

A contratransferência na clínica de crianças em situações extremas¹

Elisabeth Mazon Machado²

Resumo: O presente trabalho busca discutir os fenômenos contratransferenciais na clínica com crianças. Para tanto, foram examinadas diversas concepções teóricas advindas da teoria psicanalítica que tratam desse assunto. O estudo é produto de uma prática desenvolvida com crianças em situações extremas, atendidas no Conselho Tutelar. Está dividido em três partes: a primeira aborda a teoria geral sobre contratransferência; a segunda traz, especificamente, a contratransferência na clínica com crianças e pacientes regressivos; e a terceira parte é composta de material clínico que visa demonstrar a intensidade das reações contratransferenciais na clínica. São examinados conceitos básicos no estudo da contratransferência, como identificação projetiva, contra-identificação projetiva, matriz transferencial-contratransferencial, além de outros. A autora sugere que os sentimentos produzidos no terapeuta são produto da interação entre áreas internas, ativadas na dialética relacional, com as maciças projeções advindas dos pacientes.

Abstract: The present work aims at discussing the counter-transferential phenomena in the clinic with children. For that, several theoretical conceptions from the psychoanalytic theory that discuss this subject were examined. This work is the product of a practice developed with children in extreme situations served at the Tutelary Council. It is divided into three parts: the first part approaches the general theory about counter-transference; the second brings, specifically, the counter-transference in the clinic with children and regressive patients, and the third part is composed of clinical material, which aims at showing the intensity of the counter-transferential reactions in the clinic. Basic concepts in the study of counter-transference are examined such as projective identification, counter-identification projective, transferential-counter-transferential matrix, amongst others. The author suggests that the feelings produced in the therapist are a product of interaction among internal areas activated in the relational dialectic, with massive projections from the patients.

Palavras-chave: contratransferência; identificação projetiva; clínica de crianças.

Keywords: counter-transference, projective identification, clinic of children.

¹ Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Teoria Psicanalítica na Clínica Psicoterápica, sob orientação do Dr. Roberto Graña.

² Socióloga, Psicóloga, mestre em Sociologia (UFRGS).

“Era, al mismo tiempo, claro, que el silencio científico que reinaba en tan alto grado con respecto a los fenómenos y problemas de la contratransferencia constituía un serio impedimento para la percepción y comprensión de la transferencia. Pues la contratransferencia es la respuesta vivencial a la transferencia, y si aquélla es silenciada, tampoco ésta puede desarrollarse con plenitud de vida y de conocimiento.”

RACKER, 1959.

Na prática clínica somos colocados, constantemente, diante de sentimentos, sejam eles conscientes ou inconscientes, que nos invadem e passam a fazer parte de nosso ser, passam a nos “habitar”. São reações momentâneas ou duradouras, sonhos, sensações físicas, etc. que fazem parte de uma comunicação entre paciente e terapeuta que está para além das palavras. Assim, identificar e entender esses sentimentos que nos atravessam e nos ocupam parece ser um tema importante de ser estudado.

A tarefa de pesquisar a contratransferência na clínica de crianças não parece simples. O material disponível dá conta da contratransferência com adultos e aborda, em menor escala, a com crianças e a com crianças em situações extremas. Utilizamos o conceito de Bettelheim (apud MANICA, 2006), que define estas situações *“em que uma perene ameaça de morte ronda o indivíduo, provocando a baixa simultânea de seus mecanismos de defesa e colocando em perigo sua própria capacidade para sobreviver”*. (p. 244)

Não é simples, também, estar com crianças em situação de psicoterapia ou análise. Elas trazem para dentro do ‘*setting*’ toda a força e a intensidade dos conflitos que vivenciam, fazendo uso do terapeuta para conter, elaborar e devolver suas angústias primitivas e seus temores. Para que isto se efetive, cabe ao psicoterapeuta se deixar ocupar, experimentar as sensações que essa relação suscita. Este trabalho vai discorrer sobre a contratransferência no atendimento de crianças usuárias do Conselho Tutelar. Ou seja, vai tratar de crianças em situações extremas e dos sentimentos contratransferenciais produzidos nestes encontros. Assim, a diversidade de sensações condiz com a diversidade dos encontros, cada dupla produz um novo conjunto de sensações, cada dupla produz um outro, dentro de uma dialética única da relação paciente/terapeuta, como colocado por Ogden (1996).

Cada análise é uma experiência de alteridade do eu no outro, e do outro no meu eu, do “íntimo estranho” em nós. E portanto, sem fim. Não há como fixar fronteiras. Somos vistos de forma diferente por cada paciente que chega ao nosso consultório. E somos um diferente com cada um deles, que nos suscitam experiências únicas e despertam em nós diferentes estranhos. (CHENIAUX & PATELLA, apud PATELLA, 2004, p.11)

A primeira parte do trabalho busca fazer um apanhado geral sobre o conceito de contratransferência, enfocando seu entendimento sob a luz de diferentes linhas teóricas, observando a origem do conceito e as modificações que este sofreu ao longo dos anos. Num segundo momento, abordaremos a contratransferência com crianças. Este ponto foi de difícil construção por haver pouco material que discorresse a respeito da grandiosidade desta questão no atendimento infantil. Por fim, apresentaremos dois casos clínicos que foram escolhidos por terem despertado intensos sentimentos contratransferenciais na terapeuta. A linguagem parece insuficiente para expressar o que ocorria no *setting*. Os casos serão transcritos a partir do “olhar” do terapeuta, isto é, daquele que escuta. Assim, cada caso demonstrará o lugar que paciente e terapeuta ocupam no fluxo discursivo da sessão. Fomos, no entanto, costurando a prática e a teoria para compreender a função técnica da contratransferência, bem como o impasse diante do qual ela nos coloca, pois a relação com o paciente, como qualquer relação, conforme afirmava Mannoni (1967), nos põe diante do risco de “descermos do pedestal”, quando nos vemos como sujeitos com um psiquismo ativo, assim como nossos pacientes.

Acreditamos no que explicita Manica (2006, p. 252): “*a contratransferência deve se converter na capacidade de pensar e sentir a outra pessoa na própria vida interior do analista*”. Ou, como acentuado por Green (1983), de que a importância da contratransferência na prática clínica é incontestável, por vezes andando lado a lado com a transferência, mas, em outras ocasiões, interagindo de tal forma que não se sabe o que vem antes ou depois.

Contratransferência

O conceito de contratransferência e seu emprego na prática clínica mudaram substancialmente no decorrer do século XX. Segundo Thomä & Kächele (1992), a contratransferência manteve, durante décadas, um significado negativo, em função das recomendações técnicas de Freud, “*expressas em metáforas de grande impacto: reflita como um espelho; seja como um frio cirurgião*” (p. 96). Como consequência, os mesmos autores acentuam que a exigência de superar conflitos pessoais (do analista), em relação ao paciente na contratransferência, levou a atitudes quase fóbicas frente aos próprios sentimentos. Vários outros pesquisadores caminham nesse mesmo sentido, ou seja, de que o pai da psicanálise emperrou o uso da contratransferência como instrumento técnico. Por exemplo, em Bonasia (2003) e Urtubey (1995) há o destaque de que o temor fundamental era o de envolvimento sexual entre terapeuta e pacientes, estas notadamente do sexo feminino, e tendo a histeria como padrão fundamental. Assim, numa época em que a repressão sexual era relevante, envolvimento reais poderiam comprometer a reputação da recém criada psicanálise (BONASIA, 2003; URTUBEY, 1995; MACHADO, 2007).

Dentro da obra de Freud, são destaques na literatura, como marcos contrários à contratransferência, a carta a Jung, de 1909 (na qual há a expressa recomendação de não envolvimento com Sabina Spielrein, em que Freud cita que ele próprio já esteve por cair em tentação – “*narrow escape*”) e os trabalhos sobre técnica - Recomendações aos Médicos que Exercem Psicanálise, trabalho de 1912, Sobre o Início do Tratamento (1913), Recordar, Repetir e Elaborar (1914) e Observações Sobre o Amor Transferencial (1915). É justamente no ‘Recomendações’ que aparece a famosa metáfora do espelho:

A solução da transferência, também – uma das tarefas principais do tratamento -, é dificultada por uma atitude íntima por parte do médico, de maneira que qualquer proveito que possa haver no princípio é superado no final. Não hesito, portanto, em condenar este tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. (p. 131).

Em Observações Sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações Sobre A Técnica Da Psicanálise III) (1915), Freud apresenta argumentos com o objetivo de manter a contratransferência sob elevado controle. Podemos citar:

Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência. (p. 182).

As duas citações acima confirmam o referido anteriormente, ou seja, a principal carga contratransferencial despertada era de origem sexual e tinha em conta pacientes do sexo feminino com analistas homens. As possibilidades de atuação do analista tinham de ser “cortadas pela raiz”.

Não se encontram na literatura (ao menos nessa revisão), argumentos freudianos a favor da utilização dos sentimentos contratransferenciais. Dentre os vários trabalhos consultados, existe uma unanimidade de que em Freud há uma espécie de repulsão à utilização da contratransferência como técnica. E, por mais paradoxal que pareça, no mesmo trabalho citado acima (Novas Recomendações...), entendemos que não era bem assim. Freud faz uma observação sobre o ‘*setting*’ em que o clima de transicionalidade fica implícito. Colocação esta que em muito se assemelha ao trabalho de Parsons (2001), em que esse autor sustenta que o faz de conta tem de parecer real, mas não pode se tornar real. Vejamos a citação de Freud:

É, portanto, tão desastroso para a análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito, quanto que seja suprimido. ***O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida real.*** Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resolutivo, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo

irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento....
(p. 183).³

Essa idéia, da lógica do brincar em psicanálise (PARSONS, 2001), descrita de modo claro no trabalho de Machado (2007), aponta no sentido da transicionalidade criada no ‘*setting*’ psicanalítico. Além disso, há a pressuposição de uma intersubjetividade **criada** no contexto analítico. Parece claro que esse cenário está contido na citação freudiana. Citando Machado (2007):

A noção do simbólico e da seriedade que a brincadeira contém está descrita, exemplarmente, no trabalho de Parsons (2001), **onde o ‘faz-de-conta’ tem de parecer real, mas não pode se tornar real**, senão a intrusividade impera e a transicionalidade (área de ilusão) se perde. De outra forma, se no ‘faz-de-conta’ prepondera a displicência, o campo transicional não é criado e não há relação (ou prevalecem aspectos narcísicos na relação). A idéia é da terceira área e de um ‘faz-de-conta’ que convive de modo dialético com a realidade. (p. 15).

No entanto, provavelmente devido a outras inúmeras recomendações sobre técnica, já salientadas, associadas com um contexto histórico de elevada repressão, o que ficou como herança foi de que Freud era contrário ao uso da contratransferência como ferramenta (ROUDINESCO & PLON, 1998; BLOSS Jr, 2003).

A origem da contratransferência remonta a Ferenczi e aparece numa carta a Freud, datada de 1908. “Tenho demasiada tendência a considerar os assuntos dos doentes como meus”, escreve Ferenczi a Freud, tal como citam Roudinesco & Plon (1998). Para Dunn (1995) e Graña (2007), Sandor Ferenczi merece destaque como introdutor da prática clínica calcada no marco da intersubjetividade. Como salienta Graña (2007), ao proclamar a ancestralidade de Winnicott ancorada em Ferenczi, de que o passo além de Freud, no sentido de uma terceira tópica fundamentada na intersubjetividade, deve sua origem ao psicanalista húngaro.

³ O grifo na citação é de nossa autoria.

Assim, como acentuado no trabalho de Machado (2007), intersubjetividade e contratransferência são dois conceitos psicanalíticos que não podem andar separados. O mesmo autor pondera sobre a ‘escola’ psicanalítica denominada intersubjetivista, em voga na psicanálise contemporânea, derivada de influência kleiniana (indiretamente via Bion e sua contribuição acerca da identificação projetiva), de Kohut e sua ‘psicologia do self’ e, sem dúvida, de Winnicott e outros teóricos do grupo independente britânico. Essa escola entende que as interações paciente-terapeuta são fatores mais importantes do que o clássico axioma freudiano de tornar consciente o inconsciente, trilhando o caminho pulsional intrapsíquico apenas de um dos membros da relação, ou seja, o paciente. Sem dúvida, ainda segundo Machado (2007), Thomas Ogden pode ser considerado, atualmente, como a maior referência entre os intersubjetivistas. Esse autor fundamenta a clínica no manejo do clima transferencial-contratransferencial (matriz transferencial-contratransferencial), em que, tendo como centro a complexa significação da identificação projetiva, as situações totais criadas na relação terapêutica são reflexos de um estado vivencial básico que o paciente carrega consigo e, via identificação projetiva, inundam o *setting* (OGDEN, 1996).

Citando Machado (2007), ao discorrer sobre a obra de Ogden:

A ressonância intersubjetiva dos processos inconscientes do par analítico, mutuamente criando uma matriz transferencial-contratransferencial, em que estados vivenciais básicos tendem a se repetir (embora estejam acontecendo na situação transicional, do ‘faz-de-conta’), tem sido a ênfase do aporte teórico de Ogden (1995; 1996; 2006). As sensações contratransferenciais, em amplo sentido, contribuem para a geração de um corpo de fatos clínicos intersubjetivos, pois as experiências do analista, sejam divagações, sensações corporais, ou outros fenômenos, teriam a ver com o par. (p. 20).

Ogden (1996) parece retirar a formação do seu conceito de terceiro analítico desse estado vivencial básico, que comporta uma associação das situações totais transferidas do passado para o presente, das relações objetais e defesas empregadas (aportes notadamente kleinianos), da lapidação bioniana do conceito de identificação projetiva e da contribuição de Winnicott de mãe-ambiente. “... a técnica psicanalítica é moldada pela compreensão

que o analista tem do modo predominante (embora sempre em mudança), ou modos de experiência, que dão formas ao contexto da transferência-contratransferência” (p. 134). (p. 20/21)

Dentro de uma visão histórica, a década dos anos cinquenta do século passado é considerada um divisor de águas, no que tange à passagem da contratransferência de Cinderela à princesa, como colocam Thomä & Kächele (1992). Em Etchegoyen (1987) e Bloss Jr. (2003), além de outros autores, encontramos colocações similares. Todos esses pesquisadores são unânimes na afirmação de que o desenvolvimento do conceito de identificação projetiva para além de um mecanismo de defesa fundamenta um estado (ou um clima) a ser vivenciado no ‘*setting*’. Há uma unanimidade também quanto às contribuições de autores kleinianos (ou neokleinianos, como refere Peter Bloss Jr) na nova roupagem da contratransferência. Ogden (1996), acentua, nesse sentido, as importantes contribuições de Bion sobre a identificação projetiva, em que esse fenômeno interpessoal vem apresentar significados cada vez mais complexos dentro da situação clínica.

A contratransferência é a essência da relação analítica; é a criação do paciente. Ela é uma parcela da personalidade deste, isso na concepção de Heinmann (1949), levando em conta a identificação projetiva oriunda do paciente. No mesmo trabalho a autora assevera que não se enfatizou suficientemente que a situação analítica consiste numa relação entre duas pessoas. Vários pesquisadores atribuem a Paula Heinmann o artigo seminal na virada da concepção da Cinderela. Etchegoyen (1987) concorda, mas acentua o valor dos trabalhos de Henrich Racker, que na mesma época, mas de modo independente, em Buenos Aires, iniciava um profícuo trabalho sobre o tema. “*Se, como parece justo, a descoberta (ou redescoberta) é atribuída salomonicamente aos dois, deve-se dizer também que os estudos de Racker são mais sistemáticos e completos*”. (p. 146/147).

Isso parece ser verdadeiro, até por que, diferentemente de Heinmann, Racker constrói uma fundamentada teoria, levando em conta a convivência da dialética transferência-contratransferência, em que aspectos da bagagem do terapeuta são considerados. Inclusive, numa compilação de seus trabalhos, ‘Estudios sobre Técnica Psicanalítica’ (RACKER,1973), há amplo material sobre os significados e usos da contratransferência. Aparecem, por exemplo, os conceitos de identificação complementar (quando o terapeuta identifica-se com os objetos do

paciente) e identificação concordante (quando a identificação é com instâncias psíquicas do paciente). Parece provável que a influência de Klein tenha inibido Heinmann a desenvolver mais o assunto. Não deixa de ser um grande paradoxo que a **Mãe**⁴ do conceito de identificação projetiva tenha sido um grande obstáculo à utilização da contratransferência como ferramenta técnica, permanecendo fiel à cartilha do **Pai** da Psicanálise (MACHADO, 2007).

Outro autor importante, também considerado kleiniano, útil para o presente contexto é Leon Grinberg. Este psicanalista argentino, que possui trabalhos abrangendo as décadas de 50 e 60, diferencia duas grandes categorias dentro dos problemas suscitados pela contratransferência. Uma delas diz respeito à própria contratransferência (que pressupõe uma interação paciente-terapeuta); e, a outra engloba o que se denomina contra-identificação projetiva. Trata-se de um aspecto inerente à contratransferência, mas é desencadeado especificamente pelo paciente e depende da força e da qualidade dos mecanismos de identificação projetiva provenientes dele (GRINBERG, 1975). O autor faz uma distinção necessária, em que contratransferência está relacionada às interações paciente-terapeuta, resultado de mesclas de identificações projetivas e introjetivas, compreende, além das projeções do paciente, aspectos emocionais do terapeuta e sua atualização. De outra parte, na contra-identificação projetiva, a ressonância afetiva causada no terapeuta pode ser ocasionada pela intensidade das projeções do paciente.

Para explicitar ainda mais a diferença, diria que distintos analistas, devido à sua **contratransferência**, reagirão de diferentes maneiras frente ao mesmo material de um hipotético paciente que houvessem tratado sucessivamente. Em troca, esse mesmo paciente provocaria a mesma resposta emocional (**contra-identificação projetiva**) em diferentes analistas, devido ao uso e à modalidade específica de seus mecanismos de identificação projetiva. (p. 30).

Embora com um raciocínio um tanto quanto linear (na nossa opinião por um artifício didático), o autor tenta uma distinção que talvez não ocorra de forma isolada e pura dos fenômenos intersubjetivos criados na relação dual, com aqueles provenientes das identificações projetivas do paciente. Na idéia de Zaslavsky e Santos (2006), esse conceito de contra-

⁴ Melanie Klein (1952 e 1955).

identificação projetiva de Grinberg é muito útil pela sua operatividade, aproximando-se dos conceitos de identificação complementar de Racker e de *enactment* contratransferencial de McLaughlin e Jacobs. Inclusive, nos valeremos desse conceito quando da apresentação do caso clínico de Pedro, descrito na parte final deste trabalho.

Contratransferência na clínica com crianças

Como já referimos, a contratransferência tem sido uma preocupação da psicanálise desde seus primórdios. Embora seja vasta a literatura sobre este tema, muito mal-estar ele ainda causa. No que se refere a crianças, em relação aos demais pacientes, pouco se produziu (BLOSS Jr., 2003). As crianças atuam, no ambiente, sua agressão, sua sedução e suas defesas, fazendo com que a intensidade dos sentimentos contratransferenciais seja, normalmente, muito grande. Segundo Mannoni (1967), cada vez que atendemos crianças, nos defrontamos com nossa própria representação da infância. A criança e a sua família tocam no que de mais arcaico há no analista/terapeuta, como angústias, temores, desejos, defesas, a questão da lei e da morte. Ponderações similares aparecem no trabalho de Zavaschi e Bassols (2006).

No trabalho intitulado *A experiência emocional do analista de crianças e o conceito de contratransferência*, Bloss Jr. (2003) relata alguns casos e coloca:

Como esses exemplos recentes ilustram, pacientes jovens estimulam nos seus terapeutas sentimentos intensos, espontâneos, difíceis e complexos. Tenho certeza de que tais experiências são familiares a muitos terapeutas, e ainda assim tais problemas são raramente mencionados na literatura de psicoterapias de analistas de crianças e de adolescentes e discutidos somente de maneira informal entre colegas. Por quê? Penso que essa é uma pergunta importante e me dou conta de que ela me acompanha há muito tempo. (p. 487)

Compartilhamos da questão levantada por Bloss Jr., que refere uma ‘resistência coletiva’ de manter nossas emoções alijadas dos nossos trabalhos científicos e faladas reservadamente entre colegas. “*Juntas, essas observações sugerem que a presença desaprovadora de Freud ainda*

reside sobre nossas variadas reações contratransferenciais e representações". (p. 496). Na obra há pouco citada, o autor refere o nome de Berta Borstein, que teria escrito o primeiro trabalho sobre contratransferência em análise de crianças, datado de 1948 (A referência é *Emotional barriers in the understanding and treatment of young children* – Am. J. Orthopsychiat., v. 18, p. 691-97). “*O artigo de Borstein tem tido uma história notadamente desconhecida para um trabalho que considero ser um clássico por sua abrangência, durabilidade e penetração*”. (p. 492). Outro comentário do autor, a respeito desse trabalho pioneiro, é a ponderação da autora de que as impulsões, seduções e provocações das crianças desafiam o analista a abandonar observações e interpretações, e “*a ver-se em regressão, utilizando pedagogias e outras formações defensivas inconscientes*.” (p. 491). Ainda, sobre as idéias de Borstein, há o relatório de um caso de Ferenczi (1913), sobre o atendimento de Arpád, um menino de cinco anos. O menino, com dificuldades de falar sobre seus medos, preferia brincar e desenhar. Ferenczi não suporta esta situação e nomeia outra pessoa para observar e registrar o brinquedo de Arpád. Fica, assim, registrada a primeira interrupção manifesta causada por contratransferência (negativa) no trabalho psicanalítico com crianças (BLOSS Jr., 2003).

Um ponto que parece central no entendimento da contratransferência com crianças é a empatia. Por empatia entendemos a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro/paciente, ou seja, um tipo de identificação com o outro. Este conceito está, de certa forma, vinculado à tese kleiniana de identificação projetiva. Assim, a contenção e lapidação das identificações projetivas subentendem que o terapeuta seja empático. Capacidade que, segundo Kohut (1966), está vinculada à transformação do narcisismo do terapeuta, tendo como base uma empatia primária com a mãe. Considerações, aliás, semelhantes ao entendimento de Winnicott (1956) de preocupação materna primária.

Dolto (2001) atenta para o cuidado que o analista deve ter em “se conhecer bem”, mediante sua própria análise. Dessa forma, evitamos o risco de utilizar, na análise, material que não pertence ao paciente, assim como, reagir afetivamente mediante algum elogio ou censura dele. Zavaschi e Bassols (2006) alertam que, mais do que na terapia de adultos, o analista de crianças necessita uma maior experiência, uma maior disponibilidade mental e uma grande capacidade de resolver seus conflitos. Sem dúvida, é imprescindível o autoconhecimento, a

análise pessoal e a supervisão clínica. Mas será possível não reagir afetivamente a nosso paciente? Podemos fazer psicanálise sem reações afetivas?

Autor relacionado a pacientes regressivos, Bryce Boyer (1994) sustenta que no ‘*setting*’ surgem formas primitivas de dependência e regressão fusional, como se o terapeuta fosse uma extensão do corpo e da mente do paciente. Diz Boyer, citando um período de uma análise, já em seu terceiro ano, com uma paciente regressiva: “*durante uma semana ela vomitou ódio em mim*”. O relato mostra que nesse período a paciente ‘*se vestia mais atraentemente e ficava ansiosa para ir às sessões*’. E, comenta ainda Boyer (certamente evidenciando cansaço das violentas identificações projetivas), a paciente não falava em terminar seu tratamento.

Retrospectivamente, eu gradualmente tornei-me mais passivo e periodicamente sonolento. Finalmente eu cochilei. Subitamente, ela levantou-se, berrou que não toleraria tal desrespeito com ela, esbravejou que não viria mais, correu e abriu a porta.... Então, para minha total surpresa, eu me ouvi dizendo que o fato de ela ter me abandonado através de seu estado alterado de ego e tendo me tratado como se eu fosse um objeto desvalorizado havia feito sentir-me sozinho. ... Então, com grande clareza e, silenciosamente, lembrei sonhos e fantasias que envolviam o fato de eu ter sido abandonado várias vezes quando pequeno.... (p. 82).

O exemplo demonstra, segundo o autor, uma interação entre as identificações projetivas do paciente com aspectos ‘*a priori*’, do analista, que já estavam nele e se conectaram com as projeções do paciente.

Embora sem citar a terminologia kleiniana de identificação projetiva, podemos relacionar o exemplo citado com o sonho de Winnicott (1947) com uma paciente psicótica. Nesse sonho, relatado em duas partes, Winnicott estava em um teatro, no alto da galeria. Sente, então, uma forte ansiedade, “*como se fosse perder um dos membros*”. (p. 281). Relaciona com seus pacientes neuróticos e ansiedade de castração. Na fase seguinte do sonho surge uma ansiedade diferente. As pessoas estavam assistindo a uma peça de teatro e a conexão com a peça era através dessas pessoas. A ansiedade era de que Winnicott não possuía a parte direita do seu corpo. A relação com uma específica paciente psicótica foi imediata. “*Qualquer referência ao seu corpo*

provocava ansiedades paranóides, porque afirmar que ela tinha um corpo equivalia a persegui-la.” (p. 281).

Segundo Ferro (1995), esse célebre sonho de Winnicott diz respeito ao uso mais clássico dos sonhos contratransferenciais, “*sonhos do analista que iluminam aspectos da relação com o paciente*” (p. 138). Distingue, ainda, outras tipificações de sonhos de contratransferência e cita:

... o impacto com as projeções dos pacientes põe em jogo velhas cicatrizes, áreas cegas, ou ainda zonas nunca saturadas e ativadas do mundo interno do analista: este tormento cimenta e chama à ação a capacidade e a qualidade dos bons objetos internalizados, das funções genitoriais operantes, que são empregados numa árdua operação de continência, metabolização e transformação. (p. 139).

Os casos clínicos a seguir procuram ilustrar várias questões acima levantadas, ficando clara uma posição assumida diante dos riscos impostos pelas emoções afloradas no *setting*.

Casos Clínicos

CASO PEDRO

Pedro (8 anos e 4 meses) é o primeiro filho, tem uma irmã com 5 anos e sua mãe está grávida de outro menino. É uma criança franzina, pequena, com um olhar brilhante e visivelmente amedrontada. De acordo com avaliação anterior, apresenta problemas de aprendizagem, tendo reprovado na 1ª série do Ensino Fundamental. Seu pai tem 39 anos e trabalha “matando porcos” em um frigorífico. Sua mãe tem 28 anos e trabalha como doméstica. Pedro foi recolhido a um abrigo a partir de denúncia, feita pela escola, de maus-tratos praticados pela mãe.

No primeiro encontro, pude observar que Pedro apresentava lesões em todo o corpo, inclusive na cabeça e no rosto. As marcas tinham, aproximadamente, dois centímetros de largura, com um corte superficial no centro. Quando perguntado, negava os maus-tratos e dizia ter caído e em nenhum momento fez menção à mãe. Ao ser questionado, não soube dizer sua idade. Observei que tinha marcas antigas no corpo e no rosto. Ao ser perguntado sobre o abrigo, respondeu ser bom, pois comia pizza e feijão. Referia-se à mãe pelo nome. É importante observar que, neste momento, não havia nenhum dado da história pregressa do menino, bem como nenhum contato com sua família. Ele é trazido para o atendimento pelo “tio da Kombi”, funcionário do abrigo, e isto é assim até hoje.

Explico-lhe quem sou, que o atendimento será comigo e faço os demais esclarecimentos. Ele parece alheio. Peço-lhe para desenhar um menino. Ele recusa os lápis de cor e as canetinhas e me pede um lápis preto. Faz um desenho de uma pessoa sozinha sob um imenso temporal. Depois começa a rolar no chão.

Na sessão seguinte, Pedro apareceu com o cabelo raspado e pude perceber inúmeras cicatrizes na sua cabeça. As lesões da agressão sofrida estavam cicatrizando. O paciente fez um desenho igual ao da sessão anterior, mas me incluiu nele, ou seja, estamos juntos passeando sob um enorme temporal. Pedi que desenhasse sua mãe e ele a fez entre nós dois, com a barriga bem demarcada. Passou o restante da sessão rolando no chão, sobre o tapete. Quando falava, estabelecia um diálogo com “Felipe” ou “Dione” e sempre falava de si na 3ª pessoa. Passei a sessão toda com a sensação de que o que tinha de fazer era pôr este menino no colo e não falar nada. Obviamente não fiz isso, mas a sensação, que era física, me acompanhou, sem que eu conseguisse verbalizá-la. Os sentimentos se misturavam, parecia-me uma busca de contenção física, como um bebê constituindo simbolicamente o próprio corpo. A forma que encontrei para acolhê-lo, foi abrir um horário extra para ele. Os atendimentos no CT ocorrem uma vez por semana, mas, neste caso, passaram a ser duas.

Pedro ficou duas semanas sem aparecer para o atendimento. Segundo o “tio da Kombi”, perderam o papel que indicava a data e o horário da sessão. Ao entrar, noto um ferimento no pescoço. Está uma tarde muito fria e ele está muito mal agasalhado.

O paciente chega excitado trazendo um *piercing* de celular com pedrinhas vermelhas, que ele chama de “a minha joinha”. Percebo de início uma conduta mais hostil, a cada

comentário feito ele retruca com: “é, por quê?” Pergunto sobre os novos ferimentos e ele, claramente, se dissocia, conforme ilustrado no fragmento a seguir:

E – Que dia é hoje?

P – Sábado. (Era terça-feira)

E – Em que ano estamos?

P – O Felipe quer falar contigo.

E – Onde está o Felipe?

P – Tá aqui. (Aponta para si próprio, começa a mexer no *piercing* e quebra a presilha).

E – O que ele quer comigo?

Neste momento se esconde embaixo das almofadas e começa a rir.

P – Pára Felipe, ela não vai gostar. 2008.

P – Mas eu vou levar ela para praia, vou pescar fazer comida prá ela.

P – E tu Dione, o nome dele começa com D, vai apanhar, sai daqui.

E – Por que tu queres bater no Dione?

P – Ele não gosta de ti. O Felipe quer te dizer uma coisa (risos)

E – O que é?

P – Ele quer te beijar e casar contigo. Ele trabalha no Alibem (frigorífico).

E – Assim como o teu pai?

P – Ele também cheira a porco. Por quê? Fica bem parada. (Se aproxima e me dá um peteleco, de leve, no nariz).

Mexe o tempo todo com o *piercing*.

E – O que foi isso?

P – Um cabelo.

Levanta e atira, com força, o objeto no chão. Cai uma pedra.

P – Ah, merda, quebrou!

Aproxima-se e me dá outro peteleco, com força, na testa.

P – Um cabelo...

E – Mas tu me machucaste, bateste muito forte!

P – Eu sou Naruto

Pega uma almofada e atira com força na minha direção.

Seguro a almofada.

E – Tu não podes atirar a almofada em mim, pois podes me machucar.

P – Eu sou Naruto

E – Se tu queres bater eu seguro a almofada e tu bates nela.

Bate com força na almofada, depois se atira com força no chão. Ri bastante

P – Ai, eu caí do sexto andar. Estou morto.

Penso no caso Isabela, ela foi atirada do sexto andar.

Vai para a janela e começa a chamar as pessoas da rua. Fica atrás da cortina.

Pega o *piercing* e começa a jogá-lo com força no chão. As pedrinhas caem e ele começa a procurá-las

P – Cai, pau-no-cu.

E – O que estás fazendo?

P – Pegando as minhas joinhas.

Dá-me as que vão caindo para segurar.

E – O que vais fazer com as jainhas?
P – A grande é minha e as outras eu vou dar para minha querida.
E – Quem é tua querida?
P – A baleia.
E – A cor-de-rosa?
P – Como tu sabes que ela é rosa?
E – Tu me contaste.
P – Não. Vou te dar uma jainha e as outras vou dar para a Baleia.
Bota no bolso pequeno da minha calça.
E – Está na nossa hora. A partir de agora vamos nos encontrar duas vezes por semana, tá?
P – Tá bom.
E – Queres me dar um abraço?
Levanta-se e me dá um forte e longo abraço.

Descrevi essas sessões, pois, entendo que vários fatores do tratamento foram aqui determinados. Elas foram muito difíceis e este paciente estava ocupando boa parte do meu espaço. No dia da terceira sessão, comecei a ter uma sensação física, na barriga. Inicialmente, não me importei, mas, pouco a pouco, começou a me incomodar. Era um movimento, como o de um bebê no ventre da mãe. Cogitei estar grávida, no entanto sabia ser improvável. Durante, aproximadamente, dez dias os movimentos se repetiam, normalmente quando estava repousando, como se não pudesse me esquecer ou me recolher. Pioraram após a entrevista que realizei com a mãe de Pedro.

Cláudia, a mãe, compareceu para entrevista mediante intimação do CT. Este encontro foi assustador. A mãe falava de um bebê, que ela chamava de “meu homem velho”, inteligente, precoce e irreal. Segundo ela, Pedro falou pela primeira vez com três meses e aos cinco anos já sabia ler, “na escola ele desaprendeu”. Falou de uma família feliz, de um casamento estável e da dor que sente por seu filho estar num abrigo. Por outro lado, falou do direito que tem sobre seu filho, sobre seu corpo. Disse-me que se não corrigir agora, não sou eu quem vai ajudá-la depois. Descreveu a surra que deu em Pedro, disse que ele estava brincando com fogo e ela o prendeu no banheiro e lhe bateu com uma mangueira de borracha dobrada. Disse que seu único erro foi exagerar na dose. Falou de denúncias anteriores, numa das quais o paciente fraturou o braço, e afirmou serem difamatórias e que “Pedro é muito arteiro, vive caindo”.

Na sessão seguinte, Pedro não veio ao atendimento. Um Conselheiro Tutelar liga para o Abrigo e o motorista vai buscar a criança na casa de seus pais. Ele vem com sua mãe, muito bem arrumado, com roupas e tênis novos. Ela faz força para se aproximar dele, que a ignora.

Creio que preciso relatar ao paciente as emoções que me são despertadas durante a sessão. A primeira, sem dúvida, foi o bebê no meu ventre. No dia anterior ao atendimento do menino, estava tomando banho e percebi um movimento, imediatamente pensei: é o Pedro. Os movimentos cessaram a partir deste momento. Na sessão, o paciente mantém o discurso dissociado, usa o Dione para expressar sua agressividade e o Felipe para a ternura. Ameaça-me quando pergunto sobre a psicóloga do Abrigo, que o trouxe à sessão. Passa a brincar de comidinha, servindo chá usando o jogo de dominós. Junto com isto começa a somar as peças do jogo, demonstrando bastante rapidez de raciocínio. Conto que falei com sua mãe e ele começa a rolar no chão. Digo-lhe que quando ele faz isto, entendo que ele está querendo me usar para poder nascer de novo. Ele me diz que quem vai nascer é o Pedrinho, nome que ele dá ao bebê que sua mãe está esperando.

Entendo que quando ele colocou a pedra/joinha no meu bolso foi como se ele se colocasse para dentro de mim, operando, no meu corpo, num delírio compartilhado, a fantasia de retorno ao ventre materno.

Na sessão seguinte, pela primeira vez, não vi o paciente dissociado. Os personagens habituais, Felipe e Dione, não se apresentaram e Pedro se referia a si próprio como eu. Estava muito agressivo no brincar, usava uma arma de disco e derrubava o que pudesse. Disse que não me preocupasse, pois ele não deixaria ninguém me machucar. Logo ele se atira no chão e diz estar morto como a Isabela⁵. Pergunto se ele se sente como a Isabela e ele diz que sim, “como morto”. Digo que ele está com medo de ser ferido como foi a Isabela. Ele me diz que quem a matou foi a madrasta, não a mãe. Esta foi a primeira sessão em que não houve abraço. Entendo que ele não é mais necessário, pois as coisas que acontecem entre nós começaram a ser faladas e não precisamos mais de nossos corpos para expressá-las.

Mantém nas duas sessões seguintes uma conduta mais agressiva. No entanto, passa a desenhar usando lápis de cor e consegue jogar. Tem dificuldades de respeitar as regras e não lida bem com a frustração, mas é interessado e persistente.

O pai de Pedro vem conversar comigo no horário anterior ao do filho. Repete o discurso da mãe de que são “uma família feliz”. Ele me parece ausente da dinâmica familiar, embora diga que cuida das crianças de dia, demonstra saber pouco da rotina destas. Ao falar sobre o

⁵ Referência ao caso Isabela Nardoni, amplamente noticiado na mídia.

bebê que sua mulher espera, diz que será outro guri, com o nome de Felipe. Diz que sua mulher é atenciosa, cuidadosa, que só bateu no filho uma vez e que as outras denúncias provêm da família de sua ex-mulher, que inveja sua atual posição social. A sua atividade profissional é definida por ele e por Pedro como matador de porcos. Pedro verbaliza em suas brincadeiras a existência de alguém encarregado de matar porcos e associa um cheiro a isto. Embora o pai do paciente estivesse asseado, havia um cheiro peculiar que impregnou o consultório

A segunda emoção que me foi despertada diz respeito à relação do casal parental. Relacionei a violência do trabalho do pai com a violência da mãe sobre o filho e, ainda, com a percepção de Pedro sobre o coito dos pais. Ou seja, se for pensado num mito de origem, esta criança foi concebida por um carneador de porcos (bebês?) e uma espancadora, devoradora de crianças. A isto se associa, novamente, uma sensação física (alucinação compartilhada) de um odor sujo, de um sexo sujo, devorador.

Quando o pai do paciente sai da sessão, este está na sala de espera. Ele dirige-se ao filho, num gesto carinhoso. O menino encolhe-se num canto e evita qualquer aproximação. O pai, por sua vez, senta-se e desiste. Segundo a secretária, ele aguardou por quase trinta minutos antes de se retirar.

Nas três sessões seguintes, Pedro brincou com blocos de armar. Gosta de construir cidades e transitar por elas de carrinho. Monta sempre a mesma cidade, constituída de três prédios, duas árvores e uma cerca. Na primeira sessão em que fez a cidade, disse, enquanto guardávamos os blocos, apanhar da mãe e nunca ter apanhado do pai. Na última, construímos a mesma cidade de madeira e Pedro me encarregou de proteger, com um carrinho de bombeiros, uma parte desta, pois, segundo ele, era a única que não tinha fantasmas. Simulávamos personagens onde ele destruía e reconstruía e eu preservava. Este processo deu-se uma dezena de vezes. Após, ele me perguntou o que aconteceria se ele destruísse tudo; eu disse que estaria lá para ajudá-lo a reconstruir, sem fantasmas. Esta passou, então, a ser a brincadeira. Destruir tudo e reconstruir, cada um pondo uma peça por vez. No final da sessão, o paciente começou a construir pontes entre os prédios e os carrinhos, sendo que ele estava num extremo e eu noutro. Ele disse que as pontes eram para nos ligar, me estendeu as mãos e disse para eu segurar forte e se jogou para trás. Como eu o segurei, ele afirmou que “a nossa ponte é bem forte”.

Na última sessão, até o presente relato, Pedro estava cabisbaixo e mais regredido. No início da sessão, ficou encolhido, deitado na cadeira, sem me olhar ou falar comigo. A única coisa que mexia em seu corpo eram os dedos sobre a mesa, comecei a imitá-lo. Ele movia os dedos e eu o imitava, como um espelho. Ficamos mais ou menos quinze minutos fazendo isso, sem que ele me olhasse ou falasse. Depois pegou a agenda de cima da mesa e localizou seu nome, começou a folhear para trás e foi encontrando seu nome, contando o número de vezes em que este aparecia. Determinou a data do início do tratamento. Num segundo momento, começou a folhear para frente e só encontrou seu nome uma vez. Mostrava-me o dia e perguntava se estaria lá. Para assegurá-lo, tive que marcar vários horários para ele, enquanto ele sorria e dizia que agora estava lá.

CASO LÚCIA

Lúcia (4 anos e 2 meses) é filha única, seus pais estão separados e cada um vive com novos companheiros. É uma menina bonita, com lindos cabelos encaracolados muito bem arrumados pela mãe. Veste-se sempre de cor-de-rosa, é consciente do encantamento que produz e exhibe-se ao olhar do outro. Mora com sua mãe e o companheiro desta na casa da avó materna, mãe adotiva de sua mãe. Sua mãe caracteriza-se pelos cuidados práticos, ou seja, vestir, alimentar, etc. e pouco pelos afetos. Nas vezes em que nos encontramos, falou muito de suas ansiedades quanto a sua família de origem, revelando um pesar profundo pelo abandono sofrido. *“Minha mãe me deixou no hospital para morrer”*.

O motivo do atendimento de Lúcia é uma denúncia, feita pela mãe, de que o pai teria mantido relações sexuais com sua companheira na frente da menina, que contava, na ocasião, com dois anos. O que levou a mãe a supor esta ocorrência foi o fato de a menina chegar em casa, após um fim de semana na casa do pai, pedindo à mãe que lhe amamentasse ao peito. Atualmente, a mãe admite que a situação descrita, envolvendo o pai, não ocorreu. Entretanto, isto é desde então relatado a Lúcia, que está convencida das *“baixezas”* do pai. A menina tem um linguajar idêntico ao da mãe, gesticula muito ao falar e está, freqüentemente, emburrada. Repete a mãe ao falar do pai, dizendo que *“aquele homem nunca levantou de noite para me levar ao médico”*. A mãe refere episódios freqüentes de doenças. No entanto, a menina tem

aparência saudável, sendo inclusive grande para a sua idade. Sempre que menciona o seu nome omite o primeiro, nome da avó paterna e o último, sobrenome do pai.

Nas primeiras sessões, o brincar de Lúcia consistia em maquiarse e solicitar que eu a imitasse, funcionando como um espelho. Este jogo lhe dava muito prazer e, de certa forma, me mantinha dentro de uma zona segura, onde ocorria o esperado para sua faixa etária. O início do tratamento coincidiu com o ingresso da menina na creche, sendo a primeira experiência escolar desta. Na escola demonstrou dificuldades em relacionar-se com as outras crianças, afirma que todas brigam com ela e não a “*respeitam*”. As dificuldades começam a surgir no ‘*setting*’ ao longo do segundo mês de atendimento. A paciente passa a não respeitar as combinações feitas sobre os jogos, cria regras, não consegue dividir, ou seja, fica difícil brincar com ela, ela brinca sozinha e coloca o outro na posição de quem a espia, a admira.

A mãe não consegue estabelecer limites mínimos, como fazer a filha freqüentar a escola. A menina vai à escola quando quer e, ultimamente, ela não quer ir porque “lá ninguém gosta dela”. A mãe conta um episódio em que Lúcia, na igreja, foi procurada por uma menina da sua idade que a convidou para brincar. Ela respondeu que não queria brincar, pois ela estava quase “*anjada*”. Quer dizer, era quase um anjo e não pertencia a este mundo. A mãe relata preocupação com um certo fervor religioso da menina. Este dado me remete à falta que Lúcia sente do pai e à necessidade de “construir” uma figura paterna idealizada.

Lúcia passou um mês sem comparecer ao tratamento. Ao retornar, a mãe deu uma série de desculpas que envolviam resfriados, chuvas e os rigores do inverno. Já a paciente voltou mais irritada e manipuladora do que antes. Chegou me dizendo que não estava indo à escola e que não gostava de nada que eu dizia. Resolveu brincar com blocos de madeira e queria montar um castelo. Excluiu-me completamente do jogo; quando eu lhe alcançava uma peça, me chamava de idiota ou de burra, porque não era aquela que ela queria. Passou a sessão inteira me dando ordens, gritando e rangendo os dentes e, finalmente, ameaçou me atirar um copo. Nesta sessão vivi o ápice do ódio na contratransferência (WINNICOTT, 1947). Como uma menina tão bonitinha poderia ser tão cruel? O que eu fiz para merecer tamanha hostilidade? Esta paciente me tirou do meu lugar, o lugar de quem controla, de quem sabe, e me colocou em contato com a menina de quatro anos que mora em mim e que não quer ser preterida. Inicialmente, reagi a esta hostilidade de modo confrontativo, ou seja, interpretando sua agressão e referindo os

sentimentos provocados nas outras pessoas, o que só aumentou sua hostilidade. Percebi, no entanto, que os sentimentos são meus, despertados por Lúcia, mas relacionados com a minha experiência, a minha história. Ao me dar conta de que posso odiá-la pude me colocar no lugar de Lúcia, me emprestar a ela para ser destruída, ou seja, pude amá-la. “*Quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de encontrar o amor objetivo.*” (WINNICOTT, 1947, p. 283)

Na sessão seguinte, Lúcia chegou do mesmo modo, agressiva e hostil. Compreendi o quanto este impulso agressivo precisa encontrar uma resistência, precisa encontrar um objeto que sobreviva. No caso desta menina, o pai não a vê há mais de um ano e a mãe a utiliza como um brinquete, para lesar o pai e se vingar de um abandono sofrido. Lúcia é, portanto, uma imitadora, que imita os trejeitos e o linguajar da mãe e não consegue ser ela mesma, a não ser quando destrói. Diante disso acolhi sua agressão incondicionalmente e “sobrevivi” aos primeiros minutos da sessão. Ela começou a cochichar e fazer menção a um segredo. Propus compartilhá-lo. Criamos um código para o segredo, cochichamos e “telefonamos” para a mãe, contando que somos amigas e as coisas entre nós vão bem.

Atualmente, o brinquedo de Lúcia consiste em controlar o fluxo de carros e de homens que passa na rua e anotar no papel ou no computador (teclado). Diz precisar controlar o movimento. É um brinquedo solitário, não deixa lugar para mim, porém, hoje eu posso suportá-lo. Aos poucos as barreiras vão se rompendo e podemos compartilhar alguma coisa e até certos delírios. Pois, quando falamos do “segredo”, ela diz temer que ao falar este seja “colocado” no computador e “saia da nossa cabeça”, assim, continuamos brincando.

Considerações Finais

A análise do material clínico e da teoria exposta permite formular algumas hipóteses. Os casos expressam a intensidade da contratransferência criada no atendimento de Pedro e Lúcia, duas crianças que vivem situações extremas e que produzem fenômenos tão diferentes na sua terapeuta.

No caso de Pedro, podemos observar uma ocupação do corpo da terapeuta. As sensações vividas por mim remetem à ausência de um corpo constituído pelo paciente, o menino busca um limite corporal quando rola no chão ou quando se ‘coloca’ dentro de meu ventre. Pedro é uma criança espancada que se dissocia para sobreviver. A transferência ocorre rapidamente e de forma muito intensa, bem como a contratransferência. O corpo de Pedro precisa do meu para se constituir e ele me invade com sua ‘joinha’. Não permite descanso. Ao contrário de Winnicott (1947) que não sentia parte do corpo em seu sonho, passo a sentir ‘coisas’ em meu corpo. Grinberg (1975) afirma que essas sensações são produto de projeções (identificação projetiva) do paciente no analista que responde a isso com a contra-identificação projetiva. Como já foi referido, essa é desencadeada pelo paciente e depende da intensidade e da qualidade dos mecanismos de identificação projetiva. Esse fenômeno parece ser de importância com pacientes muito regressivos, onde a simbolização é escassa. Então, o que aparece como um delírio da terapeuta, na matriz transferencial-contratransferencial fica esclarecido como uma comunicação de inconscientes. Nessa, a terapeuta aparece como uma extensão do corpo do paciente. Uma espécie de regressão fusional de pacientes muito regressivos que encontrou eco no acolhimento empático da terapeuta, conforme Bryce Boyer (1994).

No caso de Lúcia, acontece o que Racker (1973) denomina de contratransferência complementar. Nessa modalidade há uma identificação da terapeuta com os objetos internos do paciente. Sem dúvida, Lúcia acordou a menina de quatro anos que habita em mim. Assim pude compreender sua busca por figuras parentais que pudesse destruir, provocar seu ódio, sem, entretanto, comprometer seu amor, ou seja, a busca é da sobrevivência do objeto. A história de Lúcia é marcada por abandonos e usos da criança, não havendo a expressão plena de acolhimento e de amor por parte dos pais. Dessa forma ela segue destruindo, brigando com todos com quem convive, sem encontrar, até então, alguém que pudesse reconhecer seu ódio a fim de encontrar sua capacidade de “*alcançar amor objetivo*” (WINNICOTT, 1947). Outro aspecto a ser pensado é a busca de Lúcia de uma delimitação de espaços entre ela e sua mãe. O comportamento imitativo da menina, a fragilidade da figura paterna e os dilemas da mãe quanto a sua origem remetem a uma busca de estruturas parentais sólidas, que permitam que Lúcia possa ser ela mesma. Há um conjunto de identificações cruzadas, com a menina, com a mãe, com a falta do pai, que neste momento atravessam a terapeuta. Todas essas sensações que são

experimentadas na terapeuta permitem a abertura de um outro campo de relação, um campo dessa dupla.

De tudo o que foi visto, cabe ressaltar o entendimento de que cada dupla é única. Os pacientes usam nossa mente assim como nosso corpo, mas sempre a partir das marcas e das experiências vividas por nós, mesmo no caso de Pedro, em que a maior fatia do bolo provinha das suas maciças identificações projetivas. Portanto, a dialética transferência-contratransferência é uma produção específica da dupla. A contratransferência é um conjunto que envolve conteúdos do paciente bem como do terapeuta, constituindo-se numa ferramenta indispensável para a clínica de crianças.

Referências

- BLOSS JR., P. A experiência emocional do analista de crianças e o conceito de contratransferência. In: *Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*. v. 5, n. 2, 2003. Porto Alegre: SBPdePA, 2003.
- BONASIA, E. *Contratransferência: Erótica, Erotizada, Perversa*. Livro Anual de Psicanálise. São Paulo: Ed. Escuta, 2003.
- Boyer, Bryce (1978). Contratransferência e técnica no trabalho com paciente regressivo: observações adicionais. In: *Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise*. v. 1, n. 1, 1994.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- DUNN, J. *Intersubjetividade em Psicanálise: Uma Revisão Crítica*. Livro Anual de Psicanálise. São Paulo: Ed. Escuta, 1995.
- ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- FERRO, A. *A Técnica na Psicanálise Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- FREUD, S. (1912).. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. In: *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1913). Sobre o início do tratamento In: *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915). Observações sobre o amor transferencial. In: *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GRAÑA, R. *Origens de Winnicott – Ascendentes Psicanalíticos e Filosóficos de um Pensamento Original*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GREEN, A. *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*. São Paulo: Ed. Escuta, 1988.

GRINBERG, L. *La supervision psicoanalitica – teoria y práctica*. Buenos Aires: Paidós, 1975.

HEIMANN, P. Sobre a Contratransferência (1949). In: *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, vol. II, no.1, maio/1995. p. 171-177.

KLEIN, M. As Origens da Transferência (1952). In: *Obras completas*. Vol. III: *Inveja & gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. Sobre a Identificação (1955). In: *Obras completas*. Vol. III: *Inveja & gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KOHUT, H. *Self e narcisismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

MACHADO, C. M. N. Campo transicional e intersubjetividade. In: *Contemporânea – Psicanálise e transdisciplinaridade. De Narciso a Édipo: ressonâncias*. v. 5. jan/fev/mar de 2008. (versão eletrônica)

MANICA, M. Contratransferência em situações extremas. In: ZASLAVSKY, J. & SANTOS, M. J. P e colaboradores. *Contratransferência – teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MANNONI, M. (1967). *A Criança, sua "doença" e os outros*. Rio de Janeiro. Zahar, 1971.

OGDEN, T. H. *Os sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

PARSONS, M. A Lógica do Brincar em Psicanálise. In: *Livro Anual de Psicanálise*. São Paulo: Ed. Escuta, 2001, p. 89-102.

PATELLA, L. *Contratransferência da análise de crianças e adolescentes*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ. Rio de Janeiro, 2004.

RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalitica*. Buenos Aires: Paidós, 1973.

RUDINESCO & PLON. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

THOMÄ & KÄCHELE. *Teoria e Prática da Psicanálise*. Porto Alegre: Artes. Médicas, 1992.

URTUBEY, L. *Os Efeitos Contratransferenciais da Ausência*. Livro Anual de Psicanálise. São Paulo: Ed. Escuta, 1995.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1947). O ódio na contratransferência. In: *Da Pediatria à Psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: *Da Pediatria à Psicanálise – obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZASLAVSKY, J. & SANTOS, M. J. P. Tendências atuais da contratransferência. In: ZASLAVSKY, J. & SANTOS, M. J. P e colaboradores. *Contratransferência – teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZAVASCHI & BASSOLS. Contratransferência no atendimento a crianças. In. ZASLAVSKY, J. & SANTOS, M. J. P e colaboradores. *Contratransferência – teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006.