



# O papel da transferência, da contratransferência e da interpretação da transferência no processo psicoterapêutico: um estudo qualitativo

Luís Filipe Vicente da Costa de Oliveira Neves

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientador: Professora Doutora Esmeralda Luísa Macedo

Co-Orientador: Mestre Luís Filipe de Jesus Calado Madeira

Coimbra, junho 2016

## **Agradecimentos**

Um agradecimento a todos os meus familiares, amigos, professores e colegas que ao longo destes anos me ajudaram a atingir este objetivo. Felizmente são muitos, mas permitam-me que destaque a minha filha, os meus sobrinhos e os meus pais.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor Carlos Farate pela forma como soube transmitir-me o gosto pela Psicanálise ao longo do Mestrado. Um destaque também para o apoio prestado pela orientadora Professora Doutora Esmeralda Macedo e o pelo co-orientador Mestre Filipe Madeira.

E por fim...

A todos aqueles que me aceitam como eu sou

Obrigado

## **Resumo**

Este estudo é parte de um projeto cujo objetivo é o aprofundamento do conhecimento teórico-empírico sobre os mecanismos de identificação pré-consciente e de reconhecimento consciente da transferência e da contratransferência e sobre as condições de formulação da interpretação da transferência no tratamento psicanalítico. O estudo empírico qualitativo baseia-se na análise temático-categorial do material clínico de um processo de supervisão em grupo. Depois de uma breve revisão teórica dos conceitos psicanalíticos em investigação foi realizada a análise do material narrativo decorrente de sessões de supervisão clínica selecionadas e previamente registadas em áudio. A partir da análise e discussão dos resultados da investigação é possível identificar tanto as características destes fenómenos inconscientes da relação terapeuta-paciente, como as diferenças de expressão em duas modalidades diferentes de tratamento psicanalítico, psicoterapia psicanalítica em “face-a-face” e em “cadeira-divã” sofá no caso deste estudo

## **Palavras-chave**

Tratamento psicanalítico, transferência, contratransferência, interpretação da transferência, processo de supervisão

## **Abstract**

This study is part of a project aimed at deepening the theoretical-empirical knowledge not only on the pre-conscious identification and conscious recognition of transference and countertransference, but also on the process of formulating transference interpretation in psychoanalytic treatment. The qualitative empirical study is based on the thematic-categorical analysis of clinical material issued from a group supervision process. After a brief theoretical review of the psychoanalytic concepts in study, narrative analyses of the material issued from audio recorded sessions were performed. The goals of the study were met, meaning that it was possible to categorize the main features of these unconscious phenomena, as well as to and to identify some differences in their expression across two different modalities of psychoanalytic treatment, “face-to-face and couch psychoanalytic psychotherapy in the case of this study

## **Keywords**

Psychoanalytic treatment, transference, countertransference, transference interpretation, supervision process



## Introdução

O êxito do tratamento psicanalítico depende, em grande medida, da capacidade do psicoterapeuta em lidar com fenômenos inconscientes que surgem na relação psíquica com o paciente, nomeadamente os fenômenos da transferência e da contratransferência. Torna-se, assim, particularmente importante aprofundar o estudo destes fenômenos, cuja identificação e adequado manejo, nomeadamente pelo recurso à interpretação dos conteúdos psíquicos inconscientes (emoções, sentimentos, fantasias) transferencialmente projetadas na pessoa do terapeuta.

Começamos, então, por delinear teoricamente os conceitos em causa, traçando, muito em particular, a sua evolução histórica sucinta no campo psicanalítico

Na psicanálise, designa-se por transferência o processo pelo qual o paciente re-experiencia, no *setting* terapêutico da psicanálise, as representações do *Self* e do objeto, as relações objetais do seu passado, os desejos e as fantasias a elas associados pela sua projeção inconsciente na pessoa do psicanalista (Zimmerman, 1999). Por outras palavras, este fenómeno inconsciente traduz a projeção na pessoa do analista de sentimentos e desejos inconscientes dirigidos originalmente a pessoas que, por motivos diversos e de diversa polaridade afetiva e libidinal, foram importantes no decorrer da infância. Apesar de vinculada aos eventos do passado, a transferência é um fenómeno que se manifesta, não raro subtilmente, no “aqui e agora” da sessão terapêutica.

O conceito de transferência foi sofrendo modificações ao longo da história da psicanálise. Surge com Freud (1895) no tratamento de pacientes histéricas e foi apresentado pela primeira vez na obra “*Estudos sobre a histeria*” que publicou conjuntamente com Breuer em 1895. O termo transferência, começa por designar uma das possíveis formas de resistência dessas pacientes à psicoterapia. Esta resistência consistia em a paciente transferir para a figura do analista afetos inconscientes e originalmente vinculados à figura de outra pessoa importante do seu passado, mais particularmente ao *imago* parental em causa em um determinado momento da sessão analítica.

Se no início Freud considerou que a transferência estava essencialmente associada à histeria, mais tarde reconhece o valor espontâneo e universal deste fenómeno. O material transferido está ligado ao passado e ao presente, à história do paciente e às suas relações com os pais, ou os seus substitutos, e com o próprio psicoterapeuta. Desta forma vai-se esclarecendo um mundo de lembranças e esquecimentos, fantasias e sofrimentos.

Freud (1912) faz então a distinção entre os mecanismos de transferência que refletem experiências passadas e a dinâmica da transferência que é despertada pela situação atual. Os mecanismos de transferência eram como um “depósito” de imagens infantis no inconsciente do paciente, a partir do qual surgia toda a dinâmica atual entre o paciente e o analista. Mais tarde, Freud (1914) começa a interessar-se pelo estudo de doentes psicóticos e a alargar o seu campo de visão sobre a transferência. Propõe na sua teoria sobre o narcisismo que, na psicose, a libido se torna independente do objeto e retira a catexia do mundo exterior redirecionando-a para o *Ego*. Acrescenta que os pacientes nestas condições estariam tão absorvidos em si que seria difícil estabelecerem relações significativas e de dependência com outras pessoas. Deste modo não estabeleceriam uma transferência e não podiam usufruir de um dos principais instrumentos de tratamento. É a partir destes escritos de Freud de 1914 sobre o narcisismo secundário que derivam algumas das questões sobre as modalidades de transferência no tratamento de doentes psicóticos.

Para elaborar as suas teorias sobre a transferência, Freud classifica-as em positiva e negativa. A transferência positiva refere-se a todas as pulsões relativas à libido, como são os afetos e os desejos eróticos, sob a forma de amor não-sexual. Este tipo de transferência é o mais importante no trabalho que o paciente deve efetuar em análise, já que implica a superação psíquica das resistências ao tratamento analítico. A transferência negativa refere-se à projeção inconsciente de pulsões eróticas e agressivas, não sublimadas, como é o caso da inveja, ciúmes, ódio, destrutividade e sentimentos eróticos intrusivos.

A visão de transferência foi bastante desenvolvida por Melanie Klein (1946) na sua obra «*As origens da transferência*». Segundo a autora, ao estabelecer-se a relação terapêutica o paciente revive os sentimentos, conflitos e defesas como reprodução de todos os objetos primitivos e relações objetais internalizadas acompanhadas das respetivas pulsões, fantasias inconscientes e ansiedades. Klein deu especial atenção ao fenómeno da identificação projetiva na relação terapêutica com pacientes sofrendo de perturbações narcísicas graves. Ao projetar no analista as suas ansiedades e conflitos, os pacientes não só se separam deles, mas também oferecem ao analista uma oportunidade de entrar em contato com esses sentimentos reprimidos no inconsciente

Ao longo da sua prática analítica Klein trabalhou de uma forma sistemática a transferência, em especial a negativa, decorrente das pulsões sádico-destrutivas. Klein analisava a transferência como uma reprodução, na figura do analista, de todos os objetos primitivos e relações objetais internalizadas no psiquismo do paciente, acompanhadas das

suas pulsões e fantasias inconscientes. Como já foi referido, esta ideia de Klein ganha maior expressão com a sua conceção sobre a identificação projetiva.

Bion (1962) trabalha o fenómeno transferencial a partir do seu modelo “continente-conteúdo”, da relação original mãe-filho a partir da revisão criativa do conceito kleiniano de identificação projetiva

Já Winnicott (1960) entende que a transferência deve ser compreendida como uma nova relação a que o paciente acede na “área intermediária de jogo e ilusão” que institui o processo terapêutico da psicanálise, a partir da evolução dos fenómenos transicionais para a simbolização. Realça a importância do reconhecimento, pelo analista, da importância e significado da regressão do *Self* infantil do paciente, e recomenda a sua cuidada gestão contratransferencial, em particular pela capacidade de conter e transformar os ataques destrutivos da parte mais primitiva e carenciada da mente dos pacientes.

Finalmente podemos referir as diferenças entre as perspetivas clássicas e contemporânea do conceito de transferência. Enquanto que a primeira aborda a transferência como um processo pelo qual o paciente transfere para o analista sentimentos associados a experiências passadas com objetos internos significativos (amor sexual, ódio, ciúme, inveja), valorizando o ganho de *insight* no processo psicanalítico, a segunda concebe a transferência como um processo que acompanha todo o tratamento psicanalítico, como uma “experiência total” que diz respeito não apenas ao passado psíquico do paciente, mas também, e sobretudo, ao “aqui e agora” da relação com o psicoterapeuta.

### **Contratransferência**

Com a mudança da compreensão da transferência, a contratransferência tornou-se mais presente na psicanálise, passando também a ter um papel fundamental no processo terapêutico.

A discussão sobre a contratransferência passou por várias etapas, iniciando-se com a introdução do termo por Freud em 1910. Seguiram-se, de um modo mais significativo, a publicação do artigo de Paula Heimann em 1950 e as importantes contribuições ulteriores de H. Racker (1952).

Freud começou por interpretar a contratransferência como uma “obstrução” à liberdade de compreensão do analista. Mais tarde surge uma mudança de paradigma com Heimann (1950), que considera que a contratransferência inclui todos os sentimentos que o analista pode experimentar com o paciente. Para Heimann o analista tem de ser capaz de conter e processar psiquicamente os sentimentos que são originados pelo impacto que o

material psíquico (emoções, sentimentos e fantasias conscientes e inconscientes) projetado pelo paciente tem em si.

Voltando à gênese do conceito de contratransferência, este foi preconizado por Freud (1910) no Congresso de Nuremberga. No seu texto sobre “*As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*” (1910, 1915), Freud define a contratransferência como um fenômeno relacional da clínica analítica intimamente vinculado à transferência e considera que reações emocionais inconscientes do analista são um obstáculo tenaz ao avanço do tratamento analítico, do qual o último deverá libertar-se a fim de não influenciar o tratamento psicanalítico. Realça, ainda, a importância da análise pessoal para o manejo da contratransferência. Nesta linha de pensamento Ferenczi (1928), considerado por muitos autores o precursor da perspectiva contemporânea sobre a contratransferência (Lagache, 1980) realça a possível interferência dos sentimentos pessoais do analista na sua resposta às fantasias e emoções projetadas transferencialmente pelo paciente. Para este autor (1928) é importante que o terapeuta esteja atento aos seus próprios sentimentos, na “escuta” empática do paciente em sessão.

Heimann (1950) reforça ainda mais a relevância deste fenômeno inconsciente ao considerar que a sua identificação e posterior elaboração constituem a ferramenta de trabalho mais importante do analista. A contratransferência é entendida como o modo de sentir do analista em relação ao material trazido pelo paciente à sessão e implica o processamento psíquico destes sentimentos pelo analista e o seu reenvio ao paciente devidamente elaborados e transformados. Segundo Heimann (1950) o prefixo “contra” vai para além da ideia de oposição, já que inclui a respostas emocional do analista em relação ao seu paciente. Para além disso, a possibilidade de o terapeuta conter e analisar os sentimentos, afetos e fantasias transferidos pelo paciente enriquece a sua capacidade interpretativa, já que os terapeutas que ignoram ou iludem os sentimentos contratransferenciais acabam por interpretar de um modo pobre e superficial o material trazido pelo paciente a sessão. Para que tal não aconteça, é preciso aceitar os sentimentos em relação ao paciente por mais perturbadores que possam apresentar-se na mente do analista. (Heimann, 1950)

Outra contribuição relevante para o desenvolvimento deste conceito, surgiu através de Racker (1960) ao introduzir os conceitos de contraidentificação projetiva concordante e complementar. O primeiro conceito refere-se à identificação inconsciente do terapeuta a um aspeto significativo do *Self* do paciente, enquanto que o segundo envolve a identificação projetiva a alguma característica não elaborada psiquicamente pelo paciente e inconscientemente externalizada na pessoa do terapeuta.

## **A interpretação da transferência**

Freud define a interpretação como “o caminho que a compreensão do analista percorre para ir do conteúdo manifesto às ideias latentes. A interpretação é o instrumento que torna consciente o inconsciente”.(Etchegoyen,1989, p.183)

Para Freud a interpretação devia aproximar a realidade externa da psíquica do analisando (procurar o passado no aqui e agora da sessão). O ato de interpretar implica uma conexão entre o “sintoma” atual (fantasia consciente) e as experiências anteriores (simbolizáveis) em termos de conflito precoce (pré-edípico) ou infantil. (Farate, 2012)

Para Klein (1946) a interpretação de transferência, tanto negativa como positiva, deverá ser efetuada no “aqui e agora” da sessão terapêutica. É neste contexto que a fantasia inconsciente revela as angústias primitivas da mente infantil (regressiva) do paciente, que só poderão ser aliviadas e secundariamente resolvidas através de uma intervenção esclarecedora do analista, suscetível de mudar a relação com uma realidade psíquica particularmente constrangedora.

Esta autora considera que a interpretação da transferência é crucial no processo psicanalítico, já que a demora em interpretar os conteúdos inconscientes externalizados na sessão poderá acentuar a angústia e as resistências do paciente ao tratamento.

Na mesma linha teórico-clínica de Klein, Heimann entendia que a interpretação da transferência tinha uma função perceptiva (já que se dirige ao *ego* do paciente). Para esta psicanalista, o ato de interpretar constitui um esclarecimento gerador de *insight* para o paciente.

Também para Loewenstein (1951) a interpretação é uma explicação que o analista dá ao paciente com a finalidade de lhe provocar as mudanças que conduzam ao *insight* (Etchegoyen,1989).

Ao longo do seu trabalho analítico Winnicott (1960) foi ficando cada vez mais interessado nos sentimentos presentes na sessão que participam da formulação da interpretação. Para este psicanalista tudo o que emerge na sessão deve ser cuidadosamente analisado, para cumprir o que ele entende como a função principal da interpretação: diferenciar a figura do analista experienciada transferencialmente como *objeto subjetivo* da pessoa do analista, isto é, do *objeto objetivo*. Ao fazer esta diferenciação, a interpretação ajuda o paciente a separar o que aconteceu no passado daquilo que está a acontecer no “aqui e agora” da sessão. Ainda assim, o material psíquico deve ser corretamente selecionado, a fim de que a interpretação transferencial seja concisa e simples, já que para a interpretação faça

sentido é necessário que analista e paciente trabalhem em conjunto para a produzir, ainda que seja o analista a fazer a interpretação.

A análise da contratransferência é também necessária, para que os sentimentos pessoais do analista não entrem o processo de cura do analisando. A tomada de consciência das resistências e dos afetos contratransferenciais vai permitir ao analista compreender aquilo que o paciente lhe transmite. Para isso é necessário que o analista esteja sujeito a um trabalho de autoanálise e de supervisão, no que diz respeito à parte do seu inconsciente que é implicada na inter-relação com o paciente.

Em função da problemática definida para o projeto de investigação em que este estudo se baseia, definimos os seguintes objetivos empíricos:

1. Identificar as características e o momento de emergência na sessão psicoterapêutica da transferência, da contratransferência e da interpretação da transferência, através da análise do material clínico das sessões em processo de supervisão;
2. Analisar as diferenças na expressão destas 3 variáveis em duas modalidades diferentes de tratamento psicanalítico que, no caso deste estudo, são a psicoterapia em face-a-face e a psicoterapia em divã, conduzidas por terapeutas com a mesma formação teórica e experiência clínica sobreponível. Compreender como estes conceitos estão a ser utilizados por psicoterapeutas psicanalíticos, a fim de aprofundar o conhecimento sobre como ela se manifesta na prática clínica.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo empírico qualitativo sobre o material narrativo, registado em áudio, de um processo de supervisão em grupo que decorreu em *setting* privado durante 1 ano.

## **Participantes**

Participaram no processo de supervisão quatro clínicos com formação psicanalítica e com larga experiência clínica em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica e um psicanalista titular com funções didáticas (Supervisor).

A partir da aplicação da versão em língua portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire* (Thld, Sandell et al.) aos clínicos participantes e da versão em língua portuguesa do *Clinical Data Form* (CDF, Westen et al.) aos pacientes é possível apresentar a seguinte caracterização para as díades em análise neste estudo

### **Díade A (Terapeuta A / Paciente A)**

Dados da Terapeuta:

Idade – 36 anos

Género – F

Anos de trabalho (experiência) – 12 anos

Anos terapia pessoal – 7 anos

Orientação teórica – Psicanálise

Dados da Paciente:

Idade – 26 anos

Género – F

Tempo de tratamento – 40 meses

Habilitações literárias – Formação Superior (Licenciatura)

Avaliação global de funcionamento – Sintomas graves / Problemas recorrentes

Nível habitual de funcionamento personalidade – Problemas significativos em viver a sua vida

Qualidade das relações românticas – Pobres / Pouco estáveis

Qualidade das relações de amizade – Relativamente próximas / Razoavelmente estáveis

Diagnóstico (DSM IV-R) – Perturbação mista de ansiedade e depressão

### **Díade B (Terapeuta B / Paciente J)**

Dados da Terapeuta:

Idade – 40 anos

Género – F

Anos de trabalho (experiência) – 18 anos

Anos terapia pessoal – 10 anos

Orientação teórica – Psicanálise

Dados da Paciente:

Idade – 25 anos

Género – F

Tempo de tratamento – 84 meses

Habilitações literárias – Formação Pós-Graduada (mestrado / doutoramento)

Avaliação global de funcionamento – Sintomas graves / Problemas recorrentes

Nível habitual de funcionamento personalidade – Problemas significativos em viver a sua vida

Qualidade das relações românticas – Muito pobres / Instáveis ou ausentes

Qualidade das relações de amizade – Pobres / Baixa capacidade de manter uma amizade

Diagnóstico (DSM IV-R) – Anorexia, tipo restritivo

### **Protocolo de Investigação**

A recolha de dados foi realizada a partir da transcrição de sessões registadas em áudio, com duração média de 90 minutos cada. Todas as sessões foram gravadas em áudio, com o prévio consentimento dos participantes e com a garantia de anonimato dos apresentadores e dos pacientes envolvidos nas sessões.

O processo de supervisão seguiu o seguinte protocolo: 1) No início da sessão era distribuído um documento com o material escrito a ser apresentado a supervisão ao supervisor e aos clínicos em supervisão; 2) O apresentador fazia a leitura do material previamente transcrito; 3) O supervisor e os outros clínicos em supervisão colocavam questões sobre aquilo que o apresentador sentiu e como compreendeu o material da sessão; 4) No final o supervisor procedia a um comentário final sobre a sessão em supervisão

A partir da transcrição das sessões, os dados foram analisados de acordo com os 3 temas de análise relacionados com os objetivos definidos para o estudo: Transferência (TRF), Contratransferência (CTRF), interpretação da transferência (INT TRF).

## **Modelo de análise**

Foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial para a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação, tendo por base as narrativas produzidas a partir da transcrição das sessões de supervisão em análise para cada uma das díades em estudo.

De uma maneira geral, podemos dizer que a análise de conteúdo está entre dois polos: o desejo de rigor e a necessidade de descobrir, de ir além das aparências. Para Bardin (1977) ela possui duas funções:

1. Uma função heurística: enriquece a exploração e aumenta a possibilidade da descoberta;
2. Uma função de «administração da prova», já que há um conjunto de hipóteses (que servem de diretrizes) para serem verificadas;

Como referimos acima, neste projeto foi efetuada a análise do discurso da paciente e terapeuta em ambiente psicoterapêutico a partir da sua supervisão em contexto de pequeno grupo especializado

Seguindo o método de Bardin (1977), a organização da análise foi efetuada em três etapas:

1. A pré-análise: a fase de organização propriamente dita, cujo objetivo foi sistematizar as ideias iniciais. Nesta etapa escolheram-se os documentos (gravações) a serem submetidos à análise;
2. A exploração do material – todo o trabalho de análise e categorização do material (enumeração)
3. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação – tratar os resultados em bruto de forma a serem válidos. Com resultados significativos e fiéis foi possível adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos.

## **Conceitos operativos para cada uma dos temas (variáveis) em análise**

**Transferência:** Caracterizada como “situação total” (M. Klein), inclui a “neurose de transferência” e a transferência atual, em que sentimentos, emoções, atitudes e experiências passadas, se referem à fantasia objetal inconsciente projetada pelo paciente no terapeuta. Engloba todos os aspetos inconscientes da relação analítica, incluindo a comunicação não-verbal.

**Contratransferência:** caracterizada pelos sentimentos, atitudes e associações do terapeuta em reação às comunicações e comportamentos do paciente, é um instrumento psíquico que, quando devidamente utilizado, possibilita a compreensão dos processos inconscientes em causa em uma determinada sessão terapêutica (Heimann, 1950)

**Interpretação da transferência:** caracterizada pelas intervenções do analista que pretendem objetivar e tornar compreensivas para o paciente, as fantasias inconscientes que ele projeta transferencialmente no analista

### **Categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo**

As categorias são operações de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e reagrupadas por subcategorias, com critérios pré-definidos. A “categorização tem como primeiro objetivo (da mesma maneira que a análise documental) fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 1977, p.146-147).

As categorias foram construídas para que não pudessem existir em mais de uma divisão, ou seja, o mesmo elemento não podia ser classificado em várias categorias. Esta grelha de análise apresenta ainda subcategorias temáticas e as unidades de registo (recortes a nível semântico) que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização.

### **Apresentação e análise dos resultados**

Para a apresentação e análise de resultados foram criadas “minitabelas” para as sessões de supervisão em análise para cada uma das díades (A tabela completa, bem como a narrativa da sessão terapêutica a que se refere, poderão ser consultadas em “Apêndices”)

## Díade A (1.<sup>a</sup> sessão em análise)

**Tabela 1:**  
Contratransferência

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Contratransferência	Modo de Expressão		<b>Racionalização defensiva</b>
			Sessão de supervisão
			<i>“E realmente para mim há uma dificuldade de horário, eu tenho de ir muito cedo para lá”</i>
			<b>Preocupação</b>
			Sessão terapêutica
		<b>Pensamentos</b>	<i>“Talvez assustado com as suas mudanças”</i>
		<b>Rememoração em associação livre</b>	
		Sessão de supervisão	
		<i>“Lembrei logo de uma cena de um filme, neste novo tema ou neste desvio no final da sessão...Lembrei-me de sapatos vermelhos de salto alto clássicos de senhora, e de uma personagem de um filme que os colecionava como um fetiche”</i>	
		<b>Acting-out factual</b>	
		Atraso de vinte minutos na chegada da PSY à sessão (que se segue à alteração do <i>setting</i> )	
	<b>Ações</b>	<b>Inibição da ação</b>	
		<i>“Acho que aqui devia ter perguntado porque acha que ficava assustado...mas ela também continuou...pronto”</i>	

A análise estrutural visa permitir inferências sobre a organização do pensamento de fonte implicada no discurso que se pretende estudar. (Vala, 1986)

Nesta tabela a afirmação da “insatisfação” da paciente em relação ao seu atraso, pode ser compreendida como a expressão contratransferencial do receio de uma excessiva proximidade homossexual amorosa com a paciente e reforça a natureza de racionalização defensiva atribuível à explicação pela “dificuldade de horário”. Podemos inferir que a PSY está envolvida em um “*enactment*” contratransferencial com a paciente do qual não se dá conta e que “aligeira” pela racionalização defensiva “e entretanto ela veio a querer vir semanal e eu fiquei contente”. Por outro lado, estamos perante uma situação que pode ser tomada como uma resposta contratransferencial da PSY (Sandler,1973) em provável identificação projetiva à dificuldade da “mãe interna” da paciente em lidar com a

aproximação homossexual (amorosa e estruturante da sua sexualidade feminina) em um momento da sessão em que a transferência materna de A é identificável.

**Tabela 2:**  
Transferência

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registro
Transferência	Modo de Expressão	Pensamentos	<b>Preocupação</b> “Olhe, ontem estive a pensar nisto de ser meia fóbica”
	Tipo	Amorosa	“Pensei no casamento e, se por um lado, gostava muito de casar, é um sonho que sempre tive. Por outro lado, começo a pensar, e <b>quanto mais penso, fico aflita, sufocada</b> ”
	Configuração	Implícita e referida à relação terapêutica	“Ai não sei! Isto das relações é muito complicado! Como é que as pessoas fazem para estar juntas muitos anos? (Olha para a terapeuta)”

A paciente partilha com a PSY uma ansiedade claustrofóbica “Olhe, ontem estive a pensar nisto de ser meia fóbica”. O desenvolvimento de resistências, em este caso de natureza transferencial, indicam uma tentativa da paciente se defender da ansiedade claustrofóbica, provocada pelo receio de uma proximidade excessiva da terapeuta. Refira-se que as defesas psíquicas em causa são egóicas, sendo mobilizadas pela transferência amorosa no feminino que envolve o par terapêutico. Aliás, os comentários de A. em redor deste momento transferencial (que, também é verdade, dá conta da firme aliança terapêutica entre ambas) ilustram bem o caráter psicologicamente estruturante desta fase da sessão “Ai não sei! Isto das relações é muito complicado”, ou ainda “(...) Como é que as pessoas fazem para estar juntas muitos anos? (olhando para a terapeuta)”.

Com efeito, é a transferência positiva, que autoriza A. a “ocupar-se” de uma reflexão sobre a organização da libido sexual em relação marital adulta, sem vínculo erotizado, o que é coerente com o tema central da sessão, e, como é natural, o momento sentimental da vida da paciente que lhe subjaz. Importa reforçar, mais uma vez, a importância da análise da transferência pelo terapeuta, a fim de poder aproveitar todas as possibilidades de trabalho psíquico “abertas” pela psicoterapia psicanalítica.

**Tabela 3:**

**Interpretação da Transferência**

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores e Unidades de registo</b>
<b>Interpretação Transferencial</b>	<b>Tipo</b>	<b>Parcial</b>	<i>“Hoje a A começou a falar do seu lado fóbico, e parecia fóbica da terapeuta(...)”</i>
	<b>Natureza</b>	<b>Compreensiva</b>	<i>“É como se precisasse de uma certa distância de segurança em relação aos outros, como se tivesse medo de, se estiver muito perto dos outros, se descontrolar ou se desorganizar”</i>
	<b>Objetivo</b>	<b>Manutenção do “setting”</b>	<i>“(...)e parecia fóbica da terapeuta, até me disse que estava muito perto, ao género: “chegue-se para lá...xó xó já está muito perto!” Até ajustei a cadeira, como deve ter reparado...”</i>

A interpretação dos sintomas, neste caso transferenciais, não remete para um acontecimento único, a sua forma é em função de um conjunto de fatores que remontam à infância. Por esta razão o trabalho analítico não deve tentar resolver os sintomas um a um, mas abordá-los no contexto do estado psíquico do paciente em sessão.

Com efeito, a intervenção da PSY, “É como se precisasse de uma certa distância de segurança em relação aos outros, como se tivesse medo de, se estiver muito perto dos outros, se descontrolar ou se desorganizar”, configura uma interpretação da transferência “a dois tempos”, embora o segundo tempo, que é propriamente o “tempo” em que o comentário da paciente e a reação da PSY são significados, perca em grande medida a dimensão de interpretação transferencial, já que se dilui em uma referência à relação com os outros e ao medo, algo indiferenciado, de “se descontrolar ou se desorganizar” que contrasta com a “entrada” no 1º tempo “parecia fóbica da terapeuta, até me disse que estava muito perto, ao género: “chegue-se para lá...xó xó já está muito perto! Até ajustei a cadeira, como deve ter reparado” em que a aproximação à tomada de consciência do “*enactment*” homossexual amoroso, entre A e a PSY parece estar prestes a “emergir”, o que autoriza a que possa ser atribuído um caráter defensivo a esta intervenção da terapeuta

## Díade A – 2.<sup>a</sup> sessão em análise

**Tabela 4:**

### Contratransferência

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Contratransferência	Modo de expressão	Ações	<b>Acting-out verbal (coloquial)</b>
			PSY retorque, em tom coloquial <i>“Uma namorada”</i> à injunção de A. <i>“Talvez o melhor era viver com uma mulher, assim não vivia sozinha, mas tinha a minha liberdade”</i> <i>“Essas não se interessam por homens, você interessa-se, até gosta de dois”</i> <i>”Bem, não era bem uma namorada. Mais como aquelas irmãs que vivem juntas a vida toda, não casam, não têm filhos, sabe?”</i>
	Tipo	Homossexual regressiva	A PSY responde: <i>“De certa forma tem. Desta maneira não perde um, nem o outro”</i> em tom coloquial ao comentário (jocosos) de A.  <i>“Pois é! Gostava de poder ter os dois”</i>
	Configuração	Implícita e referida à relação terapêutica	Comentário da PSY em final de sessão <i>“Costuma-se dizer que é aos quarenta(...) A os vinte você queria estar só com o seu namorado, agora sente-se diferente, e está a questionar as coisas, são fases diferentes...”</i> em resposta coloquial à pergunta (jocosa) de A <i>“Ah, quer dizer que aos trinta se pensa em outros homens?”</i>

A contratransferência que se estabelece resulta da comunicação inconsciente entre as mentes de terapeuta e paciente. Trata-se, neste caso, de uma contratransferência direta (na definição de Racker) já que é a relação, simultaneamente psíquica e interpessoal, com a paciente que a mobiliza.

“Uma namorada” estamos perante um *acting-out* contratransferencial da PSY que “omite” a escuta inconsciente do desejo do lado adulto/analísante de A. em estabelecer uma relação homossexual estruturante com uma PSY-mulher-mãe edipiana e “resvala” para um *enactment* transferencial-contratransferencial ao retorquir “uma namorada” ao comentário de A. “talvez o melhor era viver com uma mulher”. Este *enactment* vai manter-se até ao final da sessão, quando a terapeuta, em tom coloquial, refere que “Costuma-se dizer que é aos quarenta... (com humor). Aos vinte você queria estar só com o seu namorado, agora sente-se diferente, e está a questionar as coisas, são fases diferentes (tom sério)”.

**Tabela 5:**  
Transferência

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Transferência	Modo de Expressão	Pensamentos	Clivagem e repressão da parte adulta do Self em “enactment” com a PSY
			Sessão terapêutica
	Tipo	Homossexual estruturante	“(...)Parece que preciso dos dois. O Carlos é a estabilidade, a cumplicidade, o amor, o estar juntos...O Luís é mais o sonho, a aventura, a ambição. Com o L. aprendo sempre algo novo, ele fala dos pacientes. Eu gosto muito de o ouvir. Ele também diz que aprende comigo. Ele é mais descontraído, faz o que lhe apetece (...)”
			Sessão terapêutica
Configuração	Implícita e referida à relação terapêutica	“Talvez o melhor era viver com uma mulher, assim não vivia sozinha, mas tinha a minha liberdade”	
		“Não. Se lhe disser acho que ele vai gostar menos de mim” (referindo-se à possibilidade do Carlos/ da PSY “Carlos” tomar conhecimento do “devaneio” amoroso com o lado infantil/ PSY “Luís” coloquial da sua mente)	
			“Talvez o melhor era viver com uma mulher, assim não vivia sozinha, mas tinha a minha liberdade”

O “enactment” é um fenómeno inconsciente, neste caso da paciente, que visa forçar a psicoterapeuta a sentir as suas configurações internalizadas, ou seja, tenta levar a analista a comportar-se de tal forma que o seu ato confirme uma fantasia transferencial. Trata-se da união do inconsciente da paciente com a do psicoterapeuta que tem lugar durante a análise de uma situação regressiva. Nesta análise, existem momentos de enamoramento, que reproduzem as relações objetais características da triangulação edípica.

“Talvez o melhor era viver com uma mulher, assim não vivia sozinha, mas tinha a minha liberdade”. A paciente refere-se inicialmente a 2 partes suas – a parte “Carlos” e a parte “Luís” – a primeira deseja um aprofundamento da relação com a PSY, “aprender” a intimidade de mulher, resolver a difícil identificação homossexual à mãe e a segunda – a parte “Luís” - preferindo uma relação casual e coloquial em que se fale de curiosidades, se tirem dúvidas sobre a sexualidade, num registo adolescente. Nesta sessão, a paciente deseja estar com a PSY- Carlos, mas receia “sufocar” e, deste modo, falta a sessões anteriores e

“acomoda-se” defensivamente a uma relação com a PSY- Luís, companheira de curiosidades e esclarecedora de dúvidas sobre amores, traições e histórias de namoros. Curioso, o “*enactment*” que a terapeuta sustenta com o *Self* adolescente de A, ao “assumir” psiquicamente o papel de uma “PSY- Luís” em cumplicidade adolescente com a paciente durante a maior parte desta sessão. Podemos, então, considerar que “Luís” representa psiquicamente, para A, a parte regressiva (adolescente) da sua mente que, nesta fase do tratamento psicanalítico, ainda tenta impedir a necessária emergência da parte designada de “Carlos”, representando, esta última, um *Self* adulto capaz de se identificar de um modo cúmplice, feminil e pós-edípiano, à PSY mulher-adulta com quem está em relação terapêutica

### Díade B – sessão em supervisão

**Tabela 6:**

#### Contratransferência

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Contratransferência	Modo de Expressão	Pensamentos	<b>Exercício metafórico reflexivo</b> <b>Sessão de supervisão (SS)</b> <i>“à medida que a ouço a descrever a doença do avô em J., nos seus sintomas alimentares, na sua notória deterioração física e no fantasma da debilitação incapacitante e mesmo de morte a ela associados...”</i>
			<b>Sessão terapêutica (ST)</b> <i>“É uma situação muito difícil para todos. Lidar com a doença desperta sentimentos de impotência, raiva e culpabilidade”</i>
	Tipo	<b>Contraidentificação concordante ao ego da paciente</b>	<i>“É uma situação muito difícil para todos(...)”</i>
	Configuração	<b>Explícita e não referida à relação terapêutica</b>	<b>Racionalização defensiva</b> <i>“(...)Lidar com a doença desperta sentimentos de impotência, raiva e culpabilidade” (em reação à injunção culpabilizante do pai referida por J em sessão)</i>
	Polaridade	<b>Negativa</b>	

Racker (1953) distinguiu dois tipos de contratransferência, segundo a forma de identificação: a contratransferência concordante, em que o analista se identifica ao seu ego do paciente, e a contratransferência complementar, na qual o analista se identifica a um objeto interno do paciente, ou, pelo menos, a um aspeto dele.

O comentário da PSY na sessão de supervisão “à medida que a ouço a descrever a doença do avô penso em J., nos seus sintomas alimentares, na sua notória deterioração física e no fantasma da debilitação incapacitante e mesmo de morte a ela associados...”, deverá ser relacionado com a fantasia pré-sessão da morte do avô de J com uma doença incurável, induzida pela falta de J à sessão anterior. Nesta fantasia contratransferencial a fantasia da morte possível de J, sobretudo se o avô-lado anoréxico e depressivo-paranoide continuar ativo na sua mente. Por outro lado, poderá ser compreendida como uma contratransferência da PSY “mobilizada” pelo desejo de ver “morrer” a J. anoréxica, depressiva-paranoide que ataca o vínculo e culpabiliza a PSY.

Podemos concluir que a contraidentificação desta PSY com a paciente é concordante, já que é identificável a sensibilidade da PSY ao sentimento de culpa de J “É uma situação muito difícil para todos. Lidar com a doença desperta sentimentos de impotência, raiva e culpabilidade”.

### Tabela 7:

Transferência (início da sessão)

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Transferência Início da sessão	Modo de Expressão	Sentimentos	<b>Ansiedade psicossomática de desintegração</b> “Não me tenho sentido nada bem... não sei por onde começar (...) é como se tivesse tudo espalhado pelo chão. Não sei o que sinto e nem tenho pensado em nada... Desliguei-me de mim...Sinto-me mal, uma coisa aqui (aponta para o peito). Não me sinto bem em lado nenhum”
		Pensamentos	<b>Fatual-operatório</b> “Tem sido muito difícil... parece que passou muito tempo desde que aqui vim(...)
	Tipo	Materna primária	<b>Sentimento de desamparo</b> “Tem sido muito difícil... parece que passou muito tempo desde que aqui vim(..)Sinto-me mal, uma coisa aqui (aponta para o peito). Não me sinto bem em lado nenhum”

Neste início de sessão há uma “queixa” transferencial da paciente em relação ao “esteio” narcísico e objetal que é inconscientemente projetado na (atribuído à) PSY, como objeto externo, que J parece ter dificuldade em internalizar de um modo estável. A narrativa do início de sessão desta paciente parece, por outro lado, dar conta da função de suporte da

integridade narcísica do *Self* (sob o modo do “re-entretecer” de um retículo psicossomático “fragmentado”) que é assegurado pela PSY

Por outro lado, é marcado o caráter regressivo do agir da paciente em início de sessão, em aparente “fixação” a um sentimento de “falha” de esteio objetal do objeto de amor primário. Assim sendo, o episódio transferencial, do tipo materno primária, configura a sobreposição de passado e presente em que o “lá e então” é repetido transferencialmente no “aqui e agora” da sessão “Tem sido muito difícil... parece que passou muito tempo desde que aqui vim (...) Sinto-me mal, uma coisa aqui (aponta para o peito)”.

### Tabela 8:

Transferência (meio da sessão)

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Transferência meio da sessão	Modo de Expressão	Ações	<b>Agir comportamental reativo</b> <i>“mesmo com a minha mãe, ela passa o dia fora(...)quando ela chega e quer ser ela a dar-lhe de comer e a ajudar, eu não deixo”</i>
			<b>Agir verbal reativo</b> <i>“mesmo com a minha mãe(...)digo-lhe “chega-te para lá, tu não estiveste aqui por isso agora não venhas”</i>
	Tipo	Materna primária	<b>Indignação</b> <i>“mesmo com a minha mãe, ela passa o dia fora(...)quando ela chega e quer ser ela a dar-lhe de comer e a ajudar, eu não deixo”</i>
			<b>Ataque ao vínculo</b> <i>“(...)chega-te para lá, tu não estiveste aqui por isso agora não venhas”</i>
Polaridade	Negativa		

Nesta sessão identificamos dois indicadores de agir reativo: um comportamental “mesmo com a minha mãe, ela passa o dia fora (...) quando ela chega e quer ser ela a dar-lhe de comer e a ajudar, eu não deixo” e um verbal “chega-te para lá, tu não estiveste aqui por isso agora não venhas”. Trata-se de uma transferência negativa de tipo materno, identificável pela referência à mãe-psicoterapeuta “ausente” dos cuidados ao avô debilitado-parte doente e debilitada da mente de J. Com efeito, é a PSY psicoterapeuta “ausente” que parece ser o “alvo” da projeção do lado depressivo-anoréxico da paciente, muito “ativo” em início de sessão, sob o modo do ataque culpabilizante ao vínculo primário com a PSY.

**Tabela 9:**

Transferência (fim da sessão)

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
			<i>Agir comportamental reativo</i>
	Modo de Expressão	Ações	“Não quero nada que seja Natal, por mim não se fazia <b>nada</b> ”
Transferência final da sessão	Tipo	Materna edipiana	“Se já nós as três era difícil preparar tudo, quanto mais a tratar do meu avô...”
	Polaridade	Negativa	Ataque ao vínculo

Em comentário à injunção da paciente, a PSY recorda, em sessão de supervisão, que a morte de um outro familiar que habitava com a família “aconteceu na puberdade da paciente e coincide com o início da sintomatologia de J. E ela faz esta associação sempre, que foi a partir daí”. Este comentário parece dar conta da sensibilidade reflexiva da PSY à origem da angústia projetivamente transferida para si, no papel imaginário da “mãe interna” de J.

Finalmente o conteúdo da fantasia anti-natalícia de J parece reenviar à manobra psíquica regressiva do seu lado anoréxico que, por um lado e no plano simbólico, “rejeita” a mãe primária frustrante ao recusar o Natal, por outro, se mantém em um registo primitivo, no caso desta sessão em vértex esquizo-paranoide, que impede a evolução para a triangulação edipiana (“Se já nós as três era difícil preparar tudo(..)quanto mais a tratar o meu avô”, reenviando esta última injunção para o difícil tratamento do seu lado anoréxico-avô debilitado no contexto desta psicoterapia)

**Tabela 10:**

Interpretação da transferência (início da sessão)

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores e Unidades de registo</b>
<b>Interpretação Transferencial</b> Início da sessão	<b>Tipo</b>	<b>Parcial</b>	<i>“Sentiu falta deste espaço, sentiu falta da analista que a tem ajudado a sentir e a pensar sobre o que se passa consigo. Sentiu-se só. Como se na ausência tudo ficasse espalhado, sem lugar”</i>
	<b>OBJETIVO</b>	<i>Alívio da angústia de separação “arcaica” da paciente</i>	<i>“(…)Sentiu falta deste espaço(…)Sentiu-se só. Como se na ausência tudo ficasse espalhado, sem lugar...”</i>
	<b>Natureza</b>	<b>Compreensiva</b>	<i>“Sentiu falta deste espaço, sentiu falta da analista que a tem ajudado a sentir e a pensar sobre o que se passa consigo”</i>
	<b>Configuração</b>	<b>Explícita e referida à relação transferencial</b>	

“Sentiu falta deste espaço, sentiu falta da analista que a tem ajudado a sentir e a pensar sobre o que se passa consigo. Sentiu-se só. Como se na ausência tudo ficasse espalhado, sem lugar”, trata-se de uma interpretação da transferência parcial, já que se refere à significação psíquica do sentimento de falta da PSY no “aqui e agora” da sessão, sem fazer referência ao “*inscriptio*” precoce da angústia primitiva exteriorizada pela paciente em início da sessão.

Durante a análise o passado vai sendo revivido e quanto mais a paciente mergulha no seu inconsciente, maior é a compreensão da transferência. Para Klein (1946) a análise deve ir aos níveis mais primitivos da mente, porque desta forma o analista pode captá-los e, deste modo, ajudar o paciente a processá-los psiquicamente. O objetivo psíquico prioritário desta sessão parece ser, aliás, promover o alívio da angústia de separação “arcaica” de J.

**Tabela 11:**

Interpretação da transferência (fim da sessão)

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores e Unidades de registo
Interpretação Transferencial fim da sessão	Tipo	Parcial	“Como aqui comigo, terça-feira, ao desmarcar a sessão(...)Mesmo sentindo que é pesado o que tem passado e que precisa deste espaço, fica zangada e não me deixa ajudar”
	OBJETIVO	Promover insight na paciente	“(…) Mesmo sentindo que é pesado o que tem passado e que precisa deste espaço, fica zangada e não me deixa ajudar”
	Natureza	Confrontativa	”Mesmo sentindo que é pesado o que tem passado e que precisa deste espaço, <b>fica zangada e não me deixa ajudar</b> ”
	Configuração	Explícita e referida à relação transferencial	“Como aqui comigo, terça-feira, ao desmarcar a sessão. Estava zangada por eu não ter estado”

“Como aqui comigo, terça-feira, ao desmarcar a sessão. Estava zangada por eu não ter estado. Mesmo sentindo que é pesado o que tem passado e que precisa deste espaço, fica zangada e não me deixa ajudar”, estamos perante uma interpretação da transferência parcial, cujo objetivo é promover *insight* na paciente.

Para Bion (1975, *cit in* Amaral Dias, A Psicanalise em tempo de mudança contribuições teóricas a partir de Bion, p.57) “a capacidade de *rêverie* no analista é...um fator de crescimento emocional...desde que colocada no meio mental onde um determinado modo de transformar (e escutar) se passa”. Esta capacidade de *rêverie* é uma qualidade que o analista tem de “sonhar acordado”. A função “continente” da PSY, em modo reflexivo, dá conta da ativação da função  $\alpha$  da psicoterapeuta, “barreira de contato” significativa na transformação da “tela  $\beta$ ” da paciente em significantes pensáveis (elementos  $\alpha$ ) cujo objetivo é a mudança do *vértex* dominante da mente de J, neste caso a passagem do *vértex* esquizo-paranoide para o *vértex* depressivo. Trata-se, muito em particular, de um momento final da sessão em que o crescimento emocional de J é claramente estimulado pela PSY.

## Discussão e Conclusões

O título e o tema desta dissertação decorrem da sua inscrição teórica e empírica no projeto de investigação “Transferência, contratransferência, interpretação da transferência em processo de supervisão”, de que este estudo constitui uma das linhas de investigação.

Do ponto de vista teórico fazemos uma breve revisão da evolução destes conceitos ao longo da história da psicanálise, para uma melhor identificação das características e do momento em que emergem na sessão psicoterapêutica.

A transferência refere-se, ao fenómeno do deslocamento sobre o terapeuta de ideias, complexos e fantasias inconscientes do paciente. Na psicanálise, a pessoa do analista torna-se, inconscientemente e de forma gradual, o foco da projeção transferencial de sentimentos, afetos, fantasias e emoções originariamente dirigidas aos objetos internos mais significativos da vida psíquica do paciente: mãe, pai, os irmãos e outras figuras marcantes da sua vida.

Na relação analítica, o terapeuta também sente afetos, rejeição e tédio, em relação ao que o paciente fala e projeta nele (transferência). Por outro lado, o paciente ao procurar o alívio do seu sofrimento junto do analista, está à procura de compreensão, aceitação e afeto. Assim, as intervenções do psicoterapeuta devem ter como objetivo inicial estabelecer uma relação empática com o paciente. É importante que o terapeuta recorra ao *insight* dirigido à fantasia inconsciente do paciente.

O terapeuta tem de estar habituado a pensar e repensar a relação com o paciente em processo de supervisão. A contratransferência, quando percebida pelo terapeuta, torna-se um valioso instrumento que ajuda a compreender melhor o que está a acontecer na relação inconsciente com o paciente e, em última análise, na mente deste último e que constitui manifestação externalizada do seu sofrimento psíquico.

Os dados deste estudo confirmam a importância da utilização pertinente desta ferramenta terapêutica. Com efeito, algumas intervenções dos terapeutas parecem dar conta de dúvidas e de interrogações em relação à sua contratransferência: “Acho que aqui devia ter perguntado porque acha que ficava assustado...mas ela também continuou...pronto” (díade A sessão 1).

Para uma melhor análise das diferenças na expressão da Transferência, Contratransferência e Interpretação da Transferência em psicoterapia face-a-face e em divã, procedemos a uma análise do material clínico das sessões em processo de supervisão, sendo possível obter um conjunto muito interessante de dados.

A transferência e a contratransferência surgiram desde o início da sessão, em qualquer modalidade de tratamento (psicoterapia em divã e em face a face).

A temporização, a identificação (pré-consciente) e o reconhecimento da contratransferência foram diferentes em cada modalidade de tratamento. Verifica-se que a identificação e reconhecimento da contratransferência foram mais rápidas e eficazes na psicoterapia em divã do que na psicoterapia face-a-face. Na psicoterapia em face-a-face a identificação pré-consciente só ocasionalmente foi seguida pelo seu reconhecimento consciente.

Esta confirmação aplica-se também à identificação e ao reconhecimento da transferência, embora aqui as diferenças entre as duas modalidades de tratamento, sejam menos significativas. Na psicoterapia em face-a-face a identificação da transferência dá lugar com maior frequência ao seu reconhecimento consciente.

Apesar da controvérsia acerca da definição de contratransferência, este estudo permite concluir que a fantasia inconsciente do paciente influencia a do terapeuta, e vice-versa.

A contratransferência torna o terapeuta mais responsável pelo seu trabalho. Ele não fica à margem do processo, pelo contrário, participa dele.

Na interpretação da transferência é diferenciada a interpretação parcial (o “aqui e agora” da sessão) da interpretação completa (a retrospeção psíquica reconstrutiva das ideias, emoções e sentimentos transferidos para o terapeuta). A interpretação parcial é mais frequente na psicoterapia em divã do que na psicoterapia em face-a-face.

Nesta distinção entre psicoterapia em divã e psicoterapia face-a-face, a primeira parece favorecer mais a regressão psíquica que a segunda, o que influencia mais a qualidade do que a intensidade da (necessária) dependência do paciente relativamente ao analista.

Concluiu-se que os psicoterapeutas que participaram do estudo tiveram em consideração os sentimentos e significados inconscientes do que ocorre na díade terapeuta-paciente, e que a pessoa do psicoterapeuta, embora importante no processo psicoterapêutico, deverá ser diferenciada das fantasias projetadas transferencialmente pela mente regressiva do paciente em tratamento.

Entendemos que estudos deste tipo, isto é, baseados na análise empírica qualitativa do processo de supervisão, deveriam interessar outros domínios teóricos da psicologia clínica e da psicoterapia.

Com efeito, a psicoterapia continua a ser um instrumento fundamental para o terapeuta compreender melhor o seu funcionamento psicológico e os processos em ação na mente do paciente e os mecanismos que influem na transferência e na contratransferência.

Finalmente as tabelas de análise de conteúdo são um dos pontos fortes deste projeto de investigação. Trata-se de um instrumento de registo e de classificação de formulações verbais, gestos e situações vinculares da sessão analítica. Estas tabelas estão construídas com base em conceitos e teorias desenvolvidas na primeira parte deste trabalho. Os enunciados que categorizam vão desde um simples gesto até a formulações complexas com ideias, sentimentos e ações.

## Bibliografia

- Baranger, L. (1981). *Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70
- Bion, W. R. (1962). *Aprendendo de la Experiência*. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Pshicoanalysis*. London. Karnac Books
- Dias, C. (1998). *A Psicanálise em tempo de mudança contribuições teóricas a partir de Bion*. Porto. Afrontamento
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas
- Farate, C. (2012). *Psicanálise com limites, Psicanálise ilimitada*. Lisboa. Fenda Edições
- Ferenczi, S. (1928). *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora.
- Freud, S. (1969). *Estudos sobre histeria*. Rio de Janeiro. Editora Imago.(trabalho original publicado em 1985)
- Freud, S. (1969a). Transferência. Conferência XXVII. *Sigmund Freud. Obras Completas* (vol. XVI, pp.433-448) Rio de Janeiro. Editora Imago (trabalho original em alemão publicado em 1916-1917)
- Freud, S. (1969b). Transferência. Conferência XXVIII. *Sigmund Freud. Obras Completas* (vol. XVI, pp.449-463) Rio de Janeiro. Editora Imago (trabalho original em alemão publicado em 1916-1917)
- Freud, S. (1969c). Observações sobre o amor transferencial. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). *Sigmund Freud. Obras Completas* (vol. XII, pp. 173-190). Rio de Janeiro. Editora Imago. (trabalho original em alemão publicado em 1914-1915)
- Freud, S. (1969d). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *Sigmund Freud. Obras Completas* (vol. XI, pp.143-156). Rio de Janeiro. Editora Imago. (trabalho original em alemão publicado em 1910)
- Gabbard, G. (1995). *Countertransference: The Emerging Common Ground*. International Journal of Psycho-Analysis, January 1, 1995, Vol. 76
- Grinberg, L. (1995). *A supervisão psicanalítica: teoria e prática*. Rio de Janeiro. Imago
- Grinberg, L. (1997). Is The Transference Feared By The Psychoanalyst?. *International Journal of Psychoanalysis*, 00207578, January 1, 1997, Vol. 78
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 31, 81-84

- Jacobs, T. (1999). Countertransference past and present: a review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 575-594.
- Kernberg, O. (2001). *Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica e Psicoterapia de Apoio*: Revista Francesa de Psicanálise, Psicanálise Contemporânea. São Paulo. Imago Editora.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho Analysis*, 27, 99-110
- Klein, M. (1952). As origens da transferência. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (vol. III). Rio Janeiro. Imago
- Lagache, D. (1990). *A transferência*. São Paulo. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Matos, A. (1985). *A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico*. Revista Portuguesa Psicanálise. Edição dezembro 1985
- Mijolla, A. & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa. Climepsi Editores
- Odgen, T. (1994). *Subjects of analysis*. Londres. Karnac
- Racker, H. (1948). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Racker, H. (1960). *Os significados e usos da contratransferência*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro. Imago
- Sandler et al. (1973). *The patient and the analysis. The clinical framework of psychoanalysis*. Londres. Allen & Unwin
- Sandler, J (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis* 3, 43-48.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1992). *The patient and the analyst*. Londres. Karnac
- Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. São Paulo. Artmed Editora
- Zimmerman, D. E. (2004). *Bion da teoria à prática, uma leitura didática*. São Paulo. Artmed Editora
- Winnicott, D. (1968). Playing: its theoretical status in the clinical situation. *The International Journal of Pshico-Analysis*, 49, 591-599
- Winnicott, D. (1990e). The theory of the parente-infant relationship. In D.W.Winiccot, *The maturational processes and facilitating environment* (p.37-55).Londres. Karnac (trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. (1989b). Objets transitionnels et phénomènes transitionnelles. Em *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Paris. Payot (trabalho original em inglês publicado em 1951)

