



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Frank Henrique Fernandes Nunes

O CONCEITO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM AUTORES CONTEMPORÂNEOS:

uma revisão do estado da arte em periódicos de psicanálise

Palmas – TO

2018

Frank Henrique Fernandes Nunes

O CONCEITO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM AUTORES CONTEMPORÂNEOS:
uma revisão do estado da arte em periódicos de psicanálise

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Dra. Irenides Teixeira

Palmas – TO

2018

Frank Henrique Fernandes Nunes

O CONCEITO DE CONTRATRANSFERÊNCIA EM AUTORES CONTEMPORÂNEOS:

uma revisão do estado da arte em periódicos de psicanálise

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Dra. Irenides Teixeira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Irenides Teixeira

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Me. Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Esp. Sonielson Luciano de Sousa

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2018

RESUMO

NUNES, Frank Henrique Fernandes. **O conceito de contratransferência em autores contemporâneos: uma revisão do estado da arte em periódicos de psicanálise**. 2018. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

A pesquisa teve como objetivo revisar o Estado-da-Arte em periódicos de psicanálise entre os anos de 2003 a 2017, disponíveis em plataformas online do Google, Scielo, Pepsic e periódicos online de revistas de psicanálise. O projeto discutiu o conceito de contratransferência em autores contemporâneos, como, Leitão, Cassorla, Vicente, Zaslavsk, Santos, Neves, Gus, Mencarelli, Vaisberg, Gondar, Filho, Oliveira, Andrade, Verdi, Herzog, Nascimento, Dias, Berlink, Zambelli, Klautau e Winograd. Esse fenômeno pode ser identificado por meio dos sentimentos, emoções e pensamentos que são despertados sobre o analista. Dessa maneira, a contratransferência conceitua-se como: as reações emocionais inconscientes do analista frente às investidas afetivas do paciente. A partir disso, diferentes visões foram abordadas, referentes à prática clínica e o papel do analista diante da transferência e contratransferência. Os dados selecionados desdobram-se em discussões relevantes sobre produções e publicações em torno da contratransferência onde se realizou um mapeamento, dessa forma, os dados coletados foram caracterizados percentualmente. De acordo com os resultados, pode-se perceber que a região Sudeste tem um alto índice de divulgação referente à contratransferência sobre as outras regiões do Brasil.

Palavras-chave: Contratransferência. Transferência. Psicanálise. Psicologia.

ABSTRACT

NUNES, Frank Henrique Fernandes. **The concept of countertransference in contemporary authors: a review of the state of the art in psychoanalytic journals.** 2018. 43f. Course Completion Work (Undergraduate) - Psychology Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas / TO, 2018.

One research aimed at the state of the art in psychoanalytic journals between the years 2003 to 2017, in online versions of Google, Scielo, Pepsi and online journals of psychoanalysis journals. The project discussed the concept of countertransference in contemporary authors such as Leitão, Cassorla, Vicente, Zaslavsk, Santos, Neves, Gus, Mencarelli, Vaisberg, Gondar, Filho, Oliveira, Andrade, Verdi, Herzog, Nascimento, Dias, Berlink, Zambelli , Klautau and Winograd. This kind of emotion can be identified by the expression of the feelings, emotions and thoughts that are awakened about the analyst. In this way, the countertransference is conceptualized as: the analyst's unconscious emotional changes in the patient's affective research. From this, different visions were approached, a clinical practice and a role of the analyzer in the face of freedom and countertransference. The data were deployed in discussions about productions and publications around countertransference in terms of mapping, in that way, and data were characterized by percent. According to the results obtained, one can detect that the Southeast region has a quality index relative to contracting over other regions of Brazil.

Keywords: Countertransference. Transfer. Psychoanalysis. Psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 O FENÔMENO DA TRANSFERÊNCIA: A ELABORAÇÃO DE S. FREUD E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	9
2.2 CONSTRATRANSFERÊNCIA EM AUTORES CONTEMPORÂNEOS: A CENTRALIDADE DAS RELAÇÕES DE OBJETO.....	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

Pensando na prática analítica e seu lugar específico, o analista sempre será um alvo óbvio para que o paciente lance nele seus elementos de angústia ou felicidade. E, em contrapartida o analista também o afetará com seus argumentos e interpretações. Todos nesse processo se tocam, se comunicam. Nesse embate inevitável, sentimentos, afetos e fantasias se manifestam sobre o psicoterapeuta. Avista disso, o analista precisará significar essas afetações que surgem, dando a elas atribuições que trabalharão em função da análise. O profissional de psicologia precisa manejar equilibradamente os conteúdos que porventura são lançados a ele, por meio do paciente – tendo como foco o sucesso do emprego analítico. Por isso, em suma é importante que o analista entenda a dinâmica do seu trabalho (ANDRADE, 2009).

Desse modo, a perspectiva da contratransferência e os aspectos afetivos presentes na relação transferencial e contratransferencial são efeitos da situação que ocorre no *setting* terapêutico. Mesmo que Freud, avesso a tais afetos, considerando esses sentimentos importunadores e obstinados, recomendava cautela e dedicação objetiva para governá-los e direcioná-los, devido às afeições se dirigirem à subjetividade do analista. Mas, Freud não era obstinadamente reverso a tal dinâmica, considerando-a uma aliada no exercício da profissão. Dessa maneira, essa pesquisa pretendeu conceituar a contratransferência, a qual se desprende de uma noção intrigante ao encargo psicanalítico, mostrando-se favorável ao terreno clínico. Em vista disso, todos os conteúdos de uma análise, sejam eles: sentimentos, memórias, desejos, conflitos e afetos, estarão presentes no campo relacional da prática psicanalítica, que surgem inicialmente na relação transferencial (ANDRADE, 2009).

De acordo com Meirelles (2012), no começo do tratamento a presença da transferência enquanto fenômeno em um *setting* permanecera espontâneo durante o processo, indicando a necessidade do manejo adequado, psicanalítico, que difere de outras formas e manejos ao lidar com o fenômeno da transferência.

Sendo assim, nesse processo relacional, o analista precisará manejar a situação transferencial que é inevitável, ele irá se deparar com aspectos subjetivos que fazem parte do seu psiquismo, dessa forma, na psicoterapia se esforçará para contrapor seus sentimentos por meio da objetividade, mas no trabalho de uma análise os dois aspectos surgirão lado a lado. O psicoterapeuta diante da sua função no *setting* terapêutico mediará não só conteúdos que vem do paciente, como também seu próprio conteúdo interno (ANDRADE, 2009).

Nesse percurso, pensou-se de que maneira o conceito de contratransferência, a partir da literatura em autores contemporâneos atenderia à prática clínica. Por isto, o objetivo dessa pesquisa foi investigar o conceito de contratransferência em autores contemporâneos na

literatura psicanalítica, e a partir desse ponto, em periódicos nacionais, no que diz respeito ao manejo técnico da contratransferência, definir características, sendo elas, teoricamente, as principais aproximações e distanciamentos entre o pensamento de teóricos contemporâneos e o pensamento de Freud sobre a transferência/contratransferência. Realizou-se também um mapeamento e levantamento de dados referentes à concentração e quantidade de cursos de psicologia e psicólogos no Brasil.

A pesquisa teve como relevância disponibilizar para profissionais de psicologia aspectos referenciais sobre a contratransferência, contribuindo dessa forma para a prática clínica com a noção que tal fenômeno desempenha profunda importância no desenvolvimento da investigação analítica. Primeiramente, a partir de Freud e diferentes psicanalistas, a discussão do conceito de transferência. No segundo capítulo, a discussão e definição da contratransferência em diferentes autores contemporâneos. Além do mais, analisar os dados referentes aos autores e publicações científica exposto nessa pesquisa. A justificativa para tal método é o fato de existirem algumas dúvidas quando se discute sobre o fenômeno da contratransferência, quanto à origem se é consciente ou inconsciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O FENÔMENO DA TRANSFERÊNCIA: A ELABORAÇÃO DE S. FREUD E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

No início do Século XX, Freud argumenta sobre a dinâmica transferencial da relação entre analista e paciente, podemos afirmar que ela é inevitável, precisa e clara, devidamente cabendo ao analista identificá-la por meio dos investimentos libidinais que seus pacientes sedentos e esperançosos lançam conscientes e inconscientes sobre o analista (FREUD, 1912).

Na obra de Sandler, Freud afirma que o sucesso do trabalho analítico está na transferência presente desde o primeiro contato entre paciente e analista, sendo a transferência a mola propulsora de toda a análise psicológica. Referindo-se a transferência, todo analista de bom senso concluirá a existência de uma resistência (SANDLER et al., 1896).

Para Freud, esse termo adere-se à análise, pois sua ação opositora apresenta-se ligada a um modo de se comportar que exprime uma atitude negativa à terapêutica (ZIMERMANN, 1999). No exercer a técnica psicanalítica, Freud alertava aos analistas que a persistência e veemência da transferência na análise serão as repercussões e resultados provenientes de uma resistência (FREUD, 1916-1917).

Nas palavras de Freud, na ocasião em que a vinculação afetiva se repete e em episódios e surge a cada queixa manifesta do paciente, mesmo que em circunstâncias desfavoráveis e hostis, o analista precisa observar que tais causalidades se tratam de uma transferência profundamente relacionada à posição patológica em que se encontra seu paciente. A transferência é afetiva, pois a relação terapêutica envolve laços de contratualidade, confiança e reciprocidade, dessa maneira, o analista poderá ter uma ação em relação ao paciente, com o propósito de pretender alcançar êxito na remoção das resistências. Destarte, o analista agirá também como sentinela que observa com atenção, todo e qualquer elemento divergente e antagonista que se apresente para a análise (ANDRADE, 2009).

Portanto, admitimos com tanta relutância, conhecemos como transferência. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda a presteza com esses sentimentos se manifesta deriva de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico. (FREUD, 1996, p. 443).

O surgimento da transferência, segundo Freud, remete-se a uma força inconsciente decidida a tornar-se consciente na simultaneidade de tempo e duração em que ocorre à análise de um caso, e por meio de fantasias acabam por se manifestar no *setting* terapêutico. A

transferência para Freud em sua qualidade do que é peculiar, mostra traços próprios de sua natureza e sua ação se dá, por exemplo, durante uma análise da seguinte forma: o paciente troca a pessoa do analista por outra pessoa já existente em seu histórico de vida. Um segundo exemplo é quando o paciente revive experimentações e tentativas de sua memória, não para resgatar o passado ou lembrar-se dele, mas fazendo uso de tais acontecimentos na pessoa do analista (KLEIN, 1982). Um terceiro exemplo é quando situações se apresentavam para Freud de modo consciente, a partir do momento em que os seus pacientes o tratavam como um objeto de amor anterior (MCWILLIANS, 2006).

A esse argumento, na concepção de Freud, as vivências do ser humano, são fundamentadas por condições relativas aos sentimentos de amor, que nesse percurso da vida é experimentada, de forma satisfatória e insatisfatória, assim o ser humano acumula em seu psiquismo vários objetos que impulsiona o prazer e falta de prazer, na medida em que essas sensações são experimentadas e repetidas. Sendo que o seu psiquismo é formado apenas por partes desses objetos (FREUD, 1912).

Freud (1912), afirma que:

É perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão também se volte para a pessoa do médico. [...] tal investimento se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão (p.136).

Na obra de Freud, o analista deve compreender que o amor de transferência surgirá durante o trabalho analítico, pois o amor é um sentimento normal, que faz parte da vida (FREUD, 1915). [...] “Para a conduta do médico, é primeira das três peculiaridades do amor de transferência que é decisiva. Ele evocou essa paixão, ao introduzir o tratamento analítico para curar a neurose” (FREUD, 1915, p. 224).

Freud afirma que:

leigos, de cuja atitude ante a psicanálise falei no princípio, sem dúvida verão nessas discussões sobre o amor de transferência uma oportunidade de chamar a atenção do mundo para o perigo desse método terapêutico. O psicanalista sabe que trabalha com energias mais explosivas [...] mas alguma vez se proibiu aos químicos de lidar com materiais explosivos, perigosos, [...] e do mesmo modo será imprescindível a psicanálise acurada, não diluída, que não receia manipular os mais perigosos impulsos psíquicos e dominá-los para o bem do paciente (FREUD, 1915, p. 227-228).

No processo clínico, “a transferência surgirá como uma condição imposta ao paciente, que necessita de amor, afeto que esteve ausente na infância, que foi perdido ou retirado, através de uma perda ou algum outro acontecimento durante a vida” (SANTOS, 1994, p. 20).

Freud em suas palavras, diz que, o ser humano “pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire certo modo característico de conduzir sua vida amorosa” (FREUD, 1912, p. 134).

Freud imaginava os desejos sexuais dirigidos a uma personagem importante do passado como um investimento (catexia) da energia da pulsão sexual (“libido”) na imagem da pessoa (“objeto libidinal”) em questão. A transferência era considerada um deslocamento da libido desde a lembrança do objeto original à pessoa do analista, que se tornava o novo objeto dos desejos sexuais do paciente, sendo que este não tinha consciência desse processo de deslocamento do passado (SANDLER et al., 1986, p. 37).

Essa argumentação se clarifica quando o acontecimento do fenômeno transferencial, nas palavras de Freud, surge repentinamente e aparentemente na forma de uma ligação enganosa entre o paciente e o analista durante uma análise (SANDLER et al., 1986). A partir disso, tendo em vista o enquadre analítico, uma dupla transferência surgiria, onde tais dinâmicas transferenciais fariam emergir durante um trabalho, processos terciários, ao passo que se estabelece durante a sessão terapêutica um campo transicional. Por meio disso, o analista poderia manejar elementos que estiverem presentes na formação da sexualidade infantil e do Complexo de Édipo, possibilitando também a elaboração do conflito relacionado ao objeto primário (CHRISTIAN DELOURMEL, 2013).

Por exemplo, a tal acontecimento,

Freud denominou “Falsa conexão” entre uma pessoa que foi objeto de desejos anteriores geralmente sexuais e o médico. Sentimentos ligados a desejos passados (que foram excluídos da consciência) emergem e são vivenciados, no presente, como resultado da “falsa conexão”. Com referência a isso Freud comentou acerca da propensão dos pacientes a desenvolverem ligações neuróticas com seus médicos (SANDLER et al., 1986, p. 34).

Essa situação é comum quando o paciente está se esforçando no tratamento, as resistências tornam-se mais fortes e nesse momento o analista entenderá que uma liberação afetiva focal precisará ser oferecida para o paciente, colocando-se então o analista, por exemplo, no papel de um pai bondoso que acolhe com amor todos os ataques do paciente (ANDRADE, 2009).

Para Freud tal acontecimento se produz devido,

O paciente se amedrontar ao verificar que está transferindo para a pessoa do médico as ideias angustiantes que originam do conteúdo da análise. [...] sentimentos [...] considerados como “transferência” [...] a transferência nem sempre era um obstáculo à análise, [...] um decisivo fator de convicção não só do paciente como também para o médico. Essa é a primeira menção da transferência como agente terapêutico (SANDLER et al., 1986, p. 33-34).

O termo da transferência para Freud separe-se em transferência positiva e negativa (ZIMERMAN, 1999). Freud (1912) caracteriza a transferência positiva aquela que apresenta em seu manifestar afetos de bondade e de uma amistosa relação consciente de continuidade inconsciente. As transferências negativas são entendidas por Freud como aquelas que em si persistem a existência de estímulos hostis de desgosto e ódio, competição, de grande cobiça, de destruição e erotizações. Essas transferências são carregadas desses estímulos citados acima, pois são sentimentos que se inclinam para a pessoa do analista (ZIMERMAN, 1999).

Para a execução da atividade analítica tal transferência é essencial na superação das resistências, bem como, identificar estímulos tendenciosos reprimidos (RACKER, 1982). Freud “falara de transferências positivas em contraposição a transferências negativas, e, ademais, subdividira as transferências positivas em dois tipos; as que auxiliavam o trabalho terapêutico e as que o dificultam” (SANDLER, et al., 1896, p. 35).

Sendo que a forma extrema se manifestava na paranoia, embora, de maneira mais mitigada, pudesse ela ser encontrada em coexistência com a transferência positiva em todos os pacientes. Essa coexistência possibilitava ao paciente utilizar-se de um aspecto dessa transferência para se proteger contra o perturbador surgimento de outra (SANDLER et al., 1896, p. 35).

O analista nessa situação precisa reagir rapidamente e entender que tais investimentos prestaram para a análise imponderável recurso de fazer os presentes impulsos inconscientes virem a ser conscientes para que o paciente possa-os enfrentar e os ressignificar (FREUD, 1912). O analista não necessariamente se colocará em uma posição de impor para o paciente resultado, mas se mostrará como um recurso positivo para a promoção dos resultados (FREUD, 1915).

Existem casos em que o processo terapêutico é atacado, e não que deva ser terminado, mas o paciente se apaixona intensamente pela pessoa do analista, dessa forma ocorre uma cisão entre os dois, a análise é deixada, e mesmo que o paciente torna a ser atendido por outro analista, esse paciente se apaixonará outra vez. E nesse quadro no qual o paciente desempenha um papel de se apaixonar por seu analista, precisa haver uma renúncia em se deixar levar pela paixão (FREUD, 1915).

A respeito da transferência amorosa, o paciente procura processar o que está inconsciente durante uma análise e busca também transferir esse impulso no intuito de realizar desejos amorosos sem perceber a real ocasião em que se encontra perante o analista. Essa ação exercida através do paciente é inconsciente, pois exclui sua consciência atual e não tem consideração com realidade (FREUD, 1915). Esse fenômeno transferencial acontece de forma natural na prática clínica. Nas palavras de Freud, o analista de maneira nenhuma deveria

preparar seus pacientes para uma transferência amorosa, pois, assim o analista corta qualquer movimento de espontaneidade, fomentando então, fortalezas e barreiras de difícil acesso para o próprio analista. Pois Freud recomenda que o analista mantenha uma postura de opacidade diante do paciente durante a análise, sendo apenas um reflexo do que é mostrado, pois uma interferência do analista poderá se tornar no processo psicoterapêutico um obstáculo (ANDRADE, 2009). Isto posto, conferi o código de ética do psicanalista, o qual apresenta-se para um sessão terapêutica sem “criar estímulos sexuais e/ou afins em seus clientes” (ONP, s/a). Respeitando também o código art. 2 onde ao psicólogo é vedado induzir seu paciente sobre aspectos políticos, religiosos, orientação sexual e etc (CFP, 2005).

O analista, por conseguinte, não pode tentar agir antecipadamente com a intenção de manipular a transferência amorosa. Uma atitude assim, somente prejudicaria uma análise e em nada favorece uma melhora no quadro clínico do paciente. Freud afirma que, mesmo em casos no qual o analista está diante de uma transferência amorosa, ele precisará continuar a psicoterapia, não se entregando a esse fenômeno transferencial, mas negando ao paciente a satisfação da sua paixão. Isto, por conseguinte, colocará tal sujeito em um quadro de abstinência (FREUD, 1915).

A esse respeito, Freud (1915) diz que o analista não exterminará os anseios e necessidades do paciente, mas lidará com essas vontades, como se elas fossem estimuladoras da prática clínica e de significativas mudanças. O trabalho do analista é árduo e requer cautela, pois ao mesmo tempo, que a psicoterapia se movimenta a partir de uma abstinência, o analista precisa manusear com destreza a transferência amorosa, sem prejudicá-la. Portanto, encarar esse fenômeno transferencial como uma situação a ser vencida, com o escopo inclinado para o inconsciente, permitirá que o paciente administre em sua consciência tais conteúdos de aspecto amoroso que o paciente guarda em seu mundo interno.

No que se refere ao início do tratamento, Freud (1913) afirma que, prolongar o início de uma análise com um período largo de entrevistas ou de alguma forma de introdução, ou no caso de o analista e paciente já se conhecerem, o mesmo poderá relacionar-se com a pessoa do analista utilizando um tipo transferência pronta, logo cabendo para o psicoterapeuta a tarefa de identificar a transferência, diferentemente o analista não observaria a transferência surgir e se desenvolver durante a análise.

Freud (1913) ainda alerta que:

- o tratamento gratuito aumenta bastante algumas resistências do neurótico; nas mulheres jovens, por exemplo, a tentação que está contida na relação de transferência; nos homens jovens, a revolta contra o dever da gratidão, que

provém do complexo paterno e se inclui entre os mais sérios obstáculos à ajuda da médica (p. 177).

Nas palavras de Freud (1913), toda ocasião atual corresponderá a uma transferência para a pessoa do analista. A vista disso, o analista ao exercer o trabalho clínico da análise sempre atuará com o propósito de precocemente desvendar essa transferência que está nascendo no tempo presente, pois só por meio dela o analista encontra estreito caminho que adentra os objetos patogênicos do paciente.

Em alguns casos Freud (1913) diz que:

a transferência pode, frequentemente, eliminar sozinha os sintomas, mas isso apenas de maneira provisória, precisamente enquanto ela dura. Isso seria um tratamento sugestivo, e não psicanálise. Ele merece este nome apenas quando a transferência utiliza a sua intensidade para a superação das resistências. Apenas então se torna impossível a doença, mesmo quando a transferência dissolveu-se novamente, como é o seu destino (p. 192).

No que diz respeito a esse processo citado acima, a transferência e a instrução forneceram a capacidade inicial que o paciente precisará para continuar a análise, e nesse desenrolar o analista servirá como esse promovedor de energia ao passo que se comunica e identifica as transferências. Desse modo, durante o período do tratamento, as transferências apareceram continuamente em tipos diferentes ou repetições (FREUD, 1913).

A transferência era um obstáculo à cura, além de ser um fardo pesado que o analista devesse carregar sessão após sessão, mas com o tempo a transferência foi observada com outro olhar, sendo considerada uma função terapêutica (PALHARES, 2008). Segundo Macedo (2011, s/p), “nesse sentido, ela é, para o terapeuta, um lugar onde é bom estar; ela tem a ver com o familiar, com o descanso, com o hábito, com o conforto”. Palhares (2008) afirma que, sua ação permeia para além da clínica, resgata o passado reprimido do analisando e revela o que antes não foi verbalizado. Nesse trabalho, que se configura “na relação entre paciente e analista [...] o essencial do trabalho consiste na verbalização dos conflitos inconscientes” (MACEDO, 2011, s/p).

O poder que a transferência exerce no campo clínico pode alterar drasticamente o andamento da análise. Pois poderá por meio da transferência do paciente desenvolver um estado de paralisia, o induzindo para direções destrutivas. Essa ação paradoxal se torna perigosa, pois, entrar em contato com o passado, significa vivenciar novamente momentos de trauma e situações conflituosas de um passado de sofrimento. O paciente terá que transformar suas dores em pontes, as trará em sua vida um novo significado (PALHARES, 2008). “O quadro do conflito é a onipotência do desejo confrontada com os limites do possível. Em

suma, é a angústia de castração que dá sentido às questões e aos impasses que atravessam o sujeito” (MACEDO, 2011, p. s/p).

No processo clínico, referindo-se à transferência, torna-se claro que uma de suas características próprias é trocar a pessoa do analista por uma pessoa primitiva, nesse desenrolar, as vivências traumáticas do passado não serão apenas memórias, mas eclodirão na pessoa do analista. Nessa ocasião, cabe ao analista reconhecer a transferência e manejá-la com destreza, como uma ferramenta de trabalho funcional, pois não reconhecê-la e não fazer dela uma função terapêutica fará dela um obstáculo irreversível, desse modo terá o analista que se deparar com o fracasso da análise (PALHARES, 2008).

Palhares (2008) afirma, a partir de Freud, que:

não nos surpreendemos suficientemente com a transferência. Assim, agregamos outro elemento a esse fenômeno: o surpreendente que irrompe na cena analítica, determinando uma qualidade emocional do vínculo analítico com poder de afetar a ambos os participantes. O percurso do tratamento se move dentro do drama e da trama transferencial, caminhando entre passado e presente, entre obstáculo e função terapêutica, entre alianças e repúdios ao manejo clínico, configurando dificuldades que revelam a singularidade de cada paciente. E aí é que está: o acolhimento a esta singularidade leva o paciente a se sentir reconhecido em sua humanidade (p. 103).

Freud afirma que alguns efeitos presentes no campo transferencial entraram em contato com a pessoa do analista, pois reconhecer a transferência, não é apenas nomeá-la. É preciso usar a transferência como um meio de entrar em contato com aspectos ermos da natureza humana, reprimidos no inconsciente. O analista se torna nesse quadro, espontaneamente um alvo (PALHARES, 2008).

Palhares (2008) diz que:

Freud, [...] acrescenta que a repetição se traduz por uma compulsão ligada à pulsão de morte. Para ele, a ideia de repetição conota neurose e patologia, uma impossibilidade de ser e viver diferente no presente, reencenando-se, muitas vezes, experiências dolorosas. Esse encenar não é determinado pelo prazer, mas pela dor e o sofrimento. É como se algo da experiência infantil estivesse “congelado”, provocando estagnação, apresentando “o mesmo”, o de sempre; não se consegue situar o presente como um vetor existencial a ser conquistado. Algo o entrava de forma insistente e imperiosa (p. 104).

No decorrer do tratamento, o analista por meio da transferência, trabalhará diversos traumas que atuam como dominadores na situação atual em que se encontra o paciente, pois os acontecimentos da tenra infância funcionam atualmente como mantenedores de posições psicopatológicas, que o paciente no momento se enquadra. Freud deixa claro, que as psicopatologias enquadradas na situação atual do paciente podem ser tratadas e abolidas do

psiquismo, antecipadamente sem a interrupção dos sintomas transferenciais, apenas devido à presença do analista eventualmente (FERREIRA; CARRIJO, 2016).

Portanto, em casos que o analista recebe em seu consultório um paciente que está em sua primeira relação transferencial, é importante que o analista favoreça nas primeiras sessões, ao paciente, recursos que o possibilite a confiar e sustentar tal relação que se constitui no setting terapêutico (MACEDO, 2011).

Freud (1913) também afirma que, é importante atentar-se a outra situação que poderá acontecer no início do tratamento clínico, em que:

leigos e médicos [...] costumam atribuir grande valor à expectativa que o paciente traz para o novo tratamento. Acham com frequência que não se terá muito trabalho com um doente que tem enorme confiança na psicanálise e está plenamente convencido de sua verdade e eficácia. Com um outro será mais difícil, pois ele se mostrará cético e em nada acredita, até ver o resultado em sua própria pessoa. Mas na realidade essa atitude dos doentes tem importância mínima; sua temporária confiança ou desconfiança pouco significa. [...] Claro que a disposição confiante do paciente torna agradável o trato inicial com ele; nós lhe agradecemos por isso, mas o advertimos que sua prevenção favorável será destruída pela primeira dificuldade que surgir no tratamento. E ao cético diremos que a análise não requer confiança, que ela pode ser crítico e desconfiado como quiser, que não levaremos sua atitude à conta do seu julgamento, pois ele não se acha em condição de formar um juízo confiável nessas questões; sua desconfiança é justamente um sintoma ao lado de outros sintomas, e não interferirá se ele apenas seguir conscientemente o que a regra do tratamento dele exigir (p. 167-168).

Durante a relação transferencial é importante priorizar o manejo clínico, que trará em si a interpretação do analista para o paciente, dos seus objetos inconscientes com o interesse de torná-los conscientes e de identificar a transferência que será estabelecida no setting terapêutico (NASIO, 1995). No discurso de Zimmerman, “Freud postula que o paciente não recorda coisa alguma do que aconteceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação, ou seja, ele reproduz o reprimido não como lembrança, mas como uma ação repetitiva” (ZIMMERMAN, 1999, p. 332).

O manejo da transferência exige do analista não só uma grande habilidade e experiência, mas também uma constante atividade de autopercepção. O instrumento do psicanalista não é apenas o saber, mas, acima de tudo, seu próprio inconsciente, único meio de que ele dispõe para captar o inconsciente do paciente (NASIO, 1995, p. 46).

O analista que não trabalha dessa forma, que não maneja os conteúdos transferências que o paciente lança sobre ele, e logo em seguida, deparar-se com o sucesso do tratamento; rotula o tratamento clínico de lógica sugestiva. A crítica existente ao manejo clínico da relação transferencial é a terminologia de uma falsa ligação e posteriormente o sucesso

terapêutico, devido às clarificações da situação transferencial serem comunicadas diretamente para o paciente (FERREIRA; CARRIJO, 2016).

Compreende as transferências como resultado de uma *mésalliance* – falsa ligação –, que faz com que uma cota de afetos seja transferida para figura do analista. Como estratégia de manejo, Freud busca tornar consciente essa falsa ligação e inseri-la em nexos associativos com a história do paciente (ROBERT; KUPERMAN, 2012, p. 39).

A justificativa nas palavras de Freud, para tal manejo clínico é a separação entre essa técnica e a sugestão. A eficácia de manejar a transferência, está em transformar um aparente obstáculo, em uma *powerful ally*, na medida em que o analista identifica e interpreta para o paciente seus conteúdos inconscientes (FERREIRA; CARRIJO, 2016).

O analista que se empenha em trabalhar de forma verdadeira, perceberá que a relação transferencial facilitará que representações inconscientes eclodem no percurso da análise, tal manifestação do mundo interno do paciente entrará em contato com o analista. Dessa forma, por consequência, a situação clínica poderá mudar bruscamente, caso a transferência não seja inicialmente identificada, potencialmente compromete a análise, ou em outros casos, por exemplo, quando uma nova transferência surge no processo analítico, e, em uma reviravolta, o paciente começa a se interessar de forma erótica pelo analista, coisa que não havia acontecido em sessões anteriores. Nesse caso, a representação dessa nova transferência conduzirá a análise para outro caminho, para uma outra relação transferencial (PITLIUK, 2013).

Herrmann (2007, s/p) firma, que:

a concepção psicanalítica mais corrente de transferência e contratransferência considera-as como fenômenos internos, repetitivos, passionais que se atualizam na relação transferencial e cuja ocorrência precisa ser detectada para que o trabalho analítico possa se dar. [...] A teoria dos campos considera a transferência como uma forma de apreensão do discurso humano que permite a revelação de seus valores inconscientes, por propiciar o surgimento de sentidos possíveis que aquele discurso compreende.

O trabalho do analista nesse processo, de lidar com a relação transferencial, desenrola-se pela escuta terapêutica. A partir daí o analista faz um trabalho de discriminação, onde empurra para um lado todo discurso consciente do paciente, com intuito de fazer uma escuta analítica, desse modo, é possível perceber na comunicação do paciente com o analista as posições que ele se coloca, como exemplo, se o paciente rodeia assuntos desagradáveis em seu discurso ou acontecimentos reprimidos de ordem inconsciente. Tais acontecimentos que surgem no campo transferencial, tornam-se recursos importantes para que o paciente e o

analista, de algum modo, venham significar as representações que se manifestam nesse campo (HERRMANN, 2007). Segundo Zimerman (1999, p. 332) Freud afirma que, “o paciente não recorda coisa alguma do que aconteceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação, ou seja, ele reproduz o reprimido não como lembrança, mas como uma ação repetitiva, sem naturalmente saber conscientemente do que está fazendo”.

A relação do paciente com o analista também pode ser entendida como uma expressão da vida pulsional [...] o vínculo transferencial com o analista não é a simples reprodução, no presente, dos laços afetivos e desejantes do passado. A transferência é, antes de mais nada, a colocação em ato das mesmas fantasias que outrora se expressaram sob a forma dos primeiros laços afetivos. Portanto, convém entender que a transferência não é a repetição de uma antiga relação, mas a atualização de uma fantasia (NASIO, 1995, p.46).

Segundo Herrmann (2007), a situação transferencial aparecerá na forma de discursos, pois “todas as fantasias, ansiedades e defesas que compõem o mundo interno são expressas nas situações vividas no cotidiano” (ASSIS, 1994, p. 32). Dessa forma, cabe ao analista compreender a lógica inconsciente do analisando, de saber como ela foi construída anteriormente e como continua a funcionar (HERRMANN, 2007). A partir dessa construção psíquica, “o indivíduo traz para cada nova relação que estabelece ou cada nova situação que vive, toda sua história, seus objetos internos, seus medos e esperanças e transfere-as para a situação atual” (ASSIS, 1994, p. 32).

No dizer de Freud (1912), a metodologia da psicanálise, ao trabalhar a transferência, apresenta-se em um instante vantajosa, por ela ser a alavanca que promove o sucesso de um trabalho psicoterapêutico. Mas, em outra perspectiva, por exemplo, como um paradoxo clínico, a transferência poderá se tornar um campo propício para o surgimento de resistências. “As diferentes modulações que o conceito de transferência adquire ao longo da obra de Freud demonstram o esforço contínuo de sistematização de uma teoria da técnica que tenta abarcar as mais variadas manifestações de resistência ao trabalho analítico” (ROBERT; KUPERMAN, 2012, p. 38).

Para Freud (1916-1917), o êxito de utilizar a transferência como um instrumento clínico, acontece quando, o analista consegue mostrar para o paciente que seus sentimentos no setting terapêutico, não eclodem devido o momento atual e nem é analista que provoca tais efeitos emocionais., mas esses sentimentos são repetições de um passado existencial.

No processo clínico “a transferência surgirá como uma condição imposta ao paciente, que necessita de amor, afeto que esteve ausente na infância, que foi perdido ou retirado,

através de uma perda ou algum outro acontecimento durante a vida do paciente” (SANTOS, 1994, p. 20).

Portanto, devido a todos os acontecimentos acima citados e conceituados, entende-se que, a eficiência do analista depende da coesão entre transferências um do outro, analista e paciente, desse modo, apoiando-se numa compreensão cognitiva. Somente dessa forma é possível que o analista colida suas fantasias e sentimentos com as do paciente. Isto feito, com a intenção de sintonizar-se com as comunicações inconscientes do paciente (LEITÃO, 2003).

A partir dessas perspectivas, que têm em si conceitos de transferência, às quais são inseparáveis de um cenário psicanalítico, traz consigo na maneira de manifestar-se, uma atuação conjunta, uma unidade, um processo de trabalho em conjunto com o fenômeno da contratransferência. Tal conceito será trabalhado no capítulo seguinte, trazendo em si, os argumentos de Freud e outros autores contemporâneos.

2.2 A CONTRATRANSFERÊNCIA EM AUTORES CONTEMPORÂNEOS: A CENTRALIDADE DAS RELAÇÕES DE OBJETO

Nas palavras de Zimerman (1999), Freud diz que, a contratransferência forma-se nos sentimentos inconscientes do analista, sendo esses sentimentos acionados nele, provindos pela interferência dos sentimentos inconscientes. Tendo isto em vista, o analista precisaria identificar a contratransferência e supera-la, pois o inconsciente do analista se manifesta sempre que entra em contato com o inconsciente do paciente, dessa forma, o inconsciente do analista é caracterizado como um *receptor telefônico*, sendo que, o inconsciente do paciente comportar-se-ia como um falante, que encaminha verbalmente informações de seu próprio mundo interno.

Freud constrói uma teoria sobre a contratransferência, descrevendo-a como um resultado da ação que o analisando exerce sobre o inconsciente do analista. Dessa forma, a contratransferência teria um aspecto negativo e adverso à análise, sendo que, tal fenômeno deveria ser dominado. Nesse processo, as pulsões do analista seriam prontamente provocadas ao passo que maneja os impulsos e elementos que estão recalcados no paciente (ANDRADE; HERZOG, 2011).

A partir disso, podemos definir a contratransferência como:

um fenômeno relacional da clínica analítica, pois surge “como resultado da influência do paciente” e, portanto, está intimamente vinculada à transferência, aspecto central do método analítico. Sua definição, nesse momento inicial, engloba as reações emocionais inconscientes do analista frente às investidas afetivas do paciente (ZAMBELLI et al., 2013, p.184-185).

Neves (2007), a partir de Freud, relata que, a contratransferência tem em si aspectos do analista que podem interferir na análise. Devido a isso, "Freud usou o termo para referir-se à resistência inconsciente do analista como um obstáculo que o impedia de ajudar o paciente a enfrentar áreas da psicopatologia que ele próprio não conseguiu enfrentar" (ZIMERMAN, 2004, p. 141).

Freud alertava sobre os limites referentes à neurose do analista, e da necessidade que tem o analista de vencer pontos não visíveis da situação analítica. Freud afirmava que, não era possível para o analista negar suas resistências e complexos internos, e que uma autoanálise seria necessária, sempre que se lançasse a fazer observações sobre o paciente (LEITÃO, 2003).

Difícilmente concebemos o crescimento psicológico se não atendermos durante o processo terapêutico à transferência, se não a formos interpretando e favorecendo ao indivíduo a criação de instrumentos internos facilitadores

da sua compreensão. Para nós, é a aquisição destes mecanismos que vão permitir ao indivíduo autonomizar-se progressivamente e ir abandonando mecanismos regressivos e dependências patológicas. Se não estivermos atentos à nossa contratransferência, corremos o risco de “embarcar” no nosso desejo onipotente infantil de curar e de não sermos facilitadores, podendo até tornarmo-nos impeditivos das vivências da violência da dor mental (VICENTE, 2005, p. 80-81).

A contratransferência era um obstáculo, correspondente a núcleos inconscientes do analista, que a priori não foram analisados. Sendo considerada por alguns psicanalistas, como o único meio de compreender pacientes psicóticos. Poderia, destacar efeitos recíprocos que o paciente e analista provocam um no outro. A contratransferência poderia consistir durante uma análise, por meio, de imagos, impulsos e sentimentos. Diante dessa afirmação, destacar-se-ia dois tipos de reações contratransferenciais, a primeira é de característica complementar, onde o analista fica identificado com os objetos internos do paciente. E na segunda reação de característica concordante, onde a identificação se faz com partes do analisando. Outros três aspectos adorariam o fenômeno contratransferencial, no primeiro, o analista deve, em silêncio, identificar de que forma, no campo analítico ele está sendo emocionalmente perturbado. No segundo aspecto, precisa verificar quais foram às partes do analisando que estão provocando tais reações. E no terceiro aspecto, deverá o analisar quais são os efeitos que estão operando sobre ele. Após o analista reconhecer esses aspectos, poderá transformá-los em uma ferramenta para perceber e interpretar o paciente (ZIMERMAN, 1999).

Ademais, para Nascimento et al (2011),

dentro dos modelos de pensamento, e nomeadamente com os trabalhos de Bion, o conceito de identificação projectiva sofreu consideráveis desenvolvimentos, dada a introdução de três concepções: A primeira prende-se com a aceitação da abordagem quantitativa feita por Klein, que valorizou sobretudo a patologia das identificações projectivas e o facto da mesma se dever quase unicamente ao seu uso excessivo, como um mecanismo de defesa primitivo, valorizando o aspecto qualitativo, ou seja, o carácter estruturante das identificações projectivas, presente na empatia da mãe (analista) com o seu bebé (analisando). A segunda concepção diz respeito à finalidade das identificações projectivas, dada a sua importância ao nível da comunicação primitiva, pré-verbal, que produz um importante efeito afectivo no Outro. Por fim, a terceira concepção prende-se com o facto das identificações projectivas não se constituírem apenas de objectos ou das pulsões clivadas, mas também das funções egóicas do psiquismo. Não devemos esquecer que Bion utilizou o conceito de identificação projectiva dentro do modelo continente-conteúdo, no qual existe um conteúdo que é projectado num continente, tal como acontece na situação transferencial (p. 471).

A contratransferência por alguns psicanalistas é observada com dúvida e tida como resquício não analisado do analista, na qual é mantida em silêncio e controlada na neutralidade do analista. Poderia compor a completude de sentimentos e emoções que o paciente desperta no analista. Sendo que tais sensações permitem que o analista compreenda o paciente. Formando a ideia de que a contratransferência é um fenômeno total das emoções do analista para o paciente durante uma análise. A contratransferência neurótica, seria um fator fundamental no andamento analítico, sendo vista, como um componente do processo analítico (LEITÃO, 2003).

Alguns autores optam por outros entendimentos a cerca da contratransferência, acreditando que os sentimentos do analista despertados somente durante a sessão seja devido ao que o paciente projeta no analista. Sendo a contratransferência observada como um fenômeno inconsciente, e que de forma consciente não poderia ser utilizada como ferramenta do analista durante a sessão. A vista disso entende-se o fenômeno contratransferencial através do modelo da interação continente-conteúdo que a contratransferência apresenta em que ao lidar com tal fenômeno, a tarefa do analista será acolher o conteúdo, transforma-lo e devolve-lo para o paciente. Sendo isto, por meio das interpretações, que formaria conscientemente e inconscientemente ideias no paciente (ZIMERMAN, 1999). Tendo isto em vista, “por meio dos sentimentos contratransferenciais é possível ter melhor conhecimento sobre os processos psíquicos conscientes e inconscientes que permeiam a transferência, muitas vezes sem serem notados (ZAMBELLI et al., 2013, p. 183)

As necessidades, desejos, demandas, angústias e defesas de todo e qualquer paciente, mais particularmente a de pacientes muito regredidos, constituem um “conteúdo”, que urge por encontrar um “continente”, no qual elas possam ser acolhidas. Cabe ao analista o papel e a função de ser o continente do seu analisando; no entanto, reciprocamente, também o paciente funciona como continente do conteúdo do analista, como pode ser explicado com o acolhimento que ele vier a fazer das interpretações daquele (ZIMERMAN, 2004, p. 145).

Dessa forma, conteúdos transferenciais e contratransferenciais precisariam ser transformados e devolvidos para o paciente com a mesma intensidade que os recebe, pois quando isso não acontece, fenômenos de resistência surgem como obstáculos a análise (VICENTE, 2005). “O analista, pelo seu lado, só pode captar tal transferência pela sua contratransferência, isto é, pelo que é levado a sentir como ação do paciente sobre ele” (ZASLAVSKY; SANTOS, 2005, p. 296). O analista nesse processo trabalha clinicamente com os elementos internos do paciente, dessa forma, tais conteúdos tornar-se-ão participantes da análise, tendo o objetivo de transforma-los (CASSORLA, 2003).

Deste modo, contratransferência não se refere apenas aos sentimentos do analista na sessão, mas significa a utilização, de forma ampla, da subjetividade do próprio analista/terapeuta/ clínico para a compreensão mais profunda do seu paciente. De um modo mais completo, abarca não somente fenômenos visíveis à superfície, mas, principalmente, inclui sentimentos e significados inconscientes de cada indivíduo, ocultos, obscuros, mas determinantes e definidores de seu comportamento (ZASLAVSKY; SANTOS, 2005, p. 297).

Em relação à contratransferência, Racker (1982, p.56) afirma que, “é através dela que sentimos e compreendemos o que o paciente sente e faz na relação com o analista e ante seus instintos e sentimentos para com o analista”. Neves (2007, p.26), confirma que, a “contratransferência passou a ser considerada como tudo o que o analista vive e experimenta em sua relação com o paciente”. A partir disto, “a contratransferência permite que o analista escute, através de seus sentimentos, não só o que o paciente diz, mas, mais ainda, o que ele não diz, por ignorá-lo no plano do consciente” (ZASLAVSKY; SANTOS, 2005, p. 293).

Segundo Leitão (2003), argumenta que, aspectos sentimentais referentes à contratransferência surgem no analista como produções do paciente, não sendo apenas uma parte do envolvimento analítico, mas parte da personalidade do paciente. O manejo contratransferencial, dentro ou fora de uma análise, tem relevância fundamental para o trabalho clínico (ZAMBELLI et al, 2013).

Neves (2007) confirma esse argumento:

se o analista experimentar algo, é porque algo do paciente o atingiu. Se o analista é capaz de perceber o que ele experimenta e se é capaz de compreender o que viveu, separar o que é dele do que é do paciente ou até mesmo do que não é dele, ele passa a ter uma visão de alguma coisa do paciente espelhada por sua própria introspecção. Algo como se acontecesse uma visão em duas direções, servindo para detectar aspectos internos que se passam na relação e que causam impacto no analista se capaz de utilizar o que ele experimenta e não apenas dizer ao paciente o que ele percebeu e identificou (p. 26).

Devido a isso, a forma na qual o analista deve receber e fazer uso dos conteúdos do paciente, está nas associações, e que essas deveriam fazer do analista em suas experiências o com material do paciente. Dessa forma, elementos fantasiosos e memórias se tornariam fundamentos ao mesmo tempo em que o analista também processasse tais sentimentos, com intuito de alcançar uma compreensão adequada acerca do paciente (LEITÃO, 2003).

Portanto, quando o analista sentir alguma coisa pertinente ao paciente, saber discriminar esse sentimento, refletir tal experimentação, entre as posições de analista e paciente, convertesse-a então tal compreensão para a prática clínica como recuso identificador

da condição interior do paciente que se estenderá até o analista como contratransferência (NEVES, 2007).

Nesse sentido a contratransferência pode ser compreendida como algo além da resposta emocional do analista à transferência do paciente para englobar os sentimentos do próprio analista, ou seja, sua subjetividade dentro do contexto analítico. Portanto, pode-se considerar a subjetividade do analista como parte desse contexto no qual a situação transferencial se funda, causando mudanças na forma de o paciente estabelecer sua transferência e tornando-se ferramenta essencial do método psicanalítico (ZAMBELLI et al., 2013, p. 193).

A partir disso, Klautau e Winograd (2013), dizem que, na medida em que, no período da sessão, quando os dois inconscientes se comunicam, analista e paciente, o analista deverá instrumentalizar a contratransferência para compreender o inconsciente do paciente, sendo que a partir de percepções, o analista usará conteúdos afetivos que já foram lançados no setting terapêutico como transferência.

[...] As reações emocionais do analista, isto é, aquilo que ele sente na relação com o paciente, possam ser usadas na própria interpretação. A partir daí dá-se no meio analítico a grande difusão desse conceito: de reação indesejada a contratransferência passa a funcionar como uma espécie de bússola norteadora, de gata borralheira passa a princesa. É a hora também em que o analista deixa de ser só um observador neutro e passa a integrar o campo de trabalho (GONDAR, 2008, p. 179).

Dessa forma, “a resposta interna total do analista é, como assinalou Freud, decisivo para a compreensão e interpretação dos processos psicológicos do paciente” (RACKER, 1982, p. 56). Devido a isso, Zimerman (2004), diz que, segundo Bion e Segal: a contratransferência é considerada o resultado de uma interação mediante a qual a inconsciente do analista inclina-se e se comunica com o inconsciente do paciente. Nessa relação entre analista e paciente, misturam-se conteúdos patológicos e normais, resultado do contato entre dos mundos internos. Devido a isso, o analista deveria concentrar-se na sua própria patologia para o sucesso e qualidade do trabalho analítico (LEITÃO, 2003).

Zimerman (2004), afirma que:

a constante interação entre analista e paciente implica um processo de *uma recíproca introjeção, das identificações projetivas do outro*. Quando isso ocorrer mais especificamente na pessoa do analista, pode mobilizar nele, durante a sessão, uma resposta emocional – surda ou manifesta – sob a forma de um conjunto de sentimentos, afetos, associações, fantasias, evocações, lapsos, imagens, sensações corporais, etc. Não raramente essa resposta emocional pode prolongar-se no analista para fora da sessão, pelos sonhos, *actings*, identificações ou somatizações que traduzem a permanência de resíduos contratransferenciais (p.144).

A contratransferência apresenta múltiplos aspectos, de um lado existe a reposta contratransferencial para a transferência, vinda do paciente, e, de outro lado, existe uma resposta contratransferencial à transferência latente, a qual está reprimida, e não foi acessada. Nesse processo clínico, a contratransferência e a transferência são duas partes constituintes de um todo que juntas provem a relação analista e paciente durante a análise. Cabe ao analista durante esse percurso aceitar a vivência transferencial e corresponder a vivência contratransferencial, caso queira liberar o paciente de repressões referente à pessoa do analista, desse modo estando os dois, analista e paciente, livres de mecanismos de defesas (RACKER, 1982).

O enfoque de Racker para a contratransferência é mais sistemático, global e profundo. Este autor chamou a atenção para as manifestações conscientes e inconscientes e caracterizou a contratransferência indireta e direta e a identificação concordante e complementar do analista, enfatizando seu uso como importante instrumento para a compreensão das relações de objeto do paciente e para a formulação das interpretações (ZASLAVSKY; SANTOS, 2005, p. 293).

Zimerman (1999), diz em outras palavras que, o fenômeno contrasferencial deriva de identificações projetivas provenientes do paciente, que nesse processo clínico põe o analista numa condição de contra-identificação projetiva. As particularidades inconscientes do analista não determinam a contratransferência, o que ocorre é uma impregnação de cargas provindas das identificações projetivas do paciente, que são lançadas para o analista, possibilitando que ele venha sentir e realizar algumas ações e/ou manifestações, como: sentimentos de angústia, tédio e impotência, e que da mesma forma como acontece com os sonhos, tais conteúdos precisam ser decifrados, ou com ajuda de uma análise, ou fora da sessão por ele mesmo. Sendo isso, um conteúdo contrasferencial manifesto que antes estava latente. Outros analistas pensam que seria possível aproveitar o conteúdo manifesto de si próprio, despertado no choque com o inconsciente do paciente para utiliza-lo como ferramenta de análise, desde que para o analista seja possível discriminar o que está sendo projetado nele, diferenciando daquilo que faz parti do seu próprio mundo interno.

De todo o material enumerado, vale à pena destacar o retorno das “conexões emocionais”, propiciado pela relação transferencial. De acordo com Freud, as conexões emocionais ou, em outros termos, os afetos despertados pela relação transferencial devem ser usados como matéria-prima para as construções. É importante lembrar que os afetos não são apenas despertados no paciente pelas conexões emocionais restabelecidas na transferência: os afetos também são despertados no analista pela relação contratransferencial (KLAUTAU; WINOGRAD, 2013, p. 50).

Na análise clínica, a contratransferência permite que o analista visualize figuradamente, fantasias e afetos primitivos, onde o paciente lança sobre ele, o analista, através de sentimentos transferenciais. Além do mais, a contratransferência torna interno, aquilo que estava externo transferencialmente. O analista na contratransferência, percebe a angústia do paciente, que o mesmo, ainda conscientemente, não percebe. Nesse processo, o analista é sensível, pois recebe em si próprio, conteúdos transferenciais, por exemplo, emoções dissociadas de pacientes e diversos tipos de impulsos, que, por meio, da contratransferência estará apto para compreender, digerir e elaborar interpretações de forma que o paciente consiga aguentar (GUS, 2007).

Quanto ao analista, à contratransferência apresentará duas ações, ou ele é interpretador ou objeto dos estímulos. Essas identificações surgem na forma de contratransferência positiva, já sublimada. Tal visão, visualizada a contratransferência em sua totalidade (NASCIMENTO et al., 2011).

Zaslavsky e Santos (2007), afirmam que:

é útil observar os indicadores da contratransferência [...], como as manifestações emocionais e comportamentais e os diferentes níveis de identificação projetiva, contra-identificações, processos paralelos e pontos cegos. Esses fenômenos precisam ser identificados e compreendidos, com a finalidade de aliviar os sentimentos do supervisionando e ampliar a compreensão do paciente (p. 118).

A esse argumento, Filho (2008, p. 123), diz que, “de certo modo, poderia ser visto como está implícita nesses apontamentos a noção de que as mobilizações transferenciais tendem a arrastar com elas as contratransferenciais”. Pois, “o assinalar e o trabalhar da transferência perversa, que requer uma elaboração e um manejo da contratransferência do analista, têm sido um fator determinante no progresso do trabalho psicanalítico” (OLIVEIRA, 2008, p. 159). A contratransferência em si mesma, é provocadora de sentimentos significativos e determinantes em casos clínicos (VERDI, 2010).

A partir disso, “ao se despojar de atitudes sentimentalistas e ao se colocar no mesmo diapasão do paciente, o analista passa a participar da sessão, utilizando seus processos psíquicos e a contratransferência como ferramentas clínicas” (KLAUTAU; WINOGRAD, 2013, p. 49). Diante disso, “a elaboração da contratransferência é o modo pelo qual o analista poderia conduzir seu afeto no sentido de uma simbolização [...], contínuo, através do qual seja possível reconhecer e nomear suas impressões afetivas” (ANDRADE; HERZOG, 2011, p.126). Dessa forma, a contratransferência referente ao analista, estaria em um processo de

disjunção, para que, dessa maneira venha se torna possível a visualização e interpretação do movimento dinâmico psicopatológico do paciente (DIAS; BERLINCK, 2011).

Do mesmo modo, notamos que a contratransferência não se configura por si mesma, no texto freudiano, como um risco para a condução do tratamento. Sendo este fenômeno uma condição inerente da escuta analítica, há que se encontrar uma maneira de lidar com ela. A elaboração da contratransferência se delinea, assim, como resposta a este embaraço teórico do texto freudiano (ANDRADE; HERZOG, 2011, p. 129).

As reações produzidas no analista em relação a contratransferência, o coloca numa posição receptora passiva de projeções do paciente de seus conteúdos internos. Dessa forma, o analista era conduzido, inconscientemente, a posicionar-se ativamente diante das identificações projetivas. A análise clínica, torna-se devido a essas posições adotadas por meio do analista e paciente, um campo dinâmico, onde duas pessoas em um aspecto indefectível estão ligadas e revestidas por tal processo, sendo que, nenhuma das duas posições são facilmente compreendidas, sem a presença um do outro, onde de estejam presentes aspectos transferenciais e contratransferências. É necessário uma compreensão clara da posição contratransferencial referente ao analista, o qual desempenhará uma escuta da escuta de suas interpretações (ZASLAVSKY E SANTOS, 2005).

O entendimento a cerca da contratransferência “surge na psicanálise com o mesmo estigma, como um mecanismo de resistência do analista em função de aspectos infantis recalçados e não elaborados” (ZAMBELLI et al, 2013, p. 191). Sendo que dessa forma não causaria o analista uma interferência em sua escuta e sintonia para com o paciente (ZAMBELLI et al, 2013).

Pois nesse campo contratransferencial as identificações projetivas do paciente, por ventura, podem entrar e ocupar pela força a mente do analista de forma que o mesmo fique desaparecido diante de seus sentimentos desadormecido, além do mais, podendo ainda resultar em uma contratransferência patológica. Acarretando numa deterioração emocional, *contra-actings*, inadequadas interpretações e somatizações (ZIMERMAN, 2004).

O reconhecimento e identificação da qualidade dos afetos contratransferenciais na relação com determinado paciente parecem fundamentais para a condução da situação analítica. Somente inteirado de tais afetos, pode o analista permanecer como presença una e real no encontro clínico (MENCARELLI; VAISBERG, 2007, p. 98).

O analista que esconde sentimentos contratransferenciais, gera insensibilidade. Pois, todavia, quando a contratransferência é ocultada, impedirá o processo de atenção equiflutuante. Quando o analista observa seus sentimentos, faz deles conteúdos essenciais

para uma escuta adequada e empática na busca de compreender o analisando (ZAMBELLI et al., 2013)

O termo *empatia*, da mesma forma como acontece com “contratransferência”, também guarda designações distintas. Assim, em alguns textos de autores norte-americanos, “empatia” costuma aparecer como uma função consciente, confundindo-se com o significado de “simpatia” ou de um “superego amável” por parte do analista. Nada disso corresponde ao significado que aqui estamos atribuindo à conceituação de empatia. Entendo que “empatia” consiste na capacidade de o analista *sentir em si* [...], para poder sentir *dentro do outro*, por meio de adequadas identificações, projetivas e introjetivas. Aliás, isso está de acordo com a etimologia da palavra *empatia* (*em + pathos*): derivados do grego, o prefixo *em* (ou *en*) designa a ideia de “dentro de”, enquanto o prefixo *sym* (ou *sin*) indica “estar com” e o étimo *pathos* designa “sofrimento, dor”, o que deixa claro a importante distinção entre empatia e simpatia (ZIMERMAN, 2004, p. 147).

Uma modificação no comportamento do analista, poderia trazer importantes avanços no tratamento com o analisando. Pois a, benignidade é uma postura que facilita o entendimento sobre o paciente que o analista oferece, sendo essa uma apropriada de usar a contratransferência (ZAMBELLI et al., 2013).

Desse modo, todo conteúdo contratransferencial servirá de material clínico para uma construção do trabalho analítico. O analista precisa usar a contratransferência em sua atividade profissional, se apropriando da contratransferência como meio facilitador, que o ajudará a entender o inconsciente do paciente. O analista fará a partir disso, uso de suas percepções, que foram acionadas ao receber os elementos transferenciais verbal e não-verbal do analisando durante a psicoterapia (KLAUTAU; WINOGRAD, 2013).

Toda reação contratransferencial acontece em uma intensidade ausente de interrupções as psicopatologias do paciente. Dessa forma, o analisando que é extremamente regressivo, contribuirá para a relação contratransferencial do analista (LEITÃO, 2003). Na relação contratransferencial, a presença do outro afeta o analista, seja devido a aspectos emocionais e/ou sentimentais, todos prendem-se, em parte, e apresentam-se como processos indetificatórios (MENCARELLI; VAISBERG, 2007). O analista, não prende-se apenas na observação do acontece no *setting*, mas ele se inclui em tal processo e faz uso de recursos conscientes resultantes da análise, que são de sua contratransferência (CASSORLA, 2003).

Nestas situações, a neutralidade deve ser concebida como uma forma de proximidade neutra. É importante lembrar que tal tipo de proximidade não diz respeito ao compartilhamento de experiências; acontece justamente o oposto: quando o analista se aproxima do material comunicado de forma não-verbal pelo analisando, o distanciamento em relação aos afetos apreendidos através da relação contratransferencial é preservado. Ao se

deixar afetar pelas modulações afetivas do paciente, o psicanalista, preservando a neutralidade, adota certa dose de atividade que muda a qualidade de sua presença durante a sessão (KLAUTAU; WINOGRAD, 2013, p. 50).

Portanto, ao se falar de contratransferência, a transferência sempre estará intimamente conectada a esse fenômeno contratransferencial, sendo que os dois são fenômenos inseparáveis, onde a presença um do outro é necessárias, ao ponto de os dois se superpor entre si e se confundirem (ZIMERMAN, 2004).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

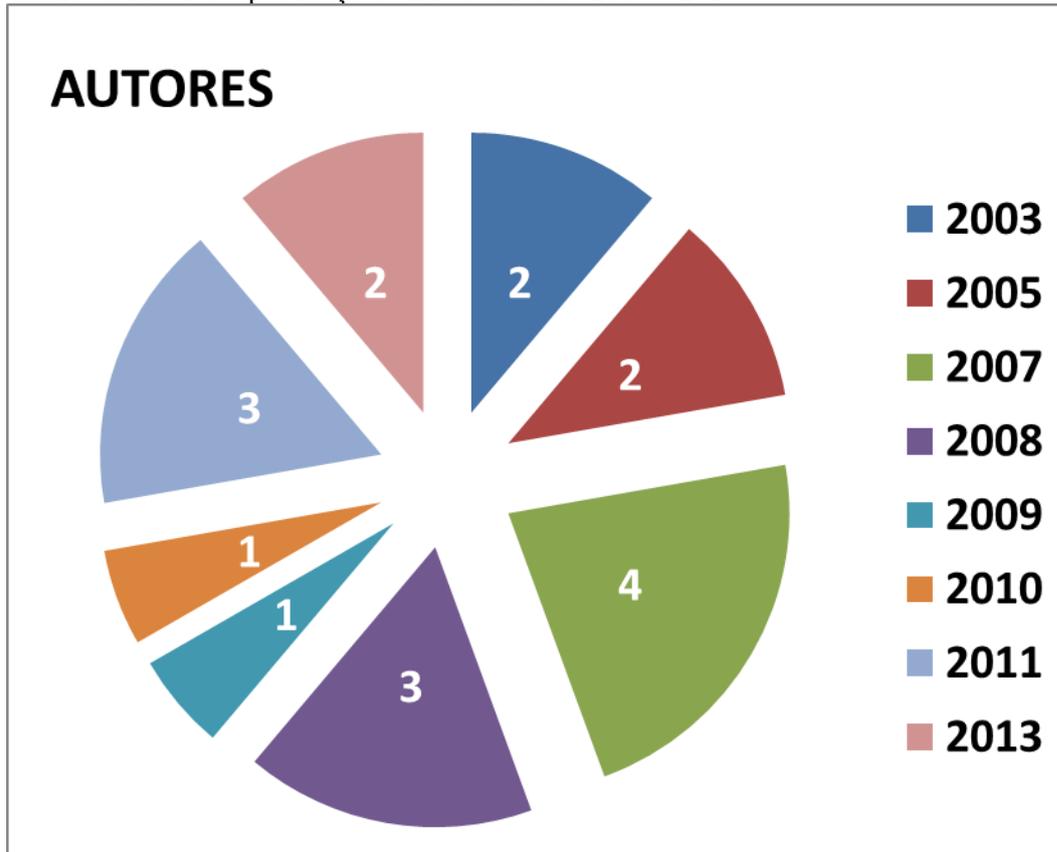
Esta pesquisa foi realizada em periódicos da internet disponíveis em plataformas online do Google, Scielo, Pepsic e periódicos online de revistas de psicanálise. O período de realização da pesquisa aconteceu no primeiro semestre de 2018, entre os meses de fevereiro e abril. O projeto foi desenvolvido a partir de uma revisão do Estado-da-Arte, que por meio de um levantamento bibliográfico argumentou sobre a contratransferência e a centralidade das relações de objeto. Foi realizado nessa construção, também, um mapeamento de autores relacionados a pesquisa, cursos de psicologia no Brasil e profissionais de psicologia no Brasil.

Como critérios de inclusão, foram selecionados periódicos publicados entre os anos de 2003 a 2017. As palavras procuradas nas plataformas online estiveram relacionadas à transferência, contratransferência, cursos de psicologia, psicólogos. Essa pesquisa conceituou a contratransferência e a relacionou aos autores e suas localidades/regiões do Brasil, a respeito dos índices de publicações científicas. Para identificar com clareza os dados coletados, informações sobre estados, faculdades de psicologia, psicólogos registrados nos conselhos regionais de psicologia, autores e suas procedências e artigos selecionados foram caracterizados percentualmente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico a seguir traz resultados referentes à quantidade de autores coletados entre os anos de 2003 a 2017. Pode-se perceber que o ano de 2007, seguido dos anos de 2008 e 2003 foram os anos que concentraram maior número de autores com trabalhos publicados no tema.

Gráfico 1 Autores e publicações entre os anos de 2003 a 2017.



(Fonte: gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos nas plataformas).

A partir do quadro abaixo pode-se observar que a contratransferência se apresenta no *setting* terapêutico como o resultado da ação que o paciente exerce sobre o inconsciente do analista.

Quadro 1 – Autores e conceitos contratransferenciais

	AUTORES	ANO	CONCEITOS DA CONTRATRANSFERÊNCIA
1	LEITÃO	2003	Maneira na qual, o analista pode encontrar-se na sua própria patologia para o sucesso e qualidade do trabalho analítico.

2	CASSORLA	2003	maneira na qual o analista, não apenas observa, mas se inclui em tal processo e faz uso de recursos conscientes resultantes da análise, que são de sua contratransferência.
3	VICENTE	2005	Modo no qual o analista pode torna-se facilitador da situação analítica.
4	ZASLAVSKY; SANTOS	2005	Significa a utilização, de forma ampla, da subjetividade do próprio analista [...] para compreensão mais profunda do seu paciente.
5	NEVES	2007	Passou a ser considerada como tudo o que o analista vive e experimenta em sua relação com o paciente.
6	GUS	2007	Meio que o analista usa para compreender, digerir e elaborar interpretações de forma que o paciente consiga aguentar.
7	ZASLAVSKY; SANTOS	2007	Fenômeno que manifesta aspectos emocionais e comportamentais e diferentes níveis de identificações projetiva, contra-identificações, processos paralelos e pontos cegos.
8	MENCARELLI; VAISBERG	2007	Maneira na qual o analista passa a inteirar afetos, para poder permanecer na situação analítica, como presença uma e real.
9	GONDAR	2008	Funciona como uma espécie de bússola norteadora, maneira a qual, o analista passa a interagir o campo de trabalho.
10	FILHO	2008	resultado de mobilizações transferenciais.
11	OLIVEIRA	2008	Requer do analista manejo técnico, para o progresso do trabalho analítico.
12	ANDRADE 2009	2009	Embate inevitável em que sentimentos, afetos e fantasias se manifestam sobre o analista.
13	VERDI	2010	É provocadora de sentimentos significativos e determinantes em casos clínicos.
14	ANDRADE; HERZOG	2011	Resultado reativo da ação que o paciente exerce sobre o analista
15	NASCIMENTO et al	2011	Identificação projetiva dentro do modelo continente-conteúdo, no qual existe um conteúdo que é projetado num continente, tal como acontece na situação transferência.

16	DIAS; BERLINCK	2011	Refere-se ao analista, estaria em um processo de disfunção, para que, dessa maneira venha se torna possível a visualização e interpretação do movimento dinâmico psicopatológico do paciente.
17	ZAMBELLI et al	2013	Engloba as reações emocionais inconsciente do analista frente às investidas afetivas do paciente
18	KLAUTAU; WINOGRAD	2013	Forma na qual afetos são despertados no analista.

(Fonte: gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos nas plataformas).

Desse modo, pode-se observa que, os autores contemporâneos que escreveram, segundo as palavras-chave dessa pesquisa, entre os anos de 2003 a 2017, se aglomeram em maior quantidade na região **Sudeste**, especificamente no estado de São Paulo. Em seguida, apresentam-se os autores da região **Sul**, com maior índice no estado do Rio Grande do Sul. A região **Centro-Oeste** com autores do estado do Distrito Federal. A região **Norte** com uma autora do estado do Pará. E nenhum autor da região **Nordeste** foi coletado. Os autores Doutores possuem mais publicações, especificamente no estado de São Paulo. Os autores Mestres possuem mais publicações no estado do Rio Grande do Sul, em sua maioria médicos especializados em psicanálise. E os autores Especialistas possuem mais publicações no estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (ESCAVADOR, 2018).

Tabela 1 - Revistas e artigos por regiões

Regiões	Estados	Revistas	Artigos	Artigos/Utilizados
5	27	14	36	22
NORTE	7	0	0	0
SUL	3	2	5	5
NORDESTE	9	0	0	0
SUDESTE	4	12	31	17
CENTRO	4	0	0	0

(Fonte: BRASIL; SCIELO; PEPSIC; construída pelo autor).

As revistas pesquisadas acerca do título desta pesquisa foram 14, sendo que, 12 revistas estavam relacionadas à região **Sudeste** do Brasil e 2 da região **Sul**, são elas, da Plataforma *Pepsic*: Analytica: Revista de Psicanálise, Cadernos de psicanálise, Jornal de Psicanálise, Reverso, Stylos Psicanalítico, Psychê, Revista Brasileira de Psicanálise e Tempo Psicanalítico. Da Plataforma Uol: Revista Percurso. Da Plataforma *Scielo*: Revista Ágora, Revista Latino Americano de Psicologia Fundamental, Psicologia Clínica, Revista de

Psiquiatria do Rio Grande do Sul e revista *UFRJ*. Desse modo, 36 artigos foram selecionados, sendo que desses, 31 da região **Sudeste**, 19 referentes aos estados de São Paulo, 11 do Rio de Janeiro e 1 de Minas Gerais. E 5 artigos da região **Sul**, 1 referente ao estado do Paraná e 4 do estado do Rio Grande do Sul. Nesse processo, apenas 22 artigos foram utilizados para o desenvolvimento bibliográfico, 17 da região **Sudeste**, 6 referentes aos estados de São Paulo, 10 do Rio de Janeiro e 1 de Minas Gerais. E 5 artigos da região **Sul**, 3 referentes ao estado do Paraná e 2 do estado do Rio Grande do Sul.

Segundo a (tabela 1), pode-se observar que, as revistas que foram selecionadas a partir das palavras-chaves, entre os anos de 2003 a 2017, se concentram em maioria na região **Sudeste**, com publicações elevadas no estado de São Paulo, seguida da região **Sul**, com publicações elevadas no estado do Rio Grande do Sul. As demais regiões, norte, nordeste e centro-oeste, não apresentam revistas que abordaram o requisito dessa pesquisa.

Tabela 2 – Cursos de psicologia, psicólogos, revistas e artigos

Região	Estados	População	Cursos Psi	Psicólogos	Autores	Revistas	Artigos	Art/Uti
SUDESTE	SP	45.094.866	84	92.720	12	3	19	6
	RJ	16.718.956	22	37.380	7	7	11	10
	ES	4.016.356	14	4.887	1	0	0	0
	MG	21.119.536	53	33.630	1	2	1	1
TOTAL	4	86.949.714	173	168.617	21	12	31	17

Região	Estados	População	Faculdades	Psicólogos	Autores	Revistas	Artigos	Art/Uti
SUL	RS	11.322.895	35	19.936	3	1	4	2
	SC	7.001.161	24	12.001	0	0	0	0
	PR	11.320.822	36	17.179	1	1	1	3
TOTAL	3	29.644.878	95	49.116	4	2	5	5

(Fonte: BRASIL; CFP; RUF; SCIELO; PEPSIC; construída pelo autor).

Tabela 3 – Títulos

	ESTADOS	DOCTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	SUDESTE	13	1	5	1	20
2	NORDESTE	0	0	0	0	0
3	SUL	1	2	1	0	4
4	CENTRO	4	0	0	0	4
5	NORTE	1	0	0	0	1
	4	19	3	6	1	29

(Fonte: ESCAVADOR; construída pelo autor).

As análises deixaram claras as estimativas que apontam a região **Sudeste** (tabelas 2 e 3) na frente em números de habitantes, especificamente no estado de São Paulo em

quantidade de cursos de psicologia, psicólogos registrados nos conselhos regionais e pós-graduados na área, justificando, então, as revistas selecionadas e artigos escolhidos/utilizados. Destarte, percebe-se que, que o estado de São Paulo lidera no Brasil, colocando-se em *primeiro* lugar no *ranking* de produções e publicações científica referente ao conceito da contratransferência, tornando-se representante da região sudeste sobre a temática, reunindo o maior conjunto de revistas. Em seguida, a região **Sul**, colocando-se em *segundo* lugar no *ranking* de produções e publicações científicas referente ao conceito da contratransferência, tendo o estado do Rio Grande do Sul como representante dessa região com o maior aglomerado de revistas, em números de habitantes, cursos de psicologia, psicólogos registrados nos conselhos regionais, em quantia de autores Mestres e Especialista. O estado do Paraná apresenta 1 autor Doutor, se situando nesse aspecto, título de pós-graduação, posiciona-se em primeiro lugar, deixando o estado do Rio Grande do Sul em segundo lugar. A região **Centro-Oeste**, coloca-se em *terceiro* lugar no *ranking* de produções científicas referente ao conceito da contratransferência, tendo o estado do Distrito Federal com representante dessa região, com 4 autores Doutores. A região **Norte**, coloca-se em *quarto* lugar no *ranking* de produções científicas referente ao conceito da contratransferência, tendo o estado do Pará como representante dessa região, com 1 autora Doutora.

Tabela 4 – Regiões do Brasil, cursos de psicologia e população brasileira

	Esta	Facu/Psico	Popu/Bra	Popu/Bra				
	27	439	207.660.929	207	ÁREA km ²	DEN/DEM	IDHM/M.	FAIXA
NOR.	7	32	15.972.851	8%	2853669,77	97,1 hab/km ²	0.753	ALTO
SUL	3	95	29.644.878	14%	57677338,38	36,8 hab/km ²	0.660	MÉDIO
NORD	9	103	57.254.159	28%	15544291,74	51,4 hab/km ²	0.756	ALTO
SUD.	4	173	86.949.714	46%	895216,95	9.9 hab/km ²	0.753	ALTO
CENT.	4	36	15.875.907	8%	1606415,2	5.6 hab/km ²	0.683	MÉDIO

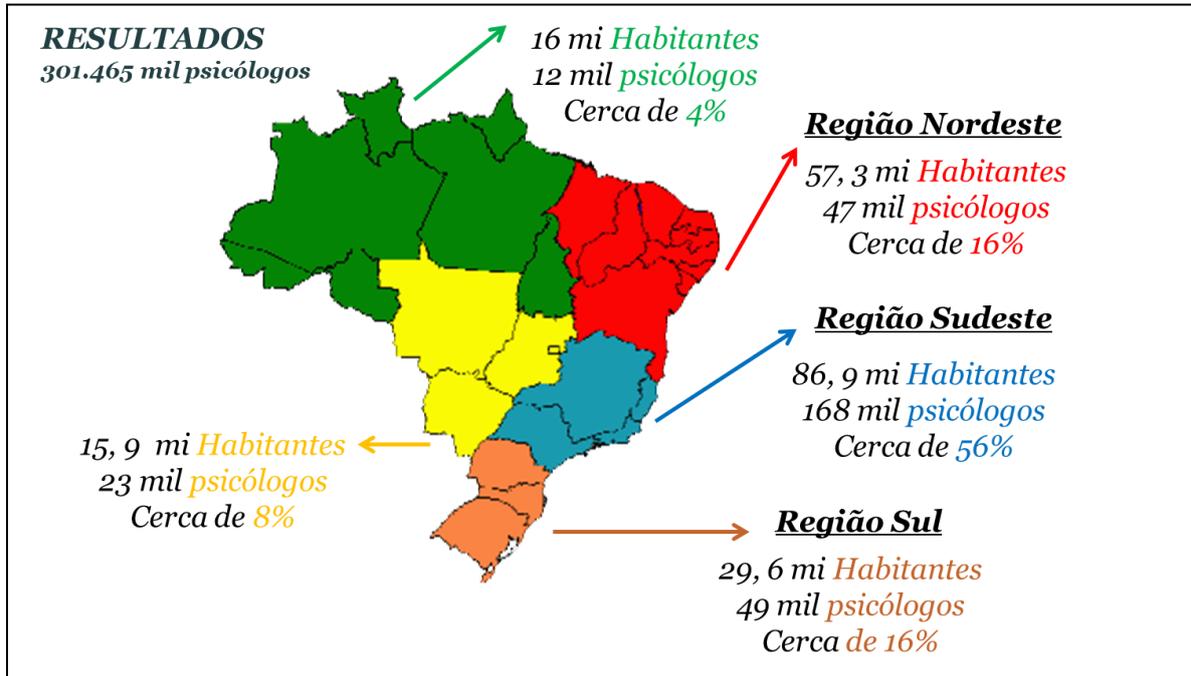
(Fonte: BRASIL; construída pelo autor).

Os 27 estados brasileiros estão divididos em 5 regiões, a região do **Nordeste** contém em si 9 estados, estimada em 57.3 milhões de pessoas, cerca de 28% da população brasileira, que segundo estimativas do IBGE, aponta 207, 7 milhões de Brasileiros no ano de 2017. A região **Norte** contém em si 7 estados, estimada em 15, 9 milhões de pessoas, cerca de 8% da população brasileira em relação totalidade indicada em 2017. A região **Sudeste** contém em si 4 estados, estimada em 86,9 milhões de pessoas, cerca de 42% da população brasileira em relação totalidade indicada para o ano de 2017. A região **Centro-oeste** contém em si 4 estados, estimada em 15, 9 milhões de pessoas, cerca de 8% da população brasileira em

relação totalidade indicada em de 2017. A região **Sul** contém em si 3 estados, estimada em 29,6 milhões de pessoas, cerca de 14% da população brasileira em relação totalidade indicada para o ano de 2017 (BRASIL, 2017).

De acordo com a (tabelas 5), pode-se observar que, os estados brasileiros estão divididos em 5 regiões, sendo que, destas, o maior número de pessoas está aglomerado na região **Sudeste**, onde em quantidade de estados é o *quarto* colocado com 3 e *primeiro* no *ranking* de números de pessoas por região, com uma área de 895216,95 km², densidade demográfica de aproximadamente 97,1 hab/km², tem média de 0.753, no Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM). Isso indica que, a região é densamente povoada, seu IDHM é alto a partir da renda, longevidade e educação. A região **Nordeste** aparece em *primeiro* colocado com 9 estados e *segundo* no *ranking* de números de pessoas por região, com uma área de 1554291,74 km², densidade demográfica de aproximadamente 36,8 hab/km², tem média de 0.666, no Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM). Isso indica que, a região apresenta uma densidade populacional baixa, seu IDHM é médio a partir da renda, longevidade e educação. A região **Sul** aparece em *quinto* colocado com 3 estados e *terceiro* no *ranking* de números de pessoas por região, com uma área de 576773,38 km², densidade demográfica aproximadamente de 51,4 hab/km², tem média de 0.756, no Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM). Isso indica que, a região indica uma densidade populacional mediana, porém seu IDHM é alto a partir da renda, longevidade e educação. A região **Centro-Oeste** aparece em *quarto* colocado com 4 estados juntamente com a região sul e *quarto* no *ranking* de números de pessoas por região, com uma área de 1606415,2 km², densidade demográfica aproximadamente de 9.9 hab/km², tem média de 0.753, no Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM). Isso indica que, a região apresenta uma densidade populacional baixa, porém seu IDHM é alto a partir da renda, longevidade e educação. A região **Norte** aparece em *segundo* colocado com 3 estados e *quinto* no *ranking* de números de pessoas por região, com uma área de 2853669,77 km², densidade demográfica de aproximadamente 5.6 hab/km², média de 0.683, no Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM). Isso indica que, a região apresenta uma densidade populacional baixa, seu IDHM é médio a partir da renda, longevidade e educação ((ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

Imagem 1 – População brasileira e Psicólogos



(Fonte: BRASIL; CFP; construída pelo autor).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) catalogou em 2017, 301, 4 mil (Isso corresponde, em média, a 1,4% da população geral) psicólogos registrados em todos os conselhos regionais de psicologia do país. Dentre os conselhos, a região **Sudeste** apresenta uma quantidade acima da média em números de psicólogos, são 168, 6 mil psicólogos. O estado de São Paulo dispara na frente com 55% (dentro deste contingente da região), seguido do Rio de Janeiro com 22%, Minas Gerais com 20% e Espírito Santo com 3% dos números de psicólogos nessa região. A região **Sul** apresenta uma quantidade de 49, 1 mil psicólogos. O estado do Rio Grande Sul tem 41%, igualando-se em porcentagem com o Paraná que tem 35%, seguido de Santa Catarina com 24% de psicólogos. A região **Nordeste** apresenta uma quantidade de 47, 4 mil psicólogos. O estado da Bahia tem 25%, seguido dos estados: do Pernambuco 22%, Ceará 14%, Maranhão 5%, Paraíba 9%, Rio Grande do Norte 7%, Alagoas 8%, Piauí 5% e Sergipe com 5% de psicólogos. A região **Centro-oeste** apresenta uma quantidade de 24 mil psicólogos. O estado do Goiás tem 32%, seguido de Mato Grosso 14%, Distrito Federal 38% e Mato Grosso do Sul com 16% de psicólogos. A região **Norte** apresenta uma quantidade de 12, 4 mil psicólogos. O estado do Pará surge na frente acima da média, com 33%, seguido dos estados: Amazonas 32%, Rondônia 13%, Tocantins 13%, Acre 5%, Amapá 4% e Roraima com 5% de psicólogos (CFP, 2017).

Tabela 5 – Cursos de psicologia no Brasil

	Cursos Psi	Cursos Psi
	439	
NORTE	32	7%
SUL	95	22%
NORDESTE	103	23%
SUDESTE	173	39%
CENTRO	36	8%

Região	Estados	Cursos Psi	Cursos Psi
SUDESTE	SP	84	49%
	RJ	22	13%
	ES	14	8%
	MG	53	31%
TOTAL	4	173	39%

Região	Estados	Cursos Psi	Cursos Psi
NORDESTE	MA	3	3%
	CE	12	12%
	BA	28	27%
	SE	4	4%
	AL	4	4%
	PB	9	9%
	RN	7	7%
	PE	18	17%
	PI	8	8%
TOTAL	9	93	23%

Região	Estados	Cursos Psi	Cursos Psi
SUL	RS	35	37%
	SC	24	25%
	PR	36	38%
TOTAL	3	95	22%

Região	Estados	Cursos Psi	Cursos Psi
CENTRO	GO	12	33%
	DF	5	14%
	MT	11	31%
	MS	8	22%
TOTAL	4	36	8%

Região	Estados	Cursos Psi	Cursos Psi
NORTE	AM	8	25%
	PA	3	9%
	RR	2	6%

	RO	11	34%
	TO	3	6%
	AC	2	6%
	AP	3	9%
TOTAL	7	32	7%

(Fonte: RUF; construída pelo autor).

As universidades que apresentam em suas grades o curso de psicologia são 439 em todo o país. Na região **Sudeste** concentra-se 173 cursos, sendo que, no estado de São Paulo aglomera 49% de número, seguido dos estados: Minas Gerais 31%, Rio de Janeiro 13% e Espírito Santo 8%. A região **Nordeste** comporta 93 cursos de psicologia, sendo que o estado da Bahia apresenta 27%, seguido dos estados: Pernambuco 17%, Ceará 12%, Paraíba 9%, Piauí 8%, Rio Grande do Norte 7%, Alagoas 4% e Sergipe 4%. A região **Sul** comporta 95 cursos de psicologia, sendo que o estado do Rio Grande do Sul 37%, Paraná apresentam 38%, e Santa Catarina 25%. A região **Centro-Oeste** comporta 36 cursos de psicologia, sendo que o estado do Goiás apresenta 33%, seguido dos estados: Mato Grosso 31%, Mato Grosso do Sul 22% e Distrito Federal 14%. E, a região **Norte** comporta 32 cursos de psicologia, sendo que no estado de Rondônia apresenta 34%, seguido dos estados: Amazonas 25%, Pará 9%, Amapá 9%, Acre 6%, Tocantins 6% e Roraima 6% (FOLHA, 2016).

A partir da (tabela 7), pode-se observar que, as universidades e/ou centros acadêmicos do Brasil que apresentam em suas grades curriculares o curso de psicologia, se concentram em maior número na região **Sudeste**, sendo que, o estado de São Paulo comporta aproximadamente a metade dessa estimativa e o estado do Espírito Santo a menor porcentagem de cursos de psicologia. Na região **Nordeste** o estado da Bahia lidera a região com maior índice e o estado do Sergipe a menor porcentagem de cursos de psicologia. A região **Sul**, no estado do Rio Grande do Sul lidera a região com o maior índice e o estado de Santa Catarina a menor porcentagem de cursos de psicologia. Na região **Centro-Oeste** o estado de Goiás lidera a região com maior índice e o estado do Distrito Federal a menor porcentagem de cursos de psicologia. A região **Norte** por término apresenta o estado de Rondônia que avança como o maior índice da região e o estado de Roraima a menor porcentagem de cursos de psicologia.

Tabela 6 – Títulos acadêmicos por região

	ESTADOS	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	SUDESTE	13	1	5	1	20

2	NORDESTE	0	0	0	0	0
3	SUL	1	2	1	0	4
4	CENTRO	4	0	0	0	4
5	NORTE	1	0	0	0	1
	5	19	3	6	1	29

	SUDESTE	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	SP	7	1	4	1	13
2	RJ	4	0	1	0	5
3	ES	1	0	0	0	1
4	MG	1	0	0	0	1
	4	13	1	5	1	20

	NORDESTE	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	MA	0	0	0	0	0
2	CE	0	0	0	0	0
3	BA	0	0	0	0	0
4	SE	0	0	0	0	0
5	AL	0	0	0	0	0
6	PB	0	0	0	0	0
7	RN	0	0	0	0	0
8	PE	0	0	0	0	0
9	PI	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

	SUL	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	RS	0	2	1	0	3
2	SC	0	0	0	0	0
3	PR	1	0	0	0	1
		1	2	1	0	4

	CENTRO	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	GO	0	0	0	0	0
2	DF	4	0	0	0	4
3	MT	0	0	0	0	0
4	MS	0	0	0	0	0
		4	0	0	0	4

	NORTE	DOUTORES	MESTRES (as)	ESPECIALISTAS	GRADUADOS (as)	AUTORES
1	AM	0	0	0	0	0
2	PA	1	0	0	0	1

3	RR	0	0	0	0	0
4	RO	0	0	0	0	0
5	TO	0	0	0	0	0
6	AC	0	0	0	0	0
7	AP	0	0	0	0	0
		1	0	0	0	1

(Fonte: BRASIL; TELLES; construída pelo autor).

Os autores utilizados como referência para a construção da pesquisa sobre o conceito de contratransferência em autores contemporâneos: uma revisão do estado da arte em periódicos de psicanálise foram 29, 19 Doutores (16 em psicologia, 1 em medicina, 1 em ciências sociais e 1 em serviço social), 3 Mestres (1 em psicologia e 2 em medicina), 6 Especialista em psicanálise (5 em psicanálise e 1 psiquiatria) e 1 Graduado em Psicologia, dentre eles, 21 autores da região **Sudeste**, 13 do estado de São Paulo, sendo 7 Doutores (4 em psicologia, 1 em medicina, 1 em ciências sociais e 1 em serviço social), 1 Mestre (em psicologia), 4 Especialistas (em psicanálise) e 1 apenas graduado em Psicologia. Do Rio de Janeiro 4, sendo 4 Doutores (em psicologia), 1 Especialistas (em psicanálise). Do Espírito Santo 1, sendo 1 Doutor (em psicologia) e de Minas Gerais 1, sendo 1 Doutor (em psicologia). Da região **Sul** foram 4 autores, no estado do Rio Grande do Sul 3, sendo 2 Mestres (em medicina) e 1 Especialista (em psicanálise). No Paraná 1, sendo 1 Doutor (em psicologia). Da região **Norte** foi 1 autora referente ao estado do Pará, sendo 1 Doutora (em psicologia). Da região **Centro-Oeste** foi 4 autores referente ao estado de Distrito Federal, sendo esses, 4 Doutores (em psicologia). A região do **Nordeste** não apresentaram publicações acerca do título desta pesquisa (BRASIL, 2017), (TELLES, 2014).

O estado do Tocantins (Tabela 8), referente à região norte é o mais novo de todos os estados do Brasil, tem apenas 29 anos, quando equiparado ao estado de São Paulo, que tem 463 anos, expondo uma diferença de 434 anos de desenvolvimento humano. Isto posto, observa-se que, quando há um número baixo de estados compondo uma região, quanto mais anos de emancipação, maior é o Índice de desenvolvimento Humano por Município (IDHM) que se refere a renda, longevidade e educação, apresentando elevada quantia de cursos de psicologia, tal lugar contém um alto número de revistas, autores, pós-graduados, produções e publicações científicas, justificando, por exemplo, a ausência de atividades científicas no estado do Tocantins e a alta frequência de atividade científicas no estado de São Paulo (JMNOTICIA, 2017), (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010), (RUF... 2017).

Portanto, pode-se observar de acordo com os resultados expostos, que há uma alta prevalência na região Sudeste de psicólogos na região, revistas e autores que publicam sobre o conceito de contratransferência. A justificativa para essa afirmativa é que tal região além de aglomerar o maior número de habitantes, possui também, alta quantidade de cursos de Psicologia, doutores e mestres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida a partir do conceito de contratransferência em autores contemporâneos fundamentou-se nas obras de Freud, a priori nas ideias do fenômeno transferencial em diferentes escritores, tanto os consagrados pela ampla abordagem psicanalítica, quanto os propostos a serem pesquisados respeitando os anos entre 2003 e 2017.

Sendo assim, percebeu-se que, a partir dos autores, verdadeiramente a transferência numa situação analítica promove enquanto fenômeno conteúdos que se lançam em direções opostas, por exemplo, do paciente para o analista. E que a descoberta do tipo transferencial que acontece entre paciente e analista direciona o percurso da análise, ou seja, favorecendo o andamento analítico, seja colocando como um obstáculo, prejudicando, dessa forma o processo e trabalho de uma psicoterapia.

Devido o analista fazer parte da sessão analítica e receber tais conteúdos do paciente, sentimentos, fantasias, elementos de angústia ou felicidade são despertados, atingindo os objetos de aspecto consciente e inconscientes presentes no analista. A vista disso, no estudo, a conceituação da contratransferência, possibilitou entender tal relação que esses estímulos provindos do campo transferencial têm com objetos internos do analista. Dessa forma, compreendeu-se que, diante desse fenômeno contratransferencial, o analista pode usa-lo como ferramenta de análise, significando-os, com intuito de entender seu paciente e obter sucesso no emprego analítico. Dessa maneira, clarifica-se a responsabilidade que o analista adquiri ao trabalhar com a psicanálise, tenho, pois, que manejar equilibradamente os conteúdos que por ventura são lançados a ele, por meio do paciente.

Os dados coletados nas plataformas online proporcionaram a realização das análises e discussões envolta de indicadores de frequência e produtividade científica que, norteiam e mostram justificativas.

A pesquisa teve como relevância disponibilizar para profissionais de psicologia aspectos referenciais sobre a contratransferência, contribuindo dessa forma para a prática clínica com a noção que tal fenômeno desempenha, tendo, pois, uma profunda importância no desenvolvimento da investigação analítica. Além do mais, todos os dados analisados referentes aos autores e publicações científicas e proporcionam uma visualização panorâmica de onde e por quem e de que forma os locais e suas influências regionais atuam sobre o conceito de contratransferência.

A demonstração de resultados teve impactos acerca das produções e publicações de cunho científico à medida que foram equiparadas entre regiões do Brasil. Indicando, os fatores: tempo de emancipação estadual, quantidade de estados por região, Índice de

Desenvolvimento Humano por Município (IDHM), cursos de psicologia e população, como principais colaboradores do desempenho científicos em regiões e estados, que apresentaram medidas elevadas de interesse sobre o conceito de contratransferência.

Portanto, ao se argumentar sobre o conceito de contratransferência, verificou-se que, determinadas regiões do Brasil exercem influência sobre tal fenômeno, em produções e publicações, e relevância, quanto ao alto número de psicólogos inscritos nos conselhos regionais, cursos de psicologia e população, explanando, dessa forma, o manuseio sobre esse conceito referente a psicanálise.

A pesquisa contribuiu com a prática clínica referente ao manejo da contratransferência no que diz respeito ao trabalho do psicanalista. Bem como, também trouxe indicadores relevantes ao número de psicólogos no Brasil e onde se aglomeram em quantidades, além do mais, onde artigos relacionados à contratransferência são publicados com frequência e quantidade. Por término, os dados foram analisados e justificados, trazendo aspectos notificadores sobre as publicações científicas da classe da psicologia no Brasil.

A respeito do conceito contratransferencial e as análises, tal pesquisa poderia ser desdobrada futuramente, trazendo novas informações que possam repercutir sobre o cenário psicanalítico, bem como, para os profissionais psicólogos, a respeito da noção regional e nacional, acerca da produtividade científica.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. São Paulo tem programação especial no aniversário de 463 anos; confira. **Folha**, São Paulo, 25 jan 2017. Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/01/1852913-sao-paulo-tem-programacao-especial-no-aniversario-de-463-anos-confira.shtml>> Acesso em: 23 abr 2018.
- BRASIL. Escavador, s/c, 2018. Disponível em:<<https://www.escavador.com>>. Acesso em: 23 abr 2018.
- ANDRADE, A. B. T. **A contratransferência na clínica psicanalítica**. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - UFRJ/IP/Programa de pós-graduação em teoria psicanalítica, 2006.
- ANDRADE, A; HERZOG, R. Os afetos do analista na obra freudiana. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n1/a08v23n1.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- ASSIS, M. B. A. C. A transferência na clínica psicanalítica: abordagem kleiniana. **Temas Psicológicos**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, 1994. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2017.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: **bases de dados**. s/c: 2010. Disponível em:<<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>>. Acesso em: 23 abr 2018.
- BRASIL. IBGE. **Estimativa de população**. 2017 Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 23 abr 2018.
- CASSORLA, R. Procedimentos, colocação em cena da dupla (“enactment”) e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 3, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19615.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 010, 15 de dezembro de 2005**. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Disponível em:<<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em 28 mai 2018.
- CHRISTIAN-DELOURMEL, C. A mãe morta: um ponto de cruzamento teórico-clínico entre narcisismo, estado-limite e negativo. *Rev.de psicanalise da sociedade psicanalítica*, Rio grande do sul, v. 20, n. 17, 2013. Disponível em:<<http://132.248.9.34/hevila/RevistadepsicanalisedasociedadepsicanaliticadePortoAlegre/2013/vol20/no17.pdf>>. Acesso em 28 mai 2018.
- DIAS, H; BERLINCK, M. Contratransferência e enquadre psicanalítico em pierre fédida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/14v23n2.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas "arte da arte". **Educação e Sociedade**, Campinas, v.23, n.79, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>>. Acesso em: 15 nov 2017.

FERREIRA, D; CARRIJO, C. O manejo transferencial em Freud: uma análise da relação entre transferência e sugestão. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/agora/v19n3/1809-4414-agora-19-03-00393.pdf>>. Acesso em: 9 nov 2017.

FILHO, P. Babel ou semiosfera psicanalítica: quais as vias de desenvolvimento do conhecimento na psicanálise? **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n2/v42n2a11.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.

FREUD, S. Obras completas de Sigmund Freud. 1.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 503p.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 10**. São Paulo: Companhia de Letras, 2010. p. 133-146.

FREUD, S. O início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I (1913). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 10**. São Paulo: Companhia de Letras, 2010. p. 163-192.

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III (1915). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 10**. São Paulo: Companhia de Letras, 2010. p. 210-228.

FREUD, S. A transferência (1916-1917). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 10**. São Paulo: Companhia de Letras, 2010. p. 570-592;

GONDAR, J. Além da contratransferência: os afetos do analista. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, s/v, n. 21, 2008. Disponível em:<http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21_pdf/11Cadernos%20n.%2021_A1%C3%A9m%20da%20contratransfer%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 18 abr 2018.

GUS, M. Acting, enactment e a realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico das estruturas borderline. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v41n2/v41n2a05.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.

HERRMANN, L. Campo Transferencial. **Percurso**, São Paulo, s/v, n.38, 2007. Disponível em:<http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=210&c_palavra3=transfer%Eancia>. Acesso em: 9 nov 2017.

JM NOTÍCIA. Tocantins completa 29 anos como uma das principais economias da região Norte. **JMNOTÍCIA**, Palmas, 5 out 2017. Disponível em:<<http://www.jmnoticia.com.br/2017/10/05/tocantins-completa-29-anos-como-uma-das-principais-economias-da-regiao-norte/>>. Acesso em: 23 abr 2018.

KLEIN, M. **Melanie Klein**: psicologia. 1. ed. São Paulo: Ática, 1982. 191p.

- KLAUTAU, P; WINOGRAD, M. Dos sonhos traumáticos ao sonhar analítico. **Cadernos de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, 2013. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v35n29/a03.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- LEITÃO, L. Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito. **Análise Psicologia**, Lisboa, v. 21, n. 2, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a04.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- MACEDO, H. O. A obra da transferência. **Percursos**, São Paulo, s/v, n.46, 2011. Disponível em:<http://revistapercursos.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=156&c_palavra3=transfer%EAncia>. Acesso em: 9 nov 2017.
- MENCARELLI, V; VAISBERG, T. Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v19n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- MEIRELLES, C. E. F. O manejo da transferência. **Stylos**, Rio de Janeiro, s/v, n.25, 2012. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n25/n25a12.pdf>>. Acesso em: 15 nov 2017.
- MCWILLIAMS, N. **Psicoterapia psicanalítica**. 1.ed. Lisboa-Portugal: Climepsi, 2006. 367p.
- NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. 304p.
- NASCIMENTO et al. Sobre o que se transporta: (contra) transferência (s). **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 29, n. 3, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n3/v29n3a07.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- NEVES, F. A Psicanálise Kleiniana. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 29, n. 54, 2007. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v29n54/v29n54a04.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- OLIVEIRA, R. O funcionamento perverso da mente. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n2/v42n2a13.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2018.
- ORDEM NACIONAL DOS PSICANALISTAS. **Artigo 10**. Código de ética do psicanalista. Disponível em:<<http://www.onp.org.br/index.php/codigo-de-etica-do-psicanalista>>. Acesso em 28 mai 2018.
- PALHARES, M. C. A. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.42, n.1, 2008. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n1/v42n1a11.pdf>>. Acesso em: 9 nov 2017.
- PITLIUK, L. Rabiscos em transferência: a figurabilidade na clínica psicanalítica. **Percursos**, São Paulo, s/v, n.51, 2013. Disponível em:<http://revistapercursos.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=1064&c_palavra3=transfer%EAncia>. Acesso em: 9 nov 2017.

RACKER, H. **Estudos sobre a técnica psicanalítica**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 174p.

ROBERT, P; KUPERMANN, D. Dor e resistência na clínica psicanalítica: o manejo das transferências negativas em Freud. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v.34, n.26, 2012. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v34n26/a04.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2017.

RUF ranking de cursos: psicologia. São Paulo: **Folha de S. Paulo**, 2016, s/p. Disponível em:<<https://ruf.folha.uol.com.br/2016/ranking-de-cursos/psicologia/>>. Acesso em: 23 abr 2018.

SANDLER, J; DARE, C; HOLDER, A. **O paciente e o analista**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1986. 130p.

SANTOS, M. A. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, 1994. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v2n2/v2n2a03.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2017.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. 1.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 147p.

SILLES, M. **Regulamento do encontro nacional das diretrizes curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em psicologia**. Disponível em:<http://www.abepsi.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Regulamento_Encontro_Nacional_das_DCN_FINAL_email.pdf>. Acesso em: 23 abr 2018.

TELLES, S. Especialista mostra relações entre literatura e psicanálise na obra de Dostoiévski. **Estadão**. São Paulo, 14 jun 2014. Disponível em:<<http://www.estadao.com.br/>>. Acesso em: 23 abr 2018.

VERDI, M. De uma nota só à melodia: considerações sobre a clínica psicanalítica da Síndrome de Asperger. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v44n4/a11.pdf> >. Acesso em: 18 abr 2018.

VICENTE, L. Psicodrama: transferência e contra-trans-ferência. **Análise Psicológica**, Cidade, v. 23, n. 2, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a01.pdf> >. Acesso em: 18 abr 2018.

ZAMBELLI, C et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pc/v25n1/12.pdf> >. Acesso em: 18 abr 2018.

ZASLAVSKY, J; SANTOS, M. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n2/v29n2a02.pdf> >. Acesso em: 18 abr 2018.

ZASLAVSKY, J; SANTOS, M. Pesquisando conceitos e tendências em psicoterapia

e psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v41n2/v41n2a12.pdf> >. Acesso em: 18 abr 2018.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. ed. 1. Porto Alegre: Artmed, 1999. 478p.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma revisão. ed. 1. Porto Alegre: Artmed, 2004. 471p.