos que possibilitam o sentido, que gera a simbolização feita pelo próprio paciente (HORN, 2008). Estamos falando de simbolização de traumas primitivos que muitas vezes os pais não souberam manejar e agora o terapeuta dá ao paciente uma nova oportunidade de compreensão, dando um novo significado e preenchendo as faltas (ZIMERMAN, 2008). É importante ressaltar que “a psicoterapia analítica se dá através do vínculo, onde se revivem antigas e se criam novas situações, onde sentimentos e afetos são vividos intensamente”. (ANDREA, 2006, p. 57). Eizirik (1993) apud Eizirik (2006) acredita que a contratransferência manifesta-se no momento em que identifica a parte do self ou fantasias do paciente que está entrando na mente do terapeuta. Ressalta que o gênero do terapeuta e do paciente, entre outras coisas, pode constituir as várias configurações na dinâmica do *setting*.

No trabalho “Experiências com Grupos”, publicado em 1948, que é citado por Zimmerman (2004) apud Macedo (2010) Bion faz sua defesa aos sentimentos contratransferenciais dizendo que os mesmos podem ser utilizados de forma positiva, de maneira que ocorra o *insight* do analista, ou até mesmo reflexões pós sessão.

Vale a pena acrescentar que na recepção das mensagens que o paciente lhe dá, o terapeuta deve verificar se:

[...] O paciente está conseguindo escutar? (é diferente de, simplesmente ouvir) e o terapeuta está sabendo fazer uma escuta da escuta?; a escuta pode estar sendo paranóide? (desconfia de tudo que ouve e tende a porfiar) ou submissa-passiva? (concorda com tudo, sem parar para refletir), ou a escuta é excessivamente narcisista? (neste caso, tudo o que o paciente, ou o analista ouve, passa a girar em torno de seu próprio umbigo). (ZIMERMAN, 2008, p. 9).

O autor acrescenta que em sua mente o terapeuta pode tomar duas direções: a primeira, identificando-se com o que o paciente está projetando – dessa forma configura-se uma contratransferência patológica, repetindo modelos do passado do paciente; a segunda direção a ser tomada é a de que o terapeuta pode lançar mão desses sentimentos desagradáveis que estão sendo provocados pelo paciente - não se envolve patologicamente, mas percebe que suas sensações são derivadas da comunicação do paciente em linguagem “não verbal”, provenientes dos efeitos contratransferenciais. O que o terapeuta está sentindo é uma demonstração do que seu paciente está sentindo há muito tempo. Se o terapeuta conseguir abrir-se para essa comunicação entre seu inconsciente e o inconsciente do paciente, terá

conseguido alcançar sua capacidade de empatia (ZIMERMAN, 2008). Para complementar essa ideia, retomemos Zaslavsky (2005), que pontua a necessidade de observar não só o que é dito verbalmente, mas também o que se diz sem o uso da fala; daí a importância da contratransferência, que permite ao terapeuta esse tipo de escuta.

Pimentel (2007) destaca que o terapeuta, sem perceber, pode violentar¹ o método, utilizando-se de uma diversidade de técnicas psicoterápicas, sem ao menos conseguir prever que caminhos surgirão a partir do contato entre dois inconscientes; mas mesmo assim não incorrerá em um comportamento antiético. Um exemplo que Pimentel (2007) nos dá é o de um paciente narcísico que precisará de um analista-mãe que consiga suportar toda a sua agressividade e não sentir-se destruído. O terapeuta deve perguntar-se se suportará, em silêncio, ser engolido, até que o paciente perceba que ele é outro. No que se refere à técnica Pimentel reafirma que:

Só quem pode transgredir, é aquele que sabe o que faz, sem por em risco o processo psicanalítico, em um espaço criado, de um lado, pelo inconsciente do analista, pela sua análise pessoal e supervisão, e do outro, pelo inconsciente do analisando. (PIMENTEL, 2007, p. 46).

Em meio a toda essa dinâmica está a pessoa do terapeuta. Macedo (2010, p. 21) afirma que a sensibilidade deste é muito importante, visto que, baseado nisso, determina sua interpretação dos vínculos que estão sendo construídos no *setting* e do sofrimento psíquico da paciente; essencialmente o terapeuta precisa “acolher, conter, decodificar, transformar, elaborar e devolver, em doses apropriadas, as identificações projetivas do paciente, depois de nomeadas e significadas”. Poderíamos dizer que é preciso sentir em si mesmo o que o paciente traz consigo. Também é necessário verbalizar esse sentir; dessa forma, é possível entender o que está acontecendo no inconsciente do paciente. Mas o que será dito não deve partir dele mesmo – terapeuta – ou do que considera o correto, apenas transmitir o que o paciente está lhe dizendo. (FONSECA, 1997 apud ANDREA 2006).

Fiorini (1992) apud Arango Cammaert e Moreno Franco (2009), para ressaltar a importância da flexibilidade terapêutica, diz que a mesma é definida pela capacidade que o terapeuta tem para identificar as atitudes e recursos técnicos que

¹ Entenda-se por “violentar o método” o que se refere a acrescentar que normalmente não se encontraria num atendimento psicanalítico, mas que, muitas vezes se faz necessário em respeito a individualidade do paciente.

estarão de acordo com a dinâmica de cada paciente. É preciso saber que as projeções acontecerão. Para isso é importante que o terapeuta tenha disposição para recebê-las – não identificar-se com elas, mas manter a sintonia com o paciente. Sua postura deve ser a de observar e interpretar esses sentimentos, estar completamente envolvido, da mesma forma como uma mãe está com o seu bebê: “flexibilizar-se sem perder a sanidade”. (MACEDO, 2010). O autor ainda complementa dizendo que se a contratransferência não for bem elaborada pelo terapeuta, o paciente pode acabar se identificando nessa dificuldade; se o terapeuta não conseguir realizar uma boa interpretação em relação à contratransferência pode provocar a ruptura do processo, ou mesmo tornar a terapia interminável. A relação terapêutica acontece de forma muito intensa e é preciso ficar atento a todo sinal transmitido; é importante estar ciente que:

No cerne da relação com os pacientes há sempre uma emoção, que é de amor, ódio ou conhecimento. E é neste meio emocional que se vai dando o pensamento possível, que tem por foco as emoções e vai criando significados, de forma que aquela experiência passa a ser significativa. (FROCHTENGARTEN, 2007, p. 126).

Acrescento à citação acima a ideia de Zimerman (2004) quando diz que a contratransferência ideal é aquela que aparece quando o terapeuta consegue perceber uma dupla identificação: a do paciente e a de seus objetos. Nesse processo de projeção e identificação, o espaço terapêutico deve mostrar-se como um lugar propício para a fala do paciente. Como disse Dias (2011), seu desejo de falar deve ir ao encontro do desejo de escutar do terapeuta; para ela, as manifestações contratransferenciais possibilitaram ao terapeuta sentir o que seu paciente está lhe comunicando, pois dessa forma é possível verificar a capacidade que o terapeuta tem para realizar boas observações e compreender o que acontece dentro de si através dessa comunicação. Nessa dinâmica, o terapeuta devolve ao paciente “em forma de interpretações, confrontações, assinalamentos ou construções, conforme suas capacidades e experiência”. (LARTIGUE de VIVES e VIVES ROCABERT, 2008, p. 147)

Naffah Neto (2010, p. 81) explica a maneira como Winnicott (1990) trabalhava em si mesmo os efeitos da contratransferência: “se mantém bastante distinto da dinâmica do paciente, receptivo e vulnerável a ela, mas sustentando-se sobre os próprios pés, não entrando nunca numa relação de tipo fusionada”. Na relação terapêutica, o terapeuta encenará diversos papéis: ocupará todos os lugares sem

sair do lugar, acompanhando os movimentos transferenciais; desta maneira, Palhares (2008, p. 103) afirma que: “A raiz infantil, a natureza inconsciente, as vivências emocionais vão engendrar repetições que tornam a clínica psicanalítica uma encenação contemporânea do passado”.

Mello (2004) enfatiza que, o que causa sofrimento ao paciente é demonstrado através “do sintoma, do lapso, do sonho, do ato falho”. Através do tratamento terapêutico tudo isso será descortinado e entregue ao paciente. Zimmerman (1995) apud Correa e Seminot (2005, p. 149) afirma que é possível a ocorrência de “*insights* contratransferenciais” enquanto se atende o paciente; segundo ele, assim como a terapia é uma construção, o compreender a “contratransferência também o é”. É preciso ter em mente que o terapeuta necessita garantir um movimento de sustentação no *setting*, mantendo-se como um ser único e pleno nesse ambiente; dessa forma será dada ao paciente a possibilidade de também se sentir único e real, livrando-se das amarras da doença. (MENCARELLI e VAISBERG, 2007)

Como em qualquer profissão, do terapeuta exige-se paixão pelo que faz e principalmente, amor pelo paciente. Para Kahtuni (2005) esse é o mesmo sentimento que a mãe dispensa ao filho em sua maternagem primária. Este sentimento, por parte do terapeuta, poderá ser utilizado de forma terapêutica, pois o paciente se fortalece pelo amor sinalizado através dos gestos do terapeuta. Da mesma forma como a mãe acolhe o bebê para garantir-lhe boas condições de desenvolvimento, o *setting* deve configurar-se da mesma forma.

Diante de tudo isso não se deve compreender taxativamente que o terapeuta não pode errar. Seria realmente uma utopia e a literatura nos demonstra isso. Ferenczi (1992) citado por Kahtuni (2005) aponta que, ao reconhecer um erro diante do paciente, sua confiança aumenta ainda mais. O autor ainda nos alerta que um paciente em que está revivendo estágios anteriores precisa de um terapeuta empático, além do que:

“Precisa de um profissional que lhe ofereça um *holding* consistente, que faça um bom manejo do *setting*, que permaneça atento à sua própria sensibilidade e aos movimentos psíquicos que se desenvolvem como uma resposta à imaturidade psíquica e ao tipo de dependência do paciente. Cabe ao terapeuta o cuidado de manter um pé na realidade externa e outro na identificação que faz com seu paciente”. (KAHTUNI, 2005, p. 208).

Para Kahtuni (2005) é responsabilidade do terapeuta manter o equilíbrio do *setting*, ser autêntico e criativo em seus afetos, ser sensível, ficar atento às

necessidades do paciente ao assumir um novo modelo do passado ou da ausência deste. Prat (2006) considera o trabalho interpretativo do terapeuta como uma gestação, ao longo da qual carrega “aspectos não desenvolvidos do psiquismo do paciente” com o objetivo de ajudá-lo a crescer. Heimann (1950) apud Gonçalves (2012) diz que “se o analista não consulta sua contratransferência corre o risco de fazer uma interpretação empobrecida”. Gonçalves (2012) ainda considera que para Winnicott a contratransferência exerce uma função muito importante no tratamento, pois, através de seu impacto afetivo o terapeuta pode entender qual é a necessidade de seu paciente.

Como precursora contemporânea da discussão sobre contratransferência, Paula Heimann levanta alguns questionamentos necessários para o trabalho do terapeuta, a fim de que ele possa encontrar suas reais necessidades e motivar o paciente a encontrar as suas próprias:

O quê? Por quê? Quem? A quem? O que está fazendo o paciente neste momento preciso? Por que o faz? Quem o analista representa neste momento? Que aspecto do passado está dominando o paciente? Em que forma isto representa uma resposta a uma interpretação anterior? O que significou para o paciente, segundo seus sentimentos? (HEIMANN, 1960, p. 148 apud ANTONELLI, 2006, p. 38).

Pensar na contratransferência como um instrumento terapêutico é essencial, mas o terapeuta não pode esquecer-se de aliar a isso sua escuta e ocupar o lugar de objeto da transferência de seu paciente (SILVA, 2011), o terapeuta não está ali para conjecturar possibilidades para seu paciente ou mesmo elaborar juízo de valor e de julgamento das coisas que ouve do paciente; para Silva (2011) o terapeuta deve manter uma postura ética diante do que escuta. Para encerrar esse capítulo tomo as palavras de Frochtengarten (2011, P. 307), pois nos remete, de forma poética, exatamente ao que essencialmente deve ser nossa prática terapêutica: “Não há, no trabalho de psicanálise, cartografia minuciosa a escorar caminhos desconhecidos, mas sim, nortes para onde nossas bússolas podem apontar. Cabe a cada analista descobrir as direções por onde navega”.

4.4 – Responsabilidade com a própria atuação

Até esse momento vimos o que os autores dizem sobre o conceito de contratransferência, o que nos trouxe algumas questões sobre a técnica psicanalítica. Agora, chegamos ao ponto nodal do trabalho: a reflexão sobre a saúde mental e emocional do terapeuta. Para tratar deste assunto, este capítulo foi subdividido em duas partes, versando sobre a importância da supervisão e da terapia pessoal. Para isso, partimo-nos do pensamento do psicanalista argentino, Norberto Marucco que pontua que o terapeuta deverá dar conta de tudo o que ocorre dentro do *setting*, no paciente e em si mesmo. (MARUCCO, 2008). Toda dinâmica existente dentro do *setting* é intrigante e levanta questionamentos tais como o de Korbivcher (2011, p. 167): “[...] Que ofício é este no qual o profissional se expõe a tal ponto que a sua vulnerabilidade, intimidade, configuração edípica farão necessariamente parte de seu campo de trabalho?” A autora ainda esclarece que a personalidade do terapeuta está totalmente envolvida no processo e que seria um dos mais importantes pilares em que se apoiar.

Portanto, é impossível pensar que o terapeuta não será afetado, pois para Pick (1990) apud Gavião et al (2011) pensar assim mostra claramente a hipocrisia e insensibilidade deste profissional. Dentro desse espaço o paciente projetará em seu terapeuta questões do seu mundo interno, e isso determinará a relação que será estabelecida entre eles. (ARANGO CAMMAERT e MORENO FRANCO, 2009). Na projeção do paciente em relação ao terapeuta, personagens de seu passado são revividos; quando essa projeção permanece, o paciente fará de tudo para que o terapeuta comporte-se como esses personagens. Patella (2004) observa que a contratransferência como ferramenta, pode ser bem utilizada pelo terapeuta, possibilitando verificar com antecedência que tipo de reação pode emanar do paciente.

Em Marques (2011) lemos que o mais importante é que o terapeuta faça-se presente na interação com o paciente: observar-se constantemente para que consiga perceber seus reais sentimentos. O trabalho terapêutico utiliza-se da escuta

para a análise do que o paciente traz ao *setting*. Para Silva (2011), essa escuta deve permanecer apoiada num tripé composto do “estudo teórico, a supervisão da técnica e a experiência da análise pessoal”. Frochtengarten (2007) aponta que não é possível ao terapeuta dividir-se para realizar o atendimento clínico; ali ele encontra-se inteiro, além de também sofrer a interferência de afetos, da mesma forma como o paciente. Para Forlenza Neto (2008) durante o atendimento clínico é preciso que o terapeuta reconheça a regressão existente para controlar seus próprios sentimentos. Não deve evitar o que lhe causa sofrimento, e sim, sobreviver; trata-se de uma sobrevivência porque o paciente pode se dar conta da influência destes afetos, e o próprio terapeuta não. Portanto, não basta sentar-se diante de alguém e acreditar que as coisas mudarão pelo simples fato de ouvi-lo.

4.4.1 – Supervisão

Todo profissional deve empenhar-se na busca pela excelência em sua atuação. Existem várias estratégias que auxiliam nessa busca. A técnica, fundamentada em uma teoria – desde que não se permita um engessamento da prática – revela-se muito importante. Vale ressaltar que a vida profissional não se restringe a isso; existem outras atividades que viabilizam o crescimento do terapeuta, tais como a participação em seminários, congressos, leituras e supervisão. É tranquilizador saber que o terapeuta não está sozinho em sua caminhada... Eizirik (2006) aponta que autores reforçam essa necessidade e também pontua como necessidade a troca de informações e discussão entre colegas.

Para Freud (1996), todo principiante sente-se receoso a encarar o que vem à sua frente no que se refere à interpretação dos objetos internos do paciente, mas, depois de iniciado o trabalho, percebe que a única coisa que têm a fazer é o manejo da transferência. Contudo, até que isso aconteça, a orientação de alguém mais experiente facilitará e reduzirá a ansiedade do terapeuta, como também proporciona dirigir sua atenção a alguns pontos cegos.

Um terapeuta deve abster-se de um trabalho isolado (PEARLMAN, 1995 apud EIZIRICK, 2006); realizar supervisão constantemente e discutir o caso com colegas auxiliaria o terapeuta em seu processo de conhecimento de si mesmo e também do paciente. Para Eizirick (2006), a experiência diária do terapeuta imprimir-lhe-á uma identidade profissional, e isso o auxiliará e influenciará na dinâmica do paciente.

4.4.2 – Terapia Pessoal

Como foi dito anteriormente, conhecer como se dá o desenvolvimento humano, ou mesmo os fatores desencadeantes de determinadas ações do ser humano, não é fator único de qualificação de nenhum terapeuta. Este deve inserir em sua prática o conhecimento de si mesmo através da terapia pessoal.

No trabalho terapêutico, geralmente observa-se os sintomas e as reações do paciente ao tratamento, mas poucas vezes verifica-se a preocupação com quais são as reações do processo terapêutico no terapeuta. Marucco (2008) nos mostra a importância que tem para o terapeuta a verificação de seus ideais, ao distinguir seus desejos dos desejos do outro, e continua dizendo:

[...] desentranhar os mandatos, os desígnios, as forças pulsionais que orientam sua vocação; enfrentar sua própria tendência a idealizar (seu analista, a instituição, a psicanálise, seus colegas), e sua revolta em abandonar o lugar idealizado redivivo em seu próprio narcisismo. (MARUCCO, 2008, p. 188)

Segundo o mesmo comentador, o terapeuta encara o “mais complexo, maravilhoso e enigmático do ser humano — ou seja, nós mesmos”. Para Freud (1996) a terapia tem condições de favorecer as funções do ego; dessa forma, a tarefa estará realizada. Andrade e Herzog (2011) avaliam que é necessário o trabalho do afeto por parte do terapeuta, para que este consiga transformar em palavras o que lhe foi dado transferencialmente; de outro modo não reconhecerá nem conseguirá nomear seus sentimentos.

Existe ainda outro fator muito importante no que se refere à terapia: Marucco (2008) diz que se deve pensar na “pós-análise”, que se refere à continuação do trabalho analítico, mesmo sem a presença do analista. Apesar de Marucco estar

aqui se referindo à figura do analista², acreditamos que sua referência seja igualmente pertinente referir-se ao terapeuta/psicólogo. Na dinâmica psicoterapêutica é preciso estar atento a determinados sinais, que mostram a dificuldade que está sendo sentida pelo profissional. De acordo com Marucco (2008), um desses sintomas se refere à “paralisia da atenção flutuante”, o que dificulta a conexão do terapeuta ao que é imprescindível na fala do paciente. Outro sintoma pontuado que para ele, é ainda mais complexo, é o sentimento de hostilidade em relação ao trabalho terapêutico. Para ele, o principal objetivo da terapia pessoal é a autoanálise, que o auxiliará em sua prática e em sua “reflexão íntima”. Andrea (2006) assinala que os afetos estão presentes em toda sessão, independente de sua origem. A autora ainda afirma que o sentir do terapeuta precisa tornar-se instrumento utilizado por ele mesmo para o crescimento pessoal e para o paciente.

Fernandes (2011) escreve que ao longo de sua jornada, o terapeuta pode incorrer na crença de que o paciente está muito lento, e então realizar interpretações puramente baseadas em experiências anteriores ou em suas ideias particulares. Ao utilizar sua experiência e a vivência em sua terapia pessoal, o profissional pode sentir-se realizado com a tarefa que desempenha. (KAHTUNI, 2005)

Coutinho (2004) aponta que pode existir certo desconforto por parte do terapeuta diante da contratransferência. Esse pode ser um indicativo de que o retorno à terapia pessoal ou mesmo à supervisão de seu trabalho faz-se necessário.

A compreensão de seu próprio funcionamento psíquico (ISOLAN, 2005) e a melhor compreensão de sua própria história (MARUCCO, 2008) são objetivos da terapia pessoal. Sendo assim, a terapia pessoal possibilita a segurança do trabalho terapêutico, e:

Isto implica, em primeiro caso, um reassuramento ante o risco do abuso contratransferencial pela possibilidade que oferece de discriminar entre o que é próprio e o que é do outro; porém, é ainda uma ferramenta eficaz para restituir o valor operativo da interpretação, ao ajudar a dissolver os próprios falsos enlaces que se produzem no analista durante a consecução de um processo analítico. (MARUCCO, 2008, p. 192)

Na dinâmica de seu trabalho o terapeuta abre mão de si mesmo em nome de “um desejo maior” (MACHADO, 2008). Ao mesmo tempo Pimentel (2007) nos

² Profissional formado em psicanálise e membro de alguma Associação Psicanalítica.

aponta que o terapeuta deve perceber-se como um ser não preenchido totalmente: em si também existe um vazio, da mesma forma como seu paciente – sabe que foi castrado, não é onipotente e que deve submeter-se a uma lei. Dessa forma, a autora leva o leitor a compreender que o terapeuta não se constitui apenas pela teoria escolhida e pelas estratégias que utiliza, mas também por sua terapia pessoal. Zimerman (2004) apud Macedo (2010) fala da teoria bioniana para referir-se à capacidade do terapeuta em manter suas angústias sob controle.

Quando está diante de uma situação que não consegue compreender durante a sessão; nesta situação, precipitar-se em interpretar o material do paciente pode ser uma busca para o alívio de suas próprias angústias, mas esta atitude acaba impedindo a manifestação dos sentimentos do paciente. Mas, no que tange a esta questão, cabe inquirir: como ficam os sentimentos do terapeuta? Como identificá-los? Como mantê-los sob controle?

Andrea (2006) ressalta que as necessidades antigas do terapeuta acabam sendo retomadas no atendimento ao paciente. Cito Fontanella (2012) para reforçar o que está sendo dito: para ele, pessoas que não conseguem enxergar suas próprias dificuldades, tornam seu dia-a-dia profissional ainda mais difícil, pois, mais cedo ou mais tarde terão de enfrentar questões que são suas e que apareceram no manejo da clínica e que dizem respeito a eles mesmos. O trabalho terapêutico exige entrar no inconsciente do paciente, sentir sua angústia, perceber seus desejos e dar-lhes significado; em última instância, exige pensar constantemente no que o paciente não quer e nem consegue pensar, “nos furos, no inconcluso, no instável, nas entrelinhas, no estranho, no desagradável, na angústia, no invisível, na doença, no sintoma, no intangível, no irrepresentável, no sem-sentido...” (FERREIRA, 2008, p. 68). Na literatura científica é fácil encontrar relatos sobre sentimentos como ódio, confusão, etc., mas, como bem pontua Zimerman (2004), o narcisismo do terapeuta não aparece, e esta ausência nada mais é do que um indício de negação, ou mesmo de vergonha, e uma tentativa de esconder. Dessa forma, o terapeuta precisa posicionar-se de maneira a:

[...] valorizar o saber que cada paciente traz em si, por vezes fruto do próprio convívio íntimo e profundo com seu sofrimento. Todo terapeuta que se colocar em posição de suposto saber, que o paciente não tem, falhará em acompanhar a evolução de alguém, força inata humana. Toda pessoa carrega em si uma semente à espera de se desenvolver. Isso acontece quando a confiança se estabelece, mas nunca sabemos quando e se ela de fato aparecerá. (ANTÚNEZ, 2012, p. 87)

Para Zimerman (2004), o terapeuta deve ter consciência das consequências da contratransferência e estar preparado para separar o que é projeção e o que é dele. Macedo (2010) aponta que a atitude do terapeuta não deve ser nem paranoica nem fóbica diante de seus próprios sentimentos, para não negá-los. Sua atitude diante da contratransferência é uma demonstração que o terapeuta tem de seus sentimentos. (RAMOS, 1994 apud MACEDO, 2010). Para Zimerman (2004), deve-se ter cuidado com as sensações e principalmente deve-se nutrir respeito pelo paciente, pois certamente nem tudo se refere à contratransferência. O terapeuta precisa conter em si os sentimentos que foram despertados através da contratransferência; de outra forma, corre o risco de descarregá-los do mesmo modo como seu paciente o faria. (HEIMANN, 1995 apud ISOLAN, 2005).

Guia (2011) alerta que o terapeuta precisa antecipar os efeitos da contratransferência e “estar atento à própria angústia”. O envolvimento do terapeuta, segundo Cavallari e Moscheta (2013), deve ser completo; precisa compreender os processos de transferência e contratransferência para não reproduzir modelos engessados pelo inconsciente. Andrea (2006) baseia-se nos textos de Grotjhan (1983) e Zimerman (1997) para esmiuçar algumas características que são necessárias a todo terapeuta que trabalha com grupos, e em especial todos que realizam atendimento clínico:

ser dirigido pelo desejo de entender; usar a espontaneidade como dispositivo técnico; confiar em si mesmo; ser uma pessoa real, mas também uma figura de transferência; ser um indivíduo que conhece a ansiedade e o medo, bem como a depressão e o desespero; ter uma atitude maternal e de entendimento; ter força e resistência para as lutas necessárias do grupo; poder se colocar no papel de cada paciente e entrar no “clima do grupo”; ter condições de perceber que sentimentos provêm do paciente e quais são dele; conter suas próprias angústias, de modo que não invadam toda sua mente; agir como uma mãe que acolhe, decodifica e dá significado às experiências emocionais da criança; decodificar a linguagem não verbal para a verbal. (ANDREA, 2006, p. 53 3 54)

É importante salientar que, como seres humanos, carregamos no corpo o resultado de tudo que fazemos e sentimos. E nesse sentido, Ferreira (2008) levanta a hipótese de que há possibilidade de que o terapeuta sofra em seu corpo o resultado do contato com a raiva, a dor e a angústia de seus pacientes, ao longo de sua atuação. Dessa forma, fica mais do que evidenciada a necessidade de cuidado terapêutico do próprio terapeuta. Ferenczi (1932) apud Ferreira (2008) também nos

alerta sobre a importância da saúde mental do terapeuta ao observar como ele mesmo era afetado pelo atendimento realizado a seus pacientes, fazendo, na sequência, uma crítica à hipocrisia daqueles que se recusam analisar os sentimentos gerados nos atendimentos. O autor ainda preocupa-se com o efeito do contato na sobrecarga trazida pelo paciente, sobrecarga esta que pode acarretar em doenças e até mesmo suicídios.

Frochtengarten (2007) alerta que no momento em que o terapeuta começa a dar-se conta que está envolvido emocionalmente, seu estado mental se afeta quando escuta o paciente. Aulagnier (1995, apud FERREIRA, 2008) afirma que o sucesso no atendimento clínico está alicerçado na habilidade que o terapeuta deve ter para “criar pensamentos novos, pensar o inesperado e sentir prazer nisso”. A escuta é uma das ferramentas disponíveis ao terapeuta, que deve ser preservada, mantendo-se o equilíbrio prazer-desprazer. “O analista tem que ficar atento para que o *remédio* para seus clientes não vire *veneno* para ele mesmo.” (FERREIRA, 2008, p. 67 e 68)

Realizar terapia durante certo período, por melhor que seja, não é garantia de saúde mental para o resto da vida (FERREIRA, 2008). Carrega-se, mesmo como terapeuta, pontos cegos, que influenciarão e impedirão de pensar com clareza nossas impossibilidades e discernimento clínico. Para Zimerman (2004), a existência de pontos cegos do terapeuta podem dificultar o vínculo entre o par terapêutico e acabar numa “contratransferência patológica”.

Frochtengarten (2007), afirma que seguidores da teoria kleiniana acreditam que devem aproveitar os sentimentos expostos pelo paciente. Segundo sua opinião, o terapeuta que realiza terapia pessoal terá maiores possibilidades de acessar seu inconsciente. Além disso, encontrar um lugar na teoria aos sentimentos do terapeuta ajuda-o a diminuir seu sofrimento. Para tanto, salienta que é necessário possuir humildade para reconhecer seus limites, mas ao mesmo tempo o reconhecimento destes limites pode levá-lo equivocadamente a considerar que está protegido, como se seu inconsciente estivesse preservado.

Além da importância da terapia pessoal, Freud (1996) ressaltou a importância da auto-análise:

[...] notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto

esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. Qualquer um que falhe em produzir resultados numa auto-análise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer ideia de tornar-se capaz de tratar pacientes pela análise. (FREUD, 1996, p. 150)

Dentro do *setting* ainda é possível que ocorra, segundo Zimerman (2004), situações em que o terapeuta não sabe ou não consegue visualizar o que o paciente está lhe mostrando. Nesta impossibilidade, procura realizar “pseudo-interpretações” que têm por objetivo aliviar a si mesmo. O autor continua dizendo que a contratransferência influencia o terapeuta a selecionar os pacientes que atenderá e suas escolhas acabam parando nos pacientes que, de alguma forma, trazem gratificações à sua “necessidade neurótica”. Para Saffer (2007), é preciso verificar com que grau o terapeuta suporta a transferência; se existir controle de forma excessiva, pode-se avaliar sua conduta como sádica – sua intolerância pode levar à utilização de medicação, é preciso que o terapeuta mantenha-se tolerante. É imperativa a necessidade de auto-análise por parte do terapeuta, com vistas a poder elaborar e dar conta da complexidade da contratransferência, pois a mesma influencia a capacidade de interpretação do terapeuta. (ZIMERMAN, 2004)

É claro que o terapeuta está sujeito a sentimentos contratransferenciais como ódio, atração erótica, etc, e não conseguirá impedi-los de surgir, mas pode conter esses sentimentos dentro de si. Do contrário, pode ocorrer um desgaste emocional muito grande, tornando sua prática penosa e desgastante, sendo que a mesma – apesar de difícil – bem pode ser prazerosa (ZIMERMAN, 2004).

É muito importante que o terapeuta atualize sua capacidade de observar e de distinguir os efeitos da contratransferência em si mesmo através da análise pessoal. Em seu artigo “Contratransferência e enquadre psicanalítico em Pierre Fédida”, Dias e Berlinck (2011) afirmam que: “Esta exigência de que o analista se submeta ao processo analítico para desvendar sua própria dinâmica psicopatológica é a única base confiável para que o analista compreenda o processo psicopatológico de seu paciente”. É possível encontrar na literatura científica relatos de analistas sobre a importância da contratransferência e a necessidade de organização psíquica para suportá-la. Cito Klein como um desses exemplos:

[...] a partir do registro de meus próprios pensamentos e sentimentos, pude compreender minha contratransferência, e deste ponto pude “sobreviver” (Bake, 1994), e evitar ser “diluída” na transferência do paciente, o que, ao final, poderia conduzir a um fracasso terapêutico. (KLEIN, 2011, p. 171)

O fracasso nunca passa pela cabeça de um terapeuta, mas é preciso tomar muito cuidado, pois, quer queiramos ou não, ele existe. Teixeira da Silva (1996, apud ISOLAN, 2005) salienta que seria muito importante que em sua terapia pessoal conseguisse superar suas questões edípicas e pré-edípicas, superação esta complementada com sua formação teórica e prática; mas, infelizmente ele mesmo diz que isto não existe, e por isso, se deve trabalhar a si mesmo, conscientes de que essa atividade é uma fonte que nunca cessa. Em Silveira (2008), vemos que a terapia pessoal não tem a intenção de padronizar os profissionais, mas de fortalecer características que lhes são próprias. Para Korbivcher (2011) a terapia pessoal ajuda a desenvolver no terapeuta a “capacidade intuitiva e de auto-observação”, e desta forma o terapeuta estará cada vez mais próximo de quem ele realmente é; garantir que o terapeuta estará ciente de suas atitudes e do modo como elas afetam seu paciente e a ele mesmo é de fundamental importância.

Para Rezze (2009, apud Portolese, 2011) dentro da dinâmica do *setting* o terapeuta possibilitará que os dois, paciente e terapeuta, se transformem para uma atuação que nunca houve, podendo até mesmo acessar o que nunca surgiu. Retomo o que Freud (1996) escreveu e que foi citado anteriormente nesse capítulo, que o terapeuta não conseguirá avançar além do que seu psiquismo permite, de forma que cuidar de si mesmo é imprescindível para o sucesso no cuidado do outro.

5 – Considerações Finais

Vivemos em um mundo, onde as patologias tornam-se ainda mais graves e tomam grande dimensão social. A humanidade se questiona *como e porquê* determinados comportamentos são apresentados por pessoas que nem imaginamos que possam cometê-los. Existe um clamor pelo entendimento do comportamento humano, mas conhecer as reais razões para que levem um indivíduo a comportar-se de maneira *A* ou *B* não é tarefa fácil. O indivíduo que se propõe a compreender o comportamento humano necessita amparar-se teoricamente para isso. Pesquisa e investigação da própria prática são elementos importantíssimos para o sucesso de uma terapia. Entretanto, é preciso lembrar que o terapeuta também é um ser humano que possui, como todos os outros, uma história de vida. Vários personagens ficaram marcados em sua memória, situações traumáticas ou de sucessos, percepções acerca do que acontece em seu ambiente ficaram registrados, e, portanto, ao se colocar a trabalhar questões inconscientes dos pacientes exige que o terapeuta conheça suas limitações e possibilidades. Acima de tudo, exige que se reconheça.

A sociedade contemporânea está doente: depressão e comportamentos antissociais são cada vez mais frequentes, bem como o stress, os transtornos alimentares, etc. Neste cenário, o trabalho terapêutico encontra desafios para sua atuação. O terapeuta, como ser integrante dessa sociedade, também está à mercê das patologias do cotidiano. Por isto atentar para a saúde mental do terapeuta é imprescindível. Desnecessário dizer que se torna uma urgência, ou mesmo uma obrigatoriedade, a terapia pessoal. O terapeuta precisa encontrar um lugar seguro para expor suas dificuldades pessoais e profissionais, e para tanto, colocar seu trabalho sobre o escrutínio de um profissional mais experiente também lhe trará a segurança necessária e, ao mesmo tempo, o impedirá de colocar-se no pedestal do suposto saber. Submeter a supervisão de seu trabalho a outro olhar contribui por impedir de sentir-se soberano, detentor do poder e da chave que abre todas as portas do inconsciente de cada paciente. Em meio a todas estas posturas éticas de exame pessoal e profissional, o autoexame das fantasias contratransferenciais ocupa lugar privilegiado, e a ele devemos prestar a devida importância. A

contratransferência influencia de maneira direta o desempenho do terapeuta e, conseqüentemente, atua de forma favorável ou desfavorável na dinâmica do *setting*.

Olhar-se para enxergar o outro é o ponto central da prática terapêutica. É mágico, e ao mesmo tempo, imprescindível.

6 – REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ana Bárbara de Toledo; HERZOG, Regina. Os afetos do analista na obra freudiana. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, pp. 119-31, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

ANDREA, Maria Amélia. Transferência e contratransferência: o sentir como instrumento de trabalho no processo grupal. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, dez. pp. 51-58, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

ANTONELLI, Elisabeth. **O amor e o ódio na contratransferência**: considerações sobre o lugar do analista em casos de difícil acesso. 2006. f. 103. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

Antúñez, Andrés Eduardo Aguirre. Sombras da Depressão na clínica psicológica, in Wondracek, Karin H. K.; Hoch, Lothar C.; Heimann, Thomas. Sombras da alma: tramas e tempos da depressão. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2012.

ARANGO CAMMAERT, Ana María; Moreno Franco, Miguel Fernando. Más Allá de la Relación Terapéutica: Un Recorrido Histórico y Teórico. **Act.Colom.Psicol.**, Bogotá, v. 12, n. 2, jun. pp. 135-45, 2009. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação – 7ª Ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BRÍGIDO, Maria Aparecida da Silveira. PERES, Marilda. SILVA, Sônia Nunes da. Tempos da depressão: O mal-estar do século XXI. In WONDRAČEK, Karin H. K., HOCH, Lothar C. e HEIMANN, Thomas. **Sombras da alma**: traumas e tempos da depressão. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2012, Cap. 7, pp. 183-91.

CAVALLARI, Maria de Lourdes Rossetto; MOSCHETA, Murilo dos Santos. Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jun. pp. 43-50, 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2013.

COELHO, Maria Tereza Ávila Dantas. As novas dificuldades na clínica e a formação do psicanalista. **Cogito**, Salvador, v. 8, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

CORREA, Juliano; SEMINOTI, Nedio. Contratransferência do psicólogo coordenador de grupos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 141-55, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. Contratransferência, perversão e o analista in-paciente. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 26, n. 51, Ago. pp. 29-42, 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

DIAS, Helena Maria Melo; BERLINCK, Manoel Tosta. Contratransferência e enquadre psicanalítico em Pierre Fédida. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, pp. 221-31, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

DÓCOLAS, Janete Rosane Luiz. Freud e o mal-estar na cultura. In Docolas, Janete Rosane Luiz. (org) **Estudos Introdutórios à Psicanálise**. Sigmundo Freud Associação Psicanalítica – Porto Alegre: Evangraf, 2011. Cap. 7, P.119-28.

EIZIRIK, Mariana et al. Contratransferência e trauma psíquico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, pp. 314-20 set/dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 maio 2013.

FARINATI, Débora Marcondes. A psicopatologia na Psicanálise e na Vida cotidiana. In Docolas, Janete Rosane Luiz. (org) **Estudos Introdutórios à Psicanálise**. Sigmund Freud Associação Psicanalítica – Porto Alegre: Evangraf, 2011. Cap. 6, P. 107-18.

FERNANDES, Waldemar José. O Narcisismo dos pacientes e terapeutas: uma perspectiva vincular. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez. pp. 150-161, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

FERREIRA, Rodrigo Mendes. O corpo do psicanalista: possíveis impactos da clínica no corpo do analista. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 30, n. 56, out. pp. 61-70, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952008000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JUNIOR, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, jan/mar. pp. 63-71, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

FORLENZA NETO, Orestes. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. pp. 82-88, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

FREUD, Sigmund. (1910) **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica**, In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago. 1996. pp. 143-56.

FREUD, S. (1915). **Observações sobre o amor transferencial**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago. 1996. pp. 207-21.

FREUD, Sigmund, (1930) **O mal-estar na civilização**. Tradução Paulo César de Souza. – São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.

FROCHTENGARTEN, Julio. Clínica: a teoria encarnada no analista. In: Rezze, Cecil José; Marra, Evelise de Souza; Petriccioni, Marta. **Psicanálise: Bion. Clínica↔Teoria**, 1ª Edição, São Paulo, Vetor, 2011. Cap. 21. P. 295-307.

GABBARD, Glen O.. “Recluso numa casca de noz”: pensamentos sobre complexidade, reducionismo e “espaço infinito”. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. pp. 131-47, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

GAVIAO, Ana Clara Duarte et al . A delicadeza no campo analítico: estudando contratransferência e enactment pela internet. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 44, n. 81, dez. pp. 203-22, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

GONÇALVES, Carla Alessandra Barbosa. **A contratransferência na clínica contemporânea: abertura para o inédito**. 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, 2012.

GUIA, Elisa Rennó dos Mares. O desejo do analista e a não especificidade da clínica psicanalítica. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, jun. pp. 39-46, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

HORN, Admar. Construções em psicossomática psicanalítica. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. pp. 55-58, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-41X2008000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

IGLESIAS, Eny Lima. O analista na relação do sujeito com o desejo. **Cogito**, Salvador, v. 7. Pp. 21-27, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792006000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

ISOLAN, Luciano Rassier. Transferência erótica: uma breve revisão. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, mai/ago. pp. 188-95. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

KAHTUNI, Haydée Christinne. O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 9, n. 16, jul/dez. pp. 197-212. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

KLEIN, Raquel Tawil. Perversão de transferência e enactment: um caso clínico. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 44, n. 81, dez. pp. 163-74. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

KOLENKAUTSKY, Saúl Peña. Psicanálise hoje: minha experiência de quarenta anos como psicanalista. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 74, jun. pp. 225-37. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

KORBIVCHER, Célia Fix. A mente do analista: personalidade e teorias. Teorias do analista: transformações em K→O? In: Rezze, Cecil José; Marra, Evelise de Souza; Petricciani, Marta. **Psicanálise: Bion. Clínica↔Teoria**, 1ª Edição, São Paulo, Vetor, Cap. 13. P. 167-81. 2011.

LARTIGUE DE VIVES, Teresa; VIVES ROCABERT, Juan. Reações contratransferenciais e gênero do analista e analisando/a. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. pp. 145-52. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

MACEDO, Carina Rugai Moreira de. A função continente e o uso da contratransferência como instrumentos na psicoterapia de grupo com pacientes com severas perturbações no desenvolvimento do psiquismo. **Vínculo**, São Paulo, v. 7, n. 2, pp. 16-23. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 30, n. 56, out. pp. 35-40. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

MARQUES, Miguel. Conjecturas sobre “vir a ser psicanalista”. In: Rezze, Cecil José; Marra, Evelise de Souza; Petricciani, Marta. **Psicanálise: Bion. Clínica↔Teoria**, 1ª Edição, São Paulo, Vetor, Cap. 24. P. 339-50. 2011.

MARUCCO, Norberto C.. A análise do analista: análise didática, reanálise, auto-análise. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 74, jun. pp. 187-96. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jul. 2013.

MELLO, Carlos Antônio Andrade et al. Perversão - pulsão, objeto e gozo. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 26, n. 51, dez. pp. 51-56. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952004000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2013.

MENCARELLI, Vera Lúcia. **Compaixão na contratransferência: Cuidado emocional a jovens HIV+(s)**. 2010. f. 272. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo.

MENCARELLI, Vera Lúcia; VAISBERG, Tânia Maria José Aiello. Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 93-107. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

NAFFAH NETO, Alfredo. As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de D. W. Winnicott. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 43, n. 78, jun. pp. 79-90. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

PALHARES, Maria do Carmo Andrade. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 100-11. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

PATELLA, Luciana. **Contratransferência da análise de crianças e adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Rio de Janeiro, 2004. I, 84 f.: il. – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

PIMENTEL, Déborah. Violência e ética. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 30, ago. pp. 43-50. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

POLKING, Maria Paulina Hummes. Transferência e contratransferência – fenômenos da relação analítica. In: BRAGA, Eneida Cardoso e LARA, Luciana Maccari. **Escuta Analítica: inícios de uma prática/ Sigmund Freud Associação Psicanalítica (SIG) – Porto Alegre: SIG, 2008. 194 p.**

PORTOLESE, Darcy Antonio. Quando crio e quando copio? Correlações entre as teorias do analista e as teorias clássicas na experiência clínica. In: Rezze, Cecil José; Marra, Evelise de Souza; Petriccioni, Marta. **Psicanálise: Bion. Clínica↔Teoria**, 1ª Edição, São Paulo, Vetor, Cap. 16. P. 215-31. 2011.

PRAT, Régine. O branco do traumatismo: a estratégia defensiva da terra queimada. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 17, jan/jun. pp. 13-29. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

SAFFER, Paula Lubianca. O desafio da integração psicoterapia-psicofarmacoterapia: aspectos psicodinâmicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, ago. pp. 223-32. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

SAFRA, Gilberto. A questão da depressão: horizontes antropológicos. In Reblin, Iuri Andréas. Sinner, Rudolf Von. (orgs) **Religião e Sociedade: desafios contemporâneos**. – São Leopoldo: Sinodal/EST, 2012, Cap. 17. P. 283-289.

SILVA, Clarice Moreira da. Escuta Analítica. In Dócolas, Janete Rosane Luiz (org.) **Estudos introdutórios à psicanálise**. Sigmund Freud Associação Psicanalítica – Porto Alegre: Evangraf, Cap. 3. P. 55-73. 2011.

SILVEIRA, Bruno Medici. **Agressividade na ludoterapia: impacto na contratransferência**. São Paulo, 2008. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo. 2008.

WEGNER, Peter. Trabalho psicanalítico processualmente orientado na primeira entrevista e a importância da cena de abertura. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 45, n. 82, jun. pp. 223-42. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2013.

ZASLAVSKY, Jacó; SANTOS, Manuel J. Pires dos. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, dez. pp. 293-301. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2013.

ZIMERMAN, D. **Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão**. Porto Alegre, Artmed, 2004, Cap. 12. p. 141-54.

ZIMERMAN, David Epelbaum. Minhas mudanças pessoais na prática de grupoterapia psicanalítica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, jan/jun. pp. 4-11. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2013.

