

Sobre o que se transporta: (Contra)Transferência(s)

Ana Paula Nascimento* / Catarina Bray Pinheiro* / Isabel Duarte Cunha* / Maria Coelho Rosa* / Rita Pimenta Machado*

* Membros candidatos da APPSI – Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica

No presente trabalho, as autoras propõem-se pensar as noções de transferência e de contratransferência, pensando em malas (continentes de conteúdos) que imigrantes transportavam para um país estrangeiro, realçando o que cada um, terapeuta e paciente transportam na/para/da relação, tendo por base o modelo psicanalítico, pedra basilar na prática da Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.

Inicialmente é apresentada uma perspectiva histórica da leitura destes fenómenos transferenciais. Posteriormente, são expostas algumas teorias e perspectivas que, no entender das autoras, descrevem de forma mais completa e mais próxima da realidade o modo como os fenómenos (contra)-transferenciais surgem no setting psicoterapêutico.

A clarificação das noções de transferência e de contratransferência, explicitam a sua pertinência para a prática clínica, numa articulação directa com a psicopatologia tal como a podemos entender em termos clássicos, através das noções de Neurose, Patologia Limite e Psicose. Dada a necessidade de olhar para estes conceitos sob um outro prisma quando se trabalha em instituições, as autoras procuraram um (re)significar do encontro terapêutico, reflectindo-se sobre a pertinência da transferência e de contratransferência, quer para a Psicanálise, como para a Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.

Palavras-chave: Contratransferência, Psicanálise e psicopatologia, Psicoterapia psicanalítica, Transferência.

A porta que se abre mesmo depois do pior ataque. A sala que não muda apesar de tudo estar por dentro desarrumado. O olhar que permanece, apesar das feridas que pensam infligir, mas agora é diferente. Agora tudo pode ser diferente.

Diferente como igual é sempre a manhã, mas nunca é a mesma, tal como sempre anoitece, mas anoitecemos sempre diferentes.

A ideia da transferência contém a ideia de transportar de um tempo a um outro, de um ontem num hoje, de um passado presente, de um outro, a um mesmo de sempre igual, que foi mais de menos, menos de mais. O processo psicanalítico tem por base o princípio socrático “conhece-te a ti mesmo”, o que implica a capacidade do sujeito de se conhecer a si próprio, mas também a capacidade de, na relação com o Outro, descobrir novos conhecimentos, novos sentidos e novos significados.

Trabalho realizado em 2008, no âmbito do 3º ano de formação da APPSI – Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Ana Paula Nascimento, Av. João Crisóstomo, 69, r/c esq., 1050-126 Lisboa. E-mail: anapaulanascimento@sapo.pt

Procuramos apresentar uma reflexão sobre a transferência e a contratransferência. Num primeiro momento serão apresentados alguns autores e modelos que consideramos especialmente relevantes para a compreensão desta temática. Num segundo momento, propomo-nos realizar uma articulação destes conceitos teóricos com a psicopatologia e com a prática clínica.

A Transferência e a Contratransferência foram conceitos que estiveram presentes como música de fundo nos vários seminários da nossa formação em Psicoterapias Psicanalíticas. São fenômenos clínicos de enorme relevo e que nos permitem escutar determinadas comunicações, atender a dinâmicas vivas que poderiam ser, de outra forma, apagadas, ficar fora de campo, fora de jogo. Procuramos desta forma perceber a apresentação destes movimentos nos vários registos psicopatológicos – neuroses, patologias limite e psicoses. São diferentes registos que implicam variações fundamentais nas expressões clínicas e nas possibilidades simbólicas, de transformação e de mudança.

Sendo dado que todos estes conceitos advêm da prática e teoria psicanalítica, pensar a sua leitura e a medida do seu manejo em Psicoterapia Psicanalítica, é outra questão que nos interessa aqui colocar. A Transferência e a Contratransferência aparecem da mesma forma num processo psicanalítico como numa psicoterapia, num contexto institucional ou fora dele? As respostas desenvolvidas para estes fenômenos convergem e divergem dependendo da forma e consoante estejamos a falar de uma Psicanálise ou de uma Psicoterapia Psicanalítica? Não nos interessando estabelecer uma separação estanque e fixa entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (trata-se de um debate antigo, longo e muitas vezes pouco esclarecedor), importa-nos antes encontrar algumas linhas definidoras que facilitem a clarificação da identidade das Psicoterapias Psicanalíticas.

Pensamos o modelo de Transferência/Contratransferência pensando nos imigrantes e nas malas (continentes de conteúdos) que transportavam para um país estrangeiro, longe da pátria mãe, na esperança de poder ter melhores malas assim como conteúdos diferentes para malas necessariamente transformadas. Pensamos, pensando-nos como as malas que transportamos, contendo roupas de relação, que o sujeito que sofre e nos procura repete sempre, transportando e colocando as roupas de sempre na relação nova que estabelece – Transferência. Numa relação terapêutica, colocar-se-á também a questão da mala do terapeuta, do que ele próprio transporta na mala, como apresenta ou esconde a mala, e os seus conteúdos e como poderá a sua mala, e o que transporta, facilitar, impedir, ganhar espaço para novos elementos de transformação.

Parece-nos ser fundamental nesta coexistência de malas que o psicoterapeuta conheça e reconheça a sua mala, que saiba confortavelmente o que transporta na sua mala de relação. Já que as roupas, os conteúdos mais ou menos contidos, vão movimentar-se na relação entre os dois, já que é este movimento que permitirá um pensar transformador sobre a mala e os seus conteúdos, já que será esse mesmo movimento o responsável por momentos e movimentos de paralisia, confusão, como uma roupa que não serve os conteúdos perdidos/achados, não reconhecíveis, mas confortáveis porque escondem.

CADA UM, CADA MÃO, CADA MALA, MOVIMENTOS: CONCEPÇÕES TEÓRICAS DE (CONTRA)TRANSFERÊNCIA(S)

As noções de transferência e contratransferência nem sempre foram entendidas e pensadas da forma como hoje são conceptualizadas. De acordo com os diferentes modelos teóricos, estas noções vão-se alterando, sendo alguns dos movimentos deste longo e diverso caminho que nos propomos agora trilhar, no sentido de destacar alguns aspectos que consideramos fundamentais para a compreensão da dinâmica presente na relação terapêutica de uma Psicoterapia Psicanalítica.

Em “Estudos Sobre a Histeria” e em “A Interpretação dos Sonhos” Freud, apreende a transferência sob o prisma de um deslocamento do investimento ao nível das representações psíquicas, mais do que como uma componente da relação terapêutica. É com a análise de Dora que Freud teve a sua primeira experiência negativa com a transferência, verificando que, de facto, o analista desempenha um papel na transferência do analisando. Recusando-se a ser objecto de transporte amoroso da paciente, Freud opõe uma resistência que desencadeia uma transferência negativa o que mais tarde vem a designar de contratransferência.

É na altura que Freud expõe o seu caso de neurose obsessiva, que começa a distinguir o facto dos sentimentos inconscientes do paciente para com o analista serem manifestações de uma relação recalçada com os imagos parentais. Em “A Dinâmica da Transferência” (1912) começa por falar de transferência como sendo a arma mais forte da resistência e conclui que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. Distingue então a transferência positiva, feita de sentimentos afectuosos, da transferência negativa, portadora de sentimentos hostis e agressivos. Acrescenta ainda as transferências mistas, que reproduzem os sentimentos ambivalentes da criança em relação aos pais. Em “Para Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920) surpreende-se com o carácter repetitivo da transferência. Constata que esta repetição se referia sempre a fragmentos da vida sexual infantil, relaciona a transferência com o complexo de Édipo e conclui que a neurose original era substituída, na análise, por uma neurose artificial ou “neurose de transferência”, que no processo analítico devia conduzir o paciente a um reconhecimento da neurose infantil.

Nos seus trabalhos posteriores, a transferência foi considerada por Freud como um obstáculo à rememoração e uma forma de resistência, sinal da proximidade do retorno dos elementos recalçados mais cruciais. É com o desenvolvimento da teoria da fantasia que Freud se afasta da ideia de rememoração e, embora continuasse a ligar a resistência à transferência, coloca a ênfase na importância da sua utilização como via de acesso ao desejo inconsciente. É em 1923, que a transferência é concebida como um terreno no qual é preciso conseguir uma vitória. A transferência utilizada pelo analista é “o mais poderoso auxiliar do tratamento”. A partir daqui, é o amor transferencial que passa a despertar toda a atenção de Freud.

Ao questionar-se sobre o sentido da resistência na transferência, Freud (1926) liga-a às resistências do ego, na medida em que, opondo-se à rememoração, renova no actual a acção do recalçamento, passando a ser a compulsão à repetição designada como resistência do id.

Pela primeira vez nota-se como o psicoterapeuta pode ser investido e vestido de roupas, antigas, que nada mais fazem que repetir modos de relação. As malas o que contêm, e o que sempre se transporta, entram em cena, ganham lugar.

Bem mais tarde e dando um salto por entre malas, chegamos ao modelo kleiniano onde a noção de transferência surge associada ao conceito de *identificação projectiva*. Klein, em 1952, no seu trabalho sobre “As origens da transferência” descreve, por um lado, a importância dos processos primários de projecção e de introjecção, essenciais para a estruturação da relação de objecto da criança, que envolvem as emoções, fantasias, ansiedades e defesas, sustentando por outro lado, que a transferência tem origem nos mesmos processos que dão origem às relações de objecto.

No decurso de uma Psicanálise, o analista pode desempenhar em diferentes momentos, e muitas vezes numa mesma sessão, vários objectos internos, todos eles de forma total ou parcial, mesmo sem que o psicoterapeuta tenha activamente alguma coisa a ver com o que é projectado. Esta reprodução de objectos da infância acontece tal como eles foram vividos no momento: distorcidos pelas fantasias que foram projectadas na figura do terapeuta, cindidos e expelidos por mecanismos de dissociação e, conseqüentemente, introjectados como objectos parciais. Neste posicionamento podemos pensar o psicoterapeuta como alguém sem mala, ou sem pensar como a sua mala, as suas roupas podem facilitar, ou não, as projecções do paciente. O psicoterapeuta apresentar-se-á como um “manequim” forte e robusto, necessariamente idealizado, que se despe de tudo, e tudo

o que sente é da responsabilidade do paciente, que está permanentemente a (in)vestir o psicoterapeuta com roupas distorcidas por fantasmas inconscientes.

Racker e Heimann, de forma paralela e separada, foram aqueles que, depois de Freud, mais aprofundaram a noção de contratransferência e a sua importância no desenvolvimento do processo analítico. Heimann (1950) defende que a contratransferência constitui uma ajuda fundamental para a Psicanálise, não sendo vista como um empecilho para o analista. Este trabalho assume assim um papel de ruptura com as teorias, práticas e mesmo embaraços que os movimentos contratransferenciais provocavam. A resposta emocional do analista ao seu paciente, no interior da situação analítica, constitui a principal ferramenta de trabalho do analista. A contratransferência é vista como o conjunto de sentimentos que o analista sente para com o seu paciente, que não devem ser recusados, mas sim suportados e pensados analiticamente. Estas emoções suscitadas no analista estão muitas vezes, mais próximas do real problema, do que o raciocínio sobre o problema. A contratransferência é uma criação do paciente, e a vivência contratransferencial faz parte da personalidade do paciente. Esta abordagem da contratransferência é vulnerável aos perigos da confusão ou da projecção, mas o que preserva o analista deste perigo é a sua própria análise – o conhecimento e o conforto no manusear da sua mala, bem como os seus conteúdos.

Para Racker (1969), a contratransferência apresenta múltiplos aspectos que podem ser relevantes para o processo psicoterapêutico, nomeadamente a resposta contratransferencial, que pode estar ligada à transferência manifesta ou latente. A identificação do analista com o Eu do analisando designa por identificação concordante, “sim, eu gosto de usar o que tu trazes na mala”, sendo a identificação complementar aquela que ocorre quando o analista se identifica com os objectos internos do analisado, podendo o impacto da transferência do analisando suscitar uma contratransferência negativa por parte do analista.

Ao longo de um processo psicanalítico decorre uma transformação interna, variando a importância da contratransferência de acordo com o significado que é dado à função do analista, que poderá ser a de interpretar os acontecimentos inconscientes, podendo, ao mesmo tempo, ser objecto desses mesmos acontecimentos. Deste modo, a contratransferência apresenta uma dupla função: quando o analista é intérprete ou quando o analista é objecto dos impulsos. Ela pode ajudar ou dificultar a percepção dos processos inconscientes. A *neurose de contratransferência* é a expressão patológica da contratransferência, e deve ser tida em conta durante um processo analítico.

Face à definição inicial de contratransferência, Racker propõe que esta passe a incluir o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista face ao analisado. Neste sentido, ressalta a importância das identificações concordantes, uma vez que são uma forma de reprodução dos processos passados do analista, em especial da sua infância, que, ao serem revividos, surgem como resposta aos estímulos do paciente. Estas identificações vão surgir na contratransferência positiva sublimada, o que suscita a necessidade de se ter em atenção a contratransferência na sua totalidade, ou seja, ter em conta as respostas psicológicas do analista face ao analisado, uma vez que o analista aparece como sujeito e o analisado como objecto do conhecimento. Este movimento parece anular a relação de objecto, levando à constituição de uma identidade aproximada entre as partes do sujeito e as partes do objecto.

Referindo-se ao trabalho de Heimann, Bollas (1983) faz uma reflexão sobre a transferência do “aqui e do agora”, alertando para a necessidade de cada analista se questionar sobre o que ele representa para o paciente, a cada momento particular da análise. É na experiência analítica – o aqui e agora – que é possível descobrir, através da transferência do sujeito, o seu mundo infantil precoce.

Para Meltzer (1967/1990) é a transferência que permite avaliar o estado mental de uma forma mais rigorosa durante um processo analítico. Trata-se de um processo que não se prende tanto com o reviver o passado, mas com um desdobrar do mundo interno de cada sujeito, revelando a

realidade psíquica. Aquilo que fundamenta o processo analítico é a evolução da transferência-contratransferência, na medida em que o analista cria, com a sua atitude, as bases necessárias para que o processo se desenvolva, o que vai implicar, a recepção do material do sujeito, uma contenção da projecção da dor mental, um pensamento sobre a situação transferencial e, por fim, a comunicação da compreensão do analista.

Segundo Winnicott (1947), é possível classificar os fenómenos contratransferenciais pela anormalidade nos sentimentos, relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista, através das identificações e tendências provenientes da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista. Entre estes dois tipos de fenómenos, distingue a contratransferência verdadeiramente objectiva ou, se tal for difícil, o amor e o ódio do analista reactivo à personalidade e ao comportamento reais do paciente.

Dentro dos modelos de pensamento, e nomeadamente com os trabalhos de Bion, o conceito de identificação projectiva sofreu consideráveis desenvolvimentos, dada a introdução de três concepções: A primeira prende-se com a aceitação da abordagem quantitativa feita por Klein, que valorizou sobretudo a patologia das identificações projectivas e o facto da mesma se dever quase unicamente ao seu uso excessivo, como um mecanismo de defesa primitivo, valorizando o aspecto qualitativo, ou seja, o carácter estruturante das identificações projectivas, presente na empatia da mãe (analista) com o seu bebé (analizando). A segunda concepção diz respeito à finalidade das identificações projectivas, dada a sua importância ao nível da comunicação primitiva, pré-verbal, que produz um importante efeito afectivo no Outro. Por fim, a terceira concepção prende-se com o facto das identificações projectivas não se constituírem apenas de objectos ou das pulsões clivadas, mas também das funções egóicas do psiquismo. Não devemos esquecer que Bion utilizou o conceito de identificação projectiva dentro do modelo continente-conteúdo, no qual existe um conteúdo que é projectado num continente, tal como acontece na situação transferencial.

A formulação de Bion (1962) de continente-conteúdo liga a identificação projectiva a processos do desenvolvimento, relacionando-a igualmente com a ideia de contratransferência normal, na qual a dinâmica transferência-contratransferência progride construtivamente na relação terapêutica. Neste modelo, o paciente comunica os seus sentimentos ao analista que, depois de digeri-los, os restitui ao projector de forma modificada e aceitável. Quando o processo é interrompido, devido a dificuldades de compreensão do analista, ou pela sua dificuldade em comunicar, poderá emergir a identificação projectiva patológica. O paciente procura encontrar uma maior compreensão aumentando as suas projecções, fazendo o analista sentir aquilo que ele próprio foi obrigado a sentir pelos seus objectos do passado. Muitas vezes o analista só o notará depois de reagir várias vezes de forma desadequada. Desta forma a metáfora do espelho reflector frio já não se adequa ao processo analítico.

Meltzer descreve desta forma a relação continente-conteúdo: *“Sempre que o bebé – ou o paciente em análise – se encontra num estado de confusão (...) projecta uma parte dele que se encontra num estado caótico ou confuso. Ao receber esta parte da personalidade do bebé – ou do paciente – que se encontra num estado de angústia ou de caos, a mãe – ou o analista – contém esta parte (...). A determinada altura deste processo, o bebé – ou o paciente – torna-se capaz de reintegrar esta parte dele mesmo e de prosseguir o processo de pensamento”* (cit. D. Houzel, 1991, p. 58) O bebé ou o paciente introjectam a função alfa; quando esta falha ficam os elementos beta: objectos reais e pensamentos primitivos confundem-se, são impressões não transformadas, coisas-em-si evacuadas via identificação projectiva patológica, aumentando a ansiedade persecutória. Será desta forma que o psicoterapeuta sente a pressão de roupas desconfortáveis em si, colocadas na sua mala/continente pela acção da projecção/evacuação de roupagens velhas de que o paciente se quer livrar.

Winnicott e Bion passam a dar menos relevo à pulsão e à expressão do desejo, acentuando os laços precoces assim como o seu impacto sobre o desenvolvimento do pensamento. Passa-se para

um domínio onde a simbolização ganha novos sentidos e significados. A importância do objecto-mãe-analista toma relevo central nos seus trabalhos, conferindo um papel essencial à contra-transferência, já que a posição metafórica do enquadramento analítico, e seu *efeito continente*, associados às *capacidades transformacionais* do analista, evocam os cuidados maternos.

Quando pensamos num trabalho de análise, no qual a re-significação constitui um dos objectivos, encontramos presente um importante jogo transfero-contra-transferencial. No encontro analítico, que decorre entre dois espaços psíquicos, o do analista/psicoterapeuta e o do paciente, encontramos presente um processo de transformação na dinâmica transfero-contra-transferencial, que não é apenas a repetição da história do sujeito, mas sim a história da cura que permite guardar as suas transformações (Guignard & Houzel, 1989).

De facto, em muitas situações clínicas, não é a partir do conhecimento que se chega a uma interpretação daí a importância da concepção bioniana sem memória, sem desejo e sem compreensão, mas sim através das vivências contra-transferenciais que tornam possível a formulação de uma interpretação, depois de se terem tornado conscientes as suas dimensões inconscientes (Heenen-Wolff, 2006). Neste sentido, estabelece-se uma relação recíproca entre psicoterapeuta e paciente, na qual passa a ser possível a existência de uma comunicação intersubjectiva. O psicoterapeuta coloca a sua mala/continente, as roupas/conteúdos, coloca-se, portanto, à disposição num espaço/tempo de relação, permitindo movimentos, sabendo que a sua mala está à vista e é uma parte fundamental do processo, e tão importante será observá-la como observar os movimentos do Outro. Tão importante que a forma de ver deixa de ser tanto o psicoterapeuta e o seu paciente, mas o campo criado entre/pelos dois.

Ferro (1999) notou que à medida que aumentava o seu interesse nas teorias de campo, ia diminuindo o interesse anteriormente elevado pela contra-transferência. Na teoria de campo, o analista e paciente formam uma *gestalt* independente de ambos, levando a uma co-determinação do campo. À medida que o processo vai avançando, vão sendo criadas áreas de resistência da dupla – baluartes, cabendo ao analista tomar distância do baluarte criado no campo, e é este segundo olhar, que vai interpretar e dissolver essa área de resistência cruzada. Esta dissolução do baluarte permite que o campo evolua, formando-se novos baluartes, dando início de novo ao processo. O que era a atenção à comunicação do paciente, e a atenção à contra-transferência, é deslocada para uma atenção às figuras que ganham vida, que constituem um sinalizador da vida do campo. Todos os acontecimentos emocionais que permaneciam no escuro, e eram recolhidos pela contra-transferência, antes de serem agidos dessa forma, podem ser observados em sinalizações no/do campo.

Mais do que o que se passa com uma mala e outra mala, que roupas temos, que roupas nos são colocadas, o modelo será o da criação de uma grande mala – o campo – e é nesse campo que os movimentos de paciente e analista serão observados.

Langs (1978) propõe o conceito de *campo bipessoal*, localizando a contra-transferência como fenómeno interaccional: campo temporal físico, cujos limites são definidos pela estrutura analítica na qual paciente e analista interagem, ambos com contribuições do seu mundo interno. A díade analítica compreende dois sistemas psicológicos que se influenciam mutuamente, pelo que a interligação transferência e contra-transferência se torna numa subtil interacção destes sistemas num meio afectivo altamente carregado – uma matriz de quatro entradas entre os sistemas consciente e inconsciente de paciente e analista.

Para Louppe (2006), o conceito de identificação projectiva surge como fundamental para a compreensão da contra-transferência, a partir do qual se pode ter em conta a regressão formal do pensamento e a *figurabilidade* do analista. O trabalho de figurabilidade, que se efectua segundo o modelo do trabalho do sonho, consiste numa regressão quase alucinatória à origem da representação da coisa que funciona sobre o processo primário, mas que é re-ligada através de processos secundários (Kaswin-Bonnefond, 2000). Quando numa sessão surge ao psicoterapeuta

uma falha ao nível da simbolização, ele mobiliza um trabalho de figurabilidade tendo em conta os seus fantasmas originários. Trata-se de um processo semelhante ao dos sonhos, onde a representação é apenas algo que está lá em potencial.

C. Botella e S. Botella (1983) trabalharam o *problema da figurabilidade* a partir da regressão formal, que diz respeito ao paciente mas também ao analista. Não se trata apenas de tornar consciente material recalçado num modelo da primeira tópica, da ligação de representação de coisa com a representação de palavra, mas de criar um novo sentido, a partir de interpretações formuladas em identidade de percepção. O trabalho de figurabilidade é formulado pelo analista/psicoterapeuta que, *sob a ameaça da não representação*, reage pela mobilização representativa, que se origina nos seus próprios fantasmas originários. Assim, a *ameaça de perda de representação* caracteriza um momento traumático no analista. O trabalho de figurabilidade consiste numa *regressão quase alucinatória à origem das representações de coisas*, que funciona sobre o modo de processo primário, sendo estas representações religadas pelos processos secundários. Não se trata de uma transferência clássica, mesmo negativa, mas de uma *neo-transformação potencial*, de uma forma particular de pensamento que pode gerar uma nova lógica a partir de novas ligações (Kaswin-Bonnefond, 2000).

Saber como e quando usar a contratransferência serão os talentos do analista. Como diz T. Ogden (1992), a história do analisando não é descoberta, ela é criada na transferência-contratransferência. A subjectividade de um sujeito pressupõe a existência de dois sujeitos que juntos criem uma *intersubjectividade*. Cria-se um espaço potencial entre o Eu e o Outro, entre o objectivo e o subjectivo, entre analista e paciente.

Todos os desenvolvimentos teóricos apresentados e as diferenças nas expressões na clínica actual. As expansões em torno do conceito de contratransferência implicam modificações no paradigma psicanalítico, colocando a análise fora dos lugares tradicionais e fora dos quadros psicopatológicos habituais que produzem actualizações transferenciais insólitas, mobilizando movimentos contratransferenciais originais. Não se trata tanto de interpretar as representações inconscientes, mas de as tornar possíveis, ou seja, constituir o psíquico onde ele não está. Trata-se de aceder á comunicação não verbal, deixar vir o desconhecido, o insólito, desenvolvendo a capacidade negativa, permitindo a tolerância ao que é incerto e desconhecido (Korff-Sausse, 2006).

Podemos estabelecer uma analogia entre o trabalho psíquico do psicanalista e o funcionamento psíquico do espectador. Trata-se de duas modalidades de conhecimento, que conjugam arte e ciência. Ambas provêm da mesma fonte, que diz respeito às primeiras simbolizações emergentes da experiência emocional primária, a partir da sensorialidade. Na contratransferência há um vínculo estético, algo da ordem do impacto, do infraverbal, do sensorial, de uma atmosfera que passa, envolve e comunica.

CADA UM, CADA MÃO, CADA MALA, OLHAR: (CONTRA)TRANSFERÊNCIA(S) E PSICOPATOLOGIA(S)

A partir dos modelos teóricos explicitados é possível sustentar, do ponto de vista conceptual, as noções de transferência e de contratransferência, propomo-nos agora pensá-los na relação com a clínica, tendo por base a divisão clássica em estruturas psicopatológicas: neurose, limite e psicose. Apesar de nesta leitura abordarmos as especificidades dos diferentes registos, não os consideramos de uma forma estanque; de facto pensamos-los num contínuo: da mala constituída, que efectivamente transporta, à mala que, inexistente, é transportada pelos conteúdos que se dispersam, passando pelas malas compartimentadas, porosas e descontínuas, que pouco contêm, mas muito (des)carregam.

Racker (1969) defende que a transferência no neurótico se deve à “necessidade de amor”, uma vez que ocorre uma transferência de objectos rejeitantes, que mais não são do que os objectos necessitados, ou seja, à medida que o analista pode ser sentido como objecto rejeitante, mais o analisado vai ter a necessidade de ser aceite e amado por ele, deste modo, a própria análise vai intensificar a “necessidade de amor”, o que mais não é do que a intensificação da transferência.

Na neurose, devemos ter em conta as suas duas grandes dimensões: a neurose histérica e a neurose obsessiva, já que cada uma delas apresenta contornos diferentes quando pensamos nas questões da transferência e da contratransferência.

A neurose histérica encontra-se ligada a uma fixação mais oral, estando presente ou uma forte retirada e um forte isolamento, ou uma forte excitação, normalmente associada à sexualidade. Aqui, a transferência tem lugar sobre o cenário, é colocada sobre o Outro, sendo sobre este que o próprio procura obter a resolução dos seus conflitos. Malas vistosas, pequenas, já que os conteúdos se espalham por vários Outros. Guttières-Green (2003), considera que a histeria é um modelo para o estudo da transferência, porque esta se realiza sobre o corpo e sobre o Outro. Assim, a transferência não é apenas um obstáculo, uma resistência que resguarda o paciente, mas uma condição necessária para a mudança, sendo necessário analisar e não agir no seu lugar.

Na neurose obsessiva, a fixação dominante é mais de tipo anal, o que leva a um aprisionamento do pensamento, o que significa que existe um Superego muito sádico e um Ideal do Eu feito de uma extrema exigência. A transferência que aqui tem lugar opera muito mais sobre o controle, sendo fundamental que se estabeleça uma relação de confiança entre Um e Outro, para que aquilo que não é possível ser pensado e transformado o possa vir a ser, numa relação que suscite a constituição de novos sentidos e de novos significados. Uma mala retida, fechada a cadeado, compartimentada, pesada e defendida com a sobrançeria desconfiada de quem não pode perder o controlo do acesso ao dentro.

Através da análise do caso de Dora, Freud deu-se conta de que a contratransferência mais não era do que um impedimento. Alguns autores pós-freudianos defendem que Freud não foi capaz de entender os jogos de identificação do feminino ao materno porque, caso isso tivesse acontecido, a sua escuta poderia ter sido mais passiva e receptiva (Llopis-Salvan, 2006). Coloca-se então a questão de como trabalhar a contratransferência, do que deverá ser devolvido ao paciente e do como é que deverá ser feito. Talvez a questão possa ser colocada de outro modo, ou seja, tendo em conta a forma como se diz, mais do que o que se diz, surge como fundamental a inscrição numa dinâmica onde o que o Outro nos revela produz um sentido em nós que depois de transformado deverá ser comunicado. Assumindo que a mala do psicoterapeuta tem presença, e que será aberta, mexida, transformada, como devolver estes elementos e movimentos de transformação, para que se possa produzir conhecimento/crescimento na e da dupla. Na histeria, este conhecimento surge meio nublado, é visto mas não pode ser visto, tendo que permanecer meio obscuro. Na neurose obsessiva, o desejo de saber suscita um controle, um bater na mesma tecla, os cadeados do fechamento, que um corpo fique sempre limitado à mesma roupa, porque a mudança e a liberdade para algo novo e desconhecido poderá ser sentida como muito ameaçadora e perigosa.

Se Freud considerava que pacientes com grandes lacunas no desenvolvimento (psicóticos e estruturas limite) não seriam analisáveis, devido ao risco de desenvolverem intensas regressões e reacções terapêuticas negativas, outros autores defendem a vantagem de uma Psicoterapia Psicanalítica que use essencialmente a transferência positiva nestes casos, havendo ainda – e na prática e publicações mais recentes – autores que defendem e descrevem a intervenção psicanalítica com pacientes psicóticos e borderline.

Winnicott (1945) refere como no início da história da Psicanálise se escolhiam pacientes com estruturas neuróticas, pacientes que já teriam tido um alimento materno suficientemente subjectivante. O conceito de transferência alarga-se aqui, já que, nestas fases, o ego não é ainda

uma entidade diferenciada, não havendo uma neurose de transferência. Malas inexistentes, o sujeito é transportado pelos conteúdos que se dispersam, malas compartimentadas, porosas e descontínuas, malas que escondem compartimentos estanques, seguros, que não podem ser descobertos.

Face a condições ambientais desfavoráveis, estes pacientes desenvolveram um falso *self* que aparece no lugar do verdadeiro *self*, numa falsa integração. Nestes casos, o *setting* analítico teria uma importância acrescida – a atitude suficientemente boa do analista seria vivida pelo paciente como uma esperança no ambiente onde o verdadeiro *self* poderá emergir sem riscos. Os processos primários surgem mais frequentemente no trabalho com estes pacientes, na transferência o presente é o passado, diferente daquilo que acontece na neurose de transferência, onde o passado é reencenado no aqui e agora do *setting* analítico.

Winnicott refere que os erros do analista constituem uma oportunidade para o analisando se zangar com os erros do passado. Outros autores como Rosenfeld e Kernberg, ao trabalharem com pacientes borderline, sublinharam a importância dos fenómenos contratransferenciais. Winnicott (1947) referia-se ao “ódio objectivo” descrevendo a resposta natural do analista a um comportamento provocador e intolerável (reação sensata não inscrita em dificuldades pessoais do analista). Racker (1969) refere que é frequente nas patologias borderline, que o analista possa ter o impulso de desempenhar um papel que o analisado, numa parte da sua personalidade, deseja que o analista realize.

No trabalho com funcionamentos narcísicos A. Green (1983) destaca o predomínio de uma contratransferência onde o objecto é excluído do discurso do paciente, deixando no analista um sentimento de isolamento, o que pode levar a reacções por parte do analista de agressividade, raiva, aborrecimento, sono, sendo fundamental analisar os sentimentos predominantes do paciente: orgulho, honra, desonra, megalomania. Aqui, o analista será um espectador, ausente do sonho não lhe resta outra função que ser o sono do sonhador.

Nos funcionamentos pré-genitais desenvolve-se predominantemente uma transferência negativa, na qual as pulsões se processam num “para além do princípio do prazer”, o que remete para a compulsão à repetição. A experiência de dor suscita o *desinvestimento “desobjectalizante”* (Green, 1983), manifestando-se o *desligamento*, a angústia de desmoronamento. Bion (1959) em “Ataque aos Vínculos”, fala de um desastre primitivo e de uma catástrofe permanente que não podem ser resolvidos. Quando as experiências com o objecto materno são más, um violento desinvestimento pode varrer a memória da experiência e, no lugar da satisfação alucinatória do desejo, emergir uma *realização alucinatória da dor* (Kaswin-Bonnefond, 2000).

No *registo neurótico* temperado, a transferência negativa resulta na neurose de transferência. A interpretação dá acesso ao conteúdo latente recalcado, numa “*interpretação da primeira tópica*” (Botella & Botella, 1983). A frustração pulsional e narcísica do quadro analítico provoca um desligamento e liberta uma quantidade de energia pulsional necessária para o trabalho elaborativo. Mas, este desligamento e frustração podem transbordar o registo económico e provocar um momento traumático que necessite de um outro tipo de intervenção para a sua elaboração (Kaswin-Bonnefond, 2000). As questões que as patologias mais arcaicas colocam na clínica, resultam em diferenças na abordagem clínica das neuroses e numa maior atenção às dimensões precoces do funcionamento.

Na *clínica dos casos limite* a transferência negativa exprime estados de não-representação, onde a *destrutividade* comporta o próprio aparelho psíquico. Surgem mecanismos defensivos como a clivagem, o desmentido, a negação, a desintração pulsional; domina a fragilidade das fronteiras mantendo-se um laço negativo ao objecto. Para que o sujeito possa utilizar o objecto, ele tem de o criar; se ele ataca o objecto no fantasma, este não pode ser destruído na realidade, devendo manter a qualidade das suas respostas – *dimensão fundamental na posição do analista dos casos limite*. O predomínio das forças destrutivas fragiliza o aparelho psíquico, que fica menos capaz de

reinvestimento narcísico e objectal, ficando favorecido o desligamento. A própria capacidade de pensar e de simbolizar é atacada. Projecções destrutivas deixam instalar uma transferência do mesmo tipo, que se dirige ao objecto, ficando uma potencialidade de intrincação pulsional intrapsíquica e uma capacidade de diferenciação sujeito-objecto. Em certos momentos de indistinção sujeito-objecto, a irrupção pulsional e afectiva transborda as capacidades de representação do sujeito, solicitando contratransferencialmente as capacidades de simbolização do analista, de forma a que seja possível a criação de um novo sentido. Este processo de integração mútua de material inconsciente, que conduz ao superar das resistências a que está associado, está estreitamente relacionado e, não raras vezes, dependente do trabalho de figurabilidade descrito anteriormente. Nos casos extremos de desinvestimento, a transferência negativa percorre um longo e doloroso caminho para a constituição de uma outra orientação dos processos a partir de novos traços, permitindo o reinvestimento de um trabalho de representação, de novas capacidades de intrincação pulsional, temperando o desligamento e abrindo novas perspectivas (Kaswin-Bonnefond, 2000).

É no intervalo entre o analista-sujeito e o analista função que se encontra a condição *sine qua non* para que não apenas a transferência se possa desenvolver, mas uma *neurose transferência*, ou mesmo, nos casos limite, uma *agonia de transferência*. A contratransferência, e principalmente aquela que é acompanhada de movimentos violentos, está frequentemente em contacto com as partes mais arcaicas do analisando (Heenen-Wolff, 2006).

Na clínica actual dá-se um “*corpo-a-corpo*” *psíquico*, surgindo os agires, as identificações projectivas, os movimentos paradoxais. Pacientes limite, ou momentos limite de uma cura, abrem tantas ocasiões de contacto directo com o inconsciente do analista, que o conduz a aperceber-se do seu vivido interno, que potenciam modificações na sua escuta, e na sua forma de interpretar. É com os pacientes com quem a cura pela palavra se revela insuficiente que a contratransferência é mais solicitada, numa comunicação que se situa para além das palavras.

A contratransferência pode abrir-se sobre um campo desconhecido. A expressão mais íntima de subjectividade encontra sentido através do ressentido que provoca no outro, inscrevendo o andamento processual do infraverbal ao verbal, do intersubjectivo ao intrasubjectivo, da simbolização primária à simbolização secundária (Llopis-Salvan, 2006).

A tarefa do analista, que assume a análise de um psicótico, é intensamente afectada pela contratransferência e pode revelar-se impossível, se as roupas de cor de ódio do próprio analista não forem discerníveis e conscientes. A simultaneidade de amor e ódio aparece na análise de psicóticos, o que pode exigir do analista mais do que ele pode dar. Pode ser inevitável que sejam atribuídos sentimentos brutais ao analista, sendo necessário que ele esteja consciente e prevenido, pois terá que tolerar que o coloquem nesse lugar. Mais do que em qualquer outra situação, o analista deve saber reconhecer na sua mala as roupas de ódio, e poder pensando, vesti-las, já que esse ódio não deve ser negado. O ódio que é legítimo nesse contexto, deve ser percebido e mantido num lugar à parte, para ser utilizado numa futura interpretação. O analista deve estar preparado para suportar a tensão, sem esperar que o paciente saiba alguma coisa sobre o que ele está a fazer. Para o conseguir fazer, deve ter facilidade em reconhecer o seu medo e o seu ódio. Encontrando-se na mesma posição da mãe de um bebé recém-nascido ou ainda não nascido. O ódio do analista fica geralmente latente, podendo continuar assim. Mas na análise de psicóticos o analista encontra-se numa pressão muito maior para manter este ódio latente, e só o pode fazer se tiver plena consciência do mesmo (Winnicott, 1947).

No trabalho com psicóticos é raro as interpretações serem ouvidas enquanto tal, como elementos simbólicos e não como coisas reais, pois nestes funcionamentos o acesso à posição depressiva é difícil. No predomínio de mecanismos defensivos como a clivagem, a identificação projectiva, as interpretações facilmente são escutadas de uma forma persecutória.

UMA OUTRA MALA, UM OUTRO PRISMA PARA OLHAR:
(CONTRA)TRANSFERÊNCIA(S) NAS INSTITUIÇÕES

Já a problemática narcísica e de identidade dos utentes em instituições, levanta características particulares do funcionamento psíquico, que passa pela não integração de elementos psíquicos que deixam os sujeitos na *compulsão à repetição* sob a ameaça de um retorno, desorganizando na mente aquilo que esta não consegue simbolizar e desta forma integrar nas cadeias de representação. Uma das reacções da mente é evacuar aquilo que não consegue suportar. A pessoa que recebe estas evacuações/projecções patológicas, experimenta esses aspectos do próprio que não são representáveis. Aquilo que o paciente não é capaz de sentir ou ver nele próprio faz os outros sentir ou ver. O que não pode ser representado e possuído na mente vai ser agido fora, nas e através das relações com os outros, na esperança de que venha a ser ligado e posteriormente simbolizado. Os outros vão reagir, por vezes numa reacção simétrica de violência, de retirada, de exclusão. Só se os outros *reflectirem* é que o sujeito se dará conta da sua acção (Pestalozzi, Frisch, Hinshelwood, & Houzel, 1998).

São estas patologias que, pela sua especificidade, colocam grandes questões ao terapeuta num contexto institucional. O trabalho com estes pacientes não se restringe ao *setting* terapêutico, espalhando-se/expandindo-se no espaço da instituição. Numa relação terapêutica, tal como em instituições de cuidados, a função de ecoar ou de reflectir é um ponto salientado por diferentes autores. A transferência não pode ser vista como um modo simples de deslocamento psíquico que deixa os protagonistas nos seus lugares, tratando-se de algo mais disruptivo, que inverte identidades e funções nas interacções psíquicas. Aquilo que é transferido foi activamente evacuado, o que reverte a passividade do trauma num processo activo, através do qual o sujeito procura lidar com algo que não encontrou uma forma simbólica na mente, e assim permaneceu traumático. Aquilo que é transferido não é, nem representado, nem reprimido, *é agido nas relações*. Receber sem retaliar, sobreviver às evacuações sem retiradas ou rupturas nas relações, *é a função da equipa*, procurando transformar afectos e experiências insuportáveis para o paciente em boas oportunidades, para os pacientes representarem para eles próprios o que foi sofrido por eles e originou a clivagem. Usando a sua contratransferência, a equipa pode perceber o valor subjectivo da experiência e promover um re-experimentar criativo. *O setting compreende toda a instituição*. O *“thirdness”* (relação triádica entre o símbolo, o objecto e a interpretação deste) emerge no espaço do grupo e da instituição.

Em pacientes com perturbações psicóticas e limite as particularidades do enquadramento da clínica oferecem vantagens: ficam mais protegidos pelas condições da clínica; podem procurar novas soluções, lidando simultaneamente com a sua perturbação na relação transferencial (Streeck, 1998). O tratamento destes pacientes é mais difícil, tendo em conta que apresentam um tipo de comunicação predominantemente não verbal e inter relacional da sua doença. A dinâmica da sua perturbação não emerge nas fantasias, associações ou sonhos, não é expressa simbolicamente. Na expressão de uma transferência primitiva, estes pacientes procuram forçar o outro a assumir um papel particular, tendo a realidade psíquica um lugar fora do *self*. A equipa tem frequentemente dificuldade em manter a sua neutralidade e distância. Desenvolvem uma linguagem da manipulação e do *acting out*.

Uma questão clínica igualmente fundamental, e com a qual nos deparamos nos vários contextos institucionais em que desenvolvemos a nossa prática clínica, é a dos processos transferenciais, nomeadamente a noção de *transferência para o setting ou instituição*, levantando-se a questão da *contratransferência institucional* para com os seus utentes com perturbações de identidade e do narcisismo. A função de ecoar, espelhar e reflectir da instituição nos cuidados psíquicos coloca-se, bem como a sua função em “gerar-símbolos”. *O que quer que seja transferido para o setting institu-*

cional pertence à história da relação do sujeito com a simbolização, dos seus sucessos e vicissitudes, das particularidades de construção e de desconstrução e traumas (J. Pestalozzi e col., 1998).

A instituição aparece igualmente enquanto produto da *contratransferência da equipa técnica*. As suas reacções são respostas à repetição destes materiais não simbolizados. A *função contratransferencial da instituição* compreende a transformação do que se passa na transferência dos utentes, procurando tratar o que procura ser novamente jogado ali, extraíndo o seu significado, permitindo a sua integração. *Um modelo para simbolizar é o “continente geral”, que respeita o todo da estrutura da instituição.*

Uma questão a atender é o tipo de ligação estabelecida entre a terapia e a instituição e como esta ligação é trabalhada. A divisão/clivagem da transferência é uma característica destas psicoterapias institucionais, tornando-se necessário considerar estes diferentes níveis e componentes ao tentar compreender o processo terapêutico, requerendo igualmente um trabalho colectivo e contínuo daquilo que é actuado em diferentes pontos da vida institucional.

ARRUMAR E PARTIR DE NOVO. REFLEXÕES...

Com este trabalho procurámos levantar algumas questões associadas à prática clínica em Psicoterapia Psicanalítica, salientando fenómenos comuns ao estabelecimento de qualquer relação e como tal, paradigmáticos na relação terapêutica. Referimo-nos às (Contra)Transferência(s).

Principiámos por apresentar uma perspectiva histórica da leitura destes fenómenos que, começaram por ser encarados como obstáculos num processo terapêutico e progressivamente foram sendo considerados como instrumentos fundamentais para a compreensão do indivíduo em psicoterapia. Posteriormente, expusemos algumas teorias e perspectivas que, no nosso entender, descrevem de forma mais completa e mais próxima da realidade o modo como os fenómenos (contra)transferenciais surgem no *setting* psicoterapêutico. De facto, a transferência e a contratransferência não são fenómenos que ocorrem à vez, pertencentes ao paciente e ao psicoterapeuta respectivamente. Antes surgem continuamente, em simultâneo, podendo ser compreendidos enquanto elementos de uma matriz de quatro entradas, entre os sistemas consciente e inconsciente de paciente e terapeuta. É através desta matriz que é possível a compreensão do indivíduo. Esta afirmação é tanto mais verdadeira quanto mais precoce é a perturbação no desenvolvimento. Afirmação igualmente verdadeira na neurose, onde a transferência serve de cenário para a dramatização do conflito, é na relação com o psicoterapeuta que se ensaia a dinâmica relacional do conflito psíquico que não tendo sido resolvido no passado, pode agora no presente ser reescrito. Para que tal aconteça a contratransferência é uma peça fundamental, uma vez que é através do que é colocado no psicoterapeuta que este cenário pode ser lido, no sentido do sujeito poder ter acesso ao que até ai não tinha sido possível.

É aqui que terminam as possibilidades de um trabalho conjunto, e começam as infinitas descobertas de um trabalho individual, sempre novo, sempre de novo a cada Outro com que nos deparamos.

DESARRUMAR DE NOVO... PONTOS DE PARTIDA PARA NOVAS REFLEXÕES

Segundo Pontalis (1999) não se pode falar em verdade da contratransferência. Coisa obscura, esta colocada aqui na conclusão deste trabalho. Voltamos no final a outro princípio socrático: “só sei que nada sei”. Apesar de não podermos falar da contratransferência, “... Podemos com tacto torná-la sensível. O termo de tacto evocará aqui menos uma discreta circunspecção que a sensibilidade a uma superfície, lisa ou rugosa, porosa ou blindada, ao grão de uma pele que se acaricia

ou arrepia. Indicará a bipartição do fora e do dentro, em meu entender determinante naquilo de que nos podemos aperceber de uma *posição* contratransferencial” (p. 245). Tacto que poderá encontrar malas blindadas ou porosas, lisas ou rugosas, abertas ou estanques.

Quanto às diferenças entre uma Psicoterapia Psicanalítica e uma Psicanálise, a questão também se mantém. Certamente que a transferência e a contratransferência não são exclusivas da Psicanálise. As Psicoterapias Psicanalíticas captam esses fenómenos colocando-os num outro campo feito de um outro tempo e espaço, no qual estes conceitos se apresentam no face a face, ou no corpo a corpo da relação Eu-Outro, da relação a estabelecer e da relação estabelecida em cada elemento da díade. Alterações no *setting* trazem mudanças na expressão e manejo destes fenómenos como pensamos ter ficado bem descrito no aporte dado pelos autores que referem os trabalhos em instituições, onde patologias com características particulares, espalham e espelham na relação alargada com diferentes técnicos e em diferentes *settings*, as suas modalidades relacionais específicas, na esperança de que uma síntese/integração possa acontecer.

As discussões em torno das diferenças entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica são antigas e controversas, senão vejamos. Desde logo fica claro, e aqui parece ser consensual, que os factores extrínsecos, o *setting*, não são suficientes para a distinção entre uma e outra mas, são de certa forma factores extrínsecos que provocaram o debate.

Wallerstein (2001) refere que se vive “num contínuo de abordagens técnicas”, com intervenções diferentes, com interpretações que vão até às mais abertamente centradas no apoio e propostas com a maior flexibilidade, levando em conta as exigências clínicas momentaneamente instáveis do paciente” (p. 109).

Segundo Kernberg (2001, pp. 28-29) os objectivos e as modalidades de tratamento variam: “o objectivo da psicanálise é uma mudança estrutural fundamental, a integração do conflito inconsciente reprimido ou dissociado do ego consciente. Na psicoterapia psicanalítica ou expressiva, o objectivo é uma reorganização parcial da estrutura psíquica no contexto de uma mudança sintomática significativa”, a diferença está portanto mais situada na técnica. A interpretação é usada, mas a clarificação e a confrontação têm um espaço mais amplo do que na Psicanálise, bem como as interpretações no “aqui e agora” mais do que no “lá e então”. Mas esta diferenciação, “não pode ser estabelecida por uma única sessão particular, mas somente através da avaliação do tratamento no transcorrer do tempo” (2001, p. 37).

Se a Transferência e a Contra-Transferência são movimentos, (re)sentidos a que estamos submetidos no encontro analítico/psicoterapêutico, de que forma é que o tacto a estes movimentos se altera quando estamos face-a-face com o Outro uma, duas vezes por semana, ou quando a poltrona é substituída pelo divã num encontro a um ritmo de três, quatro vezes por semana? De que forma as malas se abrem ou fecham num e noutro contexto? Como respira a díade quando a percepção visual se impõe ou se obscurece? O que será que muda? Que diferenças naquilo que descobrimos quando nos vemos olhos nos olhos, ou quando Um se estende sobre a escuta do Outro?

Mais polémico, Bollas (2001) pergunta se “podemos falar seriamente das diferenças entre psicoterapia e psicanálise (...) A maioria das formações em psicoterapia psicanalítica, nos diferentes países, são de facto formações psicanalíticas (p. 285). Já Pontalis diz ser “radicalmente contra o projecto de dar uma formação específica àqueles que se encaminham à psicoterapia dita de inspiração psicanalítica, como se fosse uma coisa mais simples”. Pensa mesmo que “só a psicanálise pode “inspirar” tratamentos que a reivindicam. Onde podemos encontrá-la, essa psicanálise, em sua eficácia e em seus limites? No próprio processo de análise e nas supervisões. É aí o “laboratório central” (1999, pp. 376-375).

No nosso entender, a intervenção terapêutica de inspiração psicanalítica (Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica ou mesmo Apoios psicoterapêuticos de inspiração psicanalítica) deve ser vista num contínuo, na medida em que o terapeuta, em qualquer das modalidades que utiliza tem

em consideração os modelos psicanalíticos que o enquadram na sua intervenção. As diferenças que se verificam estão de facto nas condições existentes que obrigam a alterações e adaptações da técnica psicanalítica conforme o contexto em que se desenvolvem. O tempo e espaço que o terapeuta dispõe, a frequência com que está com o paciente, a capacidade de *insight* do paciente, o tipo de estrutura psicopatológica que o domina, o que o leva a procurar ajuda, a resolução de um conflito específico ou um conhecimento mais aprofundado sobre si próprio, são variáveis que consideramos que marcam a opção de escolha de um processo terapêutico. Esta escolha não nos parece que deva ser vista segundo uma hierarquia de processo, mas antes como correspondendo a uma riqueza de possibilidades de intervenções em que uma se adequa melhor à situação em causa do que as outras. Parece-nos que para os processos terapêuticos psicanalíticos pudermos ser aplicáveis na sociedade actual, e tendo em consideração os desafios que ela levanta, torna-se fundamental uma flexibilização nas abordagens técnicas de inspiração psicanalítica e, nesse sentido, as Psicoterapias Psicanalíticas porque não estão rigidamente definidas poderão com mais facilidade possibilitar a evolução das técnicas actuais para o desenvolvimento ou a criação de novas práticas, mais adaptáveis e eficazes às condições do mundo contemporâneo.

Pensamos ser possível afirmar que ficamos depois deste trabalho a cinco, no cruzamento de diferentes malas e tralhas, mais sensíveis a estes fenómenos, que apurámos o tacto, de forma a que nos seja possível ressentir e significar o encontro terapêutico: a procura de um sentido, de uma voz, a descoberta da nossa mala. *Cada um, cada mão, cada mala. O que transportamos...*

REFERÊNCIAS

- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-15.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bollas, C. (1983). La révélation de l'ici et maintenant. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 27, 262-272.
- Bollas, C. (2001). Abandonar o habitual: A derrota da psicanálise freudiana. *Revista Francesa de Psicanálise, Psicanálise Contemporânea* (pp. 275-289). S. Paulo: Imago Editora.
- Botella, C., & Botella, S. (1983). Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation. *Revue Française de Psychanalyse*, LXV(4), 11-49/12-39.
- Ferro, A. (1999). A psicanálise como literatura e terapia. S. Paulo: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). Dinâmica da transferência. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XII). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1920/1996). Além do princípio do prazer. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1926/1996). Inibição, sintomas e ansiedade. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XX). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Minuit.
- Guignard, F., & Houzel, D. (1989). Transfert et contre-transfert dans la psychanalyse d'enfants. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 6, 19-46.
- Guttières-Green, L. (2003). Hystérie éternelle, encore et toujours. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 1139-1158.
- Heenen-Wolff, S. (2006). Le contre-transfert en travail. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 477-491.

- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, 81-88.
- Houzel, D. (1991). Identification introjective, réparation, formation du symbol. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 10, 46-73.
- Kaswin-Bonnefond, D. (2000). Le transfert négatif: Un paradigme de l'analyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 459-470.
- Kernberg, O. (2001). Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica e Psicoterapia de Apoio: Controvérsias contemporâneas. *Revista Francesa de Psicanálise, Psicanálise Contemporânea* (pp. 23-49). S. Paulo: Imago Editora.
- Klein, M. (1952/1991). As origens da transferência. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (vol. III). Rio de Janeiro: Imago.
- Korff-Sausse, S. (2006). Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 507-520.
- Langs, R. (1978). The adaptational-interactional dimension of countertransference. *Contemp. Psychoanal.*, 14, 502-533.
- Llopis-Salvan, N. (2006). Un contre-transfert au travail. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 489-506.
- Loupe, A. (2006). Transformations et dynamique transféro-contre-transférentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 463-475.
- Meltzer, D. (1967/1990). *The psycho-analytic process*. Scotland: Clunie Press.
- Ogden, T. H. (1992). *The matrix of the mind. Object Relations and the Psychoanalytic dialogue*. London: Maresfield Library.
- Pestalozzi, S. J., Frisch, R. D., Hinshelwood, & Houzel, D. (1998). *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings*. London: Karnac.
- Pontalis, J. B. (1999). *Entre o sonho e a dor*. Lisboa: FENDA.
- Racker, H. (1969). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Streck, U. (1998). Psychoanalytic oriented in-patient treatment. *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings* (pp. 161-173). London: Karnac.
- Wallerstein, R. (2001). A trajetória da psicanálise: Onde estamos hoje? *Revista Francesa de Psicanálise, Psicanálise Contemporânea* (pp. 111-114). S. Paulo: Imago Editora.
- Winnicott, D. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. *Da pediatria à psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1947). Ódio na contratransferência. *Da pediatria à psicanálise* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago.

In the present paper, the authors propose to reflect on the concepts of counter-transference and transference, thinking about luggage (continents of contents) that immigrants carried to a foreign country, enhancing what each one, therapist and patient carry in/to/from the relation, having the Psychoanalytic idea as the model, the cornerstone in the practice of Psychoanalytic Psychotherapy. A historical perspective of the comprehension of these transfer phenomena is presented initially. Then, some theories and perspectives are presented which, in the understanding of the authors, describe, more completely and closer to reality, the way the phenomena (counter) transfer appear in the psychotherapeutic setting.

The clarification of the counter-transference and transference, demonstrates its relevancy for practical clinic, in direct articulation with the psychopathology as can be understood in classical terms, through

the concepts of Neurosis, Borderline and Psychosis. Given the necessity of looking at these concepts through the prism of institutional care, the authors searched for a (re)meaning of the therapeutic meeting, reflecting on the relevancy of transference and of counter-transference, both in Psychoanalysis, and in Psychoanalytic Psychotherapy.

Key-words: Counter-transference, Psychoanalysis and psychopathology, Psychoanalytic psychotherapy, Transference.