



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Grayson Ferreira dos Santos

IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E CONTRATRANSFERÊNCIA:  
o manejo clínico em questão

Belo Horizonte

2015

Grayson Ferreira dos Santos

IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E CONTRATRANSFERÊNCIA:  
o manejo clínico em questão

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Cassandra Pereira França

Belo Horizonte

2015

Grayson Ferreira dos Santos

IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E CONTRATRANSFERÊNCIA:  
o manejo clínico em questão.

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Monografia defendida e aprovada pela banca examinadora, constituída pelos professores:

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cassandra Pereira França  
(Orientadora – UFMG)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Daniele Pereira Matos  
(UFMG)

---

Prof. Dr. Verlaine Freitas  
(UFMG)

A todos aqueles que comigo dividem suas dores e alegrias, conquistas e frustrações e mesmo diante da dor, não deixaram de sonhar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha esposa Samantha Fernanda Ferreira, pelo constante incentivo para que este trabalho se fizesse realizar, pois sonhamos juntos este momento.

Agradeço à professora mestre Alane Micheline Moura, por participar da minha formação profissional, o que contribuiu para a realização deste trabalho;

À Prof<sup>a</sup> Dra. Cassandra Pereira França, por me orientar e guiar-me na difícil tarefa de tecer textos;

E aos meus pais, por proporcionar a minha existência.

## RESUMO

O presente trabalho partiu da necessidade de compreender o conceito de identificação projetiva, postulado por Melanie Klein (1946), fazendo uma síntese teórica da evolução do conceito. A partir de Klein outros teóricos trouxeram contribuições e assim ampliaram o tema de forma à contribuir com a técnica e a prática da clínica psicanalítica. A ampliação feita por Bion e o modelo clínico proposto pelo autor, aproxima o *setting* analítico da relação de objeto (mãe/bebê) e assim coloca o analista como peça fundamental no desenrolar da sessão. Os estudos de Joseph Sandler referente a identificação projetiva destacam os três níveis que o autor sugere sobre o conceito e a importância do analista diferenciar essa ocorrência na maneira como o analisando expressa suas emoções e, através da contratransferência, o analista guiar suas intervenções. O estudo da identificação projetiva nos aproximou de outro conceito fundamental, que é a contratransferência. Esta, ao longo de seu desenvolvimento, possibilita estudarmos a qualidade e a saúde psíquica do analista, pois acreditamos que é desta que sairão os recursos para elaboração do material clínico do paciente. Material que será devolvido sob a forma de intervenções e interpretações. O conceito de contratransferência será estudado em sua origem na obra de Freud, que por sinal não possibilitou que esse fenômeno tomasse em seus estudos, a investigação do inconsciente do analisando, sendo assim, o posicionamento de Klein sobre a contratransferência se deu na mesma direção de Freud, que aboliu de se falar do sentimento do analista frente a seu paciente. A ampliação e modificação no conceito feito por Heimann e o rompimento com a Sra. Klein foram pontos marcantes sobre o tema da contratransferência. Heimann traz à tona a questão da contratransferência e inaugura a discussão sobre o conceito, mesmo sobre as duras consequências de sustentar seu pensamento e assim romper com a escola kleiniana. Seguindo nossa investigação teórica, iremos destacar na obra de Heinrich Racker, o conceito de *neurose de contratransferência*, seus estudos deu ênfase ao fenômeno contratransferencial e suas implicações no manejo clínico. Seus desdobramentos sobre a técnica psicanalítica, colocou em evidência a qualidade psíquica do analista frente as resistências de seu paciente. Os fenômenos transferenciais e contratransferenciais foram tomando novas dimensões após a incorporação do conceito de identificação projetiva na teoria psicanalítica da escola inglesa. A práxis da clínica psicanalítica, a partir da identificação projetiva, faz-se através da compreensão do impacto emocional que o paciente causa no analista. Portanto, o estudo tem como objetivo, refletir sobre a atuação do profissional e como esse lida com aspectos frustrantes do encontro analítico e quais ferramentas serão necessárias para o manejo clínico.

**Palavras-chave:** Identificação projetiva. Contratransferência. Manejo clínico. Relação de objeto. Analista/analisando.

## ABSTRACT

The present study was originated by the need to comprehend the concept of projective identification, postulated by Melanie Klein (1946), producing a theoretical synthesis on evolution of the concept. Parting from Klein other theorists brought contributions to the theme by promoting the technique and practice of the psychoanalytic clinic. The development made by Bion, and the clinic model proposed by the author, approaches the analytical 'setting' of the relation of object (mother/baby) and then puts the analyst in the position of cornerstone as the session unfolds. Studies of Joseph Sandler referring to the projective identification highlight the three levels that the author suggests on the concept and importance of the differing made by the analyst on the occurrence of the way the analyzed express its emotions, and through countertransference the analyst can guide its interventions. The study of the projective identification brought us closer to another fundamental concept, which is the countertransference. This one, as it has been developed, allows us to study the quality and psychic health of the analyst, since we believe it is from here that the resources for the refinement of the clinical material of the patient will come from. This material will be returned under the construct of interventions and interpretations. The concept of countertransference will be studied in its origin on the works of Freud, who didn't let the phenomenon turn into his studies, the investigation of the consciousness of the analyzer, thus, the positioning of Klein on the countertransference went to the same direction as Freud, that abolished the talking about the analyst feelings when in front of the patient. Amplification and modifying of the concept by Heimann and the breaking with Mrs. Klein were important markings on the countertransference theme. Heimann surfaces the countertransference question and unveils the discussion on the idea, even knowing of the harsh consequences on sustaining his thought and breaking apart from the Kleinian School. Continuing the historical investigation, it will be highlighted on the work of Heinrich Racker, the concept of countertransference neurosis; his studies gave emphasis to the countertransferential phenomenon and its implications on the clinical use. Its unfolding over the psychoanalytic techniques, emphasized the psychic quality of the analyst in face of the resistances of its patient. The transferential and countertransferential phenomena took new dimensions after the incorporating of the projective identification concept in the psychoanalytic theory of the English School. The psychoanalytic clinic praxis, from the projective identification, builds itself through comprehension of the emotional impact that the patient causes on the analyst. Therefore, the objective of the study is to bethink the performance of the professional and how this one deals with the frustrating aspects of the analytic encounter and what tools will be needed for the clinical handling.

**Keywords:** Projective identification. Countertransference. Clinical management. Object relationship. Analyst / analyzing.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA</b>	<b>11</b>
2.1	Um conceito básico da escola kleiniana	11
2.2	A ampliação feita por Bion	14
2.3	As contribuições de Joseph Sandler	21
<b>3</b>	<b>A CONTRATRANSFERÊNCIA</b>	<b>24</b>
3.1	O conceito em Freud	24
3.2	O posicionamento de Klein	28
3.3	As contribuições de Paula Heimann	30
3.4	As contribuições de Heinrich Racker	33
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>41</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho partiu da necessidade de compreender o conceito de identificação projetiva, postulado por Melanie Klein (1946), buscando fazer uma síntese teórica da evolução do conceito, agregando contribuições de autores que se dedicaram com ênfase ao conceito e assim ampliaram-no de forma a contribuir com o arsenal técnico e prático da clínica psicanalítica. Ao estudarmos a identificação projetiva, verificamos a necessidade de nos aproximarmos de outro conceito fundamental, que é a contratransferência. Esta, ao longo de seu desenvolvimento, possibilita estudarmos a qualidade e a saúde psíquica do analista, pois é desta que sairão os recursos para elaboração do material clínico do paciente, material que será devolvido sob a forma de intervenções e interpretações.

A identificação projetiva, embora seja de difícil manejo, possibilita uma escuta aguçada e sutil da maneira como o paciente se manifesta e se relaciona com os conteúdos de seus mundos interno e externo. É um conceito amplo, porém, à medida que é compreendido e aceito pelo analista, pode enriquecer o *setting* analítico. Quando o paciente, inconscientemente, utiliza-se desse mecanismo intensamente, seu uso excessivo dificulta muito a progressão do tratamento e a relação analista/analizando. Muitos pacientes nos procuram com o intuito de saber o porquê de seus sintomas e dificuldades, quer seja no contexto sócio-familiar, no trabalho ou na vida conjugal. Evidentemente, tal dificuldade aparecerá também na relação analista/analizando, e, caso o analista não esteja atento e aberto para as projeções de seu paciente, o trabalho clínico dificilmente terá progressões satisfatórias, levando o analisando a mais uma experiência de desencontro afetivo.

Na clínica atual, nós analistas deparamo-nos cada vez mais com a intolerância à frustração, de nossos pacientes, diante da dificuldade em estabelecer relações afetivas saudáveis e duradouras. A maturidade emocional é essencial para que o sujeito possa lidar, de forma mais saudável, com as diferenças e suportar pontos de vista distintos, estabelecendo assim um caminho produtivo para o relacionamento intersubjetivo.

Os fenômenos transferenciais e contratransferenciais foram tomando novas dimensões após a incorporação do conceito de identificação projetiva na teoria psicanalítica da escola inglesa. A práxis da clínica psicanalítica, a partir da identificação projetiva, faz-se através da compreensão do impacto emocional que o paciente causa no analista. Por isso a importância do conhecimento teórico e da subsequente ligação com a prática clínica. Assim sendo, o analista estará apto a receber as projeções de seu paciente? Como lidar com as emoções oriundas do encontro analítico, especificamente vindas da identificação projetiva?

A relação entre analista e paciente geralmente está permeada de conflitos que são atualizações das primeiras relações de objeto, um tema predominante que se encontra na centralidade do pensamento de Klein. É a partir dessas primeiras relações que, teoricamente, toda relação humana se desenvolve, podendo ser satisfatória e saudável, ou então conflituosa, causando lacunas dolorosas que vão repercutir por toda a vida, impossibilitando o amadurecimento da pessoa. Portanto, o trabalho clínico será permeado pela relação transferencial, que permite ao paciente reviver relações de objeto primordiais (a relação mãe/bebê) que se repetirão na análise, e, assim, o analista gradativamente poderá reconstituir, junto a seu paciente, novas formas de relação.

Este trabalho visa, portanto, através de uma revisão bibliográfica conceitual, no primeiro capítulo, compreender o conceito de identificação projetiva na psicanálise kleiniana e sua evolução e ampliações a partir das contribuições de Wilfred Bion e Joseph Sandler.

Para uma melhor compreensão da presença desse conceito na prática clínica, consideramos fundamental, no segundo capítulo, o estudo da contratransferência, avaliando-a desde sua origem no pensamento freudiano e seus desdobramentos propostos pelos autores que se debruçaram sobre o tema ao longo dos anos e até suas mudanças conceituais que são realizadas a partir de 1950 com a publicação do artigo de Paula Heimann e as contribuições de Heinrich Racker.

Convidamos o leitor, através deste trabalho, ao estudo psicanalítico dos conceitos aqui expostos e, conseqüentemente, a uma ampliação no conceito de contratransferência e de identificação projetiva, abrindo novos

olhares e possibilidades de intervenção frente ao sofrimento humano e suas facetas.

## 2 A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA

### 2.1 Um conceito básico da escola kleiniana

Melanie Reizes Klein nasceu em 30 de março de 1882 na cidade de Viena, em uma família de origem simples e com mais três irmãos. Casou-se aos 21 anos com Arthur Klein, de quem herdou o sobrenome Klein. Um casamento conturbado, que lhe gerou três filhos (Melitta em 1904, Hans em 1907 e Erich em 1914) e que findou no ano de 1927. Klein interessou-se pela psicanálise por volta dos 32 anos de idade ao ler um texto de Freud sobre os sonhos, o que impulsionou o início de sua análise com Sándor Ferenczi. Mudou-se para Berlim em 1921, e em 1922, aos 40 anos, ingressou como membro-associado da Sociedade Psicanalítica de Berlim, passando assim oficialmente à cúpula da Psicanálise em Londres. Em 1924, começou sua segunda análise, desta vez com Karl Abraham, que foi seu grande mentor. Melanie Klein faleceu em 1960, com 78 anos, deixando um enorme legado para a psicanálise, principalmente sobre as relações de objeto, tema central em todo seu pensamento.

Nesta monografia, iremos fazer um recorte teórico e estudar o conceito de identificação projetiva e suas repercussões na prática clínica.

Melanie Klein (1946) foi quem investigou, estudou e criou o referido termo. Segundo ela, essa expressão descreve um mecanismo de defesa oriundo das primeiras relações de objeto (mãe/bebê) e que vem a ser uma forma de comunicação pré-verbal.

Ao introduzir o termo identificação projetiva, Melanie Klein (1946), escreve:

Grande parte do ódio contra partes do *self* dirige-se agora no sentido da mãe. Isto conduz a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação objetal agressiva. Sugiro que se dê a esses processos o nome de 'identificação projetiva' (KLEIN, 1946, citado por SANDLER, 1989, p. 102).

Para a autora, essa é uma forma de comunicação primitiva e, quando utilizada em demasia, ou seja, de forma patológica e maciça, impede que o sujeito estabeleça relações saudáveis entre o mundo interno e o externo.

Dificulta, assim, a compreensão dos afetos, levando o sujeito a estados de angústia intraduzíveis e que vão impedindo o seu desenvolvimento emocional.

Nesse contexto, é importante ressaltar como se dá a identificação projetiva a partir das primeiras relações de objeto: mãe/bebê. A criança projeta suas angústias no objeto primordial, angústias que podem ser de qualquer espécie, tais como fome, medo, frio, privação, separação e desamparo, provocando, assim, algum tipo de reação que, se não for elaborada, poderá voltar para a criança acrescida da angústia do objeto, ou seja, potencializada. A criança passa, então, novamente a expulsar (projetar) conteúdos não elaborados e insuportáveis de seu *self* para o ambiente (mãe) de forma mais agressiva, numa tentativa de controle do objeto (mãe), colocando o mesmo também em estado de confusão. Se o objeto (mãe) não conseguir sintonizar-se com a criança, esta fica cada vez mais angustiada e sem saber o que se passa consigo mesma. Desse modo, a criança controla o objeto, através da identificação projetiva, colocando dentro dele todo o seu desconforto e fazendo com que o objeto seja depositário de seu estado emocional. Por não ser capaz ainda de ter contato com essa realidade emocional vivida como insuportável, a criança passa a perceber o objeto como ameaçador, um verdadeiro perseguidor, ou seja, que mobiliza ansiedades persecutórias.

Segundo Melanie Klein (1946), isso se dá:

(...) quando a projeção deriva principalmente do impulso que tem o bebê a causar ou controlar a mãe, ele a sente como perseguidora. Nos distúrbios psicóticos, esta identificação de um objeto com as partes odiadas do *self* contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas (KLEIN, 1946, citado por SANDLER, 1989, p. 102).

Nesta direção, a criança é acometida excessivamente por ansiedades persecutórias (ou até mesmo um adulto) tende a atacar, inconscientemente, toda e qualquer pessoa que ela perceba como sendo uma ameaça para sua integridade emocional. Assim, funcionando à mercê da identificação projetiva, e tomada por fantasias inconscientes<sup>1</sup>, tenta destruir o

---

<sup>1</sup> “As fantasias inconscientes estão subjacentes a todo processo mental e acompanham toda atividade mental. Elas são a representação mental daqueles eventos somáticos no corpo que abrangem as pulsões, e são sensações físicas interpretadas como relacionamentos com objetos que causam essas sensações. Irrupendo a partir de sua instigação biológica, as fantasias inconscientes são transformadas por duas maneiras: (i) pela mudança através do

objeto, causando-lhe danos imaginários. Esse tipo de conduta é mais evidente em patologias graves como o *Borderline* e também em pacientes psicóticos (esquizofrênicos) que sempre atacam o objeto como forma de defesa. Desse modo, qualquer possibilidade de um vínculo saudável, pode parecer ameaçador e desencadear um ataque.

Hanna Segal (1943), uma das grandes estudiosas de Melanie Klein, explica assim o que acabo de dizer:

Na identificação projetiva, partes do *self* e de objetos internos são clivadas e expelidas (*Split off*), e projetadas para dentro do objeto externo, que se torna então possuído e controlado pelas partes projetadas, e com elas identificado.

A identificação projetiva possui objetivos múltiplos: pode ser dirigida no sentido de objeto ideal, a fim de evitar a separação, ou então dirigir-se no sentido de objeto mau, a fim de alcançar controle da fonte de perigo. Várias partes do *self* podem ser projetadas, com objetivos variados: partes más do *self* podem ser projetadas a fim de livrar-se delas, assim como para atacar e destruir o objeto; partes boas podem ser projetadas para evitar a separação ou para mantê-las a salvo das coisas más de dentro, ou, ainda, para melhorar o objeto externo mediante uma espécie de primitiva reparação projetiva. A identificação projetiva começa quando a posição esquizoparanóide pela primeira vez se estabelece em relação ao seio, mas ela persiste e muito amiúde se intensifica quando a mãe é percebida como um objeto total e a totalidade de seu corpo é penetrada pela identificação projetiva (SEGAL, 1943 citado por SANDLER, 1989, p. 27-28).

A identificação projetiva é uma expressão da impossibilidade de enxergar o outro como ser diferenciado e pode mesmo ser considerada uma expressão da negação do outro. A ideia é que o objeto externo seja ameaçador e por isso deva ser destruído. Portanto, a ansiedade persecutória é o que está em destaque – o que evidencia que a identificação projetiva só pode ocorrer se o sujeito estiver funcionando na posição esquizoparanóide, sendo que essa posição é uma característica peculiar da posição esquizoparanóide que proporciona a intensificação da identificação projetiva.

Para Cintra e Figueiredo (2010, p. 87) a posição esquizoparanóide é:

---

desenvolvimento dos órgãos para a percepção à distância da realidade externa, e (ii) pelo surgimento do mundo simbólico da cultura, a partir do mundo primário do corpo. As fantasias podem ser elaboradas para alívio dos estados internos da mente, quer pela manipulação do corpo e suas sensações (fantasias masturbatórias), quer pelo fantasiar direto. A fantasia é a expressão mental das moções pulsionais e também dos mecanismos de defesa contra moções pulsionais.” (HINSHELWOOD, 1992, p. 46).

uma dinâmica evacuativa de negar, projetar e expulsar a realidade psíquica, o que parece oferecer um alívio imediato, mas acaba gerando angustias persecutórias ou paranóide, todo mal posto do lado de fora vem tornar ameaçador e persecutório o ambiente. Essas ansiedades são perceptíveis nas crianças quando estas manifestam medos diversos, como o medo de mágicos, bruxos, palhaços e bichos selvagens (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010, p, 87).

Neste sentido, a identificação projetiva só ocorre na posição esquizoparanoide, levando a criança a fragmentar os conteúdos de seu mundo interno, não sendo possível um adequado entendimento no sentido de perceber o objeto como um todo e sim como somente mau, perseguidor. Essa fragmentação tem como característica uma idealização do objeto, tanto como ameaçador ou como um ser completamente perfeito. Em linhas gerais, a criança ou só vê no objeto a “bruxa” (seio mau) ou somente a “fada” (seio bom), não conseguindo transitar entre esses dois personagens. Na posição esquizoparanoide, há uma dificuldade de integração psíquica, uma rigidez nos afetos. Esse mecanismo que tende ao ataque direto do objeto, de maneira muito agressiva e ríspida, também pode levar ao contrário, à preservação total do objeto, à idealização como forma de se manter ligado, incondicionalmente, ao objeto, um verdadeiro estado de fusão com a mãe. Isso impede o avanço emocional da criança, condenando-a à ambivalência emocional. A identificação projetiva se dirige ou para o objeto ideal, com intuito de evitar a separação, ou para o objeto mau, a fim de obter controle sobre a fonte de perigo, como descrito na citação de Segal.

A definição de Klein sobre a identificação projetiva visava descrever o que acontece com frequência na análise de crianças e pacientes psicóticos. Mas, posteriormente, outros autores ampliaram o conceito e descreveram outros níveis e formas de expressão, como é o caso de Wilfred Bion, um analista que foi bem próximo de Klein.

## **2.2 A ampliação feita por Bion**

Wilfred Ruprecht Bion nasceu em 1897, na cidade de Muttra (Índia), onde viveu com a família (pai, mãe e irmã) até seus sete anos de idade. Por ser filho de uma família de condições financeiras privilegiadas, aos 8 anos foi enviado para um colégio interno na Inglaterra para que pudesse aprimorar seus

estudos. Bion aos 19 anos ingressou nas Forças Armadas e, posteriormente, serviu em combate na Primeira Guerra Mundial. Após a guerra, foi consagrado herói e condecorado com a mais alta medalha militar. Após a guerra, abandonou o exército e entrou para a universidade de Oxford, onde se dedicou, incansavelmente, ao setor de historiadores. Porém, Bion era extremamente inteligente, o que possibilitou a ele se dedicar a várias outras formas de ciência, tais como Letras (Licenciatura) e, posteriormente, Medicina. Após ler um texto de Freud, aos 33 anos, iniciou sua prática em psiquiatria e conseqüentemente deu curso ao seu interesse pela psicanálise.

Bion teve duas experiências em análise: a primeira com Rickmann (entre os anos de 1937 e 1939), ex-analisando de Freud; e com Melanie Klein, por volta de 1945. Foi aceito como membro da Sociedade Britânica de Psicanálise e foi considerado um dos discípulos de Klein. Ocupou cargos importantíssimos na Sociedade Psicanalítica Britânica, tais como Diretor da referida Clínica, entre 1956 a 1962, e presidente dessa sociedade, de 1962 a 1965. Casou-se duas vezes e teve ao todo três filhos (ZIMERMANN, 2004, p. 23-30).

Bion dedicou-se inicialmente a trabalhos com grupo e, posteriormente, com pacientes psicóticos, justamente por ter ampla experiência com sobreviventes de combate da Segunda Guerra Mundial, na qual desenvolvia trabalhos de reabilitação com os combatentes remanescentes da guerra.

Bion (1962) realiza uma importante modificação no conceito de identificação projetiva. Para o autor, o conceito passa a ter uma distinção na maneira como é utilizado pelo paciente na sessão, ou seja, uma identificação projetiva normal e uma anormal (patológica). Segundo Zimmerman (2004):

Desta forma, coube a Bion o mérito de ter percebido que o psicótico utiliza as excessivas identificações projetivas não só como uma descarga de sentimentos e ideias intoleráveis, mas também com a finalidade de servirem como uma primitiva linguagem não-verbal, para produzir no analista os efeitos daquilo que o paciente não consegue verbalizar, uma vez que ele é portador de angústias que ainda não têm nome nem significação (ZIMERMANN, 2004, p. 125).

Para Bion, a identificação projetiva pode ser apresentada com intensidades diferentes. A primeira é a de uma forma de evacuação violenta



dos conteúdos insuportáveis e penosos do *self*, levando ao controle do objeto e, na fantasia, à sua destruição, para alcance imediato de alívio. Pela forma patológica, violenta e onipotente com que é executada, trata-se, então, de uma identificação projetiva maciça correspondendo exatamente à descrição de Melanie Klein. Na segunda maneira, o objetivo é induzir no objeto, de modo pré-verbal, um estado mental. Este meio de comunicação é uma tentativa de conexão com o objeto, podendo reintegrar as más projeções e, conseqüentemente, abrir espaço interno para introjeção dos bons objetos. Para o autor, é importante que o analista distinga esses dois movimentos da identificação projetiva, principalmente no contexto clínico. Mas o que a mãe/analista poderá fazer com esses conteúdos psíquicos projetados para dentro de seu psiquismo?

O modelo clínico proposto por Bion busca compreender a complexa relação de comunicação via identificação projetiva da dupla mãe/bebê, relação referente às primeiras relações de objeto e que, inevitavelmente, será representada no encontro analista/analizando. Portanto, o conceito de identificação projetiva abriu caminho para que Bion criasse, em seu desenvolvimento prático/clínico, conceitos que possibilitassem uma compreensão e o manejo sobre a intensidade das projeções maciças da identificação projetiva.

Para descrever a função que a mãe deve ter, Bion criou o termo *contenente* (contenere = conter), que, por sua vez, designa a capacidade pela qual a mãe ou o analista consegue não só acolher, mas, sim, permitir que as cargas afetivas projetadas pelo paciente/filho penetrem dentro de si. Para Zimerman (2004):

Uma abordagem esquemática permite que se enumere os seguintes fatores que compõem a função de “contenente” da mãe (analista) em relação às identificações projetivas do filho (paciente): acolher, conter, decodificar, transformar, elaborar e devolvê-las em doses apropriadas devidamente nomeadas e significadas (ZIMERMAN, 2004, p. 231-232).

Assim, o analista está ativamente participando do processo analítico, permitindo que os conteúdos das projeções atravessem o *setting*, de maneira que o material seja decodificado, processado e transformado. Nesse sentido, os processos de identificação projetiva são essenciais no desenvolvimento da

situação clínica, fornecendo uma outra dimensão à transferência, que, para Sandler (1989, p, 31) “não necessita mais ser agora considerada simplesmente como repetição do passado, mas pode ser também um reflexo de fantasias a respeito da relação com o analista”.

Outro termo utilizado por Bion (1950) que nos ajuda a pensar o manejo clínico da identificação projetiva é a “*rêverie*”, palavra de origem francesa (*rêver*) que em sua raiz quer dizer “sonho.” Para o autor, é importante que a mãe consiga sonhar a criança, não como somente um ser que necessita de cuidados, mas que, além disso, tem desejos e sentimentos que ainda são de difícil compreensão para a própria criança. Essa capacidade de a mãe sonhar a criança possibilita-lhe estabelecer um diálogo com o bebê, não o deixando no vácuo do silêncio mortífero, quando estiver exercendo os cuidados básicos para com a criança. Essa é a capacidade da mãe em fazer ecoar dentro dela a presença da criança e vice-versa. Esta sintonia deve existir até mesmo quando a criança estiver em estado de angústia, ou seja, “não basta o leite materno concreto, mas a forma como ele é dado, tendo em vista que o leite concreto não impede a sensação da presença de um seio (mau), ausente ou perdido” (BION, 1950, citado por ZIMERMAN, 2004, p. 231).

Essa forma de pensar os cuidados maternos, transferidos agora para o *setting* analítico, dentro da perspectiva que Bion propõe, coloca em evidência a importância da mente do analista para receber as projeções e exercer as funções de continência e *revêrie*. Assim, ao metabolizar tais conteúdos, o analista pode encontrar interpretações que ajudem o paciente a identificar conteúdos primitivos e, gradativamente, à medida que o paciente for capaz de fazer sua própria elaboração das interpretações, ele pode avançar em seu processo analítico e, conseqüentemente em sua maturidade emocional.

Bion também utiliza outros conceitos para ampliar a resposta emocional do analista frente à identificação projetiva do paciente, seja ela normal ou patológica. São proposições teóricas importantes que auxiliam o analista a sintonizar-se com seu paciente de maneira tal que os conteúdos insuportáveis (elementos beta) sejam gradativamente dissolvidos e reintrojados de forma que seja possível para o analisando suportar sua própria angústia, sem que seja preciso expulsá-la para o ambiente, movimento

esse característico da identificação projetiva e que será também projetado no *setting* analítico. Portanto, a função e o manejo clínico do analista é de extrema importância, pois é através de sua capacidade de *rêverie* que se abre caminho para o contato com o que não é suportável pelo paciente. Para isso, é importante ampliarmos em nosso trabalho outros conceitos que vão contribuir para o entendimento da prática clínica proposta por Bion. Segundo (ZIMMERMAN, 2004) são eles:

**Função alfa:** Conceito que visa o objetivo de operar os elementos sensoriais e emocionais dos quais o indivíduo possa ter consciência. Permite que a experiência emocional seja compreensível ao produzir elementos alfa. A experiência emocional básica é transformada em pensamento passível de compreensão. “Ele destaca a indispensabilidade da função alfa, por parte da mãe, para que o filho também possa desenvolvê-la” (ZIMMERMAN, 2004, p. 87).

**Elementos alfa ( $\alpha$ ):** Resultado do movimento e de ações da função alfa. “São as impressões sensoriais e as experiências emocionais transformadas, predominantemente, em imagens visuais e utilizadas pela mente para a formação de sonhos e recordações e para as funções de simbolizar e de pensar” (ZIMMERMAN, 2004, p. 84). Assim, os elementos alfa vão tomando corpo através da função alfa do analista/mãe.

**Elementos beta ( $\beta$ ):** Elementos em estado bruto, coisa em si; não digeridos e não processados. São produtos evacuados pela identificação projetiva e que são “as impressões sensoriais e as experiências emocionais que não conseguem ser transformadas, elas devem ser expulsas e evacuadas para fora” (ZIMMERMAN, 2004, p. 85); impressões do sentido desprovidas de sentido, ou sensações sem nome que causam frustração por serem desprovidas de elaboração psíquica.

Os elementos betas, ao passarem pela função alfa do analista e sofrendo as transformações que esta propicia, podem se transformar em pensamentos passíveis de elaboração psíquica, ou seja, em elementos alfa.

O bebê, por possuir um psiquismo em estado primitivo de desenvolvimento neurológico e emocional, permeado de elementos beta, utiliza a identificação projetiva para lidar com os elementos agressivos e insuportáveis oriundos da pulsão de morte e que são projetados para o objeto de relação do bebê, geralmente a mãe. Assim, a criança, além de projetar e depositar partes de si no objeto, também o controla.

As contribuições de Bion se estendem às várias proposições que nos levam a refletir constantemente a relação analista/analizando, sendo que, para esse autor, o analista é a chave mestra para o alcance do inconsciente do analisando. Como dito anteriormente, Bion ampliou o conceito de identificação projetiva, construiu sua teoria de continência, expandindo assim a função comunicativa da identificação projetiva, e possibilitou o resgate da comunicação não verbal que ocorre entre paciente e analista.

Para Bion (1962), no processo analítico, o analisando vai se identificar com a função alfa do analista para transformar suas experiências emocionais, ou seja, elementos beta em elementos alfa. O *Setting* analítico, agora pensado como um continente, deve ser capaz de suportar e transformar as angústias e ansiedades do analisando, em uma vivência tolerável, através da função alfa do analista.

Uma descrição detalhada de Caper (2004) nos ajuda a compreender a dinâmica clínica das proposições de Bion:

[...] o paciente inconscientemente projeta elementos beta (que são eles próprios por definição incapazes de serem significativos ou até mesmo pensados) para dentro da mente inconsciente do analista (usando o que Bion chamou de identificação projetiva normal), em seguida ao que o analista, através do uso de sua função alfa, converte os elementos beta projetados em elementos alfa [...] Os elementos alfa que se formaram de novo na mente do analista como resultado de seu processamento das projeções do paciente através de sua função alfa, agem como algo do tipo do conteúdo latente de um sonho. O analista pode então 'ter' o sonho que o paciente não pode ter. Ao ter esse sonho, o analista está em posição de tornar-se vicariamente consciente dos conteúdos inconscientes do paciente – conteúdos dos quais o paciente é incapaz de ser consciente, ou até mesmo incapaz de ser inconsciente, uma vez que, enquanto no paciente, esses conteúdos ainda estavam na forma de elementos beta, que Bion considerava não poderem deter qualquer significado consciente ou inconsciente. Eles são literalmente de um 'sonho' que ele tem sob o impacto das projeções do paciente – um sonho conjunto [...] (CAPER, 2004, p. 153).

O processo de análise proposto por Bion consiste em facultar o resgate, pelo analisando, de seus aspectos excindidos e projetados, como possibilidade, através das funções do analista, já descritas neste trabalho, de integrá-las. Essa integração egoica é responsável por assegurar que o sujeito seja capaz de ter uma condição de percepção e de tolerância da realidade, fundamental para um equilíbrio emocional saudável e propenso ao amadurecimento. O analista tem um papel relevante no *setting*, no sentido de possibilitar a construção do continente para que os pensamentos sejam pensados (processados).

Como ilustração de uma vinheta clínica, Bion (1959) diz:

Quando o paciente esforçava-se por livrar-se dos temores de morte, sentidos como demasiados poderosos para que sua personalidade os contivesse, ele excindia seus temores e os colocava dentro de mim, com a ideia de que, se lhes fosse permitido repousar ali por um tempo suficiente, minha psique os modificaria, podendo então ser reintrojados sem perigo... (BION, 1959, p. 104).

Nesse exemplo, Bion descreve a capacidade do analista de conter o material projetado através de sua função alfa e de, assim, possibilitar que sua psique dê um sentido adequado para que a psique do analisando possa reintrojetar o que agora será possível de suportar (transformação dos elementos beta ( $\beta$ ) em alfa( $\alpha$ )).

Vários são os autores que citam Bion e sua maneira de conceber a identificação projetiva e a teoria que ele criou. É o caso de Betty Joseph. Segundo a autora,

Bion demonstrou como a identificação projetiva pode ser utilizada pelo indivíduo como um meio de comunicação. O indivíduo coloca, por assim dizer, partes indigestas de sua experiência e de seu mundo interno para dentro do objeto – originalmente a mãe, agora o analista – a fim de torná-las compreensíveis e de fazê-las retornar numa forma mais fácil de lidar... Por definição, identificação projetiva significa colocar partes do self para dentro de um objeto. Se o analista, no polo receptor, está realmente aberto para o que está ocorrendo e é capaz de aperceber-se do que está vivenciando, esse pode ser um método poderoso de obter compreensão... (JOSEPH, 1992, p. 175).

Assim, Bion deixa sua contribuição referente à identificação projetiva e a toda sua complexidade no contexto clínico. O analista/mãe, diante da

angústia intraduzível de seu paciente, será capaz de utilizar sua psique e, através da sua capacidade de conter, sonhar e fazer *rêverie*, transformar os elementos betas em alfa, através de sua função alfa, e com isso minimizar a experiência emocional que Bion chama de terror sem nome. Esta ocorre quando o analisando não consegue uma integração dos conteúdos simbólicos.

### **2.3 As contribuições de Joseph Sandler**

Sandler (1927 – 1998) mesmo não sendo um analista kleiniano, e sim um psicanalista freudiano clássico, ou seja, não sendo da escola inglesa das relações objetais, dedicou-se exclusivamente, em seu livro *Projeção, identificação, identificação projetiva* (1989), ao conceito de identificação projetiva e também aos conceitos a ele associados, como projeção e identificação.

Sandler é referência na Psicanálise infantil, com reconhecida parceria com Anna Freud. Preocupado com a eficácia da psicanálise e seus constructos, constantemente estava revisando conceitos e fazendo observações pertinentes para que a psicanálise pudesse cada vez mais evoluir tanto em teoria como na prática. Contribuiu com trabalhos sobre validade e eficácia clínica da psicanálise. Sandler (1989) trouxe contribuições e ampliações sobre o conceito que estamos estudando, esclarecendo que nem sempre a identificação projetiva é uma forma patológica de estabelecer contato humano. Ele a classifica em três níveis, pois, para o autor, ela não acontece diretamente e sim em níveis passíveis de observação pelo analista, que, assim, têm possibilitadas e diferentes formas de manejo frente às projeções de seu analisando.

#### **Identificação projetiva – primeiro estágio**

A identificação projetiva em primeiro estágio é a ocorrência da fantasia dentro da pessoa e produzida por ela. Os processos descritos por Klein ocorrem dentro da vida de fantasia. O objeto real em nosso caso – mãe/analista – não é percebido como afetado pelas fantasias inconscientes. Como conteúdo da fantasia, as partes do self são colocadas internamente e não expelidas para o objeto real externo e sim para o objeto interno da fantasia.

Um exemplo é a fantasia que o paciente cria a respeito do analista. Trata-se de uma distorção da percepção característica da identificação projetiva, uma interface da transferência infantil das primeiras relações de objeto, ou seja, como o paciente percebe o analista em sua fantasia, porém não expulsa seus conteúdos a respeito do mesmo. Refere-se a uma identificação projetiva não patológica, pois não visa destruir o objeto.

### **Identificação projetiva – segundo estágio**

Para Sandler, o segundo estágio da identificação projetiva amplia as proposições originais de Klein, sendo que o conceito é estendido às relações objetais em geral e também à relação transferencial-contratransferencial, entre analista e analisando em particular. Neste estágio, é essencial que o analista se identifique com tais fantasias inconscientes do analisando, com clareza suficiente para contribuir, através de interpretações transferenciais, para que esse conteúdo seja elaborado.

### **Identificação projetiva – terceiro estágio**

No percurso do desenvolvimento do conceito de identificação projetiva, Sandler nos diz:

não é mais um ou outro aspecto das fantasias inconscientes com que o analista se identifica. A identificação projetiva é descrita agora como se a externalização de partes do self ou do objeto interno ocorresse diretamente para dentro (*into*) do objeto externo (SANDLER, p. 29).

Nesse estágio, na identificação projetiva em sua potência maior, são expelidos conteúdos da mente do analisando para dentro da mente do analista. Esse processo se dá pela projeção de partes más (fantasias e sentimentos maus) para o analista (seio bom, objeto compreensivo). À medida que tais conteúdos são elaborados pelo analista e posteriormente devolvidos para o analisando de forma compreensiva, o mesmo será capaz de reintrojetar os aspectos de forma mais tolerável, uma vez que tais conteúdos foram processados pelo objeto (analista).

Assim, o analista está se servindo das projeções do analisando, via identificação projetiva, através da compreensão dos conteúdos de sua

contratransferência. No plano transferencial, o objeto (analista) será alvo dessas projeções e, gradativamente, irá traduzir essas emoções em forma de interpretações, pautadas pela relação que está acontecendo no *setting*. Sandler, a partir dos estudos de Paula Heimann (1950), utiliza-se do conceito de contratransferência como ferramenta para balizar a relação analista/analizando, conceito que discutiremos no próximo capítulo.



## 3 A CONTRATRANSFERÊNCIA

### 3.1 O conceito em Freud

*Se podes olhar,  
vê, se podes ver, repara.*  
(José Saramago,  
Ensaio sobre a Cegueira).

Embora seja Freud o “pai” da Psicanálise, o médico que revolucionou o conhecimento científico em busca da compreensão do sofrimento humano e de suas consequências para quem sofre, o próprio autor não tinha a dimensão de como a Psicanálise iria se tornar mundialmente conhecida, difundida e estudada.

A expansão da referida ciência trouxe contribuições que ampliaram o que Freud produziu sobre a Psicanálise, e seus discípulos, fascinados com o novo método, foram gradativamente desenvolvendo alguns conceitos e ampliando a visão de outros. Nesse percurso, houve rompimentos por divergências teóricas e, quando não se chegava a esse ponto de ruptura, os seus seguidores cuidadosamente tentavam expressar suas contribuições teóricas em prol do avanço da teoria psicanalítica. Devido a essa diversidade, hoje temos várias escolas de Psicanálise que se desenvolveram a partir dessas discussões e desses debates teóricos, que tanto contribuíram para o crescimento da psicanálise como ciência. Porém, antes de falarmos diretamente da contratransferência, é importante que se faça uma síntese do termo “transferência”, criado por Freud, pois ambos os conceitos se entrelaçam ao longo da teoria psicanalítica. É a partir da transferência do analisando que ocorre a contratransferência do analista.

Para Freud a transferência constitui:

(...) reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo passado mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, sublimação, como costume dizer,

podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões (FREUD, 1972. P. 113).

A relação analítica passa a ser o palco onde o analisando vai fazer a transferência de seu conteúdo inconsciente e, à medida que o analista abre espaço para que isso aconteça, a psicanálise faz sentido conforme Freud estipulou. No entanto, quando o analista se percebe, via inconsciente, permeado de sentimentos ou desejos referentes a seu paciente, provavelmente devido às necessidades latentes da transferência, a possibilidade do encontro analítico corre o risco do impasse que pode vir a minar o trabalho terapêutico. É a partir dessas observações clínicas que vai surgir a necessidade de se pensar as emoções do analista. Assim surge na obra de Freud o conceito de contratransferência.

Apesar de reconhecer a existência da contratransferência, Freud sempre a viu como um risco de que o analista misturasse suas próprias associações livres com o material produzido pelo paciente e, portanto, sempre teve cautela com este conceito. A contratransferência aparece poucas vezes ao longo de sua obra e sempre de maneira negativa, ou seja, algo a ser superado e extinto pelo analista, como forma de se resguardar do contato emocional com o paciente. A preocupação de Freud com a contratransferência se dá quando alguns de seus discípulos respondem ao amor transferencial para com suas pacientes (Ferenczi e Jung). Este fato deixa Freud preocupado com a viabilidade científica, moral e ética da psicanálise, diante da dificuldade do analista em suportar as investidas sexuais das pacientes, via transferência, como também de seus próprios desejos. Esse tipo de resposta do analista ao paciente foi duramente criticado por Freud.

O autor, em 1972, em seu artigo “As perspectivas futuras da terapêutica analítica” recomenda atitudes de neutralidade.

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a Psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios

complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma autoanálise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. Qualquer um que falhe em produzir resultados numa autoanálise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer ideia de tornar-se capaz de *tratar pacientes pela análise* (FREUD, 1972, p. 130).

Para Freud, o analista deve ter condições de fazer sua autoanálise e, através dela, sobrepujar a contratransferência, ou seja, eliminá-la. O analista capaz de tratar seus pacientes deve ter uma psiquê saudável e muito preservada, para conseguir continuar o tratamento, caso a contratransferência apareça. As recomendações de Freud deixam claro que não se deve misturar os conteúdos afetivos que envolvem a sessão, ou seja, o analista não deve, de modo algum, atender às necessidades e solicitações de seu paciente, sejam elas de qualquer espécie. A análise é somente para desvendar o inconsciente do paciente e, conseqüentemente o que o leva a sofrer.

Freud utiliza-se de metáforas em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912) para explicar como eles devem conduzir uma sessão analítica, para fins de não se exporem além do que o próprio Freud chamou de “neutralidade terapêutica”. Segundo o autor,

Os psicanalistas jovens e ávidos indubitavelmente ficarão tentados a colocar sua própria individualidade livremente no debate, a fim de levar o paciente com eles e de erguê-lo sobre as barreiras de sua própria personalidade limitada. Poder-se-ia esperar que seria inteiramente permissível e, na verdade, útil, com vistas a superar as resistências do paciente, conceder-lhe o médico um vislumbre de seus próprios defeitos e conflitos mentais e, fornecendo-lhe informações íntimas sobre sua própria vida, capacitá-lo a pôr-se ele próprio, paciente, em pé de igualdade. Uma confiança merece outra e todo aquele que exige intimidade de outra pessoa deve estar preparado para retribuí-la... Mas essa técnica não consegue nada no sentido de revelar o que é inconsciente ao paciente... Não hesito, portanto, em condenar esse tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, ao mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado (FREUD, 1912, p. 156-157).

Essa afirmação de Freud tem como objetivo orientar os jovens psicanalistas a manterem uma conduta ética com seus pacientes. Não revelando nada de sua vida particular a seus pacientes, mantendo assim um distanciamento afetivo (neutro), considerado por Freud como essencial para o tratamento analítico. O próprio Freud já havia experimentado em seu percurso

clínico que, quando alguns de seus pacientes percebiam alguma mobilização afetiva no terapeuta, isso colaborava para resistências intransponíveis e até mesmo desistência do tratamento.

As indicações de Freud parecem sugerir condutas comportamentais, e o modo como os analistas deveriam se portar diante de seus pacientes, ou seja, mantendo uma neutralidade defendida fortemente por ele. Com isso, Freud queria manter a psicanálise livre de críticas e discriminações, feitas pelos opositores.

Segundo Freud (1912) a preocupação em manter a “boa” imagem da psicanálise fez com que ele não valorizasse o que seus discípulos traziam, em forma de emoção, a respeito do encontro analista/analizando, mas sim uma conduta fria e imparcial. A contratransferência então passa a ser para Freud um obstáculo a ser superado. Com o passar do tempo, Freud recomendou que não apenas seria bom fazer uma autoanálise, mas também orientou seus alunos a procurarem outro analista mais experiente para que pudessem tratar de tal assunto, a contratransferência.

De qualquer modo, Freud não aceita que a contratransferência seja discutida como meio de alcançar o inconsciente do paciente. Defende que ela seja eliminada, caso contrário, o analista não estaria apto a exercer a psicanálise. O que Freud não conseguiu perceber é que o analista também faz transferência inconsciente frente ao material transferencial que seu analisando traz.

A dificuldade de Freud em reconhecer que a contratransferência poderia ser aproveitada como contribuinte no processo analítico fez com que o tema ficasse submerso e confuso por muito tempo. Inclusive, um de seus discípulos mais próximos, Ferenczi, já estava preocupado com o impacto das emoções causadas no analista pelo paciente e, mais especificamente, em como lidar com isso sendo que não podia falar sobre o assunto. Com essa dificuldade de diálogo, vários alunos de Freud foram se distanciando do mestre, construindo seu estilo próprio e desenvolvendo conceitos que ampliam a proposta inicial do autor sobre a neutralidade do analista.

### 3.2 O posicionamento de Klein

Melanie Klein, ao elaborar o conceito de identificação projetiva, trouxe à tona a questão da contratransferência, pois percebeu que a intensidade da identificação projetiva sobre o analista poderia trazer sérias complicações, referentes ao progresso da análise. Mas ela também, talvez por receio de ser marginalizada pelo professor Freud, não insistiu no conceito, embora o reconhecesse e ficasse cada vez mais preocupada com o interesse de seus alunos pelo tema. Orientou seus supervisionandos a retirarem a contratransferência do conjunto de temas que precisavam ser trabalhados no material clínico. A crítica de Klein sobre o uso da contratransferência se referia ao fato de que “poderia constituir uma licença para o analista projetar defensivamente qualquer de seus sentimentos no paciente”, ou seja, atribuir todos os seus sentimentos ao mesmo (HINSHELWOOD, 1990, p.36, citado por GALLO, 1994).

A posição rígida de Klein frente à contratransferência era observada pelos seus supervisionandos quando muitos deles levavam para ela a questão de como se sentiam a respeito de seus pacientes. Ela, preocupada com a importância que eles estavam dando à contratransferência, respondia-lhes: “escute, diga isso a seu analista. O que eu quero é saber alguma coisa a respeito de seu paciente” (GROSSKURTH, 1986, p.475 citado por GALLO, 1994, p. 64).

Dessa forma, para Freud e Klein, a contratransferência teria que ser eliminada através de uma autoanálise minuciosa e cuidadosa. Ambos defendiam que ela poderia atrapalhar e interferir no curso da análise. Porém, o movimento de seus alunos (Paula Heimann, Sándor Ferenczi, entre outros) se dava na direção de colocar a contratransferência em evidência, ou seja, utilizá-la como ferramenta investigativa sobre o inconsciente do analisando. Muitos tinham interesse em estudar e ampliar esse conceito, porém, a ordem imposta por Freud e Klein era eliminá-lo e não trazer à tona o sentimento do analista frente à transferência de seu paciente. A preocupação com a técnica psicanalítica era assegurar que o sentimento do analista não interferisse no processo clínico. Para isso, Klein alerta:

O analista que se der conta disto analisará as raízes infantis de tais desejos; doutra maneira, em identificação com o paciente, a necessidade primária de reassuramento pode influenciar intensamente sua *contratransferência* e, portanto, sua técnica. Esta identificação também pode facilmente tentar o analista a assumir o lugar da mãe e ceder imediatamente ao impulso, para aliviar as ansiedades do filho 'isto é, do paciente' (KLEIN, 1957, p. 109-110, *apud* GALLO, 1994, p. 68).

A preocupação de Klein é que o analista via *contratransferência* responda ao desejo de seu paciente sem ao menos saber o que se passa na sessão, levando ambos ao fracasso analítico. A técnica clássica consiste, segundo Klein, na postura que o analista teria que assumir de abstenção, ou seja, não responder ao analisando como forma de uma medida educativa ou pedagógica, intoxicada pela *contratransferência*. Isso resultaria em uma distorção da técnica e sairia da proposta analítica da interpretação. Mas essas recomendações vão pouco a pouco diminuindo sua importância e o tema da *contratransferência* fica cada vez mais evidente. A necessidade de falar sobre os sentimentos do analista referentes a seu paciente começa a sair do "controle" que até então era imposto por Freud e Klein. O encontro analítico vai ficando cada vez mais recheado de emoções de ambas as partes, mas o lema até então posto pelos autores era que o analista não poderia sentir nada referente a seu paciente, ou seja, se isso acontecesse haveria algo de errado. Essa postura inflexível, segundo Gallo (1994), fica evidente nos comentários de alguns analisandos de Freud, especificamente Sándor Ferenczi, quando este se referiu a ressentimentos sobre a conduta neutra de seu analista, ou seja, Freud.

Essas divergências teóricas se estendem ao longo da psicanálise não somente pelo tema da *contratransferência*, mas por tudo aquilo que se refere ao encontro humano. Talvez seja esse grande detalhe que Freud e Klein não perceberam quando defendiam a eficácia da psicanálise, pois ambos tiveram imensas dificuldades em lidar com seus "discípulos". A partir das teorias estudadas, alguns analistas percebiam que era necessário falar dos afetos implícitos na sessão, pois o que realmente adoce o ser humano são os afetos não elaborados ou até mesmo o que não permitimos sentir. Essa dificuldade fica exposta na ruptura de Klein e Paula Heimann, que vamos explorar a seguir.

### 3.3 As contribuições de Paula Heimann

Foi Paula Heimann (1949), aluna e discípula de Melanie Klein, defensora de suas ideias, principalmente no período das controvérsias Freud/Klein, na década de 1940, quem se dedicou ao conceito de contratransferência. Paula Heimann nasceu em 1899 em Dantzig (Polônia) e era filha de pais russos. Fez formação psicanalítica em Berlim e, após ser presa pelo Reichstag, abandonou a cidade e foi para Londres, local em que se tornou membro associado da Sociedade Britânica de Psicanálise, conhecendo Melanie Klein e se tornando sua fiel discípula. Heimann, através de seu importante artigo intitulado “contratransferência”, publicado e apresentado no Congresso Internacional de Psicanálise de Zurique em 1949, propõe alterações a respeito do conceito de contratransferência e da sua utilização no *setting* analítico. Considera que essa ferramenta pode contribuir ou não para a compreensão do material inconsciente transferido pelo analisando. Ela estabelece que a contratransferência não seja apenas o que o analista sente, mas sim uma forma de acessar o inconsciente do paciente. Heimann não propõe que o analista coloque seus sentimentos para o analisando, mas que ele os elabore de forma a compreender que tipo de relação seu analisando estabelece com o objeto. A tese de Heimann (1950),

é a de que a resposta emocional do analista ao seu paciente dentro da situação analítica constitui um dos mais importantes instrumentos para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento para pesquisar o inconsciente do paciente” (HEIMANN, 1950, p. 74).

É a partir da concepção de Heimann que a contratransferência passa então a ser observada com outros olhos. “Se o analista tenta trabalhar sem consultar seus sentimentos, suas interpretações são pobres” (HEIMANN, 1950, p. 74), ou seja, o analista está implicitamente participando do movimento afetivo que envolve a sessão, e, para a autora, é fundamental que ele tenha a capacidade de tornar conscientes os sentimentos em relação a seus analisandos. Caso isto não ocorra, Heimann afirma que o analista se defenderá do paciente, correndo sério risco de expelir suas emoções sobre o analisando, repetindo no *setting* as lacunas sofridas outrora pelo seu paciente, no aqui

agora da sessão. É através do não dito do paciente que o analista, através de seus sentimentos, irá perceber que tipo de sentimento não está presente no analisando. O que Heimann ressalta é que “a contratransferência não é somente parte integrante da relação analítica” (HEIMANN, 1950, p. 75). É criada pelo próprio paciente, parte de sua personalidade, ou seja, o próprio paciente não tem consciência do que causa no analista. A resposta emocional referente ao seu analisando perpassa pela compreensão do analista sobre as emoções causadas pelo seu paciente, é o que acontece no trabalho psicanalítico, o manejo da transferência do paciente como forma de reedição de experiências traumáticas.

Essa alteração na perspectiva sobre o conceito de contratransferência trouxe considerações importantíssimas na relação analista/analisando. Coloca o analista em cheque, ou seja, este não está presente somente a serviço do inconsciente alheio do analisando mas em uma interação em que duas pessoas, dois seres humanos, encontram-se com o objetivo de percorrer um caminho. Espera-se que o sofrimento do paciente seja, pelo menos, atenuado, ou seja, essas mudanças no conceito não permitem que o analista seja apenas uma fonte fria e neutra como a técnica clássica prescrevera a seus seguidores. A marcação importante do conceito, segundo Heimann (1950), é que o método clínico da psicanálise também está sujeito à intensidade de sentimentos difíceis de serem digeridos, implícitos em toda e qualquer relação humana. Heimann acredita que é fundamental que o analista tenha se dedicado à sua própria análise, pois não é possível conduzir o paciente a lugares aos quais nunca se foi. É importante que o analista também se cuide, caso contrário a contratransferência será apenas uma ressalva do fracasso analítico.

Mas essa proposta de mudança no conceito e na técnica psicanalítica levou Heimann a ter sérios problemas com sua grande mestra. Segundo Oliveira S. (1994, p. 98), mesmo Klein tendo pedido que Heimann desconsiderasse o artigo, e que não o apresentasse no congresso, ela sustentou sua posição e foi em frente e, a partir desse momento, houve a ruptura entre elas. Logo em seguida, em 1956, Heimann se desvinculou do



grupo Kleiniano e, posteriormente, passou a ser integrante do Grupo Independente<sup>2</sup> da Sociedade Britânica, onde permaneceu até sua morte.

A morte de Klein em 1960 liberou seus discípulos de uma certa “proibição” de se falar sobre o assunto e foi o divisor de águas que faltava para que a mudança no conceito de contratransferência viesse à tona e tivesse sua consideração no meio psicanalítico. O tema se tornou alvo de várias publicações. Vale lembrar que Sándor Ferenczi (1919) já havia proposto o estudo e feito suas reflexões e reformulações a respeito da contratransferência e da técnica estipulada por Freud. Porém, é só a partir da publicação de Heimann que a importância do conceito foi reconhecida.

Como o tema estava tomando dimensões importantes, ou seja, o psiquismo do analista passa de tabu a ser observado pelo prisma da relação, vários outros autores, entre os anos 1940 e 1950, publicaram artigos fazendo referência à contratransferência. São eles:

- 1948 – Racker apresenta numa reunião científica, em Buenos Aires, *A neurose de contratransferência*.
- 1949 – Winnicott publica *O ódio na contratransferência*.
- 1950 – Paula Heimann publica *Sobre a contratransferência*.
- 1951 – Racker publica *Observações sobre a contratransferência como instrumento técnico*.
- 1953 – Racker publica *Os significados e usos da contratransferência* (apud ANTONELLI, 2011, p. 50).

Portanto, essa mudança na maneira de pensar e utilizar a contratransferência mostra que a relação analista/analizando passa pela comunicação em nível mais inconsciente/primitiva. A experiência emocional do encontro deve ser avaliada pela capacidade do analista em captar, via contratransferência, tudo o que não está sendo dito, mas está sendo sentido na sessão analítica.

O tema da contratransferência aproxima gradativamente a análise de uma referência próxima a uma relação interpessoal, que, indiscutivelmente,

---

<sup>2</sup> Grupo que surgiu na década de 40, na sociedade Britânica, em decorrência dos conflitos entre Melanie Klein e Anna Freud (apud FIGUEIRA 1994, p. 131).

será alvo de conflitos emocionais. Espera-se que o analista seja capaz de reconhecer e tratar, via análise pessoal e supervisões, o impacto que o paciente está lhe causando; que isso seja uma possibilidade de alcance sobre a forma de relação que o paciente estabelece com o objeto e não uma justificativa e defesa do analista frente à avalanche emocional que o paciente lhe causa, e o desejo passível de justificar sua vontade de não estar ali com aquela pessoa, que tanto lhe demanda compreensão.

### **3.4 As contribuições de Heinrich Racker**

Heinrich Racker (1910–1960) foi psicanalista de origem polonesa, radicado na Argentina, doutor em musicologia e filosofia e autor de profundo interesse sobre a ciência dos homens. Foi membro da APA (Associação Psicanalítica Argentina) e analista didata da referida instituição, onde dirigiu grupos de estudo, seminários e supervisões individual e coletiva. Racker teve destaque no cenário psicanalítico por ser um excelente pesquisador e contribuir com vários temas referentes à técnica psicanalítica, especialmente a contratransferência. Preocupado com essa temática, Racker elaborou, em seu livro *Estudos sobre técnica psicanalítica* (1948), o conceito de neurose de contratransferência, trazendo à luz as reações e sentimentos do analista, referentes a seu paciente, ou melhor, ao encontro analítico e a intensidade das emoções vigentes nesse encontro. (Zimmermann, D. 1986, p. 10).

Na apresentação da obra de Racker (1960), Zimmermann destaca a importância da contribuição do autor:

“Essa contribuição significou um verdadeiro avanço para a compreensão do paciente e da técnica psicanalítica. Trata-se de perceber o que se passa nos sentimentos e na mente do analista para saber o que está ocorrendo no paciente, mas que não é por ele aceito (é projetado para dentro da pessoa do analista). Agora todos conhecem bem a contratransferência, mas Racker teve de vencer resistências próprias, e dos colegas, que naturalmente se opunham ao conhecimento novo, especialmente por se tratar de dimensionar os sentimentos do próprio analista em área ainda inexplorada” (ZIMMERMAN, 1986, p. 7).

Para Racker, a neurose de contratransferência significa algo patológico que interfere na qualidade da psiquê do analista e

consequentemente irá reverberar, de forma negativa, no curso da análise. Ao propor tal estudo, Racker comenta a dificuldade, até então imposta pelos analistas, de falar dos sentimentos referentes a seus pacientes. Nas palavras do autor, “escreve-se e fala-se pouco sobre esse tema. É um tema que não se presta a publicação, por isso o reduzido número de trabalhos sobre ele, e sempre tratado de maneira rápida e superficial” (RACKER, 1960, p. 102).

A proposta do autor era desmistificar a tão encoberta contratransferência, que por definição histórica, como já vimos em capítulos anteriores (Freud, Klein), era desconsiderada do *setting* analítico, sendo vista como algo ultrapassado. Mas Racker, em sua inquietação com a pouca e indevida atenção dada à contratransferência, comenta que “nos anais clínicos, a contratransferência, raras vezes, é mencionada. Na minha opinião estes fatos são devidos, pelo menos em parte, a uma resistência”. (RACKER, 1960, p. 102). Assim, Racker segue sua investigação sobre o tema dizendo:

“Parece que entre os temas analíticos a contratransferência é tratada como um filho de quem os pais se envergonham. Mas essa vergonha, ou melhor, o perigo que ameaça o “auto-apreço” do analista, por ser paciente e analista e continuar sendo neurótico, não é mais do que uma expressão superficial das causas das resistências contra o tornar-se consciente da contratransferência. Atrás destes estão todos os temores e todas as defesas inerentes à sua neurose; a situação profissional só reveste, com novos termos, antigos impulsos, imagens e angustias” (RACKER, 1960, p. 102).

Essa observação de Racker desnuda a neutralidade do analista, imposta por alguns teóricos, e nos convida a refletir sobre o que acontece com o analista diante de algo que, certamente, será alvo de ressonância afetiva no profissional, que, por mais analisado que seja, ainda assim, é um ser humano passível de angústias. Segundo o autor, a função do analista no processo é portanto dupla. Em primeiro lugar, o analista é interprete dos fatos inconscientes e, em segundo, é objeto desses próprios fatos. Assim, o analista em primeiro plano será alvo do “fato de que o paciente, repetindo sua infância, encontra-se com um objeto que sem tédio nem angustia enfrenta os impulsos instintivos, dirigidos para este mesmo objeto, o analista...” (RACKER, 1960, p. 100-101). Dessa forma, o analisando pode, através do contato com a psiquê do analista, experimentar e introjetar um superego mais compreensivo que os “objetos arcaicos” presentes dentro de si. Já para um segundo momento – o

analista como objeto –, Racker considera que a contratransferência do analista pode sim influenciar de forma relevante a condução da situação clínica. O autor explica que “a contratransferência concorre nas expressões de seu ser e em sua conduta [do analista], que influenciam na imagem que o paciente forma dele” (RACKER, 1960, p.101). À medida que o analista se posiciona diante do paciente, sem referência de sua contratransferência, que por sinal é inconsciente, “o paciente percebe – através das interpretações, sua forma, a voz, a atitude do analista em todos os aspectos de seu contato com o paciente fora de seu trabalho interpretativo, etc. – um ou outro estado psicológico do analista” (RACKER, 1960, p. 101). A contratransferência ao interferir no trabalho analítico,

influi sobre o paciente e, em especial, sobre sua transferência, quer dizer, sobre o plano de que depende tanto a transformação de sua personalidade, como a transformação de suas relações de objeto (RACKER, 1960, p. 101).

Ainda segundo o autor,

Assim, como no paciente, em sua relação com o analista, vibra sua personalidade total, sua parte sã e neurótica, o presente e o passado, a realidade e a fantasia, *assim também vibra no analista*, embora em diferentes quantidades e qualidades, *em sua relação com o paciente*. As diferenças entre essas duas relações residem na diferente situação externa e interna do paciente e do analista no tratamento analítico e no fato de que o analista já tenha sido analisado. Entretanto, (...) o analista também não está livre da neurose. (...) Parte de seus conflitos endopsíquicos ficou sem resolver e luta por uma solução por meio das relações com os objetos externos (RACKER, 1960, p. 101).

O posicionamento de Racker situa o analista diante de sua neurose e de si mesmo, ou seja, o que fazer com os sentimentos intensos idealizados que interferem ou até mesmo causam repulsa no analista? Dizendo de outra forma, Racker observa a resistência do analista frente às resistências de seu paciente; a difícil tarefa de vencer as resistências do analisando, vistas agora pelo prisma das resistências do analista, que o estudioso conceituou como neurose de contratransferência. Portanto, o trabalho analítico baseia-se na relação transferencial. É o que Racker diz nesta passagem:

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).

Racker propõe que a neurose de contratransferência é algo que surge no analista devido a sua própria história, algo que vem de sua bagagem de vida e que pode surgir no encontro com o paciente. Assim, o analista tem que estar atento a seus sentimentos, pois, caso contrário, a resposta emocional será indevidamente direcionada ao analisando, carregada de conteúdos não digeridos do próprio analista. Pode acontecer do analista repetir na cena analítica algo traumático na história do paciente e que o próprio analista não captou, justo por descuido ou descaso com a sua contratransferência, ou até mesmo como defesa em relação à resistência do paciente. Para Racker (1960, p. 114) “as resistências provocam, às vezes, fastio e até ódio intenso. E assim é, tanto mais ódio quanto maior for a impotência ante o problema surgido. Esse ódio costuma provir do temor ao fracasso e a tudo que este significa”. As expectativas do analista em relação ao tratamento e também ao paciente são, em parte, conteúdo de sua fantasia e, quando o analisando não responde a essa expectativa, encrustado em resistências, a frustração do analista certamente aparecerá nas entrelinhas de suas intervenções. Para Racker (1960):

A resistência do enfermo representa, em geral, uma frustração para o analista, o que já por si explicaria a irritação. Mas a frustração externa une-se frequentemente, a frustração interna de origem infantil. Neste sentido, cada irritação com o enfermo é, pelo menos em parte, neurótica. As frustrações que o enfermo nos cria derivam de suas resistências; mas justamente por causa delas tem-se que recorrer ao analista. Se nos enfatiamos (ainda que só internamente) por causa de suas resistências, comportamo-nos, do ponto de vista objetivo, como o clínico que se enfastia por causa de uma enfermidade física, aborrecendo-se com o paciente, quando sente que não será capaz de curar. No caso do paciente que não toma o remédio que o curaria, pode-se admitir que o clínico se aborreça. Mas não o psicólogo, que deve saber que por trás da rejeição das regras analíticas, das interpretações, etc. estão os conflitos psicológicos (RACKER, 1960, p. 115-116).

As frustrações do analista, quando não trabalhadas por ele mesmo (via contratransferência), reverberam diretamente sobre sua conduta e podem provocar uma reencenação traumática na análise.

O estudo da neurose de contratransferência estipulada por Racker deixa clara a importância dos sentimentos do analista na sala de análise e de como ele lida com tudo isso; dito de outra forma, o manejo clínico do profissional frente a sua impotência, derivada da resistência de seu analisando. As observações de Racker são categóricas e desconstruem a fantasia onipotente e neurótica do analista. Assim, para Racker (1960):

Um perigo especial que surge da contratransferência neurótica é o que se pode chamar de *indução contratransferencial* ou o *enxerto contratransferencial*. É o perigo que consiste em o analista “induzir” ou “enxertar” sua própria neurose no enfermo. Este perigo pode ser evitado, na medida em que o analista conheça sua “equação pessoal”, isto é, sua disposição pessoal a cometer erros específicos, provenientes de sua própria neurose (RACKER, 1960, p. 118).

A superação de tais dificuldades se deve, em primeiro plano, ao analista suportar em si as angústias nele projetadas e não as expulsar ou introduzi-las em seu paciente, como justificativa de seu fracasso. Isso se faz importante pois, assim, será possível, ao enfermo introjetar um objeto bom. As indagações de Racker são pertinentes pois, mesmo expondo o analista e seus sentimentos, representam um cuidado precioso tanto para a psicanálise como método e ciência, como para o encontro humano que acontece no *setting* analítico. “A profundidade de conhecimento de nossa contratransferência segue esta mesma linha de conduta. E acredito que faremos bem, se suportarmos dar a conhecer a outros a verdade de cada um de nós” (RACKER, 1960, p. 119).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho analítico, desde os fundamentos freudianos até os dias de hoje, é pautado pela relação emocional decorrente do contato entre analista e analisando. Em um nível metafórico, podemos aproximar essa relação à relação mãe/bebê. Por isso mesmo, os estudos e as observações da interação mãe/bebê estão sendo cada dia mais intensificados. A aproximação do *setting* analítico com a relação mãe/bebê configura a proposta kleiniana de relação de objeto e suas descobertas de como essa relação pode ser recheada de conflitos e fantasias que vão ser, caso possível, revividas no encontro analítico.

A relação mãe/bebê é de uma riqueza imensa, pois ambos, numa cumplicidade, trocam simultaneamente olhares, toques, gestos, carícias e afetos que vão gradativamente estabelecendo o contato do bebê com o mundo externo de forma bem amistosa. Caso contrário, a criança vai se perdendo no desencontro com a mãe que não se dedica a esses cuidados, fazendo-o apenas de forma mecânica, fria e como se fosse apenas uma obrigação, dificultando o desenvolvimento da (relação) da criança com o objeto/mãe e com o mundo. Sendo assim, o que Bion propõe é que a mãe seja capaz de sonhar a criança, fazer *rêverie*, para que esta possa introjetar essa qualidade emocional da mãe.

A relação analista/analisando, vista pelo prisma de relação de objeto (mãe/bebê), será também alvo das perturbações, embora inconscientes, das primeiras relações do analisando. Portanto, a identificação projetiva será, por via não verbal, comunicada ao analista, demonstrando como esse paciente se relaciona com seus objetos. O manejo dela é essencial para que a análise prossiga sem maiores turbulências que possam resultar em uma brusca interrupção, e para que a dupla consiga entender o que houve no encontro de suas mentes. O analista é a premissa básica para que a análise desenvolva. É através da qualidade de sua emoção e capacidade de suportá-la que o analista abre campo para o trabalho.

Nesse caso, a compreensão da contratransferência é crucial, pois ela poderá ser o balizador da relação analítica e de como o analista irá lidar com suas emoções diante da angústia de seu paciente, que, por sinal, está tendo dificuldades em lidar com seus excessos.

Os conceitos aqui estudados, identificação projetiva e contratransferência, trouxeram algumas respostas para a questão do manejo clínico, isto é, como o analista irá responder as projeções de seu paciente e como prestar um trabalho de qualidade para com o mesmo. Os dois conceitos se entrelaçam na prática clínica e é necessário para que o analista esteja aberto as intensidades do encontro analítico. A importância do analista se colocar como receptor das angústias de seu analisando e um facilitador para o trabalho analítico, ou melhor, para escutar o que é comunicado via identificação projetiva. O analista deve estar atento àquilo que se passa em seu próprio psiquismo no momento exato da sessão e que se manifesta através de sua contratransferência. Para isso é importante que o profissional (analista) esteja bem analisado e que o mesmo seja capaz de suportar sua própria angústia, buscar ajuda (supervisão) em casos de difícil compreensão e estar psicanaliticamente orientado. Assim acredito que ambos possam fazer uma caminhada em direção à compreensão das dificuldades humanas.

Faço uma ressalva respeitosa a outros autores e trabalhos excelentes aos quais tive acesso, desenvolvidos a partir do desafio da compreensão do processo de identificação projetiva e da contratransferência e que, devido aos limites propostos para esta monografia, não pude incluir.

Todo ser humano necessita de cuidados para se desenvolver, caso contrário, suas feridas referentes à falta/falha desses cuidados ficam expostas, levando o sujeito a uma busca árdua e confusa de si mesmo. Nas belas palavras do compositor Milton Nascimento, em sua canção *Eu caçador de mim*, encerro nossa investigação teórica, “por tanto amor, por tanta emoção, a vida me fez assim, doce ou atroz, manso ou feroz, eu caçador de mim”.

A busca por compreensão mútua, analista/analizando, mãe/bebê, é possível a partir do momento em que ambos se reconheçam como humanos e com humildade para realizar um encontro verdadeiro, em que as dificuldades e resistências possam aparecer e ser trabalhadas. Assim, como investigado em nosso trabalho, o analista é a chave mestra para que a sala de análise possa dissolver as feridas inconscientes. Colocar-se a disposição do outro, é ter consciência que isso demanda muita paciência e persistência, um cuidado com ética.



Acredito que aqueles que procuram análise, o faça em busca de aspectos “sonhantes” que ainda não foram possíveis de encontro com uma mente capaz de sonhá-los.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONELLI, E. **Os sentimentos do analista: a contratransferência em casos de difícil acesso** – São Paulo: Zagodoni, 2011.

BION, W.R. (1959). Ataques ao Elo de Ligação. *In: Melanie Klein Hoje*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 104.

CAPER, R. M. D (2004). Interpretação: Revelação ou criação? *In: França, M.O.F. (Org). Ressonâncias – Bion em Saão Paulo*. Coleção Acervo Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 145-159.

CINTRA, E. M. U. FIGUEIREDO L. C. **Melanie Klein. Estilo e Pensamento**. São Paulo: Escuta 2010.

CHENIAUX. J. E. **Manual de Psicopatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FIGUEIRA, S. A. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo, casa do Psicólogo, 1994.

FREUD, Sigmund. (1995). Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise. *In: Edição Standar Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol XII, p. 156-157. (Trad. J. Salomão, Vol. XII, p. 149-159). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Trad. J. Salomão, vol. XI, pp. 125-136). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (Trabalho original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_. Interpretação dos sonhos. *In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Trad. J. Salomão, vol.V, p. 113). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (Trabalho original publicado em 1900).

GALLO S., R. **Contratransferência: de Freud aos Contemporâneos**. (Org). Sérvulo A. F. Casa do Psicólogo, 1994, p. 63-83.

HEIMANN, P. Sobre a Contratransferência. *In: Revista de Psicanálise da SPPA* [2(1): 171-6], 1995. (Trabalho original publicado em 1950).

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento Kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

JOSEPH, B. **Equilíbrio Psíquico e Mudança psíquica**. Artigos selecionados de Betty Joseph. Organizado por Michael Feldman e Elizabeth Bott Spillius. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p. 175.

OLIVEIRA, B. S. M. **Contratransferência: de Freud aos Contemporâneos**. Org. Sérvulo A. F. Casa do Psicólogo, 1994, p. 84-106.

RACKER, H. **Estudos sobre técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

SANDLER, J. **Projeção, identificação, identificação projetiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ZIMERMAN, D. E. **Bion da teoria à prática: uma leitura didática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.