

GERAIS

CONTRATRANSFERÊNCIA: SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO EM TEÓRICOS DAS RELAÇÕES OBJETAIS

Alberto L Rodrigues Timo¹, Paulo de Carvalho Ribeiro²

RESUMO

O conceito de contratransferência é de fundamental importância para a teoria e a prática clínica psicanalíticas, mas, apesar disso, é tema controverso no conjunto das teorias psicanalíticas. Este trabalho realiza uma revisão de literatura, a fim de demarcar o lugar da contratransferência na história da psicanálise. Partindo das considerações de Freud e Melanie Klein, chegamos às obras de Paula Heiman, Heinrich Racker, Donald Winnicott e Hanna Segal. Concluímos que o uso indiscriminado da contratransferência como instrumento de compreensão da situação analítica determina riscos de natureza ética e técnica inadmissíveis. No entanto, é impossível negar a existência dos afetos do analista como componentes do *setting*. Portanto, considerar a contratransferência como inerente ao processo analítico minimiza o risco de negligenciar a interação entre paciente e analista como uma relação intersubjetiva em que ambos são afetados, na qual uma escuta ancorada na técnica não descaracteriza a existência concomitante de uma postura acolhedora e empática.

Palavras-chave: Psicanálise; Contratransferência; Transferência.

ABSTRACT

Even being a fundamental concept to theory and clinical practice in psychoanalysis, countertransference is a controversial issue in most psychoanalytic theories. The present research conducts a literature review on countertransference in order to situate it within history of psychoanalysis. The development of this work consisted on examining the work of some authors whose productions make important contributions to the field of countertransference, such as Paula Heiman, Heinrich Racker, Donald Winnicott and Hanna Segal. The objective of this work is to elucidate the manner in which the feelings of the analyst may manifest in their clinical performance, sometimes working as hindrance to the technique, other times serving as tools of research on the patient's unconscious. We have also demonstrated the impossible existence of an analyst free from conceptions, affections, and desires, proposing that instead of being barriers to therapeutic process, they can work as important instruments.

Keywords: Psychoanalysis; Countertransference; Transference.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais; albertolrtimo@gmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais; icaro.bhz@terra.com.br

Introdução

É possível imaginar um analista que jamais tenha se sentido sexualmente interessado pelas pessoas que frequentam seu divã. Também é plausível que pensemos em um analista que nunca sinta sono ou tédio ao ouvir o relato enfadonho de um paciente. Do mesmo modo, é possível imaginar que um analista capaz de lidar adequadamente com suas emoções não se deixe contaminar pelo sofrimento ao acompanhar um paciente que atravessa um período difícil de sua vida. Contudo, se podemos conceber a existência de um analista assim, próximo do que seria a condição ideal de tal profissional, devemos admitir também e, certamente com mais razão, a existência de circunstâncias em que o analista se afasta muito dessas condições ideais. É preciso admitir, portanto, que o analista experimente desejo sexual dentro da situação do atendimento, que sinta sono, que se enraiveça, que se sinta ultrajado, que tenha sentimentos muito mais difusos e difíceis de descrever, tais como medo indefinido, mal-estar físico e que se veja inclusive emocionado a ponto de chorar, ou tomado de alegria a ponto de gargalhar. Mas, por que condições como essas, que alguns analistas poderiam considerar desastrosas do ponto de vista da técnica e muito indesejáveis do ponto de vista da ética, podem acometer o analista e se manifestar à sua revelia? O que poderia explicar a presença de todas essas reações num analista durante seus atendimentos?

Não nos apressemos em qualificar como despreparado o psicanalista que se depara com essas vicissitudes da prática clínica e tentemos partir da resposta mais simples e óbvia: essas reações supostamente indesejáveis apenas mostram que ser analista não assegura a ninguém a possibilidade de deixar de ser humano e, muitas vezes, demasiadamente humano.

Na situação de atendimento clínico, o paciente tende a recriar, em sua relação com o terapeuta, o mesmo tipo de relação na qual ele se constituiu. A essa tentativa que o paciente faz de reeditar as mesmas relações experimentadas ao longo da vida na cena analítica, Freud (1912/2010) deu o nome de transferência e assim definiu os motivos de sua aparição necessária no tratamento:

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz então, os objetivos que se coloca. Isso resulta, por assim dizer, num clichê (ou vários), que no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso, na medida em que circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos acessíveis o permitem, e que sem dúvida não é inteiramente imutável diante das impressões recentes. (p. 134-135)

De imediato, notemos que, para Freud, a constituição psíquica é o que, necessariamente, produz a transferência, essa repetição de um modo de amar. Assim, temos uma concepção da relação analítica que se baseia, por parte do paciente, na tentativa de reviver os modos pelos quais se constituiu. E por parte do analista, é preciso reconhecer que ele também é marcado pela presença dos restos de relação que o fundaram, seus próprios clichês amorosos que forcem a repetição ao longo de sua vida. É razoável imaginar que, na relação entre estas duas pessoas, ambas se influenciam mutuamente, e é esperado que o analista tome uma posição frente à própria subjetividade, reconhecendo que alguns de seus conflitos são atualizados naquela relação. Mas já não é razoável supor que o analista possa evitar, na situação de atendimento, o retorno de seus próprios conflitos, dos restos de relação que o habitam. A partir de agora, quando nos referirmos àquilo que surge no analista como resposta psíquica à relação com o paciente, usaremos o termo *contratransferência*.

Apesar de ser um conceito relevante para a prática clínica em psicanálise, a contratransferência é um assunto controverso no conjunto das teorias psicanalíticas. Suas definições não são bem delimitadas e do ponto de vista da técnica, as orientações quanto às possibilidades de ação do analista também estão longe de algum consenso (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 2001). Por isso, estudos sistemáticos sobre o tema se fazem necessários. Estudos que, como este, desenvolvam uma análise comparativa das definições

do conceito, como também um levantamento das dificuldades e possibilidades técnicas que o manejo da contratransferência pode trazer para o analista.

A revisão bibliográfica conceitual nos permite verificar a pertinência da formulação do conceito de contratransferência, avaliando-o desde sua origem no pensamento freudiano e seus desdobramentos propostos por alguns dos principais autores que se debruçaram sobre o tema ao longo dos anos.

A contratransferência na teoria psicanalítica

A realização de uma revisão bibliográfica do assunto neste trabalho tem dois objetivos principais. O primeiro é fomentar a busca de resposta às principais perguntas que surgem quando se aborda o conceito em questão e que estão relacionadas ao fenômeno clínico correspondente. O segundo objetivo é aprofundar a investigação do conceito em um grupo restrito de autores, a saber, Paula Heimann (1950; 1959), Heinrich Racker (1960), Donald Winnicott (1947; 1960) e Hanna Segal (1982), visando a evidenciar o fato de que esse não é um conceito negligenciado no campo psicanalítico, mas, muito pelo contrário, significativamente trabalhado ao longo de décadas de discussão. Com isso, nossa expectativa é que o conceito de contratransferência possa ser definido a partir de perguntas que nortearão nossa busca: O que é contratransferência? De que formas ela aparece na clínica psicanalítica? Quais os fatores determinantes de sua aparição? E, talvez a pergunta mais importante: que destinos o analista pode lhe conferir?

Estamos cientes de que os autores consultados em sua problematização a respeito do tema respondem a concepções clínicas diferentes e a tipos diferentes de pacientes. Assim, cada autor formulará questões que diferem, em maior ou menor grau, dessas que apresentamos, e suas respostas nem sempre caminharão na mesma direção. Entretanto, entendemos que essa disparidade na definição do conceito contribui para o enriquecimento da discussão, na medida em que diz respeito às sucessivas tentativas de tradução teórica de um fenômeno clínico de difícil manejo.

Freud e o início da discussão

Desde os *Estudos sobre histeria* (1893-1895/2006a), Freud teve a chance de perceber, juntamente com Breuer, que a relação estabelecida entre analista e paciente é diferente da relação médica. A proximidade entre o médico que realizava a catarse a partir da *talking cure* e da paciente que se livrava de seus sintomas, como também os afetos mobilizados por esse processo, eram mais intensos do que os normalmente encontrados em sua prática. Breuer recuou com certo espanto diante disso, não sem antes experimentar uma relação demasiadamente intensa com uma de suas pacientes. Lembremos que, na condição de médico, Breuer dedicava a Anna O. uma atenção bastante incomum, chegando a visitá-la em sua casa duas vezes por dia, antes que ela pudesse acusá-lo de tê-la engravidado.

Desde a fundação da psicanálise, localizamos os problemas gerados por essa relação distinta que surge quando analista e paciente se propõem revirar as profundezas da alma, na busca de aplacamento do sofrimento psíquico. No caso Dora, Freud (1905[1901]/2006b)³ confessa os motivos de seu fracasso no atendimento da paciente, mostrando que havia desconsiderado a sistematicidade e a força do fenômeno da transferência, que se estabelece necessariamente dentro do atendimento psicanalítico. Com menos ênfase, mas sem deixar de relatá-lo, o autor também considera o possível envolvimento prévio com o pai da paciente e o pouco interesse que tinha nela como tendo contribuído para o fracasso do caso.

Mas foi justamente a partir desse fracasso que a transferência da paciente, tomada primeiramente como uma resistência ao trabalho, passa a ser o ponto central sobre o qual o próprio trabalho clínico pode ocorrer e assume, em Freud, como vimos na introdução do trabalho, o sentido de uma repetição dos modos de amar.

Sérgio Telles (2012) aponta que há algo de tóxico nessa relação, toxidade à qual Freud não estava imune e que podemos perceber já nesses princípios.

À semelhança dos físicos Pierre e Marie Curie, pioneiros no estudo da radioatividade, que des-

¹ Em “Fragmentos da análise de um caso de histeria” (1905[1901]/2006b), mais conhecido como *O caso Dora*, Freud se propõe rerepresentar a posição da psicanálise no tratamento da histeria, mas o faz a partir de um fracasso clínico.

conheciam o poder letal dos elementos que manejavam, os primeiros psicanalistas lidavam com afetos intensos e primitivos (os deles próprios e os de seus pacientes) sem terem ainda conhecimento das consequências disso. (Telles, 2012)

É preciosa a metáfora do elemento radioativo para falar sobre os afetos que invadiam a sessão e produziam seus efeitos, tanto no paciente quanto no analista, sem que eles pudessem se dar conta disso, sem que pudessem deles se defender. No caso de Dora, Freud confessa que não estava muito interessado na moça, que mantinha relações cordiais com o pai da paciente e que a atendia a pedido dele. Posiciona-se ao lado do pai da paciente em um momento, em outro, deseja e argumenta que ela poderia livrar-se de sua doença se assumisse a paixão pelo Senhor K. Essas são atitudes que, no mínimo, revelam muito sobre as expectativas do analista e deixam entrever a “radioatividade” daqueles elementos aos quais Telles fez referência e os seus efeitos deletérios. Mas são justamente esses efeitos que constituem o material com o qual trabalhamos na sessão analítica. Entretanto, foi preciso uma longa trajetória teórica e clínica antes que Freud pudesse abordar, de forma clara e direta, o problema da contratransferência.

Freud usou o termo *contratransferência* somente três vezes ao longo de sua obra (França, 2006), embora, em cartas aos seus discípulos, ele tenha comentado o assunto. A primeira vez que utilizou o termo foi em 1909, em carta endereçada a Jung⁴, na qual comenta a relação amorosa que o discípulo mantinha com uma paciente. Esse relacionamento de Jung com a paciente pressionou Freud a publicar o primeiro escrito técnico sobre o assunto (Dias, 2006). Em 1910, no artigo: “As perspectivas futuras da terapêutica analítica”, Freud nos diz que a contratransferência precisa ser superada pelo bem do tratamento psicanalítico, condenando assim o relacionamento amoroso entre paciente e analista, clara alusão ao caso de Jung.

Em outra carta, datada de 1913 e endereçada a Ludwig Binswanger (Roudinesco & Plon,

1997, p. 133), Freud novamente faz considerações sobre a contratransferência como um fator negativo ao andamento do tratamento. Roudinesco e Plon assim comentam a carta de Freud:

Em 1913, numa carta a Ludwig Binswanger, Freud sublinhou que o problema da contratransferência “é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica”. O analista – e isso deve ser uma regra segundo Freud – nunca deve dar ao analisando nada que tenha saído de seu próprio inconsciente. Vez após outra, ele deve “reconhecer e ultrapassar sua contratransferência, para que possa estar livre”. (Roudinesco & Plon, 1997, p. 133)

Como *um dos mais difíceis* problemas que envolvem a técnica psicanalítica, o estudo sistemático da contratransferência seria, obviamente, necessário. A surpresa é que Freud somente usa o termo mais duas vezes em toda a sua obra, ambas em seu texto “Observações sobre o amor transferencial”, obra de 1915. Nesse texto, o autor examina o tipo de transferência no qual a paciente se enamora da figura do analista. As recomendações de Freud são proibitivas, no sentido de o analista não responder contratransferencialmente ao amor da paciente. É um texto que nos desperta um interesse particular por tratar mais do que não deveria acontecer do que, propriamente, de recomendações técnicas sobre o manejo da contratransferência. É como se Freud dissesse: *Não façam isso, porque não adianta ou porque é um erro técnico e moral*. Fazer isso, acompanhando o texto freudiano, é unir-se legítima ou ilegítimamente com a paciente. Isso não é suficiente. Se o analista não deve corresponder ao amor que a paciente lhe dedica, o que ele pode fazer? No texto de Freud, a única saída que encontramos é a interrupção do tratamento, posto que uma *filha da natureza* (entenda-se, mulher submetida às exigências do desejo sexual) inviabiliza um tratamento psicanalítico.

Por hora, basta que retenhamos o seguinte sobre a posição de Freud sobre a contratransferência: ele se viu obrigado a teorizar a respeito do tema pelo envolvimento erótico de alguns dos

⁴ Carta endereçada a Jung, de 7 de junho de 1909 (McGuire, 1976, citado por Dias, 2006), na qual comenta com Jung a relação amorosa que o discípulo mantém com uma paciente.

seus colegas com pacientes do sexo feminino. Algo que, além de prejudicar as pacientes e levar o tratamento à falência, colocava em risco a credibilidade da psicanálise como uma ciência e um método clínico, precisando, portanto, ser condenado. O conceito de contratransferência em Freud está intimamente ligado às situações que produziram seu surgimento. Elas demandavam uma resposta energética de Freud e, nesse sentido, é compreensível que ele tenha trabalhado a contratransferência de maneira restrita, como algo que, surgindo no analista, deveria ser superado, sob pena do fracasso do tratamento.

A discussão a respeito da contratransferência evolui, posteriormente, a partir da ampliação do conceito e de suas implicações. E isso ocorre a partir de uma grande discussão que tem início com Melanie Klein.

Identificação projetiva e sua relação com a contratransferência

O conceito de *identificação projetiva*, presente na obra de Melanie Klein (1946), está intimamente conectado com o desenvolvimento das discussões sobre a contratransferência em autores que foram influenciados, direta ou indiretamente, pela autora. Embora essa relação não ocorra explicitamente na obra de Melanie Klein, alguns de seus discípulos se apoiaram no conceito de identificação projetiva para tratar da contratransferência. Por isso, examinaremos, ainda que por breve momento, as possíveis inter-relações entre identificação projetiva e contratransferência, tema central das nossas discussões.

Cintra e Figueiredo (2004) concebem o trabalho de Melanie Klein como estando centrado, principalmente, em fenômenos que dizem respeito a um tempo de fundação do psiquismo. Para abordarmos alguns aspectos do pensamento da autora, impõe-se a revisão de alguns dos seus fundamentos.

O primeiro deles é o conceito de pulsão de morte. Klein (1957)⁵ rastreia na obra freudiana aportes teóricos específicos, que oferecem sustenta-

ção para suas observações clínicas. Lembremos que o conceito de pulsão de morte se insere em um momento da obra de Freud⁶ no qual ele tenta buscar explicação para as origens do psiquismo humano a partir de várias hipóteses, sendo uma delas a de que a pulsão original, aquela que está presente desde o início, é a pulsão que encaminha o indivíduo biológico para a inércia absoluta, para a morte.

Apostando num bebê que nasce com uma “cota” específica de pulsão de morte, Melanie Klein (1932 [1969]) fundamenta sua teoria justamente nos modos de operação que esse bebê encontra para lidar com essa cota de pulsão de morte que o ataca desde o nascimento. A partir disso, Klein confere importância fundamental aos processos de projeção e de identificação utilizados pelo bebê para externar alguns de seus conteúdos e internalizar outros, sempre na tentativa de lidar com a violência sádica que o ataca desde o nascimento e que permeará as relações com seus objetos.

O tipo de conteúdo projetado para fora é, a princípio, caracterizado pelo ódio, raiva e agressão. Expulsando esse conteúdo mortífero, o bebê identifica o mundo externo (ou a mãe) a esse conteúdo, numa tentativa de controle que, ao mesmo tempo, agride a mãe, identificando-a ao mau, e a transforma em depositária de uma parte de si mesmo. Para Melanie Klein, identificação projetiva é isso: o bebê projeta no outro uma parte de si, tanto para se livrar de algo ruim, quanto para controlar o outro. À mãe, caberia responder à violência do bebê de maneira não violenta. Estar presente como um objeto que não frustra e, a partir disso, ser capaz de ajudar o bebê a introjetar essa parte de si mesmo da qual ele havia se apartado.

Precisamos reconhecer que não existe em Klein nenhuma conexão entre o conceito de identificação projetiva e o conceito de contratransferência. Essa não foi a intenção da autora ao cunhar esse conceito. Aliás, para Melanie Klein, a palavra contratransferência sempre trouxe problemas com os quais ela não queria se envolver e, como Freud,

⁵Embora a autora trabalhe o conceito de pulsão de morte em toda a sua obra, é em “Inveja e gratidão” (1957) que Klein aprofunda as relações entre a pulsão de morte e a inveja, e suas consequências para a constituição psíquica do sujeito e para o manejo clínico do paciente.

⁶É notável que a leitura de Freud que Melanie Klein privilegia é a do Freud mais próximo possível do *Além do Princípio do Prazer*, 1920 e de *O Eu e o Id*, 1923.

usou o termo somente três vezes ao longo de sua obra. França (2006) supõe que esse uso muito restrito do termo por Klein se deveu mais a um cuidado político do que a uma opinião pessoal decisiva. Lembremos que a autora disputava espaço na construção de uma psicanálise para atendimento de crianças com nada menos que Anna Freud, que contava com o apoio irrestrito do pai, maior figura de autoridade da psicanálise. Klein sofria enormes pressões em decorrência dessa disputa, por isso, comentadores da obra da autora, como França (2006), têm razões para suspeitar de que Klein tinha restrições com relação a tratar de assuntos que a fariam entrar em conflito direto com o próprio Freud, como é o caso da contratransferência. A suspeita é de que Freud poderia utilizar sua influência para criticar Klein, caso ela tomasse posições contrárias às normativas propostas pelo pai da psicanálise, e fazê-la perder espaço dentro da escola inglesa.

Mas se Melanie Klein usou o termo contratransferência poucas vezes, a temática que envolve o conceito de identificação projetiva, pelo menos como vemos no trabalho de alguns dos seus discípulos, aproxima-se bastante daquilo que podemos considerar uma teoria kleiniana da contratransferência. Apesar de presumirmos que Melanie Klein discordaria dessa afirmação, temos o conceito de identificação projetiva como um fenômeno clínico que conecta os sentimentos do paciente ao aparelho psíquico do analista. Em “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides” (1946), a autora apresenta o conceito de identificação projetiva como um processo essencial de comunicação de experiências entre o bebê e sua mãe, no qual o bebê comporta-se de tal modo que faz com que a mãe acabe experimentando aqueles sentimentos que não pôde conter dentro de si nem expressar de outra forma. A autora ainda afirma que isso acontece na situação clínica principalmente como um mecanismo de defesa presente na posição esquizo-paranoide, na qual o paciente leva o analista a experimentar aquelas sensações que não

puderam ser integradas e simbolizadas pelo seu próprio psiquismo.

Pensar que o analisando possa transmitir sentimentos ao analista por uma via que não é a palavra e que o analista experimente esses sentimentos do outro equivale a pensar em um fenômeno contratransferencial, mesmo que não receba esse nome. Sobre isso, ressaltamos mais uma observação de França: “para o mecanismo ser considerado identificação projetiva, tem de causar efeitos no aparelho psíquico do receptor, de quem espera-se a capacidade de metabolização de tais conteúdos” (França, 2006, p. 33). Os tais *efeitos no aparelho psíquico do receptor* (analista) são, efetivamente, efeitos contratransferenciais, produtos do funcionamento do analista em contato com o paciente. Mas essas afirmações que vimos França formalizar acima parecem extrapolar o conceito de identificação projetiva em Melanie Klein. E, de fato, extrapolar.

De acordo com Sandler (1989), a teorização da identificação projetiva evolui para um segundo estágio, depois da primeira observação do fenômeno por Melanie Klein. Neste segundo estágio, alguns teóricos da escola kleiniana passam a trabalhar com a questão da contratransferência, relacionando-a à identificação projetiva, de modo que a reação contratransferencial seria fonte de informações a respeito dos conteúdos internos do paciente. Os analistas que iniciam essa associação entre os conceitos e assim ampliam a noção de contratransferência são Paula Heimann (1950) e Heinrich Racker (1960)⁷, cujas ideias serão abordadas no decorrer deste trabalho. Por hora, é importante destacar que os analistas da escola kleiniana e aqueles que com essa escola mantêm boas relações, são os que mais contribuíram e contribuem para a discussão da contratransferência na técnica psicanalítica. Isso se deve às discussões que o conceito de identificação projetiva puderam proporcionar e à iniciativa de Paula Heimann e Heinrich Racker, que, a despeito da discordância da própria Melanie Klein, insistiram nas discussões sobre o tema por considerá-lo de fundamental importância.

⁷ O livro *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, de 1960, reúne os principais textos de Racker sobre o tema da contratransferência, que começam a ser publicados na segunda metade da década de 40 do século passado e continuaram sendo produzidos até a década de 1960.

A contribuição de Paula Heimann

Depois de Freud, quem retoma a discussão sobre a contratransferência ou, pelo menos, quem a faz ressurgir com vigor no cenário psicanalítico internacional é Paula Heimann. Heimann foi analisada por Melanie Klein e era membro da Sociedade Psicanalítica Britânica, na qual começou como uma defensora da teoria kleiniana, até que uma divergência teórica sobre a contratransferência afastasse as duas psicanalistas e fizesse Heimann aderir ao chamado “grupo independente” (Mello, 2012).

Em 1949, no 16º Congresso Internacional de Psicanálise da IPA, em Zurique, Paula Heimann lê pela primeira vez o artigo “On Countertransference”⁸, posteriormente publicado em 1950, no qual apresenta a reação contratransferencial não mais como um obstáculo, mas como um importante instrumento de compreensão do inconsciente do analisando. Esse ponto de vista, apesar de duramente criticado por Melanie Klein (França, 2006), influenciou de maneira decisiva o desenvolvimento de teorias que abordavam o uso da contratransferência como uma ferramenta da clínica psicanalítica. O artigo foi considerado um divisor de águas na história da técnica psicanalítica, pois Heimann iniciou o questionamento da postura defensiva dos analistas em formação. Melanie Klein temia “que essa ampliação do conceito [contratransferência] sustentasse as alegações dos analistas de que suas próprias deficiências eram causadas pelos pacientes” (França, 2006, p. 36). Melanie Klein chegou a solicitar a Heimann que retirasse o artigo do congresso da IPA, mas a autora recusou-se a fazê-lo.

Examinando o conteúdo dessa comunicação de Heimann (1950), pode-se perceber que ela já se insere num contexto em que vários autores sentem a necessidade de debater o tema e publicam trabalhos quase que simultaneamente, incitando as discussões. Heimann afirma em uma nota de rodapé: “O fato de que o problema da

contratransferência foi apresentado para discussão praticamente simultaneamente por diferentes pesquisadores indica que o momento é propício para uma pesquisa mais aprofundada sobre a natureza e a função da contratransferência”⁹.

Mesmo sem que a autora soubesse, pois nessa época ainda não havia entrado em contato com Racker, a abrangência de seu comentário ultrapassa as fronteiras da Sociedade Britânica de Psicanálise, já que na bacia do Prata, na América do Sul, a discussão sobre contratransferência acontecia com vigor, liderada por Heinrich Racker, e trabalhos sobre o tema eram publicados praticamente na mesma época em que Heimann fazia sua comunicação.

O artigo de Heimann traz considerações a partir de sua experiência como supervisora e de um impasse que ela percebeu na formação de candidatos a analistas. A autora se diz impressionada com a crença dos candidatos de que a contratransferência não é mais do que uma fonte de problemas, que eles se sentiam com medo e culpados ao perceberem seus sentimentos com relação aos seus pacientes e empreendiam, em decorrência disso, uma tentativa de se tornarem completamente insensíveis e imparciais, evitando qualquer resposta emocional. Intrigada com a repetição dessa postura nos analistas em formação, Heimann empreende uma busca, na literatura psicanalítica, no intuito de entender os fundamentos dessa prática em seus supervisionandos. Assim a autora descreve seus achados:

Eu achei que a nossa literatura, de fato, contém descrições do trabalho analítico que podem dar lugar à noção de que um bom analista não sente nada além de uma uniforme e suave benevolência para com seus pacientes, e que qualquer agitação produzida pelas ondulações emocionais nesta superfície lisa representa uma perturbação a ser superada. (Heimann, 1950)

Na sequência de sua apresentação, Paula Heimann define contratransferência como “a to-

⁸ Este artigo encontra-se sem paginação no original. Portanto, todas as referências subsequentes não apresentarão a especificação da página.

⁹ Essa, como as outras citações retiradas do artigo “On Countertransference”, de Heimann, presentes neste trabalho, são de tradução nossa.

talidade dos sentimentos do analista com respeito a seu paciente”, e apresenta sua tese:

Minha tese é que a resposta emocional do analista a seu paciente dentro da situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes para o seu trabalho. Contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa sobre o inconsciente do paciente. (Heimann, 1950)

Aqui, Heimann responde a uma das principais perguntas de nossa investigação. A contratransferência servia, para a autora, como um instrumento de pesquisa sobre o inconsciente do paciente. A autora salienta que a situação analítica é uma relação entre duas pessoas, e seu caráter singular não se define pela presença de sentimentos em um e ausência em outro, mas o que a distingue das outras relações comuns entre duas pessoas é, acima de tudo, o grau de sentimentos vivenciados e a maneira como esses sentimentos podem ser utilizados pelo analista. A seguir, Heimann busca definir como esse instrumento seria usado e quais as implicações de utilizá-lo:

O objetivo da própria análise do analista, a partir deste ponto de vista, não é transformá-lo em um cérebro mecânico que pode produzir interpretações sobre a base de um processo puramente intelectual, mas permitir que ele possa sustentar os sentimentos que agem nele, em oposição a descarregá-los (como o faz o paciente), a fim de subordiná-los à tarefa analítica em que ele funciona como um reflexo em espelho do paciente. (Heimann, 1950)

Assim, para Heimann, a natureza relacional da sessão analítica implica o aparecimento de sentimentos nas duas pessoas que compõem a sessão, e não há nada que o analista possa fazer para evitar que lhe surjam esses sentimentos. A análise do analista é o que lhe possibilita reconhecer os sentimentos que lhe surgem a partir do contato com o paciente e utilizá-los como via de acesso privilegiada ao mundo interno de seu analisante, em vez de descarregá-los. É o destino dos sentimentos do analista que o diferencia na relação, que potencializa seu trabalho ao invés de embargá-lo.

Na esteira dessas considerações, a autora afirma que quando as emoções do analista caminham na mesma direção de sua percepção consciente da situação analítica, não há problemas. Mas, algumas vezes, as emoções contratransferenciais estariam mais próximas do núcleo das questões do analisando do que os processos de racionalização do analista. Ou seja, a percepção inconsciente do analista, sentida por meio de sua contratransferência, seria mais aguçada e precederia a percepção consciente. Portanto, se o analista trabalhasse sem consultar seus sentimentos, ele produziria, segundo Heimann, interpretações mais pobres.

Mas Heimann não apresenta, como Melanie Klein a acusa de fazer, uma postura que desconsidera os riscos do uso desse instrumento privilegiado de escuta de seus pacientes. Para a autora, a contratransferência não pode funcionar como um anteparo para as deficiências do analista, e isso seria garantido pela análise pessoal do analista. Nas palavras da autora:

Quando o analista em sua própria análise tem trabalhado através de seus conflitos infantis e ansiedades (paranoico e depressivas), de modo que ele pode facilmente estabelecer contato com seu próprio inconsciente, ele não imputa ao seu paciente o que pertence a ele mesmo. (Heimann, 1950)

Assim, o analista poderia, a partir de sua análise, ter condições de separar os conteúdos que pertencem a ele, analista, daqueles que pertencem ao paciente. Portanto, a contratransferência não poderia ser utilizada para acusar os pacientes do fracasso do processo analítico, como vaticinou Klein. Apesar dos argumentos que apresenta, Heimann não consegue evitar que algo da crítica de sua colega se concretize e que alguns analistas acabem por utilizar seu texto para justificar interpretações que tinham mais relação com conflitos de natureza pessoal do que com aqueles de seus analisandos. Por isso, Heimann revisa sua colocação, dez anos depois, em 1959:

Aos poucos, posso mencionar que tive a oportunidade de comprovar que meu trabalho também tinha provocado alguns erros em alguns candidatos, que, apoiando-se nesse trabalho para se

justificar, sem o suficiente sentido crítico, fundamentavam as suas interpretações sobre seus sentimentos. Respondiam a qualquer pergunta “minha contratransferência”, e pareciam pouco propensas a comparar suas interpretações com os dados reais da situação analítica. (Heimann, citada por Antonelli, 2011, p. 37).

Antonelli (2011) afirma que Heimann faz essa nova colocação “para situar o problema da contratransferência dentro da tarefa analítica, objetivo este que vinha se perdendo” (p. 37). O problema que motiva Heimann a se reposicionar origina-se, ainda de acordo com Antonelli, no fato de que alguns analistas não estavam cotejando suas interpretações com os dados reais da situação analítica, mas justificando-se com uma leitura parcial da teoria de Heimann, escancaravam seus sentimentos e acusavam seus pacientes.

Para encerrar seu artigo inaugural sobre contratransferência, Paula Heimann retoma o argumento freudiano de que o analista deveria reconhecer e dominar sua contratransferência, e propõe que a contratransferência não seria somente um fator de distúrbio, de modo que, para combatê-la, o analista deveria se tornar insensível e distante. Mas pelo contrário, o analista pode utilizar sua resposta emocional como uma chave para o inconsciente do paciente:

As emoções despertadas no analista serão de valor ao seu paciente, se utilizadas como fonte de mais uma visão sobre os conflitos inconscientes e defesas do paciente, e quando estas são interpretadas e trabalhadas, as consequentes alterações de ego do paciente incluem o reforço do seu senso de realidade, de modo que ele vê seu analista como um ser humano, não um deus ou demônio, e a relação “humana” segue na situação analítica, sem que o analista tenha de recorrer a meios extra-analíticos. (Heimann, 1950)

Assim, Paula Heimann propõe usar a contratransferência como um índice de atenção, como uma seta que aponta para os elementos mais insistentes na temática da associação livre do paciente naquele momento e serve para o analista concentrar o

foco das interpretações naquela parte do material. Se o material é sempre sobredeterminado, é importante que se tenha um instrumento que indique qual parte dele é mais evidente em dado momento específico. Torna-se, a partir da comunicação de Heimann, cada vez mais imprescindível atentar para a contratransferência na situação de análise.

Transferência e Contratransferência e sua centralidade no processo analítico: a visão de Heinrich Racker

Heinrich Racker, polonês radicado na Argentina, onde produziu a maior parte de sua obra, apresenta um estudo sistemático dos fenômenos contratransferenciais, considerando-os instrumentos para a compreensão do inconsciente do analisando. Teve uma vida curta, mas muito produtiva enquanto teórico da psicanálise, morrendo relativamente cedo, aos 50 anos de idade, em 1961 (Zimmermann, 1982).

No prefácio de seu livro *Estudos sobre técnica psicanalítica* (1960), que reúne seus principais trabalhos produzidos entre os anos de 1948 a 1960, o autor afirma que sempre lhe impressionou e preocupou a distância existente entre a amplitude e profundidade do conhecimento psicanalítico e as limitações no aproveitamento desse conhecimento para a transformação psicológica dos pacientes. Segundo Racker, a psicanálise evidenciou, desde o começo, a tarefa central do trabalho como sendo a elaboração da transferência, mas sua outra parte, seu complemento, a contratransferência, era ainda um tema inexplorado. O autor estava convencido de que, pelo estudo da contratransferência, poder-se-ia diminuir essa distância entre o conhecimento psicanalítico e a transformação psicológica dos pacientes. Assim, explica alguns dos motivos de seu interesse pelo tema:

Era (...) claro que o silêncio científico que reinava em tão alto grau em relação aos fenômenos e problemas da contratransferência constituía um sério impedimento para a percepção e compreensão da transferência. Pois a contratransferência é a resposta vivencial à transferência, e, se aquela for silenciada, esta não poderá desenvolver-se com plenitude de vida e de conhecimento. (Racker, 1960, p. 13)

Nos *Estudos sobre técnica psicanalítica*, Racker dedica-se, em alguns momentos, a analisar a questão da contratransferência no âmbito da técnica e da prática da psicanálise. Em um dos capítulos, o autor analisa o que chama de “A Neurose de Contratransferência”, que diz respeito aos processos psicopatológicos que, com maior ou menor intensidade, costumam ocorrer no analista, em sua relação com o paciente. O autor insiste na tomada de consciência desses processos por parte do analista, pois é isso que poderia, a seu ver, levá-lo a evitar que essas patologias atuassem negativamente em seu trabalho.

Racker enfatiza que o significado que se dá à contratransferência e a importância dos problemas correspondentes dependem do significado que se dá à função do analista dentro do processo psicanalítico de transformação interna. O autor retoma Freud para afirmar que tal significado deriva diretamente das batalhas decisivas que se travarão no plano da transferência, no qual o paciente, repetindo sua infância, reencontra-se com um objeto, o analista, para quem dirige suas moções pulsionais. O analista é essa reedição de um objeto que pode, sem tédio nem angústia, enfrentar essas moções junto ao paciente e, deste modo, permite ao paciente introjetar no superego um objeto que é mais tolerante e compreensivo que os objetos arcaicos.

No paciente vibram, a partir da relação com o analista, sua personalidade total, suas partes sã e neurótica, o presente e o passado, a realidade e a fantasia. Assim, segundo Racker, também vibra o analista, embora em diferentes quantidades e qualidades, em sua relação com o paciente. As diferenças entre essas duas relações residiriam em diferenças nas situações internas e externas de cada um, associadas, principalmente, ao fato de que o analista já tenha sido analisado. Entretanto, o autor enfatiza que o analista também não está livre da neurose, havendo sempre uma parte de sua libido disposta a ser transferida. Há também a pressão inerente a situações internas centrais que são transferidas sobre sua profissão e a situação socioeconômica a ela vinculada. Ainda precisamos considerar o fato, acrescenta o autor, de que a escolha da profissão de analista, como todas as escolhas que fazemos, baseia-se nas relações de objeto da infância, prestando-se, por isso e por ex-

celência, à transferência. Para definir a neurose de contratransferência, Racker afirma:

E assim, como o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do paciente para com o analista, enquanto determinados pelo passado, é chamado transferência, e sua expressão patológica denominada *neurose de transferência*, assim também o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista para com o paciente, enquanto determinados pelo passado, é chamado contratransferência, e sua expressão patológica poderia ser denominada *neurose de contratransferência*. (Racker, 1960, p. 101)

O autor assevera que todo analista sabe que não está livre de dependências infantis, de representações neuróticas, de mecanismos patológicos de defesa. Mas, mesmo sabendo disso, o tema da contratransferência é pouco abordado em muitos círculos psicanalíticos. O autor provoca o campo psicanalítico comparando o tema da contratransferência como um filho de quem os pais se envergonham. Vergonha, aliás, que estaria associada ao “auto-apreço” do analista, por ter de admitir que continua sendo neurótico. Atrás da denegação da contratransferência estariam todos os temores e todas as defesas inerentes à neurose do analista. O autor adverte que não podemos nos esquecer que a situação profissional só reveste, com novos termos, antigos impulsos, imagens e angústias da pessoa que se propõe a ajudar (Racker, 1960).

Assim, Racker aponta o narcisismo do analista como parte de sua dificuldade de admitir a contratransferência, admitir que ainda padece de suas doenças. Para diminuir as possíveis consequências das ações de sua parte neurótica, que precisa ser elaborada, o analista, segundo o autor, precisaria adotar uma “dupla posição”, que caracteriza como:

Este oscilar entre o esquecer-se de si e o recordar-se de si, entre sua entrega ao paciente e o controle de si próprio, por um lado, o oscilar entre cada uma destas duas posições, entre a posição de recepção intuitiva, e de discriminação intelectual, por outro lado, este oscilar entre ser instrumento passivo-sensível (sobre o que to-

cam paciente e analista) e ser duplamente ouvinte crítico-racional, tudo isso pertence às funções técnicas básicas do analista, e sua observação e seu desenvolvimento são de importância correspondentemente básica. (Racker, 1960, p. 103)

Essa posição do analista, que considera sua contratransferência, escutando-a de modo pendular entre permitir que ela ocorra num plano passivo-sensível e elaborá-la, ao mesmo tempo, num plano crítico racional, parece ser para Racker aquilo que tem o potencial de proteger analista e paciente da neurose de contratransferência.

Se no capítulo sobre “A Neurose de Contratransferência” Racker dá especial atenção à contratransferência como perigo para a função do analista, neste outro estudo, denominado “Significados e Usos da Contratransferência”, o interesse predominante do autor dirige-se à contratransferência como instrumento técnico, ou seja, como meio essencial para a compreensão dos processos psicológicos e transferenciais do paciente. Racker também aborda nesse estudo o papel da contratransferência no processo de transformação interna do paciente, ou seja, a influência da contratransferência sobre os destinos da transferência e sobre as possibilidades de o paciente elaborá-la e de vencer o círculo vicioso de sua neurose. Neste estudo, Heinrich Racker leva às últimas consequências a possibilidade do uso dessas informações internas do paciente, conseguidas a partir de sentimentos e afetos contratransferenciais: “transferência e contratransferência representam dois componentes de uma unidade, dando-se vida mutuamente e criando a relação interpessoal da situação analítica” (p. 68).

O material que poderia ser acessado a partir da contratransferência pode dizer respeito ao paciente e à interpretação da transferência *está intimamente conectada* ao material que foi acessado contratransferencialmente. O autor continua seu raciocínio dizendo que a transferência se oferece como uma realidade constante no contato com o paciente, que apresenta, diante do analista, sentimentos, angústias, defesas e desejos reais. A resposta do analista é a própria realidade constante da contratransferência, com sentimentos, angústias, defesas e desejos igualmente reais, embora possam aparecer com menor intensidade que os do analisando.

O que vemos na concepção de Racker é que o analisando, no processo transferencial, projeta conteúdos no analista que chegam até ele como sentimentos, que algumas vezes não passaram pela via do discurso do analisando, nesse processo comum de identificação projetiva. E acontece algo internamente no analista, a partir desse contato com o analisando. Sentimentos de angústia, de raiva ou quaisquer outros, que deveriam ser falados pelo analisando, acabam sendo sentidos pelo analista, que, com seus próprios sentimentos, tem acesso ao mundo interno do analisando. A concepção de análise de Racker passa por uma inter-relação radical entre as duas pessoas, o que implica que o analista “rackeriano” seria aquele totalmente sujeito a invasões e a irrupções de conteúdos do outro. Acometido de uma série de fenômenos identificatórios que ocorreriam à revelia dele mesmo, o analista teria a função de detectar e de lidar com esses fenômenos, transformando-os em material para a compreensão do mundo interno do analisando.

O autor afirma que a contratransferência seria a expressão da “constelação” interna do analista, estimulada pelo paciente, com isso abre espaço para que possamos pensar que os afetos que o analista experimenta no contato com seu paciente não partem exclusivamente do paciente, mas de dentro do próprio analista. E que o melhor direcionamento para essa amálgama de afetos, que partem do paciente e de dentro do analista, seria uma espécie de tempo silencioso, no qual o analista tenta dominar o impacto desses afetos em si, para depois poder utilizar a percepção dos afetos para a análise dos processos do paciente.

Tão logo pensemos isso, podemos também pensar que esta seja a tarefa mais difícil da análise dos processos contratransferenciais. O analista precisa tentar dominar o impacto dos afetos que vêm de fora e, ao mesmo tempo, os que vêm de dentro e que não podem ser percebidos internamente, senão enquanto amálgama real de sentimentos. Seria possível realizar essa tarefa proposta por Racker? A tarefa de perder a razão, momentaneamente, imerso em afetos contratransferenciais, para logo depois poder recobrá-la a partir de uma análise interna?

Antes de encerrarmos a análise da posição do autor, revisemos alguns aspectos sobre a maneira como Racker entende a relação analítica. O analista, segundo Racker, está sujeito a toda sorte de invasões de afetos que vêm do analisando. É inevitável que esses afetos o invadam e provoquem nele reações afetivas parecidas com as que o invadiram. À neurose de transferência, Racker opõe a neurose de contratransferência. À angústia no paciente, Racker associa a angústia no analista. De modo que o analista, no contato com seu paciente, acaba se vendo tomado pelos conteúdos que vêm de fora, correndo o risco de ser invadido e assujeitado. Tendo absorvido tudo como uma esponja, o analista se encontra diante da tarefa difícil de tentar assimilar e metabolizar esses conteúdos para poder utilizá-los na compreensão do paciente.

Dessa forma, não poderíamos pensar que o analista, na concepção de Racker, é esse que, de alguma forma, está ciente dessa invasão que o contato com o outro opera no humano desde sempre? Ciente da força da alteridade que não cessa de afetar o mundo interno sempre que há contato próximo entre as pessoas? Seria possível pensarmos, então, que os processos defensivos que criamos para nos separarmos da alteridade radical que nos fundou serão sempre precários?

Existe uma diferença qualitativa entre a empatia, que seria poder compreender o que o outro sente, e estar à mercê dos processos internos do outro. O analista concebido por Racker vivencia os dois processos. A projeção dos conteúdos do outro o identifica com o outro nesse processo cujo vetor vem de fora: identificação projetiva.

Na mesma época em que Paula Heimann e Heinrich Racker publicaram seus estudos, Donald Winnicott apresentou sua visão sobre o tema. Winnicott é mais conservador do que os outros dois autores e prefere utilizar o conceito de contratransferência de maneira mais restrita, como veremos a seguir.

A posição winnicottiana

Winnicott dedica dois artigos à temática da contratransferência: “Ódio na contratransferência”, de 1947, e “Contratransferência”, de 1960. Em ambos Winnicott defende uma postura

ética do analista que possa proteger o paciente de possíveis atuações contratransferenciais. Em 1947, o autor argumenta sobre a necessidade de o analista atentar para os fenômenos de ódio contratransferenciais que aparecem, de maneira inevitável, no atendimento de alguns pacientes e, em 1960, aponta para a necessidade de uma *atitude profissional* que garanta uma distância segura, capaz de proteger o paciente de possíveis atuações contratransferenciais do analista.

No primeiro artigo, o autor afirma que o manejo do paciente psicótico é irritante e gerador de ódio, tanto para o psicanalista quanto para todos os profissionais que se envolvem nos cuidados desse tipo de paciente. Por isso, o analista depende muito da sua análise pessoal para que o seu ódio pelo paciente psicótico possa ser “discernível e consciente” e para que essa “pesada carga emocional” não inviabilize o seu trabalho. Winnicott considera que os profissionais que lidam com esses pacientes precisam compreender essa dimensão da contratransferência, já que:

Por mais que estes amem os seus pacientes, não poderiam evitar odiá-los e temê-los, e quanto melhor eles o souberem, mais difícil será para o medo e o ódio tornarem-se os motivos determinantes para o modo como eles tratam esses pacientes. (Winnicott, 1947/2000, p. 278)

Não é difícil perceber, pela clareza da proposta do autor, a definição de contratransferência intrínseca às suas colocações. Contratransferência é, nesse momento, para Winnicott, algo como um sentimento hostil e inevitável que surge no terapeuta (analista, psiquiatra) a partir do contato com o paciente, e que precisa ser discernido, reconhecido e tornado consciente, justamente para que a conduta do profissional não seja pautada por uma reação a esse conteúdo. O autor ainda examina as raízes do ódio que os pacientes psicóticos despertam no analista. O modo como os pacientes psicóticos se portam em análise remete a fracassos constitutivos, sendo capazes de se relacionar somente a partir de um fenômeno brutal de “amor e ódio coincidentes” e incitam, constantemente, o analista a se relacionar com eles da mesma forma.

Dessa maneira, o autor considera que o ódio que surge no analista é legítimo e precisa ser claramente percebido e mantido em um lugar à parte para ser usado em futuras interpretações.

No ano de 1960, Winnicott publica “Contratransferência” para contrapor-se à palestra de Michael Fordham, discípulo de Jung, que afirmou ser inútil que o analista se defenda do contato com o paciente considerando-o um relacionamento profissional (Fordham apud Winnicott, 1960/1983). Winnicott acredita que esse ponto de vista pode acarretar inúmeros equívocos na formação e atuação dos analistas e, por isso, advoga a favor da delimitação de uma posição ética para o profissional, que circunscreva o uso da contratransferência a determinadas situações. Kahtuni, estudiosa da obra do autor, resume o ponto de vista de Winnicott neste artigo-resposta de 1960:

Ao discutir a contratransferência Winnicott disse que entre o paciente e o terapeuta existe a atitude profissional do terapeuta, sua técnica e o trabalho que ele realiza com sua mente. Existe um esforço de sua parte, um trabalho mental que precisa ser consciente. O terapeuta é empático em relação a seu paciente, tem sentimentos, pensamentos e fantasias em relação a ele, mas tudo isso passa por uma malha fina e requer elaboração antes de voltar para o paciente em forma de comunicação, intervenção ou manejo. Esse trabalho de elaboração é função e responsabilidade do terapeuta. Requer não apenas conhecimento teórico e técnico, mas treinamento prévio, e é facilitado ou dificultado por suas experiências e vivências pessoais, sua análise pessoal e auto-análise, suas supervisões e características pessoais. (Kahtuni, 2005)

Manter a postura profissional não significa, para o autor, manter uma série de defesas egoicas, inibições e obsessão pela ordem, já que é necessário que o analista permaneça vulnerável para não diminuir sua capacidade de enfrentar as situações novas que o paciente lhe traz. No entanto, além de permanecer vulnerável, ele precisa

manter sua postura profissional. Isto quer dizer que o analista precisa preservar uma distância entre si e o paciente, afastando-se o máximo de ser “a pessoa não confiável que costuma ser na vida privada” (1960/1983, p. 147).

É relevante notar que a proposta de Winnicott (1947/2000; 1960/1983) sobre a contratransferência deriva de uma importante inversão que o autor realiza na concepção de transferência¹⁰. Em vez de abordar o tema a partir do amor de transferência, nos dois artigos o autor privilegia o ódio como um dos reguladores dessa relação. O analista terá que se haver com o ódio que o paciente lhe causa e com os modos pelos quais essa sensação determinará uma reconfiguração na forma como interpreta e escuta.

Kahtuni (2005) afirma que a posição de Winnicott sobre a contratransferência vai além do que é exposto nesses artigos, uma vez que Winnicott não cessa de apontar, ao longo de sua obra, como o analista precisa estar atento às identificações que estabelece com seu paciente e estar sensível às suas necessidades, ou seja,

Cabe ao terapeuta o cuidado de manter um pé na realidade externa e outro na identificação que faz com seu paciente. Também é sua responsabilidade equilibrar, no manejo da transferência e da contratransferência, sua autenticidade e capacidade criativa com os afetos genuínos que sente pelo paciente (sim, o terapeuta sente afetos por seus pacientes, e precisa gostar verdadeiramente deles para exercer as funções maternas no processo analítico quando for necessário, pois o trabalho com esses pacientes exige muita dedicação). (Kahtuni, 2005)

Kahtuni (2005) explica que esse tipo de relação acontece prioritariamente com pacientes que se apresentam em estágios mais primitivos do desenvolvimento psíquico. Estes apresentam processos evolutivos congelados num passado no qual não dispuseram de um contato afetivo facilitador de seu desenvolvimento e, por isso mesmo, necessitam do terapeuta como uma figura identifi-

¹⁰ Agradecemos a Fábio Belo por esse e outros apontamentos com relação à posição de Winnicott sobre a contratransferência. (Belo, 2012, comunicação pessoal).

catória que participa de um rearranjo de processos constitutivos que foram interrompidos. Tais pacientes revivem estágios precoces de desenvolvimento na situação transferencial e por isso precisam de um analista empático e que faça uso dos movimentos contratransferenciais como instrumentos de trabalho e de comunicação. Um profissional capacitado a ofertar um *holding* consistente, associado a um bom manejo do *setting*, atento à sua própria sensibilidade e aos movimentos psíquicos que se desenvolvem como resposta à imaturidade psíquica e ao tipo de dependência do paciente. A autora faz alusão à influência de Melanie Klein e seu conceito de identificação projetiva sobre a escola winnicottiana.

Assim, a posição winnicottiana sobre a contratransferência também engloba o uso de movimentos contratransferenciais como instrumentos de trabalho e comunicação, pois, de acordo com Kahtuni (2005), a direção do tratamento exige, além de um sólido conhecimento técnico, teórico e experiencial, habilidade empática do terapeuta e emprego de seus sentimentos contratransferenciais, valiosos guias no processo terapêutico.

O melhor dos empregados e o pior dos patrões, a contribuição de Hanna Segal

Hanna Segal é analista da escola kleiniana, tendo se formado na Sociedade Britânica de Psicanálise, da qual chegou a ser presidente. Realizou sua análise com Melanie Klein e alcançou a categoria de analista didata, aos 32 anos de idade. Em 1982 publicou o artigo “Contratransferência”, no qual oferece contribuições importantes para a discussão do tema.

Nessa publicação, Segal analisa os pontos de vista alternantes com relação à contratransferência dentro do cenário psicanalítico e atribui essa alternância no entendimento do fenômeno a uma evolução na compreensão da própria transferência na psicanálise. Se em um primeiro momento ela foi considerada como resistência ao trabalho, posteriormente “passa a ser vista como o fulcro no qual reside a situação analítica”¹¹ (Segal, 1982). Em decorrência dessa mudança, há uma evolução no reconhecimento da contratransferência como

“fonte de importância primordial, de informações sobre o paciente” (Segal, 1982), o que a autora defende na esteira das considerações de Heimann (1950), que considera ser a responsável pela mudança no eixo dessa discussão.

Trabalhando com o conceito de identificação projetiva, Hanna Segal propõe a transferência como enraizada na experiência infantil primitiva do paciente, que não só percebe e reage ao analista de modo distorcido, mas também “faz coisas com a mente do analista”:

Todos estamos familiarizados com os conceitos de atuação (“acting in”) que podem ocorrer de modo bastante grosseiro; contudo, aqui não estou me referindo a uma atuação grosseira mas a algo constantemente presente – uma interação não verbal constante em que o paciente atua sobre a mente do analista. (Segal, 1982)

Essa “interação não verbal constante”, a partir da qual o paciente atua sobre a mente do analista, Segal entende como sendo a identificação projetiva. As raízes da identificação projetiva, segundo Segal, encontram-se na situação clínica das seguintes maneiras: como uma comunicação subjacente e integrada a outras formas de comunicação que lhes dão profundidade e ressonância afetiva; como formas de comunicação predominante, provindo de experiências pré-verbais que só poderiam ser comunicadas dessa forma; ou até mesmo sob o formato de um ataque à comunicação. A autora completa seu raciocínio afirmando que essas formas de atuação do paciente se fazem cada vez mais presentes à medida que os casos se aproximam de processos psicóticos. Trabalhando o conceito de transferência a partir dos processos de identificação projetiva, a autora completa:

Se olharmos desta maneira para a transferência, então se torna bastante claro que o que Freud descreve como atenção livremente flutuante se refere não apenas à abertura intelectual da mente, mas também a uma abertura especial dos sentimentos – permitir que nossos sentimentos, nossa mente sejam afetados pelo paciente em

¹¹ Artigo sem paginação no original

um grau muito mais elevado que nós nos permitimos sermos afetados nas relações sociais normais. (Segal, 1982)

Tributária da exposição de Heimann (1950), Segal relê a proposta freudiana de uma escuta livremente flutuante, acrescentando à definição do mestre uma espécie de “abertura especial dos sentidos”, na qual o analista pode permitir que os seus sentimentos sejam afetados por aquilo que o paciente lhe traz como projeções transmitidas por formas de comunicação não verbal que atravessam a sessão, cabendo ao analista a tarefa de escutá-las e integrá-las ao processo do tratamento. Mas a autora não faz essas afirmações sem tentar remetê-las à técnica, justamente para diferenciar o movimento de transferência que parte do paciente da contratransferência, sua contrapartida no analista:

Ao falar destes sentimentos livremente flutuantes no analista, estarei dizendo que não há diferença entre transferência e contratransferência? Espero não estar dizendo nada disto, porque, ao mesmo tempo em que o analista está abrindo sua mente livremente a suas impressões, ele tem que manter distância de seus próprios sentimentos e reações ao paciente. Ele deve observar suas próprias reações, concluir a partir delas para usar o seu próprio estado mental para a compreensão do seu paciente sem, em momento algum, ser dirigido pelas suas próprias emoções. (Segal, 1982)

Não é para reagir instintivamente que o analista usa a contratransferência. Se ele a usa, só pode fazê-lo mantendo uma distância de seus sentimentos, para garantir que a investigação de seus próprios processos afetivos no interior da sessão de análise sirva para a compreensão do seu paciente. Para explicar a maneira como o analista pode realizar isso, Segal utiliza a metáfora da relação da mãe com seu bebê, segundo a qual a capacidade do analista de conter os sentimentos nele mobilizados pelo paciente pode ser vista como um equivalente da função de uma mãe que contém as projeções do bebê, com a ressalva de que enquanto os pais o fazem instintivamente, o analista deve sujeitar seu estado mental a um exame, uma reflexão pré-consciente de seus estados internos.

Na análise da dinâmica transferência/contratransferência, a autora ainda faz uma ressalva: somos obrigados a admitir que nem todas as percepções que os pacientes têm de seus analistas são, de fato, projeções. Segal observa que os pacientes reagem a aspectos da personalidade, a alterações de estados de ânimo do analista, sejam esses aspectos uma resposta direta ao material abordado na sessão ou provindos de outras fontes. E existe um tipo especial de pacientes que detectam até as menores mudanças na atitude do analista, pacientes sensíveis e extremamente dependentes. Essa sensibilidade inusitada pode suscitar incômodo no analista, mas nem por isso se desenvolve alheia à condição do paciente. O paciente paranoide pode, por exemplo, detectar facilmente qualquer disposição negativa do analista. O paciente depressivo detecta mais facilmente sinais de fraqueza ou doença no analista. Segal defende que os analistas estejam conscientes tanto da capacidade de seus pacientes de detectar tais afetos, quanto de sua responsabilidade sobre o aparecimento dos mesmos, não exatamente para que o analista “confesse” a sua contratransferência, mas para que tenha consciência da natureza de sua relação com seu paciente e possa reconhecê-la na sua interpretação. Essa é, para Segal, a tarefa mais difícil. A maior parte da transferência é inconsciente, assim como da contratransferência, e delas só podemos acessar os derivativos conscientes. Por isso mesmo, a autora propõe uma espécie de modelo de um bom estado funcional da contratransferência no analista. Tal modelo pendular, por assim dizer, abarca dois movimentos que se alternam: uma relação receptiva com os conteúdos advindos do paciente, que contém e compreende a comunicação do paciente, e outra mais ativa, que funciona produzindo ou dando compreensão, conhecimento ou estrutura ao paciente na interpretação.

Para falar sobre a condição ideal do uso da contratransferência pelo analista, a autora utiliza o modelo do seio que contém o alimento, enquanto o mamilo o entrega aos poucos. A tarefa do analista, ao trabalhar com a contratransferência, seria a de conter as identificações projetivas do paciente, compreendendo-as como comunicações e devolvendo-as aos poucos, nas interpretações,

como formas mais compreensíveis daquele conteúdo, formas mais estruturadas, mais suportáveis. Segal denomina *empatia* e *intuição* esse processo de bom funcionamento da contratransferência como ferramenta disponível ao analista para o entendimento do paciente. Acompanhando a autora:

Quando a nossa contratransferência trabalha deste modo, dá origem a um fenômeno chamado empatia ou intuição psicanalítica ou sentir-se em contato. É um guia para a compreensão. Quando ocorrem rupturas nesta atitude, tornamo-nos conscientes de perturbações no nosso funcionamento analítico, e devemos tentar compreender a natureza da perturbação e a informação que ela nos dá a respeito de nossa interação com o paciente. (Segal, 1982)

Ao mesmo tempo em que pode ser um “bom empregado”, a contratransferência pode se transformar no “pior dos patrões”, se o analista se identifica com os afetos que o paciente lhe desperta e reage a esse conteúdo alijado de sua função crítica. Isso, segundo Segal, aconteceu diversas vezes na história da contratransferência, quando analistas construíram racionalizações para agir sob pressão da contratransferência e não a utilizaram como um guia para a compreensão. É com essa advertência que a autora encerra seu texto:

Muitas vezes vejo-me dizendo aos meus supervisionados que a contratransferência não é desculpa; dizer que o paciente “projetou-o em mim”, ou “ele me irritou” ou “ele me colocou sob tal pressão sedutora” devem ser claramente reconhecidos como afirmações de fracasso para compreender e usar a contratransferência construtivamente. Não argumento aqui que devemos, ou até, que possamos ser perfeitos, digo apenas que não iremos aprender com nossos fracassos a não ser que os reconheçamos claramente como tais. (Segal, 1982)

A contratransferência não é uma desculpa, defende a autora. Deixar-se atuar a partir dela não representaria senão o fracasso de usá-la como um importante instrumento clínico para a compreensão dos processos internos do analisando.

Hanna Segal faz questão de não colocar o analista num lugar livre de erros, mas aponta para o necessário reconhecimento desses erros para que se possa aprender com eles.

Com a contribuição de Hanna Segal, encerramos o desenvolvimento deste trabalho, no qual apresentamos algumas definições de contratransferência, algumas propostas de destino para ela e algumas críticas a seu uso indiscriminado ou reativo na clínica.

Considerações finais

Nossas primeiras perguntas são relativas à definição do conceito de contratransferência, às maneiras como ela se manifesta clinicamente, a que se deve sua aparição e que destino o analista deveria lhe conferir.

Quanto à definição do conceito, ao longo do trabalho podemos apreender, a partir das teorias apresentadas, que, embora haja divergências quanto à definição precisa do conceito, a contratransferência pode ser compreendida como um produto, um efeito do funcionamento psíquico do analista em contato com o paciente. A contratransferência tem sempre dupla raiz: um ramo parte do paciente, dos seus complexos, da maneira como se posiciona na sessão e, conseqüentemente, os efeitos que provoca no analista a partir desse posicionamento específico; o outro ramo do qual surge a contratransferência são os processos internos do analista, seus desejos infantis e complexos atuais que estão em ação no momento da sessão analítica e que podem ali ser ativados.

Como vimos em Heimann (1950), a contratransferência é uma resultante da maneira como o analisando se posiciona, de sua transferência, por isso ela pode ser um importante instrumento de apreensão do inconsciente do analisando, uma ferramenta clínica de acesso privilegiado aos processos internos do paciente. Isso não livra o analista da responsabilidade de buscar, a partir da sua análise pessoal e de uma postura atenta, separar os conteúdos que têm origem no paciente daqueles conteúdos que se originam dele mesmo, analista, os quais mantêm relação com seus complexos internos e não com os do paciente.

Heinrich Racker (1960) também considera a dupla raiz dos processos contratransferenciais.

O autor argumenta que a transferência se oferece como uma realidade constante no contato com o paciente, o qual apresenta, diante do analista, sentimentos, angústias, defesas e desejos reais. A resposta do analista é a própria realidade constante da contratransferência, com sentimentos, angústias, defesas e desejos igualmente reais. Por isso, o autor propõe que o analista desenvolva em seu trabalho uma *atenção pendular*, que oscila entre permitir que a contratransferência ocorra em um plano passivo-sensível, e exigir sua elaboração, em um plano crítico racional. Tal processo de elaboração tem o potencial de proteger analista e paciente da neurose de contratransferência, que surge como algum tipo de manifestação dos complexos infantis, neuróticos do analista, os quais sempre o acompanham.

A proposta de Winnicott (1947/2000; 1960/1983) deriva de uma importante inversão que o autor realiza na concepção de transferência. Em vez de falar de amor de transferência, como a convenção estabelecia, Winnicott privilegia o ódio como um dos reguladores dessa relação. O analista terá de se haver com o ódio que o paciente lhe causa e com os modos como essa sensação determinará uma reconfiguração na forma como interpreta e escuta.

Segal (1982) amplia a noção freudiana de uma escuta livremente flutuante, propondo que a escuta analítica também seja portadora de uma *abertura especial dos sentidos*. Por meio dessa abertura, o analista permite que seus sentimentos sejam afetados por projeções de complexos internos do paciente, transmitidas por formas de comunicação não verbal que atravessam a sessão. A tarefa do analista é perceber a transmissão desses conteúdos e integrá-los ao processo do tratamento. Dito de outra forma, ao trabalhar com a contratransferência, o analista recebe as identificações projetivas do paciente, compreendendo-as como comunicações, e as devolve, aos poucos, em interpretações, como formas mais compreensíveis daquele conteúdo, formas mais estruturadas, mais suportáveis.

O aporte teórico concedido por esses autores oferece algumas respostas para nossos questionamentos, como também advertências não só pertinentes como necessárias. O uso indiscriminado da contratransferência como instrumento

isolado de compreensão da situação analítica determina riscos de natureza ética e técnica inadmissíveis. No entanto, negar a existência dos afetos do analista como componentes do *setting*, refutar de maneira peremptória a hipótese de que esses afetos possam dialogar com questões do analisando, implica correr um risco tão grande quanto o primeiro, a saber, negar o fato de que o analista não é imune ao contato com seu paciente. Ademais, considerar a contratransferência como inerente ao processo analítico minimiza o risco de negligenciar o reconhecimento de preciosos aspectos da interação entre paciente e analista como uma relação fundamentalmente intersubjetiva em que ambos são afetados, na qual o oferecimento de uma escuta ancorada na técnica não descaracteriza a existência sempre concomitante de uma escuta acolhedora e empática.

Referências

- Andrade, L. F. G. (1983, setembro). Contratransferência e atuação. V Congresso Nacional do Círculo Brasileiro de Psicanálise, Olinda-Recife. Recuperado em 30 de agosto de 2010, de http://www.escolafreudianajp.org/arquivos/trabalhos/Contratransferencia_e_atuacao.pdf
- Antonelli, E. (2011). *Os sentimentos do analista: a contratransferência em casos de difícil acesso*. São Paulo: Zagodoni.
- Cintra, E. & Figueiredo, L. (2004). *Melanie Klein: Estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Dias, H. (2006). Contratransferência: uma questão fundamental na clínica psicanalítica. II Congresso Internacional em Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, v. 1. p. 1-1.
- Fédida, P. (1988). *Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta.
- França, C. P. Em nome da mãe: o brado kleiniano. In: A. C. Carvalho & C. P. França (Orgs.) *Estilos do xadrez psicanalítico: a técnica em questão*. Rio de Janeiro: Imago. (pp. 21-45)

- Freud, S. (2006a). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (2006b). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 13-116). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901]).
- Freud, S. (2006c). As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 143-156). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S (2010). A dinâmica da transferência. In: *Sigmund Freud – Obras completas* (P. C. de Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Vol. 10, p. 133-146) (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2006d). Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 175-188). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915[1914]).
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *J. Psycho-Anal.* 31. Recuperado em 13 de outubro de 2011, de http://perso.wanadoo.es/quipuinsti-tuto/Paula_Heimann/P_Heimann_1950_ingles.html
- Heimann, P. (1960). Counter-transference. *J. Med. Psychol.*, 33(9), 15J.
- Kahtuni, H (2005). O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. *Psyche*, 9(16), pp. 197-212). Recuperado em 2013-01-30, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200013&lng=pt&nrm=iso
- Klein, M. (1969) *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1969[1932].
- Klein, M. (1991) *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago.
- Laplanche, J. (1993). *A tina: a transcendência da transferência*. (Neves, P. Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001[1967]). *Vocabulário de Psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Leitão, L. (2003) Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 21(2), pp. 175-183. Recuperado em 30 de Agosto de 2010, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a04.pdf>
- Mello, R. (2012). Paula Heimann - Resenha. *Federação Brasileira de Psicanálise - on line*. Recuperado em 13 de outubro de 2011, de http://febrapsi.org.br/resenha.php?texto=resenha_Heimann
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paivos.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sandler, J. (1989). *Projection, Identification and Projective Identification*. Karnac Books: London.
- Segal, H. (1982). Contratransferência. In: H. Segal, *A obra de Hanna Segal: Uma abordagem kleiniana à prática clínica* (pp. 117-125). Rio de Janeiro: Imago. Recuperado em 12 de setembro de 2010, de <http://www.google.com/url?sa=t&rcrt=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fjoseouteiral.com.br%2Ftextos%2FCONTRATRANSFERENCIA.doc&ei=T7kLUdL3BpGO8wSs5oDwBA&usq=AFQjCNGU8SR6qwcxZ9rC7ryp1sAVFIzIEw&bvm=bv.41867550,d.eWU>
- Telles, S. (2012). Bálamo e Veneno. *Bravo!*, 174. Recuperado em 14 de setembro de 2012, de <http://bravonline.abril.com.br/materia/balsamo-e-veneno>

Winnicott, D. (2000[1947]) Ódio na contratransferência. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Imago. Recuperado em 21 de Outubro de 2012, de http://www.meucci.com.br/wp-content/uploads/2010/11/winnicott-odio_na_contratransferencia.pdf

Winnicott, D. (1983[1960]). Contratransferência. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp.145-151). Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimmermann, D. (1982) Prefácio. In: H. Racker, *Estudos sobre a técnica psicanalítica*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Recebido: 16/10/2016

Aceito em: 13/02/2017