



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**CONTRATRANSFERÊNCIA:  
TRANSFORMAÇÕES DE UM CONCEITO**

**RUI CINTRA**

**Orientador de Dissertação:**

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de :

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizado sob a orientação do  
Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no  
ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de  
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

## Índice

Agradecimentos .....	IV
Resumo .....	V
Abstract .....	VI
Introdução .....	1
Modelo Clássico Psicanalítico .....	2
Abordagens Kleinianas .....	3
Modelo Lacaniano .....	5
Modelo Interpessoal .....	6
Modelo Relacional .....	6
Discussão .....	7
Conclusão .....	10
Referências bibliográficas .....	11
Contratransferência: uma análise temática .....	15
Introdução .....	18
Método .....	19
Resultados .....	21
Discussão .....	27
Referências bibliográficas .....	29
Anexos .....	31

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho de dissertação só foi possível graças à colaboração e compreensão de todos aqueles que me acompanharam ao longo deste processo, com quem aprendi e partilhei angústias, com que me aturaram no fundo. Quero agradecer em primeiro lugar à Rosário, à minha filha Leonor o terem tolerado a minha indisponibilidade e por todo o apoio e encorajamento que me deram. Obrigado por terem sido tão pacientes. Aos meus pais pela paciência de uma vida.

Ainda no capítulo da paciência um sentido e caloroso agradecimento ao meu orientador Professor Doutor António Pires pela preciosa ajuda que me foi prestando, pela disponibilidade permanente, pelas conversas sempre estimulantes e pelo afeto com que foi tolerando as minhas falhas até ao fim.

Uma palavra especial aos meus amigos António, Manuel, João Paulo, Hugo, Virgílio, Filipe, Pedro, Inês, Luísa, Elisabete e tantos outros que foram ouvindo os meus desabafos, que toleraram as minha ausências. À minha analista Ana Monteiro um grande obrigado.

Finalmente quero também agradecer aos participantes deste estudo pela disponibilidade e pela qualidade das suas entrevistas, qualquer falha deste trabalho somente a mim pode ser imputada: ao Prof. Doutor António Coimbra de Matos, ao Prof. Doutor António Mendes Pedro, Dra Conceição Melo Almeida, Dr. José Carlos Coelho Rosa, Dr. Camilo Inácio, muitíssimo obrigado.

## Resumo

O conceito de contratransferência sofreu ao longo do tempo várias atribuições evoluindo de ameaça ao processo analítico a orientador e catalisador desse mesmo processo. Muitas foram as formas como foi compreendido e interpretado pelas diversas correntes psicanalíticas. Na revisão de literatura traçamos a evolução do conceito de contratransferência e a sua apropriação nos diversos modelos dando conta das diferentes significações de que se foi apropriando. No estudo empírico pretendemos dar conta, na prática analítica, da evolução do conceito, da sua apropriação por parte dos psicanalistas e a sua operacionalidade na prática clínica. Através de entrevistas a cinco psicanalistas e mediante uma análise temática foram encontrados pares de temas Agido /refletido; Clássico / contemporâneo; Repetição / Diferença. Estes temas foram operacionalizados para captar os diferentes momentos do discurso. Na reflexão final a contratransferência surge como um conceito que reflete a multiplicidade de resultados que lhe é atribuída a plasticidade de se adaptar às diferentes situações e concepções clínicas.

Contratransferência, reflexão, aplicação.

## Abstract

The concept of countertransference received, through decades, several attributions, evolving from a threat to the analytical process to a catalyst of that same process. The concept had been understood and interpreted in many ways by the different psychoanalytic models. In a literature review the evolution of this concept is traced alongside with its allowance by different models, giving account of his different meanings. In the empirical study we intend to realize how, in the analytical practice, the concept had evolved, its appropriation by psychoanalysts, and how it can be effective in practice. After interviewing five psychoanalysts and submitted the result to a thematic analysis we found four pairs of themes: Acted / reflected; Classic / contemporary; Repeat / Difference. These themes were operationalized to capture the different moments of the speech. On a final reflection countertransference emerged as a concept that reflects the multiplicity of concepts attributed to it with a large plasticity and a inherent capacity to adapt to different clinical situations.

Countertransference; reflection, aplicability

## **Introdução**

A presente revisão de literatura pretende passar em revista as diversas abordagens que o conceito de contratransferência (doravante CT) foi sofrendo desde a sua conceptualização inicial por Freud. A par de uma apresentação cronológica da evolução do conceito procuramos enquadrá-lo dentro dos principais modelos psicanalíticos, no pressuposto de que as diferentes posições teóricas lançam luz não só sobre a compreensão do conceito, mas também sobre os usos na dimensão técnica e da sua aplicabilidade. Iremos passar em revista os modelos e os momentos históricos em que o conceito foi sendo compreendido, iniciando-se pela tematização inicial do conceito por Freud, alguns contributos da primeira geração de psicanalistas. Segue-se o modelo kleiniano que permitiu uma verdadeira explosão de conceptualizações e de mudança de atitude face à CT. Faremos uma breve abordagem à noção lacaniana de CT. Abordamos por último os modelos interpessoal e relacional. Num segundo momento iremos procurar fazer uma discussão em torno do conceito de CT abordando os aspectos técnicos, ou o modo como a compreensão do conceito é levado à prática pelos autores ligados às diversas correntes. Que sugestões, que estratégias são introduzidas pelos autores na resolução do conceito de CT na sua dimensão pragmática. Reservámos para a conclusão a tentativa de alguma discussão crítica do conceito. Naturalmente ficarão de fora algumas abordagens que consideramos não ser pertinentes no âmbito deste estudo, foram apenas tidas em conta aquelas que achámos pertinentes para o artigo empírico que acompanha esta revisão de literatura.

As definições que surgem nos dicionários de um determinado conceito procuram ser as mais conservadoras na medida em que procuram fixar as generalidades contida em cada conceito. Por isso parece-nos produtivo, para a discussão que pretendemos levar a cabo, em torno do conceito de CT no contexto psicanalítico fazer uma breve passagem por algumas fixações deste conceito nos dicionários mais comuns de psicanálise. Dos vários dicionários consultados encontramos as seguintes definições:

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967/1990) definem CT “como o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência deste”. Os autores chamam a atenção “para a delimitação do conceito, alguns autores entendem por CT tudo o que, da personalidade do analista pode

intervir no tratamento, e outros limitam a CT aos processos que a transferência do analisando provoca no analista”.

Do ponto de vista técnico Laplanche, J. & Pontalis, J .B. (1967/1990) salientam três orientações: a) Reduzir as manifestações contratransferenciais pela análise pessoal, de modo que a situação analítica seja estruturada, por assim dizer, como superfície projectiva, apenas pela transferência do paciente; b) Utilizar, controlando-as, as manifestações de CT no trabalho analítico, na sequência da indicação de Freud segundo a qual “todos possuem no seu próprio inconsciente um instrumento com que podem interpretar as expressões do inconsciente dos outros”; c) guiar-se, mesmo para a interpretação, pelas suas próprias reações contratransferenciais, muitas vezes assimiladas, nesta perspectiva, às emoções sentidas”. Essa atitude postula que a ressonância de inconsciente a inconsciente constitui a única comunicação autenticamente psicanalítica.

No Dictionaire International de la Psychanalyse (Mijolla, 2005) CT aparece definida como o conjunto das reações inconscientes do analista à transferência do paciente e compreender os sentimentos projetados sobre ele por aquele.

Roudinesco (1997), mais cautelosa, define CT como “o conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência do paciente”.

Da comparação entre definições ressalta a palavra “reação” a qual pressupõe a existência de uma ação ou acontecimento prévio. Como veremos, será em torno deste caráter “secundário” ou atributivo que o conceito de CT irá evoluir num sentido de autonomia, sem deixar de ser submetido a um trabalho crítico intenso.

### **Modelo Clássico Psicanalítico**

O conceito de CT foi estabelecido por Freud, inicialmente no interior do ciclo dos seus colaboradores mais chegados. No II Congresso Psicanalítico Internacional que teve lugar em Nuremberga em 1910, Freud apresentou uma comunicação intitulada *The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy* (Freud, 1910) onde, de relance, faz menção ao conceito definindo-o como a “influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico” acrescentando ainda que “nenhum analista vai mais longe do que os seus próprios complexos e resistências internas lhe permitem”. Inicialmente esta definição de CT destinava-se a colocar a tónica nos aspectos formativos do terapeuta nomeadamente alertar para a necessidade de realizar a sua

autoanálise, cabendo ao terapeuta a “superação da CT por si”. Mais tarde e, talvez, devido a episódios que ocorreram com alguns dos seus colaboradores mais próximos, enuncia a necessidade da realização de uma análise pessoal do analista chegando a sugerir que este processo deveria ser repetido de cinco em cinco anos (Freud, 1912). Destes postulados de Freud resultou a instauração de boas práticas que se prendiam com a necessidade da análise pessoal e da supervisão que ainda hoje fazem parte do modelo da profissão. Porém, Freud não se preocupava apenas com os aspectos éticos e formativos do analista, como estas referências podem deixar transparecer, haveria ainda o problema técnico. Em carta a Binswanger datada de 22 de fev. de 1913 (Freud-Binswanger, 1913/1999), Freud explica ao amigo e discípulo que a CT “é um dos problemas mais complicados da psicanálise”, e acrescenta, “teoricamente penso que seja facilmente solucionado. O que devemos dar ao paciente nunca deve ser o afecto imediato, mas um afecto consciente e segundo a necessidade do momento”. A introdução do conceito de CT por Freud decorre da descoberta da noção de transferência, nomeadamente na compreensão desta como resistência (da ordem do deslocamento) ao trabalho analítico, mas também enquanto possibilidade de desenvolvimento de crescimento psíquico durante o processo terapêutico (Freud, 1915). A transferência seria o processo pelo qual os desejos inconscientes do paciente se atualizam no quadro de um certo tipo de relação estabelecida. Trata-se, portanto, de uma repetição. E, por isso, é onde se joga o tratamento psicanalítico. Já no caso da CT, também se estaria a falar de uma resistência, sendo que aqui estaria em causa a ameaça à neutralidade e conseqüente impedimento do processo transferencial, perturbação da objetividade, o que poderia comprometer o tratamento psicanalítico. Apesar destas inferências o conceito foi pouco discutido por Freud, que nos tivesse chegado, Gabbard, G. (1995a) coloca a hipótese da necessidade de proteger a jovem ciência da psicanálise contra os seus detratores.

### **Abordagens Kleinianas**

Klein (1946), desenvolvendo ideias de Fairbairn (1941), introduz a noção de identificação projetiva. A discussão de Klein desta noção terá trazido uma nova compreensão sobre o conceito de CT tendo permitido agora explicar o mecanismo de transferência e o modo como afeta o analista explicando, de certa forma, a dimensão que o conceito de CT veio a ganhar durante a década de 50. Os antecedentes desta alteração de perspectiva podiam ser já adivinhados em Ferenczi e Rank (1925) com a

proposta do desenvolvimento de uma certa atividade do analista com o intuito de provocar a emergência dos conteúdos inconscientes. Mais tarde (Ferenczi, 1930) irá desenvolver esta ideia de atividade, mesmo sob a desaprovação de Freud.

Baseando-se nos trabalhos anteriores, Reik (1947) convida o analista a confiar na sua intuição para tentar perceber, no plano inconsciente, as comunicações do paciente, designando por “resposta” (e estrategicamente evitando o conceito de CT), todos os comportamentos, emoções, sensações, gestos do analista despertados pelas comunicações do paciente. Outro texto fundamental surge pela mão de Winnicott (1949), onde o autor defende a objetividade da CT, que por isso não pode ser ignorada, sobretudo na relação com casos de pacientes psicóticos, nomeadamente o aparecimento de sentimentos de ódio. Isto faz, conclui o autor, com que “a CT seja uma das coisas mais importantes da análise”.

Estes e outros trabalhos vão desembocar no famoso texto de Paula Heinman (1950) intitulado *On Countertransference*, que se torna num marco da mudança de paradigma da compreensão do conceito. A CT é apresentada por Heinmann como um ponto de vista da análise que não pode ser ignorado. A autora sugere que a CT passe a ser considerada um instrumento fundamental do processo psicanalítico, que leva em linha de conta algo que emana da personalidade do paciente e que serve de bússola e orientador no trabalho analítico. A CT funcionaria como uma comunicação por procuração, como se o paciente quisesse chamar a atenção do analista para determinados aspetos da sua personalidade que de outra forma estariam a escapar à percepção do analista. A CT não seria então um impedimento, mas um elemento de promoção da análise. Com este artigo, que não deixou de gerar polémica na comunidade psicanalítica da época, dá-se início à visão totalista da CT. Ainda que, devido às polémicas geradas, Heinmann não tenha publicado nada sobre o tema durante dez anos e lhe tenha valido desaprovação pública de Klein, deu-se nos anos seguintes uma verdadeira explosão de artigos sobre a CT. Money-Kyrle, (1956) veio justificar o recurso à CT para dar conta da satisfação de duas tendências básicas do terapeuta: a reparadora e a paternal. Postura não muito distante foi seguida por Lucia Tower (1956) que considerou a CT como um fenómeno normal, fazendo de passagem referência à pressão dos pares psicanalistas em não assumir as situações de CT e de certa forma as censurar nas suas investigações.

No entanto, dentro da linha kleiniana alguns analistas distanciaram-se da discussão. Foi o caso de Bion (1992) que, a certa altura, se interroga “se o processo é

inconsciente no analista então como é que o analista toma conhecimento dele?” Em Bion (1962) a noção de *reverie* serviria precisamente como processo de obstrução e de higiene da CT. A fórmula “sem, memória e sem desejo” deveria bastar para lidar com a CT sendo este conceito mais proveitosamente pensado dentro do modelo continente-conteúdo.

Seja como for, a CT tornou-se, na tradição kleiniana, numa fonte de recolha de dados clínicos do paciente. Porém, o processo contrário, ou seja, se existe a noção de identificação projetiva do terapeuta para o paciente surge pouco investigada neste modelo.

Posteriormente, a escola objetal inglesa também irá abordar a CT na perspectiva decorrente do modelo kleiniano e pós kleiniano. Reich (1951), por exemplo, refere que a CT surge quando o paciente representa um objecto pertencente ao passado do analista onde este projeta desejos e sentimentos, através da identificação com o paciente. A autora lembra, no entanto, que estas situações são frequentes, a CT seria assim um pré-requisito necessário da análise. Ogden (1995) vem ainda juntar mais um aspecto a levar em consideração ao postular a existência de um terceiro analítico resultante da interação entre paciente e analista, aqui a CT seria um aspecto de produção de significado que nunca surgira separada da transferência, formando uma única totalidade, intersubjetiva. Nesta concepção a CT seria a contribuição da experiência do analista para a produção de sentido da análise, muito próximo da linha defendida por Ferenczi.

### **Modelo Lacaniano**

Para Lacan (1966) a questão da CT não se coloca com grande pertinência. Trata-se de uma função complementar da transferência e nesse sentido uma resistência mais que surge no processo terapêutico. No fundo tratam-se de fenómenos discursivos, estando esses submetidos a uma lógica de autoridade do conhecimento da psicanálise. Neste sentido a transferência engloba a contratransferência. A CT teria contudo um efeito na perturbação do papel de escuta do analista, provoca ruído e distorção do discurso, com que o analista deve lidar. Neste sentido Lacan reafirma o seu retorno a Freud indo ao encontro das palavras do mestre (Freud, 1910). Porém neste lidar com a CT o “analista está só fundamentalmente só diante as suas próprias reações contra transferências”. (Nasio, 1999).

### **Modelo Interpessoal**

Inspirando-se ainda em Ferenczi e Fromm a psicanálise interpessoal torna-se numa corrente autónoma nos Estados Unidos na esteira dos trabalhos de Karen Horney, Sullivan, Blechner entre outros (Harris, 2005).

No que concerne à CT, Orr (1954) prepara caminho ao traçar uma retrospectiva da evolução do conceito de CT, afirmando com Fliess (1953) que a CT é parte importante do processo e equivalente da transferência tendo o analista de estar atento para poder proceder à sua autoanálise. Este último autor estabelece ainda uma diferença relativamente da CT relativamente à contra-identificação, feita com partes da análise do paciente.

O modelo tece por uma crítica ao positivismo marcante da proposta freudiana, Rioch, (1943) afirma :“Não existe tal coisa do analista impessoal, nem a ideia de uma analista como espelho (...) Intencionalmente ou não, consciente ou não, o analista vai exprimindo, dia sim dia não, evidências subtis ou claras da sua personalidade na relação com o paciente”. Apesar de não acalentar o desejo de não interferir, a autora refere que existe um desejo inconsciente de controlar o paciente. O analista deve, em função do seu treino ser capaz de reconhecer os elementos transferenciais e estar atento aos seus traços pessoais que possam perpetuar uma situação autoritária.

Segundo Wolstein (1983) o modelo interpessoal propõe a coparticipação do paciente quer na análise da sua transferência quer na da contratransferência do analista. O conceito de CT não surge desligado de contra-resistência ou de contra-ansiedade. Levenson (1994) defende também o papel determinante da CT para operar a transformação em que o paciente passa a considerar o analista como um novo objeto. A CT mais não seria senão o resultado do fracasso do analista em manter a atenção, a autenticidade ou a empatia.

### **Modelo Relacional**

Conjugando as heranças provenientes da psicologia do *self* americana, da psicologia interpessoal e das teorias da relação de objeto inglesas, a psicanálise relacional surge a partir dos anos 80 remetendo para as interações entre o indivíduo e o mundo social, para as relações interpessoais internas e externas, para a autorregulação e regulação mútua, formando, relacionando os espaços interpessoal e intrapsíquico (Aron, 1996). Mitchell (1997) utiliza a CT como motor psíquico do

processo analítico, como elemento para a superação de momentos de impasse. Uma boa comunicação não se processa sem uma base livre expressão, honestidade e sinceridade a autenticidade é um elemento chave da relação entre analista e paciente. Outro dos pressupostos é a anulação do desnível de autoridade. Um dos aspetos controversos tem vindo a ser debatido relativamente ao nível de autorrevelação do terapeuta. Davies (1994, 2001), por exemplo, recorre à autorrevelação, onde foi criticado, por pôr em movimento um processo contratransferencial. Blechner (1995) defende que as fantasias que surgem na relação devem ser trabalhadas a dois.

Gabbard (2001) também propõe algum grau de revelação e de recursos (por vezes externos ao contexto analítico, cartas, emails e autorrevelações) para dirimir transferências eróticas. O princípio procura a transformação da transferência erótica em transferência de amor onde o analisado possa crescer e transformar-se.

Harris (2005) pressupõe entre a existência da transferência e a CT estaria a relação real, que estaria para além daquelas duas posições. A CT seria como base para a interpretação e não pelas suas propriedades relacionais. Outras posições continuam a jogar na dupla função da CT como em Smith (2003) em que a CT é considerada como um processo que pode retardar o processo analítico, mas também catalizá-lo.

### **Discussão**

Os conceitos de transferência e de CT surgem como os processos definidores do tratamento psicanalítico. Mijolla (1999) afirma inclusivamente que o que distingue a psicanálise de outras terapias é precisamente a consciência da CT, reforçando o papel deste conceito na díade transferência-contratransferência. Porém isto seria verdade se o conceito de CT não tivesse já contaminado muitas outras psicoterapias algumas distantes da proposta psicanalítica como seja a cognitiva-comportamental (Leite & Peres, 2009). A par da discussão relativa às interpretações a dar ao conceito existem aspetos técnicos que foram marcando a sua compreensão. Como é que o analista identifica a situação de CT? Cohen, M. (1952) afinou pelo aparecimento de ansiedade o sintoma da situação contratransferencial. Partindo deste pressuposto apresenta uma das primeiras listas do que pode acontecer em análise envolvendo ansiedade, correspondendo a situações de CT.

Outro dos conceitos da esfera da CT é o de narcisismo. Segundo Coimbra de Matos (Matos, 1978), “o interesse dos psicanalista nas últimas décadas pelo problema da CT em aumentado seu interesse pelas questões do narcisismo”, seja no contato

com o narcisismo do paciente, seja no confronto com seu próprio narcisismo. Chused (2012) compara o narcisismo do analista à CT, no seu artigo ambas as instâncias coincidem, por um lado são fonte de desvio e erro, por outro não se pode trabalhar sem eles, o terapeuta não pode abdicar do seu narcisismo. Como vimos pelo processo histórico atrás descrito foi na relação com pacientes narcísicos (psicóticos e antissociais) que despertou o interesse pelo do conceito de CT (Winnicott, 1948), mas esta tomada de consciência assinala também uma vitória sobre o narcisismo pessoal do terapeuta. Do ponto de vista técnico, ou seja, nos modos de lidar com a CT existe também uma panóplia de posições de que vamos dar algumas. Belchner (1995) avança com a ideia de que a CT funcionaria como espaço transacional para o analisando, recuperando o termo de Winnicott. A análise do espaço fantasmático e simbólico do paciente conteria em si elementos transferenciais, mas também contratransferenciais cabendo a este um papel ativo na reflexão conjunta.

Freedman (2009) pede que se atente a dois tipos de CT: a ordinária, uma disrupção na consciência do analista, mais ou menos frequente durante o trabalho analítico, e a extraordinária que resulta num impasse intolerável e na incapacidade de prosseguir com a análise. Geltner (2007) propõe o que designa por *curative emotional communication* como uma estratégia de traduzir para o paciente as sensações contratransferenciais. Este processo consistiria na produção de comunicações contratransferenciais que seriam sintónicas com o sentimento predominante do paciente, mas suficientemente diferentes para serem “curativas”, ou transformadoras.

Rosenfeld (1987) debruçou-se obre um dos aspectos mais visíveis da CT, o impasse. O impasse surgiria como resultado da acumulação sucessiva de erros por parte do analista: situações silenciadas, deixadas passar em branco, por interpretação. Daí que sujira que só quando o “analista é capaz de identificar os seus próprios erros junto do paciente é que o impasse é desfeito”.

Zimmermann (2004) considera que a CT não seria um obstáculo, mas uma contrapartida da análise, trata-se de um processo consciente e produtivo que pode envolver o despertar de sentimentos de raiva, medo, divisão, excitação e tédio. Teria a vantagem de despertar o analista sentimentos que deverá saber conter e utilizar no decorrer da análise. Se os dilui na atividade interpretativa, ou se os confessa ao paciente depende do estilo pessoal de cada terapeuta, desde que sejam mantidas as premissas de verdade e honestidade para com o paciente.

Há por fim um aspeto que não pode deixar de ser mencionado nesta discussão sobre a CT: pela sua própria natureza e definição a CT define o tempo presente na análise. Como refere Arundale (2011) o conceito de transferência joga-se no aqui e agora da análise. Se a transferência teria origem nas vivências passadas do paciente atualizadas na relação presente, e se o movimento de CT do analista possa corresponder ao despertar de movimentos que possam estar relacionados com o seu passado, o certo é que só o são porque se deu essa atualização no tempo presente. A propósito de CT Lagache (1952) refere que o analista deve experimentar o presente e observar o passado; experimentar o passado e observar o presente seria uma contratransferência. Porém esse experimentar do passado só se dá por existir uma situação prévia presente. Ou seja, transferência e CT teriam direções<sup>1</sup> opostas.

Outro dos elementos comuns que se podem extrair das definições de CT é o conceito de “reação”, como vimos nas definições no início deste texto, é um dos elementos unificadores em quase todas as definições e compreensões de CT. Deste modo a CT seria sempre um conceito subordinado a uma ação prévia. Não tem existência por si a não ser em presença de um determinado ato. O que o coloca, até de um ponto de visto ontológico, se quisermos, numa posição frágil. O próprio prefixo “contra” é o sinal dessa mesma posição de dependência conceptual. Talvez devido a essa debilidade o que tenhamos assistido em toda esta discussão terá sido a um esforço de autonomia do conceito.

Um último aspeto que parece ser de salientar prende-se com um das críticas mais frequentes à CT, na sua versão totalista, mas que pode ser extensível a outras, prende-se, precisamente, com o carácter genérico das definições apresentadas, que acabam por estabelecer um certo carácter nivelador onde não se distinguem os diversos graus de CT. Nesse sentido, avisa Winnicott (1960) seria importante não perder de vista o significado original, o que decorre da própria construção do termo e que o faz depender do conceito de transferência. Alerta o autor que uma reação não é uma CT, ou seja não é toda nem qualquer reação cabe na noção de CT. Harris (2005) na esteira de Mitchell (1997) procura resolver esta problemática introduzindo uma dimensão designada por influência, outros autores terão recorrido à noção de *enactment* introduzida por Jacobs (1986) outros ainda chegaram simplesmente a propor o fim do conceito de CT (McLaughlin, 1981, Aron, 1996). A CT coloca a

---

<sup>1</sup> Direção entendida como na Física, sentido que se imprime a um determinado objeto em movimento.

<sup>2</sup> *Hubris* é um termo grego que remete para um certa ideia de excesso e de ultrapassagem dos limites, relacionando-se com orgulho e insolência. Seria a *hubris* que ditaria a queda do herói da tragédia.

tônica no contributo do analista e este procura-se libertar da posição passiva que o conceito o pode contaminar.

### **Conclusão**

Fauth (2006) resume a CT em três grandes definições: a) como conflito reprimidos do terapeuta resultantes de um psicanalista insuficientemente ou mal analisado, aqui a CT é impeditiva do trabalho analítico; b) CT como todas as reações do terapeuta em relação ao paciente. (de 1950 em diante). A Ct é vista como normal e inevitável e potencialmente facilitadora da terapia (definição totalista); c) a proposta deste autor concebe a CT como reações idiossincráticas (sensitivas, afetivas, cognitivas e comportamentais) baseadas nos conflitos pessoais, preconceitos ou dificuldades do terapeuta, conscientes ou inconscientes, com origem na transferência do paciente. A transferência e a sua contrapartida CT ao colocarem a tónica na relação deslocam a discussão do plano intrapsíquico próprio da psicanálise para o plano social da relação, segundo a proposta relacional (Aron, 1996). E esse acaba por ser uma adenda importante que alarga o espaço psicanalítico.

Hoje há autores propõem a associar ou substituir a noção de CT por *enactment* (enação),(Jacobs, 1986, Matos, 2011). Zanoco (2006) considera a enação como um ponto de viragem da análise, que embora tendo a sua origem na resistência / contra-resistência (o autor evita subtilmente os termos transferência CT) surge como algo que antes de ser sentido se manifesta em ato. A enação contratransferencial permitiria criar a “diferenciação entre situações, diferentes analistas, que poderiam então comportar-se de maneira diferente quando confrontado com o mesmo material por um mesmo paciente” Gabbard (1995). Assim parte da experiência do analista reflete o mundo interior do paciente. Desenvolvendo esta noção de enação, Semi (2007) entende a CT como um processo fisiológico.

Para todos os efeitos o conceito de CT evoluiu. Surgiu num contexto em que a moral vitoriana dominava sobre a Europa, onde as questões sexuais eram abordadas com escândalo e fizeram o escândalo da psicanálise. Em que a estrutura social era rígida e fortemente hierarquizada. Os tempos mudaram e o papel dos psicanalistas também. De certa forma a evolução da discussão da noção de CT dá conta desse esforço de mudança. O que se assiete é precisamente ao caminhar de um conceito, que pelas suas vicissitudes é suficientemente lato e maneável para incorporar tão grande número de atribuições.

## Referências Bibliográficas

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, New York, Analytic Press.
- Arundale & Bellman (ed), (2011) *Transference and Countertransference: A Unifying Focus of Psychoanalysis*, London Karnac Books
- Blechner, J (1995) The Patient's Dreams and the Countertransference, *Psychoanalytic Dialogues*; v. 5 (1), p1, 25p
- Bion, W. (1962) A Theory of Thinking, in Bion, W. (1993) *Second Thoughts*, London Karnac
- Bion, W. (1992) *Conversando com Bion*, Rio de Janeiro, Imago
- Bonovitz (2009) Countertransference In Child Psychoanalytic in *Psychotherapy Psychoanalytic Psychology* Vol. 26, No. 3, 235–245
- Borg, M. (2005) Community Analysis: A Case Study Examining Transference and Countertransference in *Community Intervention, International Forum of Psychoanalysis*, Vol. 14, 1
- Chused (2012) The analysts narcissism, *J Am Psychoanal Assoc*, 60
- Davies JM (1994) Love in the afternoon: a relational reconsideration of desire and dread in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues* 4:153–170,
- Davies JM (2001) Erotic overstimulation and the co-construction of sexual meanings in transference-countertransference experience. *Psychoanal Q* 70:757–788,
- Fairbairn W. (1941) A Revised Psychopathology of the Psychoses and Psychoneuroses, *International Journal of Psycho-Analysis*, January, , Vol. 22
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1925) The Development of Pschoanalysis: a Historical Critical Retrospect, in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Pappers on Countertransference*, New York, NY University
- Fliess, R. (1953 ) Countertransference and Counter-Identification in *J Am Psychoanal Assoc* 1: 268
- Freedman N., et al. (2009) The ordinary and the extraordinary Countertransference, *J Am Psychoanal Assoc*, 57, 2

- Freud-Binswanger (1999) *Correspondence 1908-1930*, Paris, Calmann-Lévy
- Freud, S. (1910) The Future prospects in psychoanalytic therapy in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Pappers on Countertransference*, New York, NY University
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis [Electronic Version], 12. Retrieved 9 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database
- Freud, S. (1915). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III) [Electronic Version], 12. Retrieved 15 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database
- Gabbard, G., (1995) Countertransference: The emerging common ground, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol 76(3)
- Gabbard, G. (1995a) The Early History Of Boundary Violations In Psychoanalysis:, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1
- Geltner (2007) Finding the right felling: objective Coutertransference and curative emotional communication, *Modern Psychoanalysis* Vol. XXXII, No. 1
- Hayes et al (2011) Managing Countertransference, *Psychotherapy* , Vol. 48, No. 1
- Homlquist, R. , Armilist, K. (2000) Contertransference felling and the Psychiatric Staff Self Image, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56 (4)
- Jacobs, T. (1986) On Countertransference Enactments *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. 34
- Lacan, J. (1966) *Écrits I & II*, Paris, Editions du Seuil
- Lagache, D. (1952) Le problème du Transfert, *Révue Française de Psychoanalyse*, tome XVI (1-2)
- Laplanche, J. & Pontalis, J .B. (1967/1990) *Vocabulário de Psicanálise*, Lisboa Editorial Presença
- Leite, L. , Peres, G. (2009) "A Contratransferência na abordagem psicanalítica e cognitiva comportamental: duas perspectivas, uma só importância", cons. In [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt), acessado em 2/3/2011

- Levenson, E. (1994) Beyond Countertransference—Aspects of the Analyst's Desire, *Contemporary Psychoanalysis*, 1
- Klein (1946), Notes on some Schizoid Mechanisms, in *Envy and Gratitude and Other Works*, London, Vintage
- Matos, A.C. (1978) A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico in *Rev. Port. de Psicanálise*, 2
- Matos, A.C. (2011) *Relação de Qualidade*, Lisboa, Climepsi
- McLaughlin, J. (1981) Transference, Psychic Reality, and Countertransference, *Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 50
- Mijolla, A., (ed). (2005) *Dictionnaire International de la Psychoanalyse*, Paris, Hachette Littératures
- Mijolla, A & Mijolla-Milor (1999) *Psicanálise*, Lisboa, Climepsi
- Mitchell (1997) *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, New York, Routledge
- Money-Kyrle (1956) Normal Counter-Transference and Some of its Deviations *International Journal of Psycho-Analysis*, 1, Vol. 37
- Nasio, J-D, (1999) *Como Trabalha um Psicanalista*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor
- Ogden, Thomas, H., (1992) Comments on Transference and Countertransference in the Initial Analytic Meeting, *Psychoanalytic Inquiry*, Vol. 12, Número 2
- Ogden (1995) Analysing Forms Of Aliveness And Deadness Of The Transference-Countertransference *International Journal of Psycho-Analysis*, 1, Vol. 76
- Orr, D. (1954) Transference and CT a historical survey in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Papers on Countertransference*, New York, NY University
- Pererson, E., et al. (ed.), (2005) Textbook of Psychoanalysis, 1st ed, Washington, *American Psychiatric Publishing*.
- Reich, Annie (1951) On Counter-Transference, *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 32, p25, 7p
- Reik, T. (1947) The suppressed analyst in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Papers on Countertransference*, New York, NY University

- Rioch, J. (1943) The transference phenomenon in psychoanalytic therapy ,in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Pappers on Countertransference*, New York, NY University
- Roudinesco & Plon (1997) *Dicionário de Psicanálise*, Lisboa, Inquérito
- Semi (2007) Transference and Unconscious Communication Countertransference, Theories and Analyst's Narcissism, *The Italian Psychoanalytic Annual*, January 1, Vol. 2007
- Tower, L. (1956) Countertransference, Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Pappers on Countertransference*, New York, NY University
- Winnicott (1949) Hate in counter-transference, *International Journal of Psycho-Analysis*,; v. 30
- Wolstein (1983) Pluralism of Prespectives on Countertransference in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Pappers on Countertransference*, New York, NY University
- Zalavski et al. (2005) Approaching countertransference in psychoanalytical supervision: A qualitative investigation, *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 86, Número 4
- Zanocco et al. (2006) Sensory Empathy and Enactment in *International Journal of Psycho-Analysis*, 1, Vol. 87, 1
- Zimerman, D. (2004) *Manual de Técnica Psicanalítica*, Porto Alegre, Artmed

## **Contratransferência: Uma análise temática**

## Resumo

O conceito de contratransferência sofreu ao longo do tempo várias atribuições evoluindo de ameaça ao processo analítico a orientador e catalisador desse mesmo processo. Muitas foram as formas como foi compreendido e interpretado pelas diversas correntes psicanalíticas. Na revisão de literatura traçamos a evolução do conceito de contratransferência e a sua apropriação nos diversos modelos dando conta das diferentes significações de que se foi apropriando. No estudo empírico pretendemos dar conta, na prática analítica, da evolução do conceito, da sua apropriação por parte dos psicanalistas e a sua operacionalidade na prática clínica. Através de entrevistas a cinco psicanalistas e mediante uma análise temática foram encontrados pares de temas Agido /refletido; Clássico / contemporâneo; Repetição / Diferença. Estes temas foram operacionalizados para captar os diferentes momentos do discurso. Na reflexão final a contratransferência surge como um conceito que reflete a multiplicidade de resultados que lhe é atribuída a plasticidade de se adaptar às diferentes situações e concepções clínicas.

## Abstract

The concept of countertransference received, through decades, several attributions, evolving from a threat to the analytical process to a catalyst of that same process. The concept had been understood and interpreted in many ways by different psychoanalytic currents. In the literature review is traced the evolution of this concept and its allowance by different currents, giving account of his different meanings. In the empirical study we intend to realize how, in the analytical practice, the concept had evolved, its appropriation by psychoanalysts, and it can be effective in practice. After interviewing five psychoanalysts and submitted the result to a thematic analysis we found four pairs of themes: Acted / reflected; Classic / contemporary; Repeat / Difference. These themes were operationalized to capture the different moments of speech. On a final reflection countertransference emerged as a concept that reflects the multiplicity of concepts attributed to it, and a large plasticity to adapt to the different clinical situations.

Countertransference; reflection, aplicability

## **Introdução**

O conceito de contratransferência (doravante CT) nasce da constatação de aspetos despertados no psicanalista resultantes da sua interação com a transferência (doravante T) do analisando. O termo foi cunhado por Freud (1910, 1913, 1915) resultando precisamente da conceptualização do conceito de T. Ainda que os primeiros trabalhos tenham sido cautelosos (Gabbard, 1995) durante os anos 20 e 30, na década de 50 do século passado assiste-se a uma verdadeira explosão de propostas considerando a CT como um elemento fundamental da análise para compreender aspetos inconscientes do paciente. O texto fundador foi o de Paula Heinmann intitulado *On Countertransference* (Heinmann, 1950) e apesar de muito contestado pelos pares abriu portas a uma série de outras reflexões que ainda hoje são pertinentes no modo como se compreende a CT. Este *boom* de reflexões e compreensões sobre o papel da CT veio dar razão a Freud quando escrevia a Binswanger que a CT seria um dos problemas mais importantes da psicanálise (Freud-Binswanger, 1913/1999). A partir das décadas de 50 e 60 assistiu-se à apropriação pelas diversas escolas e modelos psicanalíticos do conceito de CT. A discussão continua ainda hoje com diversas propostas de redefinição do conceito, de substituição, ou mesmo de substituição. Também as atitudes são muito diversas: há quem defenda a utilização da CT como orientadora da análise, como elemento revelador e promotor do processo analítico, que apenas não passa de uma forma de transferência, ou um tipo de atividade que proporciona respostas ao paciente.

A proposta desta investigação vai no sentido de procurar apurar como se materializa na prática clínica dos psicanalistas a operacionalização do conceito, como se posicionam face a ele, que rede de significados surgem associados à concepção de CT. Uma meta-análise levada a cabo Hayes (2011) pretende demonstrar que de facto há evidência de melhores resultados terapêuticos quando há uma boa gestão da CT, ainda que o modo como é gerida a CT venha a ter pouco impacto no processo. Mas resulta daqui sobretudo que o conceito de CT tem impacto no desenvolvimento do processo terapêutico. O que propomos é uma investigação conceptual acerca da atribuição de significados aos conceitos de CT. Tanto quanto a nossa investigação permitiu apurar, não temos conhecimento de uma abordagem recorrendo a um método de análise temática referente ao conceito de CT, o que modestamente, constitui assim a novidade deste trabalho.

## **Método**

Trata-se de uma investigação qualitativa sobre o conceito de contratransferência que recorre a um método de análise temática (Howitt & Cramer, 2011; Braun & Clarke, 2006). A escolha deste método prende-se com a natureza do tema em estudo e que passa pela identificação dos vários temas discursivos relacionados com a compreensão do conceito de contratransferência por aqueles que na sua prática lidam com ele.

Foram entrevistados cinco psicanalistas em exercício aos quais foram feitas entrevistas de acordo com um guião pré estabelecido. As entrevistas duraram entre 30 e 55 minutos. Todas as entrevistas foram presenciais à exceção de uma, que por motivos de distância, foi realizada telefonicamente e gravada a partir de um sistema de alta voz. Trataram-se de entrevistas abertas que seguiam um guião de quatro questões, que apenas foram orientando o sentido da entrevista. Sempre que solicitado este guião foi enviado aos entrevistados por email ou explicado aquando do contato telefónico para marcação das entrevistas. As quatro perguntas formuladas foram: 1) O que entende por contratransferência?; 2) Pode relatar-me uma situação contratransferencial que tenha sucedido com um paciente seu?; 3) Pode relatar-me qual a resolução ou efeitos que sucederam nesse processo transferencial?; 4) Pode dar um exemplo de uma situação de contratransferência negativa e outro de contratransferência positiva para o processo terapêutico?

Sendo um modelo de entrevista aberta sucedeu, por vezes, que os exemplos tenham sido dados no decorrer da conversa o que obviou a necessidade de colocar as questões pela sua ordem. Pretendeu-se na construção deste guião abordar uma dimensão conceptual e compreensiva do conceito de CT (pergunta 1) e numa segunda parte obter informações sobre a dimensão prática e aplicabilidade da noção de CT no quotidiano clínico.

Feitas as entrevistas procedeu-se de seguida à sua transcrição, tendo nesta primeira abordagem sido identificados alguns elementos genéricos a serem tratados. Posteriormente foi dado início à análise das entrevistas, à identificação dos temas comuns estabelecendo relações pertinentes entre si e relações com a revisão de literatura realizada. Foram seguidamente codificados os elementos pertinentes através das ocorrências e criadas subtemáticas sob as quais se agruparam os diferentes

momentos e códigos. Definiram-se quatro grandes pares de temas, num processo de decisão sob os quais se agruparam-se os elementos. Este processo de metodológico funciona num permanente jogo de pensamento indutivo e dedutivo. Num primeiro momento particulariza-se para no momento seguinte partir para generalizações.

Porque interessa focar no conteúdo e no discurso retirado das entrevistas a caracterização dos entrevistados foi evitada e foi atribuído um código a cada um: P1, P2, P3, P4 e P5.

Procedida a análise dos resultados foram criados quatro pares de temáticas que nos pareceram suscetíveis de agrupar grandes áreas dos discursos produzidos. Os pares conceptuais procuram funcionar como opostos, mas também como complementares, permitindo, desejavelmente, uma dupla forma de compreensão dos elementos discursivos.

#### *Justificação dos pares temáticos*

**Agido-Refletido.** O primeiro par resulta do discurso produzido remeter para ações ou reflexões do psicanalista sobre os momentos transferenciais. Por outro lado o conceito de CT surge muitas vezes como algo agido por parte do analista, seja como resposta seja reação. As soluções técnicas propostas para lidar com a CT assentariam na capacidade reflexiva do analista de tratar analisar internamente, de um refletir sobre as questões levantadas na análise.

**Clássico-contemporâneo.** Em todos os entrevistados surgem referências que dão conta da evolução histórica do conceito de CT. Por outro lado muitas das propostas de formas de lidar com a CT remetem para posições e pontos de vista de autores contemporâneos. Pretende-se aqui introduzir um elemento temporal na nossa análise, mas também identificar algumas referências e identificações que ressaltam dos discursos produzidos.

**Diferença-Repetição.** Estes temas, pedidos de empréstimo ao título do livro de Gilles Deleuze (1966), remetem para os conceitos que surgem sobre os elementos técnicos que emergem do discursos produzidos nos exemplos clínicos de CT. Tendo sido pedido aos entrevistados exemplos, vimos que de alguma forma a questão da repetição seria sempre associada aos elementos de repetitivos passados no processo transferencial. A resposta seria a diferença, desviante no caso de uma CT negativa que marcaria a diferença em relação ao pressuposto técnico, ou uma resposta diferente, numa abordagem operativa da CT, que permitisse a diferenciação da resposta à

transferência do analisado. Também cabe aqui a diferenciação teórica do analista a uma visão clássica do modelo de T-CT.

**Conceito de CT.** Sendo um momento prévio da análise temática pareceu-nos importante dar conta das constelações

Um último par designado teoria-prática foi dispensado por ter sido possível diluí-lo nos pares temáticos anteriores.

## **Resultados**

### **Conceito de CT:**

Num primeiro momento foi perguntado aos entrevistados o que entendiam por CT. Pretende-se neste primeiro momento não tanto encontrar a definição do conceito, por vezes, essa definição avançada coincidia com a definição clássica de CT, como veremos mais adiante no par Clássico-contemporâneo, mas antes encontrar algumas representações associadas à compreensão do conceito. Segundo P2 a CT identifica-se “com as reações e contra-attitudes inconscientes do psicanalista em resposta às manifestações transferenciais do paciente”. Mas na verdade existem uma “pluralidade de posições e compreensões face à CT”. De acordo com a posição clássica não se poderia separar o binómio T-CT. Contudo, ainda segundo P2 esta perspectiva seria muito “reduzora”, na medida em que o modelo T-CT serem demasiado “generalistas”.

De acordo com P1 a CT seria como que uma espécie de “exagero” do analista num determinado momento. De certa forma haveria um excesso, uma *hubris*<sup>2</sup> em termos clássicos em que levariam o analista a ultrapassar certos limites. Segundo P1 este exagero relacionar-se-ia com a uma certa ideia de “poder”, também resultante do estado de “autoridade” e “assimetria” que a situação analítica sobretudo a clássica manteria. A construção do conceito surge imbuída das ideias de “resistência”, “entreve à relação” e à “mudança” (P1).

No sentido de uma CT positiva seria difícil falar dela, segundo P1, “a CT positiva quase não existe, seria o céu”, ou em P2 seria preferível falar em termos de “enação” e abdicar da noção de CT positiva.

Segundo P3 a CT seriam todos os “sentimentos despertados” e todos incluiriam a “tristeza, a irritabilidade, a impaciência, sonolência”, sentimentos esses

---

<sup>2</sup> *Hubris* é um termo grego que remete para um certa ideia de excesso e de ultrapassagem dos limites, relacionando-se com orgulho e insolência. Seria a *hubris* que ditaria a queda do herói da tragédia.

que “circulariam na relação” e seriam “geradores de impasse e de bloqueios”. Seriam também formas de fazer sentir por procuração “colocando [esses sentimentos] no terapeuta para que seja o ele a sentir pela própria pessoa”. Para P3 também não se colocaria a hipótese de uma CT positiva pois uma gestão correta da CT pelo analista traria ganhos para o processo terapêutico.

Para P5 seria importante que se atentasse na composição da palavra verificando que o prefixo “contra” indicaria somente a direção da transferência pois a “CT é a transferência do analista” que iria de encontro à proposta de Bird (1972) de substituir o conceito de CT por T do analista.

P4 apresentou uma definição que divide o conceito em duas partes: “a CT é composta por duas partes, a parte da resposta direta, à transferência, e outra que se refere à resposta indireta que é a resposta do analista sobre o analisando. Misturam-se as duas coisas”, distinguindo de alguma forma dois conteúdos.

### **Clássico – contemporâneo**

Segundo P1 a CT surgiria num contexto histórico definido e resultaria de uma “certa preocupação dos fundadores da psicanálise relativamente a uma influência importante que o analista sentiria, uma incomodidade face a uma espécie de material inesperado que fazia lhe fazer levantar uma reação”. A forma de resolver esta situação emergente passou pela instituição da “análise pessoal e da supervisão” práticas que “ainda hoje são boas”. “Análise pessoal, supervisão e autoconhecimento” seriam fatores que permitiriam um bom lidar com as questões da CT (P5). Para os freudianos, acrescenta P1, a teoria seria “suficientemente boa para lidar com a transferência e a CT”.

P2 afirma que “inicialmente para Freud, antes da formulação dos processos fatasmáticos, a CT teria que ver com o deslocamento de afetos provenientes da organização da própria pessoa” Isto teria que ver com os “traumas reais” experimentados pelo paciente. Mais tarde a teoria fantasmática teria dominado o pensamento psicanalítico e a T-CT passariam a ter que ver com as projeções que o paciente fazia das imagens parentais (P2). A ideia dos “deslocamento dos afetos com origem na própria pessoa” seria de certa forma recuperada e apareceria relacionada com as discussões mais tarde tematizadas em torno da identificação projetiva ou a identificação com partes da personalidade do paciente (Bion, 1962). Também a ideia de utilizar a CT como bússola (P3) encontra-se já ligada às ideias da corrente

kleiniana e pós-kleiniana (Hienmann, 1950) bem como a percepção do sentir por procuração: “colocar no terapeuta para que seja o terapeuta a sentir pela própria pessoa” (P3), mas também à unicidade temporal da CT. P3: “os sentimentos que existem no terapeuta mas só emergem perante aquela pessoa e naquela situação em particular”.

De acordo com P5 a CT não passaria de uma resistência, com vimos, só que, porém, pode “fornecer material precioso de análise”. Contudo a utilização da CT será sempre arriscada, quando não é irrefletida ou agida “deixamos de estar sem memória e sem desejo” como diz Bion (1970), “e passamos a estar a sob o efeito de um desejo ou de uma memória qualquer” (P5, visão também partilhada por P3). Por isso P5 é crítico em relação a autores que afirmam seguir a sua CT: “é um disparate”:

“Quando dizem seguir a contratransferência o que querem dizer é “eu sigo o que sinto”, mas o que eu sinto pode significar muita coisa, sei lá o que estou a sentir exatamente, se estou a sentir o que é meu ou o que é do outro. E isto tem de ser analisar antes . Por isso seguir a contratransferência é um disparate, eu tenho é de saber se a posso seguir ou não, só a posso seguir se a perceber enquanto não a perceber ela é inconsciente, como diz Bion e tem toda a razão”. (P5)

A introdução de um terceiro analítico, primeiro intuído por Lacan e posteriormente estabelecido por Ogden (1992) resultaria na introdução de um terceiro olhar, uma estrutura resultante do encontro de dois desejos e que passa pela “ideia que há o analisando e o analista e da capacidade reflexiva de um e de outro”, sendo dá-se aqui a possibilidade de superação o modelo T-CT (P1). Esta posição relaciona-se com os pressupostos de mutualidade (Mitchell, 1997, Aron, 1996) propostos pela psicanálise relacional, em que o diálogo intersubjetivo e com a noção de influência (Mitchell, 1997) (P1).

No que respeita a diferenças ao nível técnico na relação com a CT entre a abordagem clássica e a contemporânea, a forma clássica assentaria num certo “deixar andar” do (P1). Abordagens mais contemporâneas de lidar com a CT passariam pela “empatia enactante”, onde o termo empatia (Kohut, 1982) seria fundamental para a regulação da relação (P2). O desenvolvimento da capacidade empática também é defendido por P5.

Já de um ponto de vista crítico P4 considera que a tendência de kleiniana de transferência total, ou seja, de “chamar transferência a tudo” foi contraproducente no modo como se entendeu muitas vezes o processo terapêutico, considerando, este

psicanalista que o modelo T-CT “reductor” e “desinteressante” contrapondo a relação real como o contraponto a este modelo: “na relação que o analista estabelece com o analisando e este com o analista, esta será uma relação pessoal, interpessoal, e essa relação é composta de duas partes, uma parte que é relativa a relações anteriores e isso é a transferência-contratransferência e outra parte que é uma nova relação, a relação real”. Desta forma a relação T-CT seria para “desfazer”, “diluir” e a relação real para reforçar e transformar de modo a permitir o crescimento fora do espaço analítico. Posição também referida por P1: “o objetivo é diminuir a transferência”.

### **Agido – refletido**

Pretende-se aqui dar conta de como é operado o discurso em torno da CT na sua relação com a prática clínica. Um dos conceitos mais referidos nas entrevistas prendeu-se com a capacidade reflexiva do analista. A reflexividade surgia “como fator de mudança” (P1) promotor da compreensão garantia de “compatibilidade e sintonia” com o paciente, por outro lado permitia a superação da T-CT, “a CT quase desaparece”. Outro dos conceitos avançados por P1 está o de dinâmica que remete para a ideia de que no processo analítico e de onde decorrem as ideias de T-TC imprimem movimento ou põem em movimento determinados fenómenos.

P5 afirma que a CT “quando é agida é contraproducente”, é algo “irrefletido e pode provocar desvio da análise”, provoca também um “efeito excitatório” quando o que se pretende “é fomentar a reflexão”. A CT deverá ser sempre submetida a uma reflexão – “tenho sempre de analisar a minha transferência” – e só o resultado dessa reflexão é operativo em termos de usos da CT. Vimos já o uso de P3 da CT como bússola, sendo que este uso pressupõe uma reflexão e uma elaboração: “quando não é elaborado pode dar origem ao *actin in* ou *acting* terapêutico” (aqui o agido). Essa busca pelo sentir CT aconteceria no final da sessão: “Habitualmente o que eu faço é quando a pessoa sai, procuro perceber quais são os sentimentos que ficam em mim depois de fechar a porta. Se é tristeza, se é irritação...” e utilizar esses sentimentos contratransferenciais “para desfiar as defesas” abrir possibilidades de compreensão para que as pessoas “se sintam compreendidas, não atacadas de modo a reintegrarem dentro de si coisas que até aqui seriam insuportáveis pensar que eram suas” em que a “interpretação construtiva” tem um papel importante.

Entre os aspetos de se relacionar com o “agido” encontra correspondência na noção de enação, P1, sem referir o termo fala do “avançar do corpo” em momentos

muito emotivos do decurso de uma análise. A enação, ou na sua formulação, enação empática, P2 define enação como “uma tendência a agir, algo que se sente no corpo e nos leva a agir de uma determinada maneira”.

O lidar com a CT de uma forma operativa, P2 pressupõe uma “outra lógica, a relação real, uma nova relação” de modo a introduzir “inovação” na relação terapêutica, o que vai de encontro à formulação de P4 que refere a “nova relação” como permitindo uma mais saudável, livre, a aplicação do processo de transformação na vida com uma atitude mais flexível, adaptado, lúcido, critérios de saúde mental.

A CT pressupõe uma reflexão crítica, e segundo P4 “o que o analista deve fazer, em primeiro lugar, é saber se aquilo é dele ou de vem do paciente” sabendo de antemão que a CT corresponda “a todas as posições do analista, isso não é verdade”. Nesse sentido vai também ao de encontro da proposta do P5 em que há a necessidade de se “verificar o que se sente” correspondendo isso também a um processo de reflexividade: “na nossa profissão [de psicanalistas] temos que estar muito atentos em relação ao que estamos a sentir e ao porquê que estamos a sentir isto ou aquilo. Ou seja, estamos a ser pagos para pensar em nós, o que significa uma responsabilidade acrescida”. Por vezes o importante é “ficar calado e não interpretar logo”. Assim para P5 compreender seria a principal tarefa do terapeuta e compreender é refletir.

Para P4 o processo de mudança assenta na recuperação da relação real, marcada pelo aqui e agora, mas mais ainda virada para o futuro: “de vez em quando dá-se uma piscadela para o retrovisor, mas o principal é sempre olhar para a frente”. O processo será sempre o diluir a T-CT, “cultivar a T-CT é cultivar a doença porque a transferência é repetição”. E quanto menos se repete, mais saúde mental (P4).

Segundo P2 seria importante não esquecer as dimensões dos próprios traumatismos reais do paciente: “eu sou muito sensível às situações reais, às reações traumáticas e às reações perante as situações traumáticas das pessoas”, nem tudo pode ser reduzido às dimensões fantasmáticas.

### **Diferença – repetição**

Neste momento iremos fazer a abordagem dos conteúdos discursivos referentes às situações relatadas como exemplos contratransferenciais. P1 refere um dos casos onde uma tomada de posição junto de um paciente adolescente, resultante de um “disparo [agido] do inconsciente” comprometeu uma análise. Entre os sentimentos despertados na sessão surge a agressividade por parte do paciente, o

arrastar da análise P1 descreve as suas emoções com uma sensação de “exagero”, “perder o pé”, não ir ao encontro do desejo do paciente. Relativamente ao segundo exemplo, uma mulher a quem foi comunicado, segundo P1, demasiado cedo o seu laborar no erro no que se refere às relações amorosas, refere “erro de comunicação”, precipitação na comunicação da interpretação, sentimentos de rejeição na paciente, introdução de uma “ferida contratransferencial”.

P2 refere uma situação onde terá havido uma interpretação demasiado prematura de um sonho da paciente, fazendo a associação do analista à figura materna, desconhecendo ainda a preferência desta pelo irmão da paciente. P2 descreve o emergir de sentimentos de incompreensão por parte da paciente, repetição da sensação de frustração da história da paciente, agressividade e provocação que davam conta da sensação de solidão e incompreensão. P2 descreve-se como tendo ficado “chateado” e incomodado durante as manifestações agressivas da paciente. Consciencializado o processo contratransferencial P2 passou a receber a paciente de forma afetuosa, empática com olhar doce, trabalhando muito os momentos de separação.

P3 refere o caso de uma paciente cuja permanente auto-desvalorização e autocensura provocavam uma certa irritabilidade na terapeuta. O trabalho em supervisão permitiu descobrir sentimentos escondidos de grandiosidade que foram trabalhados em sessão que levantaram “outros aspectos até aí escondido”. P3 refere também a possibilidade de emergir sentimentos de preocupação em ausências não comunicadas. Como consequências da CT mal gerida P3 aponta o *drop-out*, a incompreensão por parte do paciente, turbulência nas sessões e o arrastar da análise.

P4 refere um primeiro caso em que uma mulher atriz, o foi consultar para iniciar uma análise e o psicanalista ter achado a mulher muito interessante colocando como horizonte o risco de se apaixonar pela paciente, por isso enviou a paciente para outro terapeuta. Refere um segundo caso também reenviado para outro terapeuta de um sujeito muito agressivo e que colidia com a sua própria agressividade. Por fim referiu um caos de um paciente muito narcísico que provocava grande sonolência durante as sessões.

P5 reflete sobre casos onde certos pacientes obsessivos provocam sono no analista. Conta um caso em que sentiu relativamente ao paciente que este lhe escondia alguma coisa tendo, colocando a hipótese de uma eventual homossexualidade coibiu-se no entanto de fazer menção e esperar que o paciente fizesse a revelação. “Se eu

tivesse dito ele podia ir-se embora. Por outro lado é uma atitude que eu nunca tomo. (...) Por uma razão: porque eu também me posso enganar. Eu estava sem perceber bem. (...) Por outro lado isso podia ser algo muito intrusiva na privacidade do meu paciente”. Entre os efeitos que a CT pode ter sobre o analista P5 refere desinteresse, perturbação incomodo, irritação e a hipótese de uma vez instalada arrastar da análise por muito tempo.

Humanização e humanidade no contexto analítico são referidos por P1 e P2 como inerentes ao trabalho psicanalítico e no lidar com as emoções emitidas do paciente.

### **Discussão**

Resulta da nossa análise que todos os entrevistados são unânimes em abandonar a ideia do analista como espelho ou colocado numa posição passiva. Em todos denota-se existir uma tendência para a ação do analista, para a sua atividade, nunca o considerando um sujeito passivo ou reativo. Poderíamos pensar se uma maior proximidade entre terapeuta e paciente, com a diminuição da posição de autoridade não acaba por diluir os efeitos perniciosos da CT. Em todos os entrevistados parece haver consciência de que a noção de CT é um terreno algo escorregadio, que pode comprometer ou atrasar o trabalho analítico. Daí que haja o esforço de ir ao encontro de várias estratégias e compreensões que contornem algumas das dificuldades colocadas pela noção em estudo. A pluralidade de compreensões reflete também o estado atual de discussão do conceito de CT. Ou seja os nossos entrevistados espelham o estado da arte atual através do seu discurso. Foi possível identificar nas diferentes entrevistas, diversos modelos e correntes que debatem a questão da CT.

No que diz respeito aos temas por nós identificados, parece haver precisamente na abordagem do conceito de CT, avanços e recuos no que diz respeito à “reflexão” e ao “agido” como que num movimento dialético em que se procura por um lado evitar o “agido contratransferencial”, mas ao mesmo tempo procurar modos de ação e de atuação que deem resposta ao apelo de ação. Deste modo podemos compreender que na definição de CT como reação, surge como contraposição a possibilidade de agir num determinado sentido, na produção de um sentido que aponte a resolução do processo contratransferencial.

Quanto à dinâmica clássico / contemporâneo os nossos entrevistados posicionam-se claramente do lado contemporâneo não deixando, no entanto, de estarem bem conscientes de quais são as posições clássicas. Está presente na maior parte dos discursos uma compreensão evolutiva do conceito de CT.

Já na dicotomia diferença / repetição onde se analisa os exemplos referidos de situações contratransferenciais, podemos observar uma forte coincidência na identificação dos sinais de enviados pelo paciente perante uma ação contratransferencial, bem como a identificação dos perigos subjacentes a essa ação. Contudo nos modos de inculcar diferença (relembro que diferença aqui remete para ideia daquilo que intervém, trave, modifica a repetição transferencial, no pressuposto também que a atuação contratransferencial pudesse também funcionar como modo de introduzir a diferença), são na sua maioria mais diferenciados entre si. Pode-se colocar a hipótese que ao nível da resolução da situação contratransferencial as ações variam mais de acordo com as circunstâncias do que com através de uma resposta unitária.

Outra constatação possível prende-se com a própria natureza do conceito. Já tivemos oportunidade de dizer que a própria construção da palavra contra-transferência pressupõe uma posição de subalternidade face ao conceito que lhe dá origem (transferência). De um ponto de vista ontológico seria um conceito atributivo e secundário, dependente daquele que lhe informa de significado, aquele ao qual se opõe. Mas talvez por isso mesmo ganha na sua capacidade em receber vários significados. Talvez isso seja a explicação com que a CT tem capacidade de receber tantos significados e adaptar-se a tantos modelos e encorpar significações que lhe permite dar resposta a essas solicitações.

#### *Limitações do estudo*

A metodologia escolhida possui vantagens e desvantagens. Entre as vantagens estão a enorme flexibilidade e liberdade no tratamento da temática. Contudo teria sido possível identificar um maior número de temas e subtemas, também as possibilidades de abordagem poderiam ter sido outras face ao material recolhido. Futuras investigações sob este método podem alargar o número de entrevistados e alargar o leque de questões exploratórias pedindo especificidades na orientação das representações conceptuais com as linhas metodológicas ou dos modelos existentes.

## **Bibliografia**

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, New York, Analytic Press.
- Bion, W. (1962) A Theory of Thinking, in Bion, W. (1993) *Second Thoughts*, London Karnac
- Bion (1970) *Atenção e Interpretação*, Rio de Janeiro, Imago
- Bird, B. (1972). Notes on Transference: Universal Phenomenon and Hardest Part of Analysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 20:267-301
- Braun & Clarke (2006) Using Thematic Analysis in Psychology, *Qualitative Research in Psychology*; 3
- Gilles Deleuze (1966) *Différence et Répétition*, Paris, PUF
- Freud-Binswanger (1999) *Correspondence 1908-1930*, Paris, Calmann-Lévy
- Freud, S. (1910) The Future prospects in psychoanalytic therapy in Wolstein, B., (ed). (1988) *Essential Papers on Countertransference*, New York, NY University
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis [Electronic Version], 12. Retrieved 9 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database
- Freud, S. (1915). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III) [Electronic Version], 12. Retrieved 15 de Outubro de 2012 from EBSCOhost Database
- Gabbard, G. (1995a) The Early History Of Boundary Violations In Psychoanalysis:, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1
- Hayes et al. (2011) Managing Countertransference, *Psychotherapy* 2011, Vol. 48, No. 1, 88–97

Howitt & Cramer (2011) *Introduction to Research Methods in Psychology*, London, Pearson

Kohut (1982) Introspection, Empathy, and the Semi-Circle of Mental Health, *International Journal of Psycho-Analysis*

Mitchell (1997) *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, New York, Routledge

## Anexos – Entrevistas (transcrições)

P1

- O que é a Contratransferência ?

O conceito de contratransferência é uma coisa simples e complexa simultaneamente. Na acepção mais simples é a influência que a realidade psíquica inconsciente do analisando provoca na realidade inconsciente do analista. Isto gera uma dinâmica. A contratransferência liga-se também à transferência que é a influência do material transferido e portanto há como que uma dinâmica entre o analisando e o analista. A contratransferência surge historicamente de uma certa preocupação que os fundadores da psicanálise começaram a ter relativamente a uma influência importante que o analista sentia, a incomodidade sentia face a uma espécie de material inesperado que fazia lhe fazia levantar uma reação. O que se pensou de início é que isso se resolvia com uma boa teoria e com o seguimento do analista. O analista teria que ter a sua análise pessoal feita e deveria ter uma supervisão. Isto ainda é hoje um bom conselho. Sobretudo para quem começa. Deve-se estar sempre atento ao inesperado que resulta do confronto entre aquilo que é minha realidade e a do analisando. O analista tem de estar sempre atento com algum cuidado, mas isso de estar em cuidado desvirtua também a relação terapêutica. Freud dizia: “sim senhor, isto acontece assim, mas o psicanalista tem de ter uma espécie de posição de comando e não se deixar influenciar, é ele que conduz e provoca uma assimetria na relação”. A questão da assimetria é muito importante. Mais tarde o Lacan, que era um homem que conhecia muito bem os fundamentos da psicanálise reforçou muito isto. Entretanto, tinha havido o movimento kleiniano, sobretudo o pós kleiniano, pois a Klein era muito dura e totalitária a interpretar, dizia: “eu é que tenho razão, os conceitos estão certos” e não estava muito preocupada com os movimentos internos dela. Queria era responder e saber interpretar as questões do paciente. Mas também aqui continuava a haver uma grande assimetria, o Lacan ainda vem acentuar mais essa assimetria. Mas o Lacan introduz uma coisa muito importante que é a de que a contratransferência tem de perceber... Ele dizia assim: “não é preciso ter muita preocupação com a contratransferência se houver a transferência instalada”. O que é que isto quer dizer? É que ao se transferir para a pessoa do analista a realidade psíquica, cria-se um terceiro, ou cria-se um lugar que é o lugar do desejo do analisando. O psicanalista é a projeção do desejo e a realidade propriamente do paciente. Cria-se ali esta realidade e o que Lacan afirma é que temos de ter a ideia do desejo e estar atentos para compreender isso do desejo do paciente. O que é a contratransferência? A contratransferência é a resposta adequada à transferência do paciente. O Freud tinha descoberto isto no amor transferencial. Isto é muito claro, declara-se o amor à pessoa do psicanalista e o psicanalista enquanto objecto do desejo do paciente tem de corresponder. Isto em termos técnicos é difícil, pois contrasferencialmente não se pode envolver com o paciente. Ele tem corresponder ao desejo projetado: “eu amo-o”, “eu também a amo, mas tenha cuidado porque eu sou somente o objeto do seu desejo, porque esse amor que tem por mim vem de uma figura que foi aqui projetada, do seu pai, do seu namorado, etc. Lacan, que era um homem muito inteligente achava que a contratransferência não tinha importância nenhuma, decorria de sermos o receptáculo, o recipiente do paciente. Compreendendo o desejo do paciente, que é a grande questão do Freud, da Klein, de uma forma brutal, e de Lacan era dizer que o que nós temos de perceber é o desejo e o interpretar. Se tivermos conceitos e teorias para o interpretar estamos salvaguardados da contratransferência. Entretanto Freud e Lacan acabam por fazer? O que fazem é assegurar a assimetria. A assimetria é assegurada em nome da capacidade de analisar a outra pessoa. Há uma teoria, a teoria do Freud era fabulosa, o Lacan achava que sim, e portanto

isto assegurava tudo o resto. Nós nunca podíamos perder o nosso posto de comando. Isto é um trabalho a dois, mas é assimétrico. Entretanto as “horas de voo” aumentaram desmesuradamente. Houve muitas análises muitos analistas, muito trabalho feito e começou a haver a ideia de haviam coisas intermédias. O primeiro a levantar esta questão foi Ferenczi que, quando se zangou com Freud, disse-lhe que a psicanálise tinha de ser um trabalho mútuo, em que cada um interpreta o outro. Houve uns que propuseram mesmo que o analisando pudesse interpretar as coisas do analista. Isto não é invulgar, porque na prática muitos pacientes interpretam, à luz do que já compreenderam da coisa, certas coisas. Dizem: “ah, isso também é seu, é a sua subjetividade e tal, é o seu desejo”. Alguns sabem isso e mesmo os que não sabem nada da psicanálise descobrem e dizem essas coisas. Estes movimentos foram fazendo o seu caminho. Este de uma análise mútua, enfim, fazia desaparecer gravemente a assimetria, aproximava. Ferenczi tinha muito trabalho publicado e era um homem inteligente, mas o conceito era um bocado exagerado. O que é surgiu a seguir? Os pós kleinianos também foram no sentido de se criar uma certa dinâmica mútua, mas o que surgiu mais recentemente foi o aparecimento do terceiro analítico que é a ideia que há o analisando e o analista e da capacidade reflexiva de um e de outro forma-se com o material de um e outro, esse tal terceiro. Aqui a contratransferência é tomada como um aspecto importante na dinâmica e já estamos a falar do aspecto positivo da contratransferência. A transferência e a contratransferência criam uma dinâmica e um terceiro olhar reflexivo. Eu compreendi o material inconsciente e também deixei que o meu material fosse transposto para o lado de lá, aqui começou a surgir um terceiro olhar que é o que se chama um terceiro analítico. Da tua realidade e da minha nasce esta entidade e nasce através da reflexividade e da compreensão mútua do nosso inconsciente. Isto é muito motivador. É um bocadinho parecido com o lugar do desejo de Lacan, mas é uma coisa menos autoritária, mais reflexiva. O que pode provocar a emergência deste terceiro analítico pode estar desequilibrado. O analista tem uma ideia do terceiro analítico, da realidade que se cria, e o paciente também tem essa ideia, mais há ali um desfasamento. É preciso ter isso em consideração, porque quando há esse desfasamento da realidade psíquica, quando na sua reflexão o analista já compreendeu o problema do analisando, mas o analisando pode ainda não ter compreendido completamente a sua realidade psíquica o que que é que se faz? Faz-se, e aqui é outra vez a contratransferência a funcionar, faz-se uma de duas coisas: em termos clássicos deixa-se andar, são as psicanálises muito longas, até o paciente lá chegar. Mesmo que eu com o terceiro analítico já tenha compreendido onde é que ele chegou. A nova psicanálise faz intervir a contratransferência dizendo “vamos lá acelerar”: “não está a ver isto”, fazendo uma explicação do que se está a passar na contratransferência. Mas faz intervir a contratransferência dizendo “olhe eu não vou ficar à espera, mas vou-lhe explicar o que se está a passar consigo, vou puxá-lo, venha cá para cima”. Isto pode ter qualquer coisa de contratransferência positiva, mas tem uma desvantagem, mas o paciente pode dizer, “epá, você está a puxar-me para aí e eu não quero”. É a resistência. Mas esta maneira de ver a contratransferência é aquela que está ligada àquelas concepções de análise relacional. Em Portugal quem fala mais nisto é o Coimbra de Matos que diz que é preciso que este trabalho de reflexão sobre o que é do paciente e o que é do analista demora tempo e é um processo compreensivo. O Coimbra de Matos diz assim: “isso é importante, mas se ficarmos aí não se muda nada, é preciso mudar, propor a mudança, sugerir. Você compreender, já compreendeu, agora tem de mudar”. Não se diz assim. “Deixe lá as suas coisas”, isto seria contratransferencial, mas do ponto de vista dele isto faz-se muitas vezes. Portanto, a contratransferência é sempre o jogo do material de um e do outro. E como é que se faz? Do ponto de vista de Freud e de Lacan é uma coisa onde há uma autoridade que se manter e a contratransferência tem de ser salvaguardada, porque não

temos de ser nem naïfs, nem autoritários, e isso é assegurado pela supervisão e pela profundidade da análise pessoal, visa-se manter a assimetria. Isto é tudo muito clássico. Isto é a análise: quem comanda sou eu, estou autorizado pela teoria e sou capaz de manter... As questões que foram introduzidas pelo terceiro analítico são mais, como dizer, são mais fascinantes, fascinantes é um termo intenso... Mas criam, do meu ponto de vista, uma coisa que me é muito cara que é a reflexividade. Refletir é um trabalho constante. O Coimbra diz uma análise é mudança e para mim é reflexão e mudança, reflexão e mudança. Este trabalho de refletir é muito importante. Leva os pacientes, na sua reflexão a introduzir notas de interpretação do nosso comportamento Mas quando se chega aí... há lugar a rir-se: “ah, já me descobriu”. É um pouco como os alunos fazem com os professores. Os alunos topam muito bem o material inconsciente do professor e põem isso em evidência: “ah, você já me topou”. Esse é o aspecto mais positivo da contratransferência e do terceiro analítico. É, digamos, permitir e reflexividade ao paciente. E aquilo vai subindo, o que é muito bom na análise é aquela constante mudança que os analistas falam, é aquela mudança constante. Ao refletir a coisa vai subindo sempre, o nível da análise vai subindo. Quando se chega a um nível de reflexividade muito grande a contratransferência quase que desaparece. É a minha ideia. Portanto, já recebemos o inesperado de cada um, de uma forma benévola, já não nos surpreendemos e há aí uma grande aliança. Já estamos próximos do trabalho final. Eram estes aspectos que eu tinha pensado dizer ao Rui Cintra. Que isto da reflexividade é uma coisa importante para quem começa. Ter logo esta ideia. Portanto, os conceitos da contratransferência são estes. É uma coisa simples, que norteia o trabalho, mas que se vai desenvolvendo. Eu não aplico o conceito de A, B ou C. Há vários conceitos e aplico-os conforme a situação. Não estou muito preocupado. Mantenho a assimetria, mas não sou louco pela assimetria. Se aquilo se aproxima vou vendo o que vou fazendo, fazendo perceber que isto se passa entre um material que não é objectivo. Quanto à neutralidade, tento diminuir a neutralidade. Estou aqui implicado, não estou nada neutro. Não dou a entender... “Ah, ele não diz nada, sei lá o que é que ele está a pensar”. Não faço isso. Mas mantenho uma certa neutralidade e se for preciso travo a fundo. Portanto, utilizo a contratransferência... Claro que se fico muito irritado digo assim: “epá, contratransferência negativa”, tento neutralizar. Mas do meu ponto de vista, já não me irrita muito, já tenho... Por vezes, quando a realidade é muito complicada, às vezes até me emociono... Outra coisa que também quero dizer, porque isto é para um trabalho, nas novas correntes a contratransferência não é só as questões descritas, são também os movimentos, as sensações, as emoções... Mostra-se ou não a emoção? Eu mostro a emoção. Por exemplo, faço uma coisa que é, por exemplo, numa situação muito dramática, o paciente chorou, foi muito emocional... O natural é deixar que a pessoa se exprima livremente, deixar ir até onde for. Mas depois tenho gestos, pequenos gestos, quase automáticos... não é bem automáticos, mas não são artificiais... Por exemplo, faço isto (avança na cadeira), um gesto de aproximação. Ou faço uma coisa, quando interpreto ponho o nome da pessoa no fim, quem diz no fim diz no princípio ou no meio e isso é favorável. Aprendi isso com o meu analista. (...) Não ser tão assimétrico. A gente sabe que vai mexer no outro lado, mas deixamos ir, normalmente isto tem bom... na contratransferência o que eu não gostava muito, é aquilo que o Lacan dizia de que ele é que era o catedrático, ele é que sabia. Os pacientes podem reagir muito mal a isto...

- Pedia-lhe agora dois exemplos, um negativo e outro positivo.

Um negativo... Começando por um negativo. Segui um rapaz, foi das pessoas que mais me marcou, era um rapaz de catorze anos, tinha um nível intelectual fortíssimo,

eu não precisava de ter uma linguagem para catorze anos, porque ele tinha uma linguagem filosófica, sabia imenso de filosofia. Tinha uma característica, dizia-se satânico e defendia o Marilyn Mason, queria ser músico e era de uma família de professores que eram muito católicos. Havia patologia grave na família, a avó tinha uma esquizofrenia. Andava num colégio muito famoso, e era aluno do quadro de honra, mas estava em queda e tinha a maior das desconfianças dos professores, estava sempre em guerra com os professores, tinha uma grande desconfiança do institucional e aqui na análise também teve, mas sentiu que eu me aproximei dele, que houve qualquer coisa de menos assimétrico diferente do que ele sentia em todo lado: “os outros é que têm o poder, os gajos fazem o que querem, eu não concordo, a professora vem com isto, eu não concordo e digo-lhe” Havia lá uma que o compreendia, só uma. Depois tinha o colégio todo contra ele, os outros miúdos também estavam todos contra ele porque ele era um dos melhores alunos, mas tinha aquelas ideias com que ninguém concordava e gozavam com ele. A determinada altura ele quis sair do colégio para ir para uma escola pública. E quando ele teve este movimento eu pensei, “se tu estás mal no particular, no público vais-te ver lixado”. E este pensamento era o pensamento dos pais. Esta coisa fez-me pensar como os pais e ele descobriu logo e nunca mais me aceitou. Foi-se embora. Eu gostava muito dele, mas ele descobriu, numa atitude contratransferencial de não aceitação da proposta dele. Eu nunca lhe disse que se devia ir ou não, mas ele sentiu: “isso é o mesmo como os meus pais”. Andou, andou e foi-se embora, ou seja o exagero dele fez-me despertar em mim o desejo de o conter, de o proteger em vez de entrar no tumulto. Tive medo. Isto foi nitidamente o facto de a questão do inconsciente dele ser demasiado quente para mim. E eu senti e aderi ao ponto de vista ponderado objetivo dos pais. Ele não aceitou isso e foi-se embora. Foi um *drop out*. Depois apresentei este caso, quando fiz a formação de psicanalista e curiosamente havia uma colega psicanalista que tinha um caso parecido com este. Porque a necessidade que tinha de o proteger não era protegê-lo coisa nenhuma, foi um caso contratransferencial que me fez perder o pé nitidamente. Foi como se a contratransferência dele acabasse por ele despertar uma resposta e não fui direito ao desejo dele.

- É difícil detetar esses tipo de movimentos?

Eu descobri logo, a reação dele foi óbvia... Ele era muito intenso, era um doente grave, fazia coisas perigosas, quando se zangava com os pais, vivia num prédio muito alto e punha a perna de fora e dizia que se lançava. Eu não devia ter pensado nos pais. No momento em que ele me estava a propor aquilo, não devia ter pensado nos pais, ele descobriu que eu estava a pensar nos pais. É esse um aspecto. E é assim que uma contratransferência muito desorganizada, que foi o caso, pode matar uma análise. Uma emergência do nosso inconsciente pode matar uma análise. É preciso ter cuidado nisto.

Noutro caso, uma transferência positiva e negativa. Às vezes nas coisas da análise, quando a transferência é positiva é nos casos em que a coisa está a correr toda muito bem. E aí já quase não estamos a falar de contratransferência se aquilo corre tão bem, quando uma análise afina, está bem afinada. A contratransferência já não é bem um conceito, já está distante, já estamos a trabalhar com outras coisa. A contratransferência vê-se melhor nas coisas negativas. Então, este é o caso de uma paciente licenciada em letras, muito miúda, muito boa aluna, e que apareceu no momento em que se estava a separar do marido com quem tinha casado um ano antes. E ela era a melhor aluna do curso dela e ele era electricista e ela queria separar-se

dele... Tinha-se casado, tinha uma casa, tinha tudo, mas a determinada altura... e havia uma grande aliança entre um e outro, iam para a Serra da Arrábida, eram assim meio sonhadores. Mas a ligação sexual era uma coisa insípida, aquilo era muito uma espécie de santidade e ela rompe com ele. Na altura ela trabalhava temporariamente num hipermercado, separou-se dele para ir juntar-se com um rapaz que também trabalhava lá no supermercado. E a ideia que surgiu nesse momento é que ela ia repetir o erro. O que é contratransferencial aqui é, por um lado, a compreensão do material dela. Isto surgiu comigo e com o supervisor, o meu supervisor dizia: “deixou um e este também é para deixar”. Isto é a contratransferência no máximo. Bom, as coisas foram tendo vários episódios e depois como é que se consegue operar esta formação maciça da contratransferência? “Isso vai dar errado outra vez”. E como é que agente passa isto para o lado de lá? Passar, passa. Por um lado, não passa, é rejeitado, e por outro lado, a pessoa cria a ideia de que nós somos contra, que eu seria contra aquilo, e era. Achava que aquilo era uma repetição do erro, que é uma coisa cognitiva, que aquilo não se podia passar. O processo durou oito anos e houve dois desfechos. Ela arranjou um outro namorado e deixou esse tal rapaz. Arranjou um intelectual. Mas o outro era pouco experiente, era um rapaz também tão santo como o primeiro e ela voltou outra vez para outro rapaz. Ao fim de oito anos sempre em análise, chegou à conclusão que de facto insistia nisto, que era de facto um erro e separou-se dele, encontrou outro companheiro. Aqui foi entrar numa situação em que a contratransferência se coloca com uma contratransferência em absoluto. Isto tem de ser assim. É terrível isto. Ela travou uma luta dizendo que se ia embora: “vou-me embora estou farta disto, não quero”. Está a ver? O que também deu consistência ao pensamento inicial. Ela facilmente entra em relações que não lhe convém, de que vai sair-se mal, e depois o rapaz, de facto, fez o curso de polícia e na separação fez-lhe coisas horríveis. Mas foi muito difícil trabalhar com a convicção num aspecto contratransferencial terrível e tive de sofrer consequências tramadas. Digamos que introduzi uma ferida contratransferencial que se apagou. Foi uma espécie de uma análise a ferros e ser a ferros é um aspecto contratransferencial.

- Aqui também houve uma aceleração rápida do processo.

Exatamente, é esse o aspeto. Provocar a mudança, mas provocar é provocar. É não deixar que a coisa apareça suavemente. Que é o modelo clássico. Podemos fazer intervir a contratransferência como um aspecto positivo, mas que pode trazer consequências também graves. Enquanto no rapaz foi um erro, foi um disparo do inconsciente aqui não, mas foi uma atitude tramada. É como um cirurgião, “vamos lá tentar, vamos correr o risco ao máximo”. Podemos fazer coisas tramadas mas corremos o risco ao máximo. São os aspectos contratransferenciais, são atitudes clínicas de risco. Que neste caso resultou. Teve um aspeto negativo, foi longa, oito anos. Agora isto é dito de uma forma grosseira. Mas são estes aspectos, a contratransferência é uma coisa que se esbate, é uma coisa fácil de compreender, mas também complexa, o lugar do objeto, etc. E é uma coisa que se pode utilizar mas que não se pode utilizar sem risco. Isto é que é a contratransferência.

- Do ponto de vista técnico como é que sente a CT?

Há as coisas agressivas, a contratransferência no seu pior é quando gera uma certa agressividade, que se revela através do criar da assimetria, do poder. E é extramente perigoso. O poder da técnica, o poder da teoria, o poder da pessoa, o poder do

analista. E se cria isso, pode ser muito intenso, mas é o suficiente para chamar a atenção ao analista que algo está mal, que não pode ser assim, e o analista tem de repensar a coisa. Tem de introduzir ao nível da compreensão do material, se a linha que utilizou foi a mais correta. Mas a sua dúvida é como é que nos surge que aquilo é um erro. A pessoa sente-se demasiadamente poderosa, “isto não pode ser assim”. É como o pai para com o filho, “como é que puto vai compreender isto”. Exagerei. E ali a pessoa sente o exagero, o desajustamento. Os professores sentem muito isso. Alguns fazem disso gala. Sabem que estão a fazer mal. E sente-se muito bem, a contratransferência é uma coisa que se sente. Na relação amorosa a pessoa também sente isso, que está a fazer mal ao outro, “épa não posso fazer isto”. Aqui é perigosíssimo porque é o tratamento que está a ser posto em causa e a pessoa tem de recuar nisso. Isto não acontece muitas vezes porque a pessoa estabelece uma relação com o paciente. Eu tenho convicções políticas, muito marcadas, mas muitos dos meus pacientes têm posições opostas e isso nunca faz gerar... estabelece-se facilmente uma relação com as pessoas. Agora pode haver é de um lado e doutro, momentos de saturação, de impasse que é uma coisa contratransferencial. A contratransferência também aponta para as situações de impasse que vêm de um lado e doutro. Quando aquela reflexividade deixa de existir ou se satura, “e agora reflito o quê, já não sou capaz de refletir mais”, isso gera agressividade de parte a parte. Frustração. “Então agora isto não avança, é por ti, não é por ti”. Isso cria alguma agressividade. Mas depois predomina novamente a relação que se tem com a pessoa. Volta ao nível... Costumo dizer que a psicanálise é uma coisa de humanização. Que no fim são dois homens ou duas mulheres ou um homem e uma mulher que se encontram. Eu acho que é isso e isso salvaguarda muito. Agora esses aspectos existem e uma análise é feito disto, não há nenhuma análise com uma boa transferência ou contratransferência, aliás, uma das coisas que se diz é que não se pode acabar uma análise sem uma transferência negativa e sem estes aspectos da contratransferência, sem que isto tivesse aparecido porque na vida real ninguém consegue fazer a vida sem constrangimentos, sem conflitos e tem que se corresponder a isso. A contratransferência positiva, quase que não existe porque é o céu, existe no fim, a coisa esbatida. Até lá tem que se estar sempre a pensar, é uma dinâmica. É como o inconsciente, é uma dinâmica. E isso introduz também dinâmica na resposta e no diálogo transferência e contratransferência. A sua preocupação eu percebo-a. A contratransferência está muito presente no princípio e a gente não sabe se há de fazer ou não há de fazer, mas aqui pesa um bocado a neutralidade e a objectividade e o trabalho psicanalítico não é sobre o objectivo, mas sobre o que está por detrás do objectivo. É o inconsciente. É um diálogo intersubjetivo, é o lado contaminado de lá com o lado que é transferido para dentro do meu que também tem contaminações e é aí que este trabalho se faz. “ - Ah eu não disse nada disso. O que se passou foi isto. – Ah, mas o que se analisa aqui não é isso é o que está por detrás disso”. E isso é que desperta... por exemplo, isso de “dizer que o que eu estou a dizer é isto, que estou a dizer uma coisa e está-me a responder outra”. Aqui gera conflito. E aqui também que se cria a reflexividade: “ah está bem, eu ando lá à batatada mas não interessa porque é que eu ando à batatada, ok”. Aí há a condescendência da humanização. O inconsciente dele é o inconsciente do humano e meu inconsciente também o é. Então encontramos-nos. Há aí uma compatibilização a esse nível por isso é que eu digo que se vai esbatendo a contratransferência. E o fim da análise faz-se nesta reflexão e é uma coisa a que se chega, dizem os livros, de acordo. Há uma sintonia. “Eu sinto que acabou e eu sinto que você também acabou”. Mas isto é sempre um jogo de transferência e contratransferência.

P2

O que entende contratransferência?

A contratransferência é um conceito que, como sabemos todos, Freud criou, e que tem que ver com as reações com as contra-attitudes inconscientes do psicanalista, do terapeuta em resposta à transferência às manifestações transferenciais do paciente. Esta é uma definição clássica. Acho interessante para introduzir que esta é a forma clássica como o Freud operou e como os psicanalistas em geral veem as coisas. Por vezes os psicanalistas não utilizam o conceito com a mesma precisão. Freud, no início, elaborou o conceito de transferência e depois o de contratransferência e na realidade são conceitos..., digamos, no início, para Freud, a transferência e a contratransferência, aí entre 1895 e 1900, não tinham a dimensão que depois vieram a adquirir. Freud operou o complexo de Édipo e passou a ver tudo à luz do complexo de Édipo, mas não foi assim no início. A contratransferência não tinha a ver diretamente com isto do transferido, dos sentimentos que se têm das imagos parentais para o psicanalista, eram deslocamentos de afectos, de coisas no interior da própria organização da pessoa. Só depois a partir da teorização mais elaborada da psicanálise é que passou a ser uma transferência das imagos e depois a conceber a contratransferência como uma reação inconsciente do psicanalista às reações do paciente. Portanto, eu acho que é muito importante esta dupla visão porque num primeiro momento Freud também deu muita importância aos abusos reais, sexuais, e depois aquilo assustou-o muito no tempo e o Freud concebeu então a teoria fantasmática que criança queria casar com a mãe ou com o pai e essas coisas e rivalizava e odiava o sexo oposto, mas no início o Freud focou-se muito nos aspectos dos traumatismos reais e também os conceitos transferência e contratransferência começaram a ser relacionados. Com processos mais nesta lógica e depois houve esta noção desta nova teoria que deu origem à chamada psicanálise. Mas quando Freud estava a conceber as coisas do que viria ser a psicanálise e ele foi confrontado com posições diferentes opostas e mais subtis a meu ver nesse princípio. O conceito de contratransferência que depois veio a criar as tais manifestações das contra-attitudes face às transferências do paciente passou a ser um conceito muito generalistas em que os psicanalistas tudo o que tem a ver com contra-atitude, umas vezes conscientes outras inconscientes ou semiconscientes ou pré conscientes, tudo é contratransferência. Na realidade o conceito visa essa visão mais inconsciente em reação às transferências das imagos como já referimos.

- Na sua prática...,

Isto obriga-me a uma reflexão crítica. Esta nuance que estou a fazer não é por acaso. Julgo que a perspectiva de reduzir tudo a transferência e contratransferência é uma perspectiva redutora do que está em causa no processo. Da mesma maneira que reduzir tudo a relações fantasmáticas é redutor em relação aos traumatismos reais, eu sou muito sensível às situações reais das pessoas às reações traumáticas e às reações perante as situações traumáticas e tudo não é só uma construção no interior da criança estou mais nessa perspectiva relacional, a partir das situações relacionais a criança vai construindo os seus próprios modelos. Sou levado a pensar que as questões das transferência e contratransferência são uma manifestação que o paciente tende a trazer e a atualizar na relação terapêutica e que é natural que os psicanalistas se deixem levar

por essa tendência de terem contra-attitudes das quais não têm consciência mas depois podem vir a ter consciência de porque é que reagem assim. Se sou considerado um bom pai um uma boa mãe para o meu paciente. Nesse sentido penso que o Coimbra de Matos é importante, mas acho que a questão já está em Freud , o Coimbra e outros autores são muito importantes da psicanálise. A transferência não é só a transferência dos imagos nem devia ser, quando os pacientes transferem os imagos para nós, e nós reagimos com contratransferência corremos o risco de perpetuar essas situações repetitivas e é importante sairmos desse modelo transferência-contratransferência para concebermos com esse modelo em que há qualquer coisa que possa impedir que tudo seja transferência e contratransferência. Se eu só reajo em contratransferência àquilo que me diz um paciente eu não consigo ser suficientemente inovador na relação com ele. Estou a reagir a ele, não introduzo um outro andamento, uma outra lógica e acho que é muito importante para nós psicanalistas terapeutas introduzir uma lógica que não seja a lógica da transferência contratransferência e é isso que se chama nova relação e conceitos afins e para mim é aquilo a que chamo empatia, empatia enactante. Eu utilizo mais na minha prática profissional esse conceito do que o de transferência – contratransferência quando quero estar com um paciente e para poder ser inovador tenho que ser sensível aos processos empáticos que consigo sentir no meu corpo em relação a ele. A isso chamo empatia enactante. Isto é um conceito de alguma psicanálise. Foi introduzido por alguns cognitivistas e por outros autores humanistas e fenomenológicos, na psicanálise com o Kohut , mas penso que não é suficientemente valorizado mas que me parece muito importante para a capacidade que nós temos de ver a pessoa não como um simples resultado das transferências que faz do pai ou da mãe, mas como uma pessoa com a sua própria vida pessoal que não se resume só a repetir a relação com o pai e com a mãe. Acho isso muito redutor .

- Relativamente a exemplos da sua experiência...

É uma boa questão. Usar o conceito num sentido mais alargado acaba por ser limitador. Pode criar equívocos.

- Pela própria especificidade do conceito.

É verdade que os psicanalistas usam o conceito de transferência e contratransferência em sentidos mais alargados, não é igual para todos. Mas o modelo tende a repetir os modelos parentais, seja na atitude do paciente e depois na contra atitude do terapeuta, não introduz suficientemente a mudança a alteridade a inovação da relação. Mas no caso da minha experiência pessoal. Uma situação negativa que me ajudou a pensar isto. Uma vez uma paciente minha fez um sonho. Era uma mulher de trinta anos com uma vida muito pobre do ponto de vista humano e relacional , muito certinha com um pai um bocado incestuoso, mãe muito doente. Ela vivia em casa dos pais. Ela fez um sonho no inicio da análise e o sonho passava-se num quadro onde ela tinha vivido na família e mesmo no colégio de freiras e o sonho era que ela estava numa igreja e sonhou com as freiras, porque ela também estava nas freiras e havia a uma madre que era a madre Antonieta e eu chamo-me António. E imediatamente fui para o sonho e interpretei que ela me estava a ligar à mãe que eu era como a mãe, ou seja fiz uma interpretação contratransferencial desse sonho. Ela conduziu-se a uma repetição da mãe, isto foi inaugural na minha relação com ela. Teve muita importância e eu aceitei colocar-me no lugar da mãe. Disse-lhe que ela estava a sonhar era comigo e isso introduziu um modelo transferencial-contratransferencial na relação. E levou muito

tempo depois a ser capaz de alterar isto. Foi uma interpretação errada da minha parte, ela podia ter o direito que eu era a Antonieta, mas o que eu tinha de lhe dizer é que não era isso. Não lhe disse isso e isso fez com que a nossa relação se arrastasse e ela me interpretasse muito, durante mais de um ano, não foi só por isso, mas eu próprio estava nessa lógica. Achava que estava a fazer uma interpretação excelente que é uma coisa banal mas era evidente que eu era uma mãe para ela e que ela me sentia como mãe. Agora o que acontece e depois vim a descobrir mais tarde na relação dela com a mãe é que ela tinha um irmão e que o era do irmão que a mãe gostava e nunca gostou dela. Eu neste contexto ao assimilar-me à mãe e ao aceitar esse esquema pus-me no lugar de a rejeitar e preterir, e isso levou tempo a perceber isso. Depois vi que ela hesitava a continuar a relação comigo até eu me aperceber e me dar conta de que estava. Foi quando ela me disse isso mais à frente de que a mãe preferia o irmão, que havia uma grande rivalidade entre os irmãos que irmão tinha um estatuto muito superior e que ela era muito fustre e eu estava a repetir o comportamento e eu estava repetir na minha contratransferência, na minha reação a ela eu sentia agressividade dela comigo e eu era agressivo para com ela. Levei tempo a perceber que no fundo ela estava à espera é que eu pudesse ser o contrário da mãe que a pudesse apreciar e isso era ser diferente da mãe. Era sair do modelo transferência contratransferência. Levou muito tempo. E foi muito significativo para o meu trabalho profissional. Essa paciente ensinou-me muito, porque eu sofri bastante. Ela depois teve a coragem de ser agressiva comigo. E obrigou-me a pensar epá o que é que se passa aqui. Eu não queria que ela se fosse embora e tentei questionar-me, levou tempo.

- Um situação positiva?

Então nesse caso preferia falar nos meus termos. Acho que uma relação contratransferencial positiva traduzindo isso na minha linguagem mais atual, diria que é uma relação em que consigo sair do esquema repetitivo e consigo introduzir a tal inovação na relação e isso passa por uma relação empática enactante que eu acho que é um conceito muito rico e produtivo porque a enação é um conceito que vem do inglês enactment, dos cognitivistas e que tem que ver com uma tendência a agir e em psicanálise agir em geral é mau. Eu trabalhei com bebés durante uns anos em Paris com o Lebovici e ele dirigia-se aos bebés tocava nos bebés nos cabelos deles dizia que eles eram bonitos eu lembrava-me de ver coisas em que ficava até chocado. Lembro-me uma vez de ele ter posto o dedo na boca de um bebé para ele chuchar e falava das relações, a mãe a contar a história dela as coisas assim meio perdidas e ele a agir com o bebé. E as pessoas viam mal aquilo. Agora vai haver o congresso do Green lembro-me do Green a atacar o Lebovici ... o Lebovic reagia por empatia tinha a ver com coisas mentais não eram só ações mas era o sentido que ele ia descobrindo do vivido relacional do bebé com os pais e agia com o bebé agia com a mãe agia com o pai e isso era enação. Uma coisa que eu aprendi enação é este sentir corporal, a gente sente as coisas no corpo o que nos leva a agir de uma determinada maneira. Por exemplo o género de atitudes que me levam a ter reações desse tipo, por exemplo com esta mesma pessoa de quem estive a falar, quando descobri que o que que ela queria de mim é que ela me ajudasse a aproximar-se dos homens, que eu fosse um apoio para ela para ela poder ter confiança na feminilidade dela num objeto tipo anaclítico, eu apercebi-me disso porque ela sofria muito quando porque ficava facilmente enraivecida comigo, com as pessoas em geral e eu quando me apercebi disso comecei a ter uma atitude diferente com ela, por exemplo, o meu consultório é no primeiro andar e tem um patamar passei a vir esperá-la no patamar, a recebê-la de uma maneira

mais afetuosa, empática, não aquela coisa neutra dos psicanalistas dão um aperto de mão às pessoas, assim olham mais ou menos nos olhos às vezes nem olham não tem um olhar doce, muitas vezes é aquela coisa profissional, e essa coisa de eu poder sentir o sofrimento dela, a solidão em relação à mãe e ao pai. Ela tinha atitudes violentas nas sessões, por exemplo de se por ao telemóvel, um pouco provocadora. A minha primeira atitude contratransferencial foi ficar chateado. “Ela não me liga e eu aqui” e depois percebi ela estava a mostrar-me o lado da grande solidão, de grande incompreensão que tenho para com ela que é o que ela sente. “Há aqui um desencontro”, pensei e passei a ter cuidado na despedida a fazer muita atenção a esses momentos de separação na maneira como me dirigia a ela. Vivi corporalmente uma atitude de uma relação eu sentia-me incomodado com ela e interroguei-me porque é quem me sentia incomodado com ela e procurei introduzir aquilo que correspondia ao que é humano, a aquilo que humanamente a gente faz com os outros quando procura estar disponível e sente que o outro está à rasca, era o caso dela, ela estava à rasca e eu passei a despedir-me dela como uma pessoa que está à rasca, com humanidade não como um profissional. isto é o que podemos enquadrar nessa questão da contratransferência positiva, mas que eu chamo empatia enactante. Por causa do trabalho com os bebés e desta experiência com relações muito precoces contam menos as palavras e contam mais os gestos. Isto também vale para nós adultos, mas com os bebés também as palavras. Eu trabalhei oito anos com os bebés e isso ajudou-me a sair do modelo clássico da psicanálise, porque fiz uma psicanálise clássica aquela coisa quatro vezes por semana, seis anos seguidos. E o psicanalista não dizia nada, não respondia a nada. Eu tive isso tudo em Paris. Hoje em dia a minha experiência profissional, a minha experiência como psicanalista levou-me a mudar essa perspectiva e a ser muito sensível a esses aspectos. Da capacidade da gente se pôr no lugar do outro sentir o que o outro sente. É uma dimensão que é simplesmente humana. Nem é uma coisa extraordinária. É preciso que o psicanalista dispa o fato de psicanalista porque somos muito formatados para ser psicanalistas, porque tivemos uma análise. É preciso refletir sobre isto, pensar. A psicanálise pode ter aspectos perniciosos e pode ser muito libertadora e inovadora se nos ajudar a viver fora dos esquemas repetitivos onde podemos voar e é nessa psicanálise que eu voto. Mas que exige refletir sobre estes conceitos de transferência contratransferência e ver que é importante que num sistema interpretativo estar atentos a estas repetições para chamar atenção aos pacientes e dizer olhe você está a repetir mas olhe que eu não sou bem igual, sou diferente. Introduzo muito isso nas minhas relações que este trabalho de intimidade entre duas pessoas que são iguais. Um psicanalista e os pacientes com os seus problemas. Às vezes os pacientes assustam-se com isso, se agente se aproxima mais, eles podem-se sentir invadidos e temos que saber fazer as coisas. Mas é importante criar e chamar atenção porque o que é interessante é criar uma relação de intimidade, porque muitas vezes com os pais foram isso que as pessoas não tiveram. Com os pais reproduzem muito reações de autoridade, dão concelhos aos filhos, não diz-me, tu és capaz de pensar, os pais tem tendências a dar concelhos em vez de dizerem: tu sabes pensar, é essa maneira de funcionar que pode ser benéfica, porque nós os psicanalistas às vezes também temos tendência dar conselhos a gente é que sabe, no fundo ali somos duas pessoas iguais. A gente aprende muito uns com os outros, na nossa área da psicologia em que há muita inovação se não estivermos numa perspectiva de aprendizagem mútua não só é um bluff, mas também não acompanha o conhecimento. A psicanálise tem que se abrir às outras ciências. Isto são conceitos que tem cem anos e as pessoas ainda repetem aquilo. Os conceitos de empatia surgiram com os trabalhos... Kohut introduziu isso creio eu, com os trabalhos das

patologias narcísicas, no modelo clássico a pessoa era narcísica devido a um excesso libidinal sexualização e ele chamava atenção ao contrário, que era a falta de relações empáticas é que transformavam as pessoas em narcísicas e isso foi muito criativo. Depois com os bebês, não se pode falar que o bebê tenha uma contratransferência em relação à mãe, para haver esses modelos tem de haver uma história e era precisamente isso que o André Green atirava ao Lebovici dizendo que ele não podia fazer psicanálise de bebês porque não havia história, o bebê não tinha uma história logo o psicanalista não tinha nada a fazer, porque só via a realidade do bebê, as interações, coisas reais e portanto o Lebovici dizia você devia interessar-se pelo bebê verdadeiro e não pelo bebê real, Fico surpreso o que é o bebê verdadeiro? Não olhava à realidade.

P3

- O que entende por contratransferência?

Por contratransferência entendo todos aqueles sentimentos que o paciente desperta no terapeuta ao longo de todo o processo terapêutico. Todo e qualquer sentimento. Tudo o que é suscitado ou convocado no interior do terapeuta, eu entendo isso como contratransferência. Portanto, quando me pergunta “tudo?” quer dizer o que vai desde a tristeza, a irritabilidade, a impaciência, a sonolência, etc. Todos esses sentimentos que vão circulando dentro de nós no contexto daquela relação são por mim entendidas como coisas contratransferenciais e as coisas contratransferenciais são qualquer coisa que existe no terapeuta, mas que são daquele encontro, do encontro com aquela pessoa precisa. Quero com isto dizer que emergem dos dois lados.

- Perguntava agora se poderia descrever uma situação concreta em que tenha surgido um movimento contratransferencial.

Estão sempre a acontecer situações em que a contratransferência desperta dentro do terapeuta. Pensando na sua pergunta talvez interesse situações onde a contratransferência seja particularmente intensa, tão intensa que possa ser sentida pelo próprio terapeuta como bloqueadora ou geradora de um impasse. Estava a pensar numa situação mais recente e que até, para além da discussão em supervisão, me obrigou a ler e a investigar. É uma daquelas situações de autocensura e autodesvalorização no paciente que muitas vezes, ou pelo menos na situação em que me estou a recordar, provocava em mim terapeuta uma certa irritabilidade. Era qualquer coisa que impedia de pensar ou nos limita. Então estava a pensar nessa situação, pus-me a pensar na irritabilidade, porque é que esta autocensura, esta desvalorização permanente me provoca irritabilidade e evidentemente isto implica já falar... Um dos benefícios da contratransferência será o quanto é importante refletir sobre a contratransferência, elaborá-la, para se poder sair de um impasse e utilizá-la como bússola. Eu utilizo-a sempre como uma bússola, aliás Meltzer dizia que a contratransferência é um método de conhecimento. Pensando sobre a irritabilidade foi possível levantar a hipótese de sentimentos de grandiosidade escondidos por trás desta autocensura e desta auto desvalorização. Sentimentos que são qualquer coisa também de defensivo. E tendo em conta que o paciente é sempre o nosso supervisor foi possível, aí, através da análise da minha contratransferência, que naquele caso era a irritabilidade, foi possível avançar para essa hipótese de grandiosidade que já num momento ou noutro tinha espreitado. E foi possível trabalhar um outro aspecto até aí escondido, um aspecto particularmente difícil e delicado do paciente, porque ao mesmo tempo era preciso avançar. Isto vai provocar uma reação e essa reação pode ser o reforçar das defesas. Aqui é um exemplo de pôr a contratransferência ao serviço do desfiar da defesa. Existem muitos outros exemplos. Dizia-lhe ainda uma outra coisa que é o seguinte: habitualmente o que eu faço é quando a pessoa sai, procurar perceber quais são os sentimentos que ficam em mim depois de fechar a porta. Se é tristeza, se é irritação..., por exemplo, nas ausências, quando a pessoa falta, quer a pessoa avise ou não, aqui é também muito importante analisar a contratransferência. Isto causa-me preocupação, irritação e tentar perceber qual é o sentimento que a falta à sessão provoca. Porque se é um [sentimento] de preocupação há uma certa necessidade de telefonar para saber da pessoa, se a preocupação for muito intensa. Se

a pessoa sente irritabilidade, sente um certo controle e serve para na sessão seguinte poder interpretar nesse sentido. Haveria outros exemplos que poderia dar...

- Recorda-se de outro exemplo em que a contratransferência tenha sido, de alguma forma, negativa?

Recordo muitas vezes, mas não a contratransferência em si mesma, a contratransferência quando não é refletida e elaborada, quando ela é agida. Quando o terapeuta age a sua contratransferência e não se debruça sobre ela e passa ao *acting out*, ou o *acting* terapêutico, interpretando de imediato de acordo com a contratransferência. Às vezes é possível fazer isso, mas noutras vezes pode ser prejudicial.

- Pode dar-me um exemplo?

Situações em que isso pode acontecer... A contratransferência quando não é analisada ou refletida ou elaborada... tem que se fazer isso para se perceber o que é que há ali do próprio terapeuta e o que é que há do paciente. E portanto, o que é do próprio terapeuta tem que ser visto consigo mesmo. Depois aquilo que o terapeuta vai trabalhar com o paciente é aquela parte que pertence mais ao paciente, se é que as coisas podem ser assim tão divididas, mas, bom, falemos assim. Uma altura em que isso tenha acontecido e que possa ter sido prejudicial... Houve uma altura em que um paciente possa depositar em nós coisas que nos provocam, que vão colidir com o nosso próprio narcisismo e que o terapeuta tem tendência a reagir. Aí muitas vezes até pode levar a que a pessoa vá embora se for uma situação muito arrastada ou pode levar a que pessoa se sinta incompreendida e depois pode dizê-lo ou não e que pode levar a momentos de turbulência, negativos para o próprio processo.

- Voltando ao exemplo que referiu anteriormente da pessoa que sentia uma forte desvalorização, como é que foi resolvida a situação?

Percebendo o que é que aquela irritabilidade pode querer dizer... pode querer dizer algo da agressividade do paciente, pode querer dizer do sofrimento que está ali silenciado, há que ir pelo lado construtivo, pela interpretação construtiva e não pela devolução da agressividade ou pelo enfoque no lado mais negativo ou agressivo e, portanto, pela via do quanto se pode compreender, se a pessoa tem necessidade de se sentir ora desvalorizada, ora grandiosa é porque existiram em momentos da sua vida insuficiências e falhas e o quanto isso lhe deixou um vazio. É por aí. Por um lado as pessoas se sentem compreendidas e não atacadas e por outro é uma maneira de pode reintegrar e acolher dentro de si coisas que até aqui seriam insuportáveis pensar que eram suas.

Ao nível da interpretação é dito ao paciente os sentimentos que são despertados?

Se nós dizemos o que estamos a sentir dando um nome exatamente ao que estamos a sentir e passamos para o paciente? Isso depende muito, há sempre que nos debruçarmos sobre a contratransferência sobre aquilo que se está a sentir e depois se passamos exatamente ou se encontramos uma maneira de passar isso de uma forma mais subtil isso depende muito do paciente, depende muito da situação. Por vezes o paciente está-nos a falar de uma pessoa significativa da sua vida e isso que o paciente

está a dizer está a gerar em nós ou agressividade ou uma imensa ternura e por vezes pode-se dizer ao paciente, “é curioso, isso que me está a dizer, do seu namorado ou da sua namorada, provoca em mim uma certa agressividade, mas de quem será esta agressividade? Porque é que eu estarei a sentir isto?”. São formas de levar a pessoa a pensar, porque provavelmente o que a pessoa sente e que não consegue exprimir, está a colocar no terapeuta para que seja o terapeuta a sentir pela própria pessoa. Quem diz agressividade diz ternura. As pessoas muito sensíveis e que fazem isolamento do afecto têm tendência a transmitir as coisas, por vezes, de uma forma descritiva, mas que no tom em que transmitem provocam, por vezes, em nós uma certa ternura, “está-me a contar isso relativamente à sua namorada ou ao seu namorado, ou ao seu pai ou à sua mãe, mas isso faz-me sentir uma certa ternura, porquê? O que é que me está a querer dizer? Porque é que eu estarei a sentir isto?” Por vezes é passado assim.

P4

- O que entende por contratransferência?

A contratransferência é composta por duas partes, a parte da resposta direta, à transferência, e outra que se refere à resposta indireta que é a resposta do analista sobre o analisando. Misturam-se as duas coisas em partes.

- Já aconteceu ter acontecido situações contratransferenciais na sua experiência?

Acontece sempre.

- A contratransferência pode ser negativa ou positiva?

Não isso são classificações clássicas. Têm pouco interesse. Mas pode-se classificar assim, se quiser. O que é preciso distinguir é que num certo âmbito, os psicanalistas consideram que contratransferência são todas as posições do analista, isso não é verdade. A contratransferência não é tudo o que o analista faz. A transferência como o Freud a definiu é aquilo que o analisando dirige para o analista e que emana da sua experiência, história, das suas relações anteriores. A transferência de uma relação, se eu tive um determinado tipo de relação com o meu pai tenho tendência para repetir essa relação com outras pessoas e com o analista, mas ao lado disso há uma relação direta que é nova. A nova relação, não tem nada a ver com isto. Quando o Rui conhece uma mulher nova que lhe apresentam e se interessa por ela e começa a namorar com ela vai por um lado responder àquilo que ela é e com aquilo que você é e por outro lado responde como respondia à sua mãe, à sua irmã, às namoradas anteriores só esta segunda parte é que é transferência. Agora desde Melanie Klein que chamam transferência a tudo. O que chamavam transferência total, foi aí que se começou a misturar tudo. E depois é uma baralhada e já não se percebe nada. Não se distinguir aquilo que é a relação autêntica que o indivíduo tem com aquela pessoa, conforme a compreendeu, e aquilo que repete de relações anteriores. Muito simplesmente, por exemplo, você teve uma determinada namorada e acabou com ela porque ela dizia que você é muito ciumento e você arranja uma segunda. Vai procurar corrigir isto. “Agora já não vou fazer o mesmo”, vai fazer uma nova relação, mas depois tendência a fazer o mesmo, porque está na sua rotina e personalidade repetir. Percebe?

- A contratransferência seria então apenas a resposta à transferência do analisando.

Foi isso que o Freud escreveu, mas depois verificou que não era só isso, que o próprio analista transferia sobre o analisando, que ia ter sobre o analisando reações da sua própria patologia da sua própria história. Na relação que o analista estabelece com o analisando e este com o analista, será uma relação pessoal, interpessoal, e essa relação é composta de duas partes, uma parte que é relativa a relações anteriores e isso é a transferência-contratransferência e outra parte que é uma nova relação, a relação real, como lhe chamam, que na prática se misturam, mas que é importante durante o tratamento distinguir para saber aquilo que vem do passado e aquilo que é novo porque depois isto tem uma utilização diferente em termos terapêuticos. A transferência é para analisar no sentido de a dissolver: “você afinal está a irritar-se

comigo por causa da relação que tinha com o seu paizinho”. A outra é para promover a relação: “você aqui não está com dúvidas de mim”, e é esta naova relação que depois é transferida para o exterior. Uma vez que você consegue estar à vontade com uma figura de autoridade ou com um homem ou uma mulher, uma coisa parecida, porque é que não há-de fazer isso na sua vida diária? É isto que faz o processo de mudança.

- Inicialmente Freud utiliza a contratransferência, segundo me parece como uma chamada de atenção para a formação do analista.

Não me interessa o que o Freud pensava, quer dizer, são vícios da análise e às vezes da filosofia o não pensar sobre as coisas. Pensam sobre os autores. A filosofia tem exatamente o mesmo vício, isso é verdade. É raro um filósofo que tenha um pensamento autónomo, pensa é pela cabeça dos outros.

- Pode dar-me um exemplo de uma situação contratransferencial?

Por exemplo... contratransferencial? É difícil, primeiro a relação é só uma, depois leva-me a procurar distinguir aquilo que é transferência daquilo que não transferência, que é a relação real que a gente tem. Perante aquele paciente... Mas posso dar-lhe um exemplo que é um exemplo relativamente recente, foi para aí há 15 anos, estou aqui há 12, estava num outro consultório. Houve uma pessoa que recebi, uma senhora de 40 e tal anos que recebi, atriz de teatro, que me consultou, que me conhecia de nome e que pretendia fazer uma análise, alguém já a tinha indicado para fazer uma análise e pretendia fazer uma análise comigo. Eu vi a senhora, achei que era um caso com boa indicação para análise e disse aquilo que senti, achava que tinha condições para uma análise, mas que não era comigo porque não seria a pessoa indicada para fazer a análise e indiquei-lhe três nomes de analistas que achava mais indicadas do que eu. O que é que aconteceu? Foi o seguinte, achei-a uma pessoa muito interessante e eu próprio gostaria de fazer a análise, mas pensei o seguinte: “eu vou-me apaixonar por esta mulher” e portanto, esta mulher tocou-me tanto que é capaz ser difícil não me criar complicações. Prefiro não. Foi uma reação transferencial minha porque provavelmente estava numa altura em que estava mais insatisfeito na minha relação amorosa e portanto aquela mulher achei-a tão interessante tão excitante. Outro exemplo este foi passado há mais anos. Isto passou-se com um sujeito que tinha o curso de filosofia e de educação física e era um homem e extremamente agressivo e eu pensei: “eu também sou agressivo, vamos andar aqui em conflito os dois, nesta análise não vai ser fácil relacionar-nos com uma certa naturalidade”.

- Nesses dois casos fez esse reconhecimento na entrevista inicial...

Sim, mas pode acontecer também durante... por exemplo, um paciente que tive que era professor catedrático de matemática, um homem muito narcísico, muito vaidoso, muito convencido dos seus grandes dotes, que ganhava muito bem, que tinha a mulher mais bonita do mundo, que era o melhor professor, que tinha sido o melhor aluno, etc. Mas este homem causava-me uma coisa que na altura não conhecia e descobri que outros autores já tinham descoberto: causava-me sono, um sono terrível, porque o tipo só falava dele. Com os doentes narcísicos, às vezes acontece isso, de maneira, que aquilo era depois do almoço, tomava dois cafés, mas mesmo assim tinha um sono tremendo. Até que comecei a perceber isso. A determinada altura pensei que tinha de

mandar o doente para outro analista, mas depois percebi que aquele narcisismo dele provocava esta reação. Depois este homem mudou muito, deu uma volta enorme. Lembro-me que para o fim da análise ele dizia assim: “eu julgava que os alunos gostavam de mim agora penso que tinham era medo de mim porque eu castigava nas notas, agora acho que gostam de mim, agora vou tomar café com os alunos e tal. Quando é que eu fazia isto? Um professor catedrático a tomar café? Não me passava pela cabeça”. Ele era administrador de um banco. Largou aquilo e montou ma fábrica de tapetes de Arraiolos com amigos. Uma coisa mais popular, mais perto das pessoas e das raízes.

-Acha que este conceito de contratransferência é operacionalizável a nível técnico?

Há uma aí uma grande diferença. Na psicanálise clássica é utilizado, mas na minha opinião mal. Porque o que acontece é que caem sobre a transferência e cultivam a transferência e a contratransferência, portanto cultivam a doença. É um processo cíclico e repetitivo. Depois procuram resolver aquilo um pouco... “você afinal continua a fazer isto”. Apontam para os defeitos em vez de apontar a solução. Enquanto que na análise contemporânea a técnica é diferente. Analisa-se a transferência, para a reduzir, para a dissolver e favorecer a nova relação que é uma relação mais saudável mais livre, para a promover e transferir para a vida real.

- Esse trabalho é mais centrado no aqui e agora?

Em tudo. Simplesmente a análise clássica centra-se demasiadamente no passado enquanto que análise contemporânea se centra fundamentalmente no futuro. Mas, como costume dizer aos alunos, sempre a olhar para o retrovisor. De vez em quando dá-se uma piscadela para o retrovisor, mas o principal é sempre olhar para a frente. É esta a grande diferença. Depois há esta confusão que psicanálise clássica faz de que é tudo transferência. Assim não se distingue nada. Tudo é relação entre analista e analisando. Simplesmente há fenómenos de repetição falei neste exemplo de... (interrupção)

- A contratransferência é um processo que remete para a formação do analista como aparece em Freud?

Isso é um aspeto que tem mais que ver com a saúde mental do analista. E portanto se o analista tem uma boa saúde mental pode até não ter feito análise nenhuma. Depende fundamentalmente disso. Quanto mais doente é uma pessoa, mais transfere. As relações são repetidas. As relações com a mãe, com a maninha, com as mulheres. E quanto mais saudável é a pessoa menos repete. É a adaptação à realidade da situação, a pessoa adapta-se e observa a pessoa que tem em face. Não repete o esquema anterior, é mais flexível, mais adaptada, mais lúcida. Se eu sou mais doente faço com os professores o mesmo que fazia com o meu pai. Tenho medo deles, ou desconfio, ou coisa parecida. Se sou menos é conforme o professor, se o professor for um tipo que dê mais confiança então estou à vontade, se for um tipo esquisito então já não estou. Aí o Freud tinha razão. A contratransferência só é contratransferência se for inconsciente, se for consciente o tipo corrige. Se eu estiver a tratar a minha namorada como tratava a minha mãe dava conta e dizia “estou a ser parvo”.

- Como é se operacionaliza a contratransferência do ponto de vista técnico?

A primeira coisa que o analista faz... o paciente pode dizer, “você hoje está irritado comigo”. A primeira coisa que o analista deve fazer, acho eu, é pensar, se calhar o paciente tem razão, “deixa ver o que é que acontece, se calhar dormi mal esta noite, chateei-me com o meu filho, e ele está a apanhar com as favas”. Estou a ter uma relação transferencial. Depois penso, “parece-me que não. Será o paciente que me está a contar coisas que eu não gosto de ouvir e fico irritado?” Então o defeito é meu. Se, de facto, o paciente me está a dizer coisas para me provocar então tendo de fazer a análise da situação. Mas isso na vida também é assim. Vou comprar um carro ou uma camisa, um tipo quer-me impingir outra. É o tipo que me quer impingir ou sou eu que estou irritado e desconfio de toda a gente. Nós todos fazemos isso. Não é preciso ser analista. A análise é como outra relação qualquer. O analista tem é mais experiência daquilo, mais perícia em analisar relações, mais nada. Se eu for um perito que distingue diamantes de outra rocha tenho apenas uma perícia maior naquele ramo de conhecimento. Um analista é apenas perito em relações humanas.

P5

- O que entende por contratransferência?

A contratransferência só é “contra” para se saber de que lado vem. A contratransferência é uma transferência só que é da parte do analista e não da parte do analisando ou, se quiser, para termos de outra maneira, da parte do terapeuta e não da parte do paciente. Quando dizemos contratransferência estamos a falar de uma transferência que é a transferência do terapeuta sobre o paciente. Sobretudo quando é agida. O que caracteriza fundamentalmente a contratransferência é ser em primeiro lugar uma transferência e portanto, uma resistência, como dizia o Freud. A transferência é uma resistência e como resistência que é, é inconsciente. Quando alguns terapeutas dizem, “eu sigo sempre a minha contratransferência” estão a dizer um grande disparate, porque eu não posso seguir a minha contratransferência, eu tenho é de analisar a minha transferência ou seja, a minha transferência na situação, para poder não contaminar o outro com coisas que são minhas e não são dele. Portanto a contratransferência é uma resistência da parte do terapeuta em relação àquilo que é provocado pela própria relação com o paciente. É evidente que aqui não se segue nem a contratransferência nem se vai contra ela. A primeira coisa é verificar-se se aquilo que eu estou a sentir é uma coisa minha ou se é uma coisa minha é uma contratransferência, se é uma coisa provocada pelo paciente não é uma contratransferência, mas pode ser uma introjecção que eu fiz. Por exemplo, estou muito bem, estou a falar consigo e começo a sentir-me perturbado com qualquer coisa, sei lá, uma irritação, uma raiva... Se eu vejo que não há razão nenhuma para ser minha, não sinto isso, então é porque essa raiva não pode ser minha. É o paciente que me está a fazer sentir. Então o que se passou aqui já não é uma contratransferência é uma projecção da parte do paciente e que eu inconscientemente, ao contrário da resistência introjectei. Então alto! Então aí já não tenho que interpretar a minha contratransferência, teria de falar com o meu paciente e dizer-lhe, você hoje está um bocado irritado comigo, porquê? Está ver a diferença? Ora se for a minha contratransferência e disser que você está irritado comigo, é lógico que você olha para mim e diz, “olhe, você esta é maluco”. Por isso é importante a gente distinguir o que é uma resistência nossa e o que é que é disponibilidade para sentir o que o outro está a sentir. Uma capacidade empática, se quiser. Não se deve confundir as duas coisas e isso nem sempre é fácil, por isso é que na nossa profissão temos que estar muito atentos em relação ao que estamos a sentir e porquê e que estamos a sentir isto ou aquilo. Ou seja, estamos a ser pagos para pensar em nós, o que significa uma responsabilidade acrescida na nossa profissão.

- E como é que se faz essa distinção entre esse movimento introjectivo e o movimento contratransferencial?

É precisamente pelos fundamentos. Se eu até àquela sessão não estava a sentir absolutamente nada daquilo, de repente começo com uma conversa perfeitamente anódina, que não tem nada de especial, começo a sentir ansiedade ou irritação e não há nada que a justifique em termos factuais ou afectivos até esse momento, então quase de certeza isso não é meu, não quer dizer que eu não esteja a pensar nisso, e que vá logo interpretar. Não, não vou logo. Vou pensar e vou ver se realmente assim é. Tenho sempre que medir muito bem aquilo que digo. Portanto, como é que se sabe?

Bem, digamos, tem que ver com uma comunicação conosco próprios. É por isso que analisámos tantas vezes a nossa transferência ao longo da nossa análise pessoal com o nosso terapeuta. Foi para nos conhecermos já suficientemente bem, não quer dizer que a gente não se engana de vez em quando, mas podemos dizer “quase de certeza isto não é meu”.

- Essa é a condição *sine qua non* para permitir...

É um autoconhecimento já suficientemente avançado para eu não estar a perder uma sessão inteira a pensar sobre o que estou a sentir. Repare, há uma coisa que acontece muito com certo tipo de pacientes, a mim, a outros não acontece. É uma certa sonolência que aparece de repente com certo tipo de pacientes. Até aí não estava com sono, até aí estive sempre vivo, até quando comecei a sessão com eles estava vivíssimo e de repente começa-me a dar uma soneira. A primeira coisa que tenho de pensar é: “isto não é ele, ele continua a falar. Aí sou eu. Porque é que eu estou a sentir isto? O que é que me está a fazer sentir isto?” A mim acontece-me muito com certo tipo de obsessivos que falam sempre num tom monocórdico e dizem as coisas afetos nenhuns, não estão a falar comigo, estão a falar com uma pessoa qualquer, mas não é comigo e levam-me a desinteressar e até a chatear-me com a conversa, o que me dá uma soneira grande. Ora, no momento em que eu percebo isso, e já é fácil porque já conheço, eu dou logo a volta. Por exemplo, depende daquilo que se está a dizer: “você está a dizer essas coisas como se fosse para um gravador”, por exemplo, “não me está a querer tocar-me com o que me diz, não está falar comigo, está falar sozinho” ou como dizia um colega meu do Porto com piada, quando eles começam com aquela “conversa de enchimento”, é a conversa de pedreiro, de encher paredes só para depois chegar ao fim ao reboco. Aí é chato. A gente tem é de perceber isso para não se deixar continuar nisso.

- Pode referir-me exemplos da sua prática?

Por exemplo, esses caracteres obsessivos comigo, julgo que com toda a gente, porque na verdade o eles estão é a tapar um buraco qualquer de comunicação, em vez de aproveitarem para falar. É uma resistência, para esconderem neles aquilo de que querem falar e a gente sem querer desinteressa-se. É um caso desses. O Freud tem um artigo sobre o amor transferencial. Quando ele fala do amor de transferência, está a falar um de um caso de introjecção em que nós estamos com uma paciente e estamos a sentir que aquilo não tem a ver conosco, mas que há ali uma ligação afectiva demasiado grande, até da nossa parte, é que não é nossa é da pessoa e isso já não é contratransferência, eu estou a sentir contratransferencialmente uma introjecção que chega até mim, numa ligação direta de inconsciente a inconsciente se quiser.

A contratransferência é operativa no processo terapêutico?

Sem dúvida. A contratransferência como transferência que é... Freud, que não era religioso dizia uma coisa curiosa, a transferência é a nossa cruz, ou seja a transferência é uma resistência, uma resistência à mudança por isso é que é uma transferência. Porque se trata de uma repetição, como resistência que é, é alguma coisa que dificulta o próprio processo analítico, por um lado. Mas é a nossa cruz porquê, porque é o elemento fundamental que nos leva a perceber a história daquela pessoa, que ela está a repetir comigo aquilo que já se passou algures na vida dela. Ora

bem, com a nossa contratransferência é o mesmo, porque a contratransferência, como digo é uma transferência só que é minha, é sobre e não eu a sofrer o efeito da transferência. Se eu estou atento, a contratransferência é também o material de análise do paciente não meu, mas da relação entre nós, e é disso que eu estava a falar, do amor de transferência ou da irritação de que falei primeiro. Eu estou a sentir contratransferencialmente uma coisa que não é minha. Portanto, a contratransferência é também material de análise. É por um lado uma resistência, sem dúvida nenhuma, mas é também um material precioso de análise e que me ajuda a guiar-me no tratamento, na medida em que esteja atento e saiba distinguir o que é meu do outro. Se é contratransferência ou se é uma introjecção. Claro que eu sinto isso tudo contratransferencialmente. É a grande importância da contratransferência. O Coimbra de Matos tem um artigo que foi talvez um dos artigos mais importantes que ele escreveu é dos anos 60 finais dos anos, não, é de finais dos anos 70, e chama-se, qualquer coisa como “A contratransferência como resistência e material de análise”. É muito importante esse artigo. É um trabalho extenso, em duas partes, só está publicada a primeira parte, a segunda não foi publicada nem pode ser porque se podia reconhecer a pessoa de que o artigo fala. Essa segunda parte, se calhar a mais interessante, é onde vemos o material clínico todo.

- Há situações em que a contratransferência pode ser negativa ou positiva?

Fala-se de contratransferência negativa, à semelhança do que se fala da transferência negativa, daquela transferência que pode dar cabo da relação. Por exemplo, uma pessoa com quem antipatizo, que por qualquer motivo não me consigo entender é um fenómeno contratransferencial. Então é melhor não aceitar esse paciente em análise, é melhor que ele vá para outra pessoa porque ali não nos vamos entender. Agora isto vê-se muito cedo, quando há essa antipatia. Outras vezes tem que ver quando se trabalha em sobrecarga, o que não é o caso agora, porque temos falta de pacientes. Às vezes a contratransferência era negativa, mas pelo cansaço, por exemplo, e às vezes um tipo já não estava tão atento e dizia coisas que não devia dizer e que devia ter pensado antes. Chama-se a isso o agido da contratransferência, em que a contratransferência antes de ser analisada é agida e quando é agida na relação pode prejudicar. O principal perigo é o desvio da análise. Uma análise não serve para descobrir nada de novo, serve para descobrir o que lá está. Quando nós agimos a nossa contratransferência já não estamos a agir, como dizia Bion, sem memória e sem desejo, já estamos com uma memória qualquer ou com um desejo qualquer, já estamos a contaminar a relação, não estamos a ver o que lá está mas estamos a ver o que queremos ver ou que precisamos ver, ou podemos estar a extrapolar excessivamente, portanto, já não estamos a ver as coisas.

- Sendo um processo inconsciente, e isto é uma questão que o Bion faz a certa altura, como é que tenho acesso a esse processo.

Tenho pelos afectos que vou sentindo, pelos afectos que emergem, agora isso obriga-me a estar muito atento para analisar as raízes disso, por isso quando se diz eu sigo a minha contratransferência se está a dizer um disparate. Eu não sigo a minha contratransferência, eu sinto-a e vou analisá-la ver qual é raiz dela, se é mesmo contratransferencial ou se estou a sentir contratransferencialmente uma coisa que é de outro. Quando dizem seguir a contratransferência o que querem dizer é “eu sigo o que sinto”, mas o que eu sinto pode significar muita coisa, sei lá o que estou a sentir

exatamente, se estou a sentir o que é meu ou o que é do outro. E isto tem de ser analisar antes . Por isso seguir a contratransferência é um disparate, eu tenho é de saber se a posso seguir ou não, só a posso seguir se a perceber enquanto não a perceber ela é inconsciente, como diz Bion e tem toda a razão. É um mecanismo inconsciente porque é uma resistência também. O Amaral Dias dizia com uma certa piada que a saúde mental é uma questão de justiça social, é dar a cada um aquilo que é seu. Ora eu para dar ao meu paciente aquilo que é dele não lhe posso estar a dar aquilo que é meu porque estarei a ser injusto e estarei a pôr em cima dele coisas que não são dele, são minhas. O que se passa é que quando sinto as coisas e as entendo, resultado da experiência que tenho e com o que já conheço de mim, há muitos anos na profissão, eu posso encontrar uma explicação plausível para aquilo, e vou por aí. Agora se não encontro tecnicamente tomo uma posição: é a de estar caladinho, não dizer nada e depois quando ele se for embora vamos pensar porque é que eu senti isto, não é?

- Portanto seguir a contratransferência seria a verbalização disso ao paciente.

É agir a contratransferência. Estou a lembrar-me de um caso muito concreto que tive em que me senti incomodado numa sessão com o paciente. Não sabia bem mas estava-me a sentir incomodado. O tipo estava-me a esconder uma coisa, já estávamos há alguns meses, mas nunca me tinha dito até que um dia e na sequência de me sentir incomodado sem saber porquê deixei-o ir embora sem perceber o porquê e estava a tentar perceber... havia qualquer coisa no olhar dele que não me estava a agradar, que me estava a fazer sentir incómodo. Bom eu senti isso e estive calado. E ainda bem porque não percebia, “mas porquê eu até simpatizo com esta pessoa”. Então ele na sessão seguinte - não era uma análise era uma psicoterapia – é, então, que ele me diz, “eu tenho andado a esconder isto há meses mas sabe que eu sou homossexual”. Eu estava a sentir uma relação que me estava a incomodar e não percebia bem porquê, e então andei de volta daquilo a tentar perceber porquê e depois aproximei-me disso, mas não me parecia muito possível, mas enfim, ele falava-me de mulheres e tudo isso e é uma semana depois que apesar de eu estar lá próximo... Aí sim era a minha contratransferência. Eu não queria ver, eu dizia “não pode ser então ele fala-me de mulheres e de não sei quê” e não era nada disso, ele acabou por me dar a solução na sessão seguinte. E eu estive calado. Se eu tivesse dito ele podia ir-se embora. Por outro lado é uma atitude que eu nunca tomo. Quando vejo que há ali qualquer coisa que vai rebentar, espero que rebente, não sou eu que rebento o abcesso. Por uma razão: porque eu também me posso enganar. Eu estava sem perceber bem. Também me podia enganar, por outro lado isso podia ser uma coisa muito intrusiva na privacidade do meu paciente, as pessoas apesar de tudo têm direito à sua privacidade, só me podem dizer aquilo que querem e são capazes de dizer e é em função do que verbalizam, dizem e eu aí posso dizer porque foi dito por ele, ou então estou a trabalhar num terreno que por muito verdadeiro que seja é um terreno que pode ser muito movediço porque ainda é prematuro. O Freud dizia que só se deve interpretar quando a situação chegou a ao pré consciente e falta apenas um passinho. E ali podia não ser o caso, eu não tinha a certeza, sobretudo eu não sabia. Aproximei-me disso, só depois de ele sair é que eu disse “será por isto, mas isto não pode ser”. Era a minha própria resistência. O agido, aquilo a que se chama *acting*, o agido é sempre uma forma de atuação irrefletida ora nós temos que refletir, estamos aqui para refletir. Dizia o João dos Santos, quando ainda era vivo, que o mundo está cheio de excitação e pouca reflexão, que se está a fomentar muito mais nas crianças e na aprendizagem a

excitação, quer seja do conhecimento quer seja o espetacular, mais do que a reflexão e a procura que era mais do meu tempo, que era mais isso que se procurava: a reflexão sobre o que era ensinado. E é verdade. Ora se estamos aqui para fomentar a reflexão, para uma pessoa pensar qual é o meu compromisso com esta situação, eu próprio estar a agir a minha contratransferência acaba por ter um efeito excitatório. E mais se sigo a minha contratransferência até arrisco a repetir coisas do passado. Ele está-me a irritar, se eu me irritar então o que estou a repetir é aquilo que o pai dele ou a mãe fizeram. Eu não estou aqui para confirmar ou infirmar. O principal objectivo de um terapeuta nunca deve ser - claro que o objectivo é a cura, obviamente - mas o principal enquanto se está na sessão não é tratar nem curar, nada disso. É compreender, se se compreender já conseguiu muito.