

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE MINHA EXPÊRIÊNCIA DE ANALISAR ATRAVÉS DA CONTRATRANSFERÊNCIA(1)

L. Bryce Boyer, M. D. *, Berkeley.

É proposto nesta comunicação que o sucesso no trabalho psicoterapêutico com pacientes severamente perturbados exige uma intensificação da atenção do analista para suas experiências intrapsíquicas contratransferenciais, brotadas das interações conscientes e inconscientes com o paciente. As reações contratransferenciais manifestam-se como percepções físicas, emocionais e somato - sensoriais. A efetividade do trabalho analítico aumenta com a formulação de interpretações baseadas nestas experiências intrapsíquicas. Interpretar através da contratransferência implica na habilidade do analista em tolerar uma cisão psíquica, ao mesmo tempo em que se compromete com o analisando. Durante regressões temporárias a modos pré - simbólicos de experiência que permitem a recuperação e o intercâmbio, entre analista e analisando, das fantasias de processo primário nas formas verbais do "jogo do rabisco" de Winnicott, o analista deve ser também capaz de manter, simultaneamente, uma instância de ego observadora, informada pelo pensamento de processo secundário.

O material clínico demonstra a maneira pela qual as interpretações baseadas na contratransferência aumentam o engajamento do paciente perturbado no processo terapêutico, e o auxiliam a recuperar lembranças reprimidas de traumas psíquicos infantis precoces. Através da regressão complementar do analista e da simultânea interpretação dos modos de experiência autista - contíguo e esquizoparanóide do analisando, este torna-se capacitado a introjetar o objeto analítico. Tal introjeção permite ao paciente experimentar e integrar os objetos parciais e objetos totais correlatos que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de um senso de self estável.

Interpretar através da contratransferência implica não apenas em que o analista tenha elaborado estados mentais primitivos durante sua própria análise didática, mas também que trabalhe estritamente dentro da estrutura analítica. A manutenção desta estrutura é essencial à análise da hostilidade, da resistência e dos mecanismos de defesa do paciente e reduz substancialmente a probabilidade do paciente e do analista atuarem.

Introdução

Esta comunicação é, em essência, uma tentativa de concentrar, em uma única apresentação, o que aprendi a respeito de técnica durante os últimos quarenta e cinco anos analisando pacientes severamente perturbados, com a utilização de escassos parâmetros (Eissler, 1953). Minha tese central é que considero o uso, por parte do analista, de suas próprias reações contratransferenciais como sendo da maior importância e, de fato, me convenci de que na ausência de uma adequada análise da contratransferência é impossível a tarefa psicoterapêutica com o paciente severamente perturbado.

Meu treinamento se iniciou nos anos 40 em um instituto de treinamento ultraconservador, onde o tratamento psicanalítico das "neuroses narcísicas" de Freud era firmemente desaprovado. Apenas a dinâmica intrapsíquica do paciente deveria determinar a natureza e o timing das interpretações. Como era de costume na América do Norte, a ambivalência e as contradições muitas vezes reiteradas por Freud, concernentes à natureza e utilidade da contratransferência, eram essencialmente ignoradas (Boyer, 1994; Etchegoyen, 1991). Ela era vista unicamente como a resposta patológica do terapeuta. Como duvidasse das bases de Freud para evitar tal tratamento com pacientes regressivos (Boyer, 1967), em grande parte fundamentado na experiência de vida com uma mãe periodicamente psicótica e no insucesso ao trabalhar da maneira tradicional com pacientes regressivos, experimentei-o de forma sistemática, apesar da veemente desaprovação dos meus mentores (Boyer, 1961).

Parecia-me claro que um tratamento exitoso envolvia a análise do self. O trabalho com aqueles que padecem da neurose narcísica demanda o desenvolvimento de um self, que deve ser entendido e modificado. A psicanálise é uma tarefa terapêutica particularmente difícil, especialmente por envolver tanto a transferência quanto as relações de objeto. Ao meu juízo, o desenvolvimento do self no tratamento depende grandemente do amadurecimento das relações objetais. Segue-se uma ilustração clínica que irá descrever a progressiva maturação de um objeto interno em uma paciente, que mostra como a identificação com o objeto analítico introjetado evolui de uma forma arcaica para outra forma mais madura de relacionamento (Volkan, 1976, pp. 59-118). Sua relação inicial comigo era em grande parte transferencial e, portanto, predominantemente uma relação entre ela, eu e um objeto interno projetado em mim.

A Sra. A, uma mulher que havia sido hospitalizada como esquizofrênica dos 16 aos 20 anos e muitas outras vezes após, ilustrou este aspecto ao longo de sua análise. Quando iniciou o tratamento falava uma linguagem altamente idiossincrásica, por vezes inarticulada. Sua concepção do amor estava equacionada com uma insaciável voracidade de bebê e era por isso desesperadamente temido; ela imaginava, de forma paradoxal, que a estratégia de defesa mais segura contra a pessoa amada era a fusão psicológica, a fim de não ser canibalizada. Durante períodos de regressão transitória, ela revertia àquela convicção. Por alguns meses cobriu-se com um cobertor durante cada sessão, indiferente à temperatura da sala.

Inicie a sessão que fornece o material a seguir perguntando-lhe o que sentia enquanto estava sob o cobertor. Sem surpresa, replicou calmamente: "Protegida, não de você. é um limite, uma pele. Com ele posso ainda ser um com você, podemos estar emocionalmente nus juntos. Não posso estar de acordo com você quando tenho um eu mesma. O cobertor me proporciona uma pele que contém meus pensamentos e sentimentos. Eu o amo profundamente e apaixonadamente". Falou longamente sobre o relacionamento com um homem, iniciado durante sua primeira hospitalização. "Sua personalidade era irrelevante. Disse-me que eu era seu bebê desamparado; ele cuidaria de mim. Eu tive que desistir de meu analista e ele não podia casar-se comigo porque teria que matar nossas crianças para permanecer fusionado comigo. Minha mãe me usou como uma pele para o mundo público. As minhas realizações tornaram-se dela. Ela me contou que o amor significava absoluta unidade; o amor era a voracidade existencial do bebê desamparado. Ela seria capaz de amar um bebê até que o bebê pudesse saber o que a palavra eu significa. Então ela poderia permitir que ele sobrevivesse apenas se houvesse fusão. Para minha mãe e eu, como recentemente com você, a unidade vinha pelos olhos, pele, genitais, e não havia sexo sem fusão; era apenas uma outra maneira de comer. Como meu amado, ela tinha dois mundos. No mundo público era cruel, matar ou ser morta. Privadamente, amar era fundir-se juntos, absoluta fraqueza. Ele me deu o que a mãe não podia, mas jamais pude confiar nele e não tinha um eu mesma".

Conscientemente acreditando que eu fosse apenas um objeto externo e sem ainda reconhecer que para ela eu era, naquele momento, em parte uma criação de sua identificação projetiva, representante do objeto interno recém-formado que ela não temia amar, ela prosseguiu. "Na verdade, amo você. O amor não é mais a voracidade biológica e insaciável do bebê. Ele surge do meu verdadeiro conhecimento de sua personalidade, de sua capacidade de estar infinitamente próximo e ao mesmo tempo manter uma distância segura. Por ter um si mesmo seguro, você tornou possível que eu tenha um e que eu confie e aprenda de nossas interpretações da minha loucura, maior e menor. Não preciso de um amor mitológico por você. O verdadeiro amor é seguro e nutridor; posso acreditar na posse de um eu mesma e isso não o atrapalha. Temos um limite que torna desnecessárias as ações inapropriadas. Seu amor não é romântico, nem o de um bebê voraz. Ele que dar e nutrir. Imagino que posso amar e amo, através de suas emoções, demonstradas em seus olhos amorosos que costumavam ser os olhos do dragão devorador durante meus primeiros anos aqui. E claro que minha crença em que você me ama poderia ser minha própria construção, mas sei realmente que isso não é verdade. Qualquer paciente sua que não soubesse que você a amava ainda não teria desenvolvido um si mesma". Esta é, por certo, a fantasia primitiva da paciente e não pode ser aceita pelo seu valor nominal ou como uma teoria analítica.

Este exemplo foi selecionado, dentre tantos, para ilustrar a noção da analisanda da introjeção, através dos anos, de sua versão do self essencial da personalidade amorosa do analista e de outros, demonstrada nas interações diárias que eram limitadas à comunicação, sem recorrer a atuações na relação transferência - contratransferência(2). A resposta da Sra. A alude a um cobertor topográfico que discrimina o interior do exterior, uma pele autista, um cobertor - couro. É bem verdade que, durante meus contatos com analisandos, venho a amá-los e lamento quando nosso trabalho juntos termina. Minha posição é que os analisandos fazem o melhor que podem para cooperar com o processo analítico e que suas regressões e atuações, ainda que servindo a propósitos de resistência, também constituem esforços para lembrar o passado. Em minha experiência, a compreensão por parte do paciente, sua aceitação de interpretações adequadas e sua capacidade de utilizá-las para mudanças na personalidade andam em paralelo com o desenvolvimento do self.

Em minha experiência no uso da psicanálise para o tratamento de pacientes severamente perturbados, logo tornou-se evidente que os temores do analisando da sua própria agressão constituíam importante obstáculo (Boyer, 1961). O estabelecimento de uma estrutura de condições para a terapia, cujos desvios eram debatidos e interpretados de forma aberta, imediata e adequada, ajudou a trazer a hostilidade do paciente e/ou as defesas contra ela ao foco e reduziu a tendência a expressar seus impulsos e lembranças inconscientes através da ação. Estas condições incluíam regras sobre o pagamento, responsabilidade pelo comparecimento, etc. Sinto-me mais confortável quando o escrutínio visual do paciente não obstaculiza minha atenção livre - flutuante; por conseguinte, informo meus analisandos que sinto meu trabalho mais efetivo quando usam o divã e opto por trabalhar apenas sob essas condições. Vejo os pacientes em análise pelo menos quatro vezes por semana. É atualmente de aceitação geral que as relações transferenciais - contratransferenciais podem ser estudadas apenas em termos de continente e conteúdo e que são muito mais facilmente entendidas e interpretáveis na presença de uma estrutura analítica bem estabelecida(3). A paciente acima apresentada, que usava o cobertor como uma pele psicossomática continente, em outros momentos, agradecida, trabalhou extensamente com a ajuda da minha insistência em fazer de sujeito da análise quaisquer das suas tentativas de desvio da estrutura estabelecida.

O trabalho de Melanie Klein (1946, 1948, 1957; Klein et al., 1951), em particular seus conceitos de cisão e identificação projetiva, tem estimulado muitos outros analistas a trabalharem psicanaliticamente com pacientes seriamente perturbados sem o emprego de procedimentos extra - analíticos(4). H. A. Rosenfeld (1947, 1950, 1952, 1965, 1971, 1987), Segal (1950, 1956), Bion (1957, 1959, 1962, 1987), Sperling (1946, 1955, 1957) e Boyer (1961) foram os primeiros a explorar este campo.

Provavelmente como resultado da análise de crianças e do incremento do uso da psicoterapia psicanalítica em distúrbios caracterológicos, narcísicos e fronteiros severos, bem como de distúrbios psicossomáticos e alexitimicos, é agora mais claramente reconhecida a crucial importância da forma como o terapeuta utiliza as próprias respostas conscientes e inconscientes ao paciente, sejam psíquicas, somáticas, verbais ou não - verbais.

A ambivalência de Freud concernente ao tratamento psicanalítico das "neuroses narcísicas" é bem conhecida (Boyer, 1967). Similarmente, embora tenha de início escrito (1910) sobre contratransferência em um contexto de opróbrio, acrescentou (Freud, 1913): "cada um possui em seu próprio inconsciente um instrumento com o qual pode interpretar as expressões do inconsciente de outra pessoa" (p. 320). Logo escreveu (Freud, 1915): "(é um) fato sumamente notável que o inconsciente de um ser humano possa reagir ao de outro sem passar pelo consciente" (p. 194). Loewald (1986) acrescentou: "a ressonância entre os inconscientes do paciente e do analista subjaz a qualquer compreensão psicanalítica genuína e constitui o ponto de partida para chegar eventualmente às interpretações verbais do material ouvido ou de outra maneira percebido" (p. 283)(5).

No decurso dos últimos trinta anos ocorreu uma mudança em nossa compreensão da tarefa analítica: "é agora amplamente sustentado que, ao invés de dirigir-se à dinâmica intrapsíquica do paciente, a interpretação deve dirigir-se à interação do paciente e analista em um nível intrapsíquico" (O'Shaughnessy, 1983, p. 281). A concepção de Ogden (1994a) da intersubjetividade colore a experiência analítica como existente dentro de um contexto de relacionamento entre analista e analisando. De modo paralelo ao enigma de Winnicott "não existe tal coisa como um bebê [separado da provisão materna]" (citado em Winnicott, 1960, p. 39, nota), Ogden acrescenta que "em um contexto analítico, não há tal coisa como um analista separado do relacionamento com o analisando", reconhecendo que a idéia "de que não haja tal coisa como uma criança, é um jogo hiperbólico e representa um elemento de uma afirmativa paradoxal maior" (p. 4). Ogden, portanto, ajuda-nos a ver a experiência analítica como algo que envolve um paradoxo vital e essencial: um interjogo simultâneo do analista e analisando, que são seres físicos e psicológicos separados, ainda que também existam no setting analítico exclusivamente em relação um com o outro (e assim incluem o terceiro analítico). Como define Ogden (1994a), "a tarefa analítica envolve um intento de descrever, tão completamente quanto possível, a natureza específica da experiência do interjogo da subjetividade individual e da intersubjetividade" (p. 4).

O conceito de transferência - contratransferência, como o utilizo, segue a contribuição de H. A. Rosenfeld (1987, Parte 4), que detalha o constante interjogo entre analista e analisando envolvendo a mútua introjeção das identificações projetivas um do outro. Com respeito à contratransferência, a identificação projetiva funciona como meio de comunicação através do qual o analista aprende com o paciente o que este não pode pensar conscientemente. Dentro do campo do "terceiro analítico" (constituído pela interação entre paciente e analista em um nível intrapsíquico), o analista busca e "encontra" (no sentido de Winnicott de "achar um objeto", isto é, de criar no jogo) palavras para ligar os estados subjetivos do analista e do paciente, ao mesmo tempo compreendendo o paradoxo de que o espaço psicológico que os separa constitui, simultaneamente, a ligação potencialmente poderosa que conecta os estados dissociados do paciente.

Algumas vezes, a obtenção de sentimentos contratransferenciais para uso na terapia é proporcionada interrompendo-se o analisando quando este intelectualiza ou fala de forma ininteligível e pedindo que dirija a atenção aos seus sentimentos. Quando o faz, o analista, não raramente, vê-se tendo experiências, muitas vezes físicas, que pode compreender e a partir das quais pode fazer interpretações relevantes (ver também Ogden, 1994d, p. 9).

Os Gadinnis (P. Gadinni, 1981, 1982; R. Gadinni, 1985, 1990, 1993) e Boyer (1990) debateram e demonstraram, com exemplos clínicos, a emergência de palavras do psicossoma durante a regressão complementar de paciente e terapeuta a estados pré-verbais, puramente somato-sensórios, de onde as palavras, isto é, as representações psíquicas destas experiências pré-verbais, aparecem apenas depois que o limite psíquico (pele) seja experimentado de novo. Neste caso, a experiência somato-sensória (contratransferência) do analista funcionaria como um sinal indicativo do desejo inconsciente do paciente de comunicar uma experiência pré-simbólica. Para que a palavra (que simboliza a experiência do paciente/analista) seja achada e negociada, tanto analista quanto paciente devem permitir-se movimentos regressivos para dentro e para fora desta forma pré-simbólica de experiência, onde o funcionamento em processo secundário está momentaneamente suspenso. O que segue sintetiza alguns aspectos da elaboração da contratransferência que parecem particularmente importantes.

I

Em minha opinião, o que quer que o analista experimente durante a sessão é fortemente influenciado por sua introjeção e reformulação particulares das comunicações verbais e não-verbais do paciente, que contém as projeções deste. Não devemos enganar-nos e pensar que nossos pensamentos, fantasias e reações físicas ou emocionais soltos, aparentemente não concatenados, possam ser dispensados como preocupações irrelevantes, que nos tiram do trabalho imediato e interferem em nossa atenção livre-flutuante ou uniformemente suspensa.

Não infiro, entretanto, que tudo aquilo que o analista pensa ou sente deve ser considerado contratransferência. Claro está que outros fatores, que não a introjeção das projeções do paciente, operam expressivamente nas percepções que tem o analista das comunicações de seu paciente. O estado emocional e os conflitos individuais preponderantes do analista, reprimidos ou não, determinarão seu grau de receptividade às mensagens do paciente (6).

II

O aparelho mental do analista está firmemente engastado em sua história cultural e seus preconceitos inconscientes, que influenciam fortemente sua receptividade. Basta citar alguns exemplos. Minha prática, ao longo da vida com pessoas psicóticas, condicionou-me a estar automaticamente perceptivo a estágios muito precoces de regressão como premonitórios de uma possível irrupção psicótica. Observo, neste caso, manifestações apenas sutis. Quando uma pessoa que regularmente usa uma boa gramática começa a usar pronomes de forma incorreta, como dizer "para ele e para eu", fico alerta e rastreio possíveis repetições e circunstâncias nas quais ocorrem. Com frequência, minha eventual chamada à atenção do analisando do uso incorreto do eu, por exemplo, ao invés do mim, torna-o cômico de que sua gramática incorreta assinala uma potencial regressão profunda, um discurso a partir de uma posição na qual ele ainda não se tinha diferenciado em um eu e um mim. De forma similar, quando um analisando começa a usar uma linguagem escatológica, alerto-me para a possibilidade de que tal uso possa prenunciar uma regressão a formas de pensar e agir características da fase anal do desenvolvimento psicosssexual. É claro que estas regressões podem ensinar a recuperação de lembranças primitivas que podem ser utilizadas a serviço do insight.

III

Todos nós sabemos da proposição de Freud (1900) de que alguns sonhos não podem ser interpretados com base nas associações do paciente, ainda que o analista esteja convicto que compreende elementos significativos. Minha pesquisa em antropologia e estudo do folclore e a aplicação cultural cruzada do Teste Rorschach (Boyer, 1979; Boyer et al., 1989; De Vos e Boyer, 1989) levaram-me, em concordância com Freud, a acreditar firmemente que cada símbolo tem ao menos um significado básico, aparentemente inato, em adição a quaisquer outros significados agregados posteriormente.

Como exemplo: em uma sessão, um adolescente entrou em regressão psicótica aguda durante a qual as palavras, e depois as sílabas, tornaram-se objetos concretos para ele. Estava relatando uma experiência em que sua mãe psicótica tinha sido exibicionista perante ele e seus gritos queixosos, engendrados pelo delírio de que ele havia tentado estuprá-la eram encorajados pelas acusações do pai. A medida em que começou a golpear com violência a cadeira, gritava repetidamente "table" (mesa) e, então, freneticamente, "ta"- "bul", "ta"- "bul". Minha lembrança automática do uso poético e onírico tanto da madeira como da mesa como símbolos de mulher ou mãe, permitiram-me dizer que eu pensava que ele temia haver destruído sua mãe e queria ajuda para reconstituí-la. A regressão psicótica desapareceu imediatamente (Boyer, 1972, 1976). O fato da interpretação ter sido tão efetiva dependeu da natureza da interação transferência-contratransferência onde eu era, então, solidamente, uma figura parental benevolente, que ele entendia estar concedendo-lhe a permissão de possuir uma parcela do amor de sua mãe. Quando a interpretação da simbologia foi feita, entretanto, este elemento importante da minha contratransferência formou um pano de fundo inconsciente para nossa interação. Além disso, ao mesmo tempo eu experimentava, de forma subliminar, a dor e o desespero de meu analisando enquanto observava, à parte, não apenas as suas ações e emoções, mas as minhas. (ver Ogden, 1994d, cap. 5).

Pensar automaticamente em problemas relacionados à rivalidade fraterna não resolvida quando os pacientes começam a falar de animais minúsculos ou insetos (Boyer, 1979), Natal (Boyer, 1955) ou Páscoa (Boyer, 1985), com frequência conduz a uma mais rápida introjeção e entendimento de uma projeção. Um de meus pacientes expressou-se de forma tediosa durante muitos meses (Boyer, 1992). Ele nunca aludira à música. Certa vez, sonolento, tive a impressão de ouvir sussurros e vagas melodias. Minha pergunta se estava ouvindo música conduziu à revelação de que tinha feito isso durante todo seu tempo comigo, enquanto estava no divã. Nossa compreensão de que a música para ele simbolizava o cordão umbilical e a inspiração do ar foi um turning point significativo em sua análise.

Neste exemplo, podemos postular que o murmúrio tornou-se um objeto analítico entre paciente e analista, enquanto cada um de nós voltou a operar dentro do funcionamento autista-contíguo. Conjetura-se aqui se a capacidade de ressonância do analista é mais explicativa do que o conceito de identificação projetiva e ilustra uma capacidade universal para organizar estados primitivos, presentes tanto no analista quanto no paciente.

IV

A observação de que os analisandos com frequência continuam simbolicamente os temas de uma entrevista na seguinte, levou-

me a procurar ver cada sessão analítica como se fosse um sonho, no qual os aspectos mais importantes não resolvidos da transferência - contratransferência da última, ou das últimas sessões, compõem o "resíduo diurno" (Boyer, 1988). Eu agora considero que toda comunicação da entrevista está relacionada, de algum modo, ao resíduo diurno no contexto do "sonho" seguinte e estou particularmente interessado nos significados simbólicos das comunicações introdutórias verbais e/ou não - verbais. Ocasionalmente, enquanto uma sessão inicia, os analisandos visualizam os eventos do encontro anterior como "imagens" em uma parede ou como uma tela de cinema imaginária (Lewin, 1948). Seguidamente, para refrescar a memória, revejo minhas anotações no decorrer da sessão, que incluem minhas próprias fantasias, experiências emocionais e sensações físicas.

V

Minha orientação técnica usual envolve uma busca de ser, nas palavras de E. Balint (1993), "silencioso e não intrusivo, mas também absolutamente ali", enquanto "o paciente está ocupado em encontrar suas próprias palavras ou ações" (p. 4). A extensão do tempo no qual permaneço nesta relativa passividade, enquanto recebo estímulos ativamente através de todos os meus sentidos, depende da capacidade do paciente em aceitar e usar com proveito minhas interpretações experimentais e raramente dura mais do que alguns meses. Por vezes, entretanto, as reações contratransferenciais permitem outro comportamento. Segue um exemplo não usual.

As interpretações engendradas pela contratransferência, além de usualmente facilitarem o curso de um tratamento em andamento, em alguns casos podem permitir a um paciente hostil e assustado iniciar tratamento. Uma mulher estava convencida de que seu distúrbio de caráter e múltiplos sintomas psicossomáticos, predominantemente gastrointestinais, foram produzidos por ter sido sexualmente molestada durante sua infância precoce, embora não tivesse uma lembrança confirmatória. Recusou-se a iniciar psicoterapia com qualquer um de uma série de analistas que consultou depois do fracasso da terapia medicamentosa, visto que nenhum deles afixou-lhe a crença de que sua sintomatologia resultasse de tal abuso. Preferi não lidar com sua exigência manifesta mas, ao invés, confiar em minha experiência de ansiedade, sudorese axilar e constrição gastrointestinal e, acredito, em farejar-lhe o temor, enquanto escutava sua ladainha e observava sua tensão e transpiração profusa(7). Disse-lhe que não podia saber, a partir de sua história ou do meu conhecimento médico ou psiquiátrico, se sua convicção era exata, mas que tinha certeza de que fora psicologicamente traumatizada com severidade quando jovem, baseado em minhas reações emocionais e físicas das suas declarações. Aliviada e intrigada, ela prontamente entrou em análise, que mostrou-se muito bem - sucedida.

é desnecessário dizer que minhas respostas contratransferenciais são em geral influenciadas, no mínimo igualmente, tanto pelo humor, conduta e aparência física do paciente, quanto por suas verbalizações.

VI

Geralmente, após períodos variáveis de semanas ou meses, encontro-me progressivamente mais à vontade e capaz não só de associar mais livremente mas, ao mesmo tempo, de oferecer interpretações - teste à consideração do analisando. Aguardo menos até que o analisando recorde de material anterior inconsciente com dados atuais e sugiro mais ativamente que suas explicações para sua própria ansiedade, conflitivas ou genéticas, podem ser modificadas através de explicações alternativas. Em outras palavras, acompanhando D. Rosenfeld (1992b), transmito aquilo que acredito ser um quadro parcial da vida primitiva do paciente, quando julgo tal procedimento apropriado. Sob tais circunstâncias, gradualmente sinto-me mais relaxado e mais receptivo às intuições das projeções do paciente, reconstituídas de acordo com minhas peculiaridades (ver Ogden, 1994, cap. 1 e 5). Estas intuições, não raro, são psicossomáticas: um aperto no peito, tensão em grupos musculares, constrições abdominais, dores ou sabores discretamente perceptíveis, breves e vagos fenômenos visuais. Considero que refletem a natureza pré - verbal, ou pré - simbólica, da comunicação inconsciente do paciente a respeito de sua ansiedade. Além disso, fico mais confiante em que minhas percepções estão em correta ressonância com as projeções inconscientes do paciente e sinto-me mais livre para interpretar a partir das minhas reações contratransferenciais.

VII

Winnicott (1958, 1965) salientou a necessidade de que o analista seja capaz de permitir a existência de um espaço potencial no qual a criatividade possa existir, enquanto Bion (1967) enfatizou a necessidade do analista penetrarem um "devaneio", ensejando um desenvolvimento similar. Penso que Bion refere-se a um estado de ego mais profundamente alterado do que aquele no qual costumeiramente entramos ao trabalhar analiticamente. Encontro meus momentos mais agradáveis e produtivos de trabalho com pacientes regressivos naquelas raras ocasiões em que, enquanto no estado de devaneio que acredito que Bion refere, jogo com o paciente, de forma bastante confortável e espontânea, o que entendo ser uma versão verbal desenvolvida do "jogo do rabisco" de Winnicott (1971, pp. 121-3). Nestas ocasiões, o analisando e eu tornamo-nos objetos subjetivos um para o outro. Não usamos lápis, mas, ao invés, criamos nossos próprios "desenhos" verbalmente quando as associações do paciente e do analista estão obviamente contaminadas umas pelas outras. Então, paciente e analista encontram-se neste espaço potencial no qual a criatividade pode ocorrer, desempenhando uma forma intensificada de um jogo do rabisco verbal (ver também Grolnick, 1990, p. 159 e Deri, 1984, pp. 340-1).

Durante o jogo do rabisco verbal o pensamento, tanto do analisando quanto do analista, pode mudar com mais flexibilidade e persuasão, sem conflito, para os tipos de funcionamento autista - contíguo, esquizoparanóide e depressivo de geração de experiência. É muito duvidoso que um intercâmbio assim tivesse lugar em um ambiente terapêutico no qual a estrutura analítica não fosse consistentemente mantida, ou onde o terapeuta ficasse visivelmente desconfortável durante as regressões, às vezes psicóticas, do paciente (presumivelmente devidas à ansiedade com respeito aos desejos agressivos ou libidinais do analista).

Especialmente importantes neste intercâmbio são as distintas apresentações da posição depressiva, através das quais o indivíduo é capaz de integrar objetos parciais para formar o objeto total e de reconhecer que seus sentimentos de amor e ódio estão dirigidos ao mesmo objeto total, por quem o tema da preocupação com o objeto ganha enorme importância. Há também, em geral, um pronto reconhecimento da separação do objeto.

Nestas ocasiões, tanto o analisando quanto o analista retêm suficiente objetividade para que uma parte de suas mentes possa observar o interjogo entre as funções mentais primitivas. Uma psicanalista que era também artista e estava em contato regular com o pensamento de processo primário sem ansiedade, jogou comigo, repetidas vezes, jogos de rabisco verbais. Ela os apreciava, e também aos insights e criações que produziam. Durante um destes intercâmbios, ela deu uma gargalhada e disse que se houvesse outro analista observando-nos com certeza nos julgaria loucos.

VIII

Conforme mencionado anteriormente, registro extensas anotações do processo durante as entrevistas, nas quais procuro incluir minhas próprias fantasias, sensações físicas e mudanças emocionais. O exemplo clínico a seguir não é literalmente exato por ser reconstruído, visto que tomo notas fragmentadas durante tais devaneios, nem posso estar inteiramente certo de minhas recordações e creio que parte da minha compreensão do intercâmbio durante o jogo do rabisco permaneceu inconsciente até a posterior recapitulação das anotações. Complicação adicional resulta da necessidade de disfarçar os dados.

O evento relatado é especialmente singular por ser precursor de uma saudável regressão, a partir da qual emergiram novas informações. Parece que durante essa regressão, aquilo que D. Rosenfeld (1994) chama de ilha psicótica encapsulada, tornou-se acessível à análise e à integração. Devido ao tempo e espaço, o relato está bastante abreviado.

O Dr. M. era um psicanalista de meia-idade, cujas três análises anteriores não tinham ajudado a parar de atuar tolamente com seus pacientes. Durante o terceiro ano de sua quarta análise, foi capaz de regredir o suficiente para viabilizar a recuperação de recordações, depois validadas como representativas de eventos verdadeiros de sua vida. As lembranças foram recuperadas em uma entrevista em que jogou, pela primeira vez, o jogo do rabisco verbal, uma atividade espontânea que nos surpreendeu apenas retrospectivamente, ainda que suas entrevistas fossem costumeiramente caracterizadas por monotonia emocional e elevada intelectualização. Ele nunca demonstrou interesse em contos de fadas, folclore ou antropologia, embora soubesse do meu interesse pelo assunto através das minhas obras. Como costume, entrava no consultório rapidamente e parecia hiperalerta. O Dr. M., entretanto, nunca se mostrou interessado nos objetos da sala, observando raramente, e apenas de passagem, mudanças em minha expressão facial, minhas roupas e/ou humor e jamais revelou suas fantasias sobre tudo isto, espontaneamente ou quando perguntado. Não se desenvolvia uma relação transferencial estável. Por breves períodos eu parecia a mãe fria, potencialmente não confiável e fálica de um menino pré - edípico, que passava de uma bondade raramente manifesta a maus tratos físicos, por obscuros prazeres pessoais, com frequência associados a atividades no banheiro. Em outros momentos eu parecia representar o pai violento, moralmente fraco, exibicionista sexual, paranóide e voraz que batia em seu filhinho durante acessos de cólera, atribuídos pelo Dr. M. ao fato do pai ser prejudicado nos negócios, provavelmente por agentes nazistas. Em geral, eu parecia ser apenas um colega impessoal.

Alguns meses antes da entrevista que vou relatar eu tinha redecorado o consultório, mudando para um estilo africano, com tecidos coloridos e estatuária em ébano. Aos pés do divã havia a figura de um homem sentado, portando no colo um instrumento musical grande que segurava pela cordas. O topo do instrumento consistia de uma cabeça, que olhava para a frente. A cabeça era quase igual a do homem, porém menor, e estava um pouco abaixo. Apesar do Dr. M. parecer não notar a mudança na aparência da sala, durante a entrevista observou, sem afeto nem conexão aparente com outros pensamentos, que lera que as mulheres aborígenes algumas vezes portavam pênis denteados retráteis nas suas vaginas. Durante os meses seguintes não fez mais menção ao assunto nem referência à decoração da sala.

No dia anterior à sessão descrita, relatou um fragmento de sonho no qual uma vaga figura masculina lembrou-o de um jogador de pólo, de má fama e conhecidamente efeminado, montado a cavalo. Este jogador de pólo tinha reputação de ser cruel com suas montarias, algumas vezes batendo ou cutucando-as com seu taco. Nenhuma ação acontecia no sonho, que foi relatado sem emoção nem curiosidade. Eu estava seguro de que o sonho simbolicamente descrevia a natureza da situação transferencial predominante da sessão anterior (Boyer, 1988), aparentemente talhada pelo temor de que, como uma mãe fálica, eu o usasse para minhas próprias gratificações. Fiquei pensando se o sonho era uma lembrança encobridora de antigos acontecimentos da vida que envolviam desapontamentos, sadismo e traição num cenário de quarto de dormir, devido à referência da cavalgada e da crueldade do jogador de pólo.

O exemplo de "jogo do rabisco" a seguir é singularmente dramático e revelador.

Sua aparência e atitude ao entrar no consultório na sessão seguinte foram inauditas. Em contraste com sua usual movimentação intempestiva, da postura hipervigil e rígida no divã e de seu discurso factual, neste dia o Dr. M. entrou como se ainda não tivesse totalmente desperto e parecia flutuar no divã, onde ficou relaxado e silencioso e pela primeira vez pareceu estar em um leve transe. Senti que eu mesmo entrava em um leve transe, um estado de devaneio, e antecipava uma partida do "jogo do rabisco". Sentia-me psicologicamente fendido, observando a ele, a mim e a nossa intersubjetividade de um ponto à parte, enquanto, ao mesmo tempo, estava profundamente envolvido. Do meu ponto de vista separado, revi seu sonho e em silêncio pensei que ele iria falar sobre a estátua e então convergiria para temores homossexuais passivos.

Depois de um tempo, disse que tinha recém notado pela primeira vez a estátua e ficou pensando se era de uma mãe e seu filho. Ela parecia abraçá-lo de uma maneira muito íntima e procurava puxar o traseiro dele para mais perto de sua pelve.

Escutei-me dizendo: "Talvez para tocar o seu traseiro com o pênis que pode aparecer?" Sem surpresa, e visivelmente satisfeito, respondeu em seguida.

Dr. M.: "A bruxa fálica ia comer João e Maria mas eles a empurraram para dentro do forno".

Analista: "Aí ela não podia comê-los nem usar o falo denteado".

Dr. M. : "Não". Caiu em silêncio e olhou sonhadoramente pela sala, perguntando de forma casual se os tecidos coloridos que mencionei antes eram recentes. Após outro silêncio, continuou. "Havia sangue na parede do quarto e eu estava tão apavorado que não podia pensar nem me mover".

Analista: "Quando você pensou, há vários meses, se existiu mesmo sangue, você disse que era na parede do banheiro". Ficou em silêncio, parecendo desorientado, ergueu as mãos em um gesto de autoproteção e disse alguma coisa que soou como um resmungo ídiche. Senti-me claramente assustado e enxerguei de forma obscura o que parecia ser a sombra de um homem no vão da porta, uma experiência que, como outras que tive na minha prática, fizeram-me pensar seriamente, como Freud (1899, 1904, 1922, 1933; Boyer, 1994), na existência de comunicação telepática na análise(8).

Analista: "Pensei ter ouvido você dizer "golem" e "dybbuk".

Dr. M. : "Sim, eu também pensei". Depois de um silêncio longo e contemplativo, continuou: "é meu tio. Ele vem chegando pela porta e estou contente em vê-lo. Ele era simpático comigo quando nos visitava. Acho que nunca mais o vi depois dos meus sete anos".

Analista: "Ele pegava você no colo, depois que a mãe machucava você?"

Tornando-se alerta, Dr. M. respondeu. "Só anos mais tarde eu soube que ele era um "golem" ou um "dybbuk". Quando eu tinha quatro ou cinco anos, ele costumava deitar-se na cama comigo e abraçar-me". Retornando ao seu transe, ele continuou. "Eu me sinto aquecido e confortado e amado. Não me importo quando ele machuca o meu cuzinho com seu pau grande, só quero agradá-lo."

Recobrando o estado alerta, prosseguiu: "Só mais tarde eu compreendi que ele me usava como uma coisa e que acabou ficando catatônico".

Este episódio, muito condensado, conduziu à revelação inicial de que o Dr. M. sofreu de uma psicose infantil, que reviveu durante os meses subseqüentes no consultório. O homem, na alucinação transitória, era um tio até então esquecido que seus pais arrumaram como babysitter para o Dr. M. dos 3 aos 7 anos, apesar de saberem que se tratava de um pederasta convicto.

A análise de aspectos de suas percepções e experiências durante este "jogo do rabisco" isolado prosseguiu durante meses. O sangue foi por fim identificado como manchas em absorventes menstruais no banheiro, deslocados na visão para o quarto de dormir, provavelmente devido à antiga convicção de que a mãe sangrava após ser machucada pelo "taco" e por seu próprio corpo, equacionado como falo na infância.

Aos poucos, ao longo de vários episódios regressivos repetidos, que incluíam delírios de estar possuído ou de ser um autômato, descobriu que aprendera na escola hebraica que "dybbuk" referia-se a um espírito do mal em posse de um homem, ou à alma de um morto morando em um corpo alheio e que, por outro lado, "golem" tanto representava um embrião quanto um homem artificial, um autômato. Lembrou-se também que depois do seu "Bar Mitzvah", ainda mais interessado em possessões e estados alterados de consciência, escreveu por sua iniciativa extenso ensaio sobre "dybbuk" e "maggen" como projeto escolar, baseado em fontes do hebraico e do inglês(9). Recordou, além disso, que na primeira infância sentia-se especialmente assustado depois de escutar a história de João e Maria (Grimm e Grimm, 1819).

Discussão

Neste e outros artigos (Boyer, 1956, 1960, 1977, 1978, 1982, 1983, 1986, 1987, 1989, 1993) apresentei exemplos de passagens onde a experiência da análise da contratransferência teve efeitos salutares na análise de pacientes regressivos.

Nesta comunicação, procurei promover a discussão do trabalho dentro da contratransferência apresentando um exemplo de jogo do rabisco verbal. Neste jogo intersubjetivo entre analista e analisando fica disponível, para cada um dos participantes, um espaço generativo de onde podem emergir novas compreensões e conceitualizações. Este, acredito, é o espaço referido por Rosenfeld (1952), que representa a mais poderosa ligação entre os aspectos dissociados do paciente.

Este espaço, quando ocorre, surge dos esforços do analista que, em um estado de devaneio, adapta-se à tarefa de atentar tanto à experiência subjetiva quanto à intersubjetiva. Tal cisão da experiência por parte do analista, de vital importância, é essencial ao processo da intersubjetividade dentro da hora analítica e condição sine qua non da interpretação, não apenas do material contratransferencial mas através da contratransferência. A interpretação precisa, através da contratransferência, cria acesso a um espaço de jogo onde o analisando, tanto individualmente quanto dentro da tríade analítica, expressa sua experiência de forma atualizada e criativa.

Durante os episódios de jogo, a capacidade deste espaço de unir os aspectos dissociados da experiência do analisando é potencializada. Acredito que as novas conexões entre os estados anteriormente dissociados dependem da habilidade do analista em tolerar tal cisão dentro de si mesmo.

Para tolerar tal flexibilidade interna, o próprio analista deve ter sido bem analisado por um analista capaz de tolerar profundos episódios regressivos experimentados durante a análise por seus pacientes (Racker, 1958). Um analista que não capacita seu paciente a viver regressões profundas durante o tratamento pode não ter desenvolvido a capacidade de experimentar a inevitável contratransferência recíproca, de utilizá-la a serviço do tratamento e de ensinar analistas em treinamento. Além disso, é possível, ainda que raro, que as experiências de vida do analista possam ter sido excepcionais e que seus dotes neurofisiológicos sejam de natureza tal a potencializar sensibilidades especiais, incrementando a capacidade de entrar em contato, sem grande conflito e necessidade de elaboração, com a contratransferência que ele experimenta ao analisar tais regressões.

é difícil tolerar este tipo de cisão e, em particular, admitir os aspectos mundanos altamente pessoais, privados e embaraçosos da própria experiência subjetiva (Ogden, 1994b). Além disso, estas experiências podem ser sentidas como uma ameaça à lucidez. Pode-se, às vezes, permitir que as ligações desvanescam, a fim de perceber o mais longo caminho deste encadeamento: a loucura pode ser experimentada na fantasia ou no corpo.

Tão importante quanto as interpretações feitas através da contratransferência são a tolerância e a continência deste processo de cisão. Não podemos superestimar a introjeção, por parte do paciente, de um objeto analítico de equanimidade, que repousa tão claramente na capacidade de integração dos objetos parciais e dos objetos totais correlatos, na capacidade de preocupar-se e em um senso de otimismo. Não deve ser esquecido que os pacientes que padecem da neurose narcísica de Freud com frequência, se não sempre, não desenvolveram um verdadeiro sentido de self; este irá surgir através da gradual internalização e maturação das relações de objeto desenvolvidas com o analista no curso da análise, como foi ilustrado. Além disso, recordar que o analisando está funcionando no mais alto nível em que é capaz contribuirá para o otimismo do analista. Desejamos também ampliar a idéia de que cada sessão analítica deve ser vista como um sonho (Boyer, 1988). Como todas as comunicações (tanto do analista quanto do analisando) estão de algum modo relacionadas com o resíduo diurno do mesmo "sonho", pode ser mais produtivo para o analista aplicar os princípios da análise dos sonhos ao fluxo associativo obtido da atenção ao processo subjetivo - intersubjetivo (Doty, 1994).

Dedico profunda gratidão aos Drs. Thomas H. Ogden, Laura Doty e Beatrice Patsalides por sua inestimável assistência a este manuscrito.

Summary

It is proposed in this communication that successful psychotherapeutic work with severely disturbed patients necessitates an intensification of the analyst's attention to his intrapsychic, countertransference experiences stemming from his conscious and unconscious interactions with the patient. The countertransference reactions manifest themselves as psychical, emotional and somatosensory perceptions. The effectiveness of the analyst's work is heightened by his formulating his interpretations on the basis of those intrapsychic experiences. Interpreting through the countertransference implies the analyst's ability to tolerate a psychic split, engaging simultaneously with the analysand. During temporary regressions to presymbolic modes of experience that allow for the retrieval and exchange between analyst and analysand of primary process-related fantasies in verbal forms of Winnicott's "squiggle game", the analyst must also be capable of concurrently maintaining an observing ego stance that is informed by secondary process thinking.

Case material demonstrates how countertransference informed interpretations foster the disturbed patient's engagement in the therapeutic process and help him recover repressed memories of early infantile psychic trauma. Through the analyst's complementary regression to and simultaneous interpretation of the analysand's autistic-contiguous and schizo-paranoid modes of experience, the patient is enabled to introject the analytic object. This introjection allows for the patient's concurrent experience and integration of part-object and whole-object relatedness, which, in turn, contributes to the development of a stable sense of self.

Interpreting through the countertransference implies not only that the analyst has worked through primitive mental states during his own training analysis, but that he also works strictly within the analytic frame. Maintaining the frame is essential for the analysis of the patient's hostility, resistance and defense mechanisms and materially reduces the probability of the patient's and the analyst's acting out.

Referências

- AKHTAR, S. (1994). Object constancy and adult psychopathology. *Int. J. Psychoanal.*, 75: 44-155.
- ANGEL, E. (1979). The resolution of a countertransference through a dream of the analyst. *Psychoanal. Rev.* 66: 9-17
- APPREY, M. & STEIN, H. F. (1994). *Intersubjectivity, Projective Identifications and Otherness*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- BALINT, E. (1993). Before I was 1. *Psychoanalysis and the Imagination*. J. L. Mitchell & M. Parsons, Eds. New York: Guilford.
- BALINT, E. & BALINT, M. (1959). On transference and countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 20:223-230.
- BALINT, M. (1965). *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. London: Hogarth.
- _____ (1968). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. New York: Brunner/Mazel, 1979.
- BILU, Y. (1985). The taming of the deviants and beyond: An analysis of dybbuk possession and exorcism in Judaism. *The Psychoanalytic Study of Society*, 11: 1-32.
- BION, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int. J. Psychoanal.*, 38: 266-275
- _____ (1959). Attacks on linking. *Int. J. Psychoanal.*, 40:308-315.
- _____ (1962). *Learning from Experience*. London: Heineman.
- _____ (1967). *Second Thoughts*, New York: Aronson, 1987.
- _____ (1987). *Clinical Seminars. Brasilia and São Paulo and Four Papers*. (F. Bion, Ed.). Abingdon: Fleetwood Press.
- BLECHNER, M. (1992). Working in the countertransference. *Psychoanal. Dialogues*, 2: 161-179.
- BOLLAS, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unknown Thought*. New York: International Universities Press.
- BOYER, L. B. (1955). Christmas "neurosis" J. Artier. *Psychoanal. Assn.*, 3: 467-488.
- _____ (1956). On maternal overstimulation and ego defects. *Psychoanal. Study Child*, 11: 236-256.
- _____ (1960). A hypothesis concerning the time of appearance of the dream screen. *Int. J. Psychoanal.*, 41: 114-122.
- _____ (1961). Psycho-analysis with few parameters in the treatment of schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.*, 42: 389-403.
- _____ (1967). Historical development of psychoanalytic psychotherapy of the schizophrenias: Freud's contribution. In *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic and Characterological Disorders*. Eds.: L. B. Boyer & P. L. Giovacchini. New York: Science House.
- _____ (1972). A suicidal attempt by an adolescent twin. *Int. J. Psychother. Psychoanal.*, 1: 7-30.
- _____ (1976). Meanings of a bizarre suicide attempt by an adolescent twin. *Adolescent Psychiat.*, 4: 371-381.
- _____ (1977). Working with a borderline patient. *Psychoanal. Quart.*, 46: 386-424.
- _____ (1978). Countertransference experiences with severely regressed patients. *Contemporary Psychoanal.*, 14: 48-72.
- _____ (1979). *Childhood and Folklore. A Psychoanalytic Study of Apache Personality*. New York: Library of Psychological Anthropology.
- _____ (1982). Analytic experiences in work with regressed patients. In *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient*. Eds.: P. L. Giovacchini & L. B. Boyer. New York: Aronson, pp. 65-106.
- _____ (1983). *The Regressed Patient*. New York: Aronson.
- _____ (1985). Christmas "Neurosis" Reconsidered. In *Depressive States and Their Treatment*. Ed. by V. D. Volkan. Northvale, NJ and London: Aronson, pp. 297-316.
- _____ (1986). Technical aspects of treating the regressed patient. *Contemporary Psychoanal.*, 22: 25-44.
- _____ (1987). Regression and countertransference in the treatment of a borderline patient. In *The Borderline Patient*. Vol. 2. Eds. J. S. Grotstein, M. F. Solomon and J. A. Lang. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 41-59.
- _____ (1988). Thinking of the interview as though it were a dream. *Contemporary Psychoanal.*, 24: 275-281.
- _____ (1989). Countertransference and technique in working with the regressed patient. *Int. J. Psychoanal.*, 70: 701-714.
- _____ (1990). Introduction: psychoanalytic intervention in treating the regressed patient. In *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Eds.: L. B. Boyer & P. L. Giovacchini. Northvale, NJ and London: Aronson, pp. 1-32.
- _____ (1992). Roles played by music as revealed through countertransference facilitated transference regression. *Int. J. Psychoanal.*, 73: 55-70.
- _____ (1993). Introduction: Countertransference- Brief history and clinical issues with regressed patients. In *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Volume 2. Eds.: L. B. Boyer and P. L. Giovacchini. Northvale, NJ and London: Aronson, pp. 1-22.
- _____ (1994). Countertransference: Condensed history and personal view of issues with regressed patients. *J. Psychother. Practice Research*, 3: 122-137.
- BOYER, L. B., BOYER, R. M., DITHRICH, C. W., HARNED, H., HIPPLER, A. E., STONE, J. S. & WALT, A. (1989). The relation between psychological states and acculturation among the Tanaina and Upper Tanana Indians of Alaska. *Ethos*, 17: 387-427.
- CHRZANOWSKI, G. (1989). The significance of the analyst's individual personality in the therapeutic relationship. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 17: 597-608.
- COLTART, N. (1992). *Slouching toward Bethlehem*. New York and London: Guilford.
- DAN, Y. (1970). Maggid (Hebrew). *Encyclopaedia Hebraica*, 22: 139-140.
- DERI, S. (1984). *Symbolization and Creativity*. New York: International Universities Press.

- DEUTSCH, H. (1921). Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. *Imago*, 12: 418-433. Translated as Chapter 19 of P. Roazen, Ed., *The Therapeutic Process, the Self and Female Psychology*, Collected Psychoanalytic Papers. Helene Deutsch. New York: Brunner/Mazel.
- DEVEREUX, G. (Ed). (1953). *Psychoanalysis and the Occult*. New York: International Universities Press.
- DE VOS, G. A. & BOYER, L. B. (1989). *Symbolic Analysis Cross-Culturally*, Berkeley: University of California Press.
- DI BENEDETTO, A. (1991). Countertransference: Feeling, recreating and understanding. *Riv. Psicoanal.*, 37: 94-131.
- DOTY, L. (1994). Personal communication.
- EISSLER, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Amer. Ps. Assn.*, 1: 104-143.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac.
- FLIESS, R. (1953). Countertransference and counter-identification. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1: 268-284.
- FREUD, S. (1899). A premonitory dream fulfilled. *S. E.*, 5.
- _____ (1900). The interpretation of dreams. *S. E.* 4 and 5.
- _____ (1904). Premonitions and chance: an excerpt. In *Psychoanalysis and the Occult*. Ed. by Devereux, G. New York: International Universities Press, 1953, pp. 52-55.
- _____ (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. *S. E.* 11.
- _____ (1913). The disposition to obsessional neurosis. *S. E.*, 12.
- _____ (1915). The unconscious. *S. E.* 14.
- _____ (1922). Dreams and Telepathy. *S. E.* 18.
- _____ (1933). Dreams and the occult. *New Introductory Lectures: Lecture XXX*. *S. E.* 22.
- GABBARD, G. O. (1991). Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. *Int. J. Psychoanal.*, 72: 625-638.
- GADDINI, E. (1981). Il problema mente-corpo en psicoanalisis. *Riv. Psicoanal.* 27: 3-29
- _____ (1982). Early defensive phantasies and the psychoanalytic process. In *A Psychoanalytic Theory of Infantile Experience: Conceptual and Clinical Reflections*. London and New York: Routledge.
- GADDINI, R. (1985). Early psychosomatic symptoms and the tendency toward integration. *J. Squiggle Foundation*, 1: 49-56
- _____ (1990). Regression and its uses in treatment. In *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Eds. L. B. Boyer and P. L. Giovacchini. Northvale, NJ and London: Aronson, pp 227-244,
- _____ (1993). Regression and its uses in treatment: An elaboration of the thinking of Winnicott. In *One's Bones: The Clinical Genius of Winnicott*. Ed. by D. Goldman. Northvale, NJ and London: Aronson, pp. 257-272.
- GIOVACCHINI, P. L. (1980). The analytic introject and analytic intent. In *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic, Borderline and Characterological Disorders*. Second Edition, Revised and Expanded. Eds. L. B. Boyer and P. L. Giovacchini. New York and London: Aronson, pp. 356-359.
- _____ (1989). *Countertransference Triumphs and Catastrophes*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- GINZBURG, L. (1913). *The Legends of the Jews*. Vol. 4. Philadelphia: The Jewish Publication Society of America.
- GOLDBERG, A. (1994). Farewell to the objective analyst. *Int. J. Psychoanal.*, 75: 21-30.
- GREEN, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. (On changes in analytic [practice and analytic] experience). *Int. J. Psychoanal.*, 60: 347-356.
- GRIMM, J. & W. (1819). *Grimm's Tales for Young and Old*. The Complete Stories. Newly translated by R. Mannheim. Garden City, NY: L. Doubleday & Co.
- GRINBERG, L. (1957). Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva. *Rev. Psicoanal.* 14: 23-28.
- _____ (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 43: 436-440.
- _____ (1979). Countertransference and counteridentification. *Contemporary Psychoanal.*, 15: 226-247.
- GROLNICK, S. (1990). *The Work and Play of Winnicott*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- GROTSTEIN, J. S. (1981). *Splitting and Projective Identification*. New York: Aronson.
- _____ (1994). Foreword. M. Apprey and H. F. Stein, *Intersubjectivity, Projective Identification and Otherness*. Pittsburgh: Duquesne University Press, pp. IX-XVI.
- HANN-KENDE, F. (1933). On the role of transference and countertransference in psychoanalysis. In *Psychoanalysis and the Occult*. Ed. by G. Devereux. New York: International Universities Press, 1953, pp. 158-167.
- HEIMANN, P. (1950). Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 31: 81-84.
- _____ (1960). Countertransference. *Brit. J. Med. Psycho.*, 33: 9-15.
- IDEL, M. (1989). Jewish magic from the Early Renaissance Period to Early Hasidism. In *Religion, Science and Magic*. Eds.: J. Neusner et al. New York: Oxford University Press
- JOSEPH, B. (1975). The patient who is difficult to reach. In *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*. II, Countertransference. Ed. P. L. Giovacchini, with the collaboration of A. Flarsheim & L. B. Boyer. New York: Aronson, pp. 205-216.
- _____ (1982). Addiction to near death. *Int. J. Psychoanal.*, 63: 449-456.
- _____ (1985). Transference: The total situation. *Int. J. Psychoanal.*, 66: 447-454.
- KERNBERG, O. F. (1976). *Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- _____ (1985). *Internal World and External Fantasy*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- _____ (1987). Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. In *Projection, Identification, Projective Identification*. Ed. J. Sandler. Madison, CT: International Universities Press, pp. 93-115.
- KHAN, M. M. R. (1964). Ego-distortion, cumulative trauma and the role of reconstruction in the psychoanalytic situation. In *The Privacy of the Self*. New York: International Universities Press, 1974, pp. 59-68.
- KING, P. (1978). Affective response of the analyst to the patient's communications. *Int. J. Psychoanal.*, 59: 329-334.
- KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs & J. Riviere *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 1952, pp. 292-320.
- _____ (1948). *Contribution to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press.
- _____ (1957). *Envy and Gratitude. A Study of Unconscious Sources*. New York: Basic Books.
- KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S. & RIVIERE, J. (1951). *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 1952.
- LACAN, J. (1951). *Intervention sur le transfert*. In *écrits*. Paris: éditions du Seuil, 1966, pp. 215-226
- LESTER, E. P., JODOIN, R. M. & ROBERTSON, B. M. (1989). Countertransference dreams reconsidered: a survey. *Int. Rev. Psychoanal.*, 16: 305-314.
- LEWIN, B. D. (1933). The body as phallus. *Psychoanal. Q.*, 2: 24-47.
- _____ (1948). Inferences from the dream screen. *Int. J. Psychoanal.*, 29: 224-231.
- LIBERMAN, D. (1978). Affective response of the analyst to the patient's communications. *Int. J. Psychoanal.*, 59: 335-340.
- LITTLE, M. I. (1951). Countertransference and the patient's response to it. In *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York: Aronson, 1981, Chap. 2.
- _____ (1957). "R"- the analyst's total response to his patient's needs. In *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York: Aronson, 1981, Chap. 4.
- LOEWALD, H. W. (1986). Transference-Countertransference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34: 275-287.

- MAJOR, R. (Ed). (1983) *Confrontation: Telepathie*. Vol. 10. Paris: Aubier-Montaigne.
- McDOUGALL, J. (1978). Countertransference and primitive communication. In *Plea for a Measure of abnormality*. New York: International Universities Press, pp. 247-298.
- _____ (1989). *Theaters of the Body. A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. New York: Norton.
- MELTZER, D. (1966). The relation of anal masturbation to projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 47: 335-342.
- _____ (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanal.*, 11: 289-310.
- MILNER, M. (1969). *The Hands of the Living God*. London: Hogart Press.
- MONEY-KYRLE, R. (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.*, 37: 360-366.
- NEILSON, W. A., KNOTT, T. A. & CARHART, P. W. (Eds). 1949 *Webster's New International Dictionary of the English Language*. 2nd Ed. Unabridged. Springfield, MA: G & C. Merriam Company, Publishers.
- NIGAL, G. (1983). *Dybbuk Stories in Jewis Literature*. (Hebrew). Jerusalem: Rubin Mass.
- OGDEN, T. H. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York: Aronson.
- _____ (1985). On potencial space. *Int. J. Psychoanal.*, 66: 129-142.
- _____ (1986). *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- _____ (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- _____ (1993). Analyzing the matrix of transference. In *On Treating the Regressed Patient*. L. B. Boyer and P. L. Giovacchini, Eds. *Master Clinicians*, vol. 2. Northvale, NJ and Aronson, pp. 41-62, Also in *International Journal of Psycho-Analysis*, 1991, 72: 553-605.
- _____ (1994a). Projective identification and the subjugating third. In *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ and London: Aronson, pp. 97-106.
- _____ (1994b). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75: 3-20.
- _____ (1994c). The concept of interpretive action. *Psychoanal. Quart.*, 63:49-245.
- _____ (1994d). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ and London: Aronson.
- O'SHAUGHNESSY, E. (1983). Words and working through. *Int. J. Psychoanal.*, 64: 281-290.
- PALLARO, P. (1994). Somatic countertransference: The therapist in relationship. Paperpresented at the Third European Arts Therapies Conference, Ferrara, Italy.
- PICK, I. (1985). Working through in the countertransference. In *Melanie Klein Today, Volume 2: Mainly Practice*. E. Spillius, ed. London: Routledge, 1988, pp. 34-47.
- POGGI, R. G. & GANZARAIN, R. (1983). Countertransference hate. *Bull. Menninger Clin.*, 47: 15-35.
- RACKER, E. (1952). Observaciones sobre la contra transferencia como instrumento técnico; comunicación preliminar. *Rev. Psicoanal.*, 9: 342-354.
- _____ (1953). A contribution to the problem of countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 34: 313324.
- _____ (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Quart.* 26: 303-357.
- _____ (1958). Classical and present techniques in psycho-analysis. In *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press, 1960, pp. 23-70.
- _____ (1960). *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press. (published initially as *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós).
- ROSENFELD, D. (1988). *Psychoanalysis and Groups. History and Dialectics*. London: Karnac.
- _____ (1992a). Countertransference and the psychotic part of the personality. In *The Psychotic Aspects of the Personality*. London: Karnac, pp. 79-100.
- _____ (1992b). *Personal Communication*.
- _____ (1994). Technical aspects of working with delusions and dreams. Paper presented at the I1'a'. *International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia*, Washington, DC, June, 1994.
- ROSENFELD, H. A. (1947). Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *Int. J. Psychoanal.*, 28: 13-19.
- _____ (1950). Notes on the psychopathology of confusional states in chronic schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.*, 31: 132-137.
- _____ (1952). Notes on the psycho-analysis of the super-ego conflict of an acute schizophrenic. *Int. J. Psychoanal.*, 33: 111-131.
- _____ (1965). *Psychotic States*. London: Hogarth Press.
- _____ (1971). Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patients. In *Problems of Psychosis*. P. Doucet and C. Laurin, eds. Amsterdam: Excerpta Medica, pp. 155128.
- _____ (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- SANDLER, J. (1976). Countertransference and role responsiveness, In *t. Rev. Psychoanal.*, 3: 4347.
- SEARLES, H. F. (1971). Transitional phenomena and therapeutic symbiosis. In *Countertransference and Related Subjects*. New York: International Universities Press, pp. 503-576.
- _____ (1979). *Countertransference and Related Subjects*. New York: International Universities Press.
- SEGAL, H. (1950). Some aspects of the analysis of a schizophrenic. In *The Work of Hanna Segal*. New York and London: Aronson, 1981, pp. 100-120.
- _____ (1956). Depression in the schizophrenic. In *The Work of Hanna Segal*. New York and London: Aronson, 1981, pp. 121-130.
- SILVERMAN, S. (1991). Somatic correspondence during psychoanalysis, *J. Academy Psychoanal.*, 19: 422-445.
- SPERLING, M. (1946). Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children. *Psychoanal. Quart.* 15:323-329.
- _____ (1955). Psychosis and psychosomatic illness. *Int. J. Psychoanal.*, 36: 320-327.
- _____ (1957). The psycho-analytic treatment of ulcerative colitis. *Int. J. Psychoanal.*, 38: 341-349.
- STEINER, J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London and New York: Routledge.
- TANSEY, M. & BURKE, W. (1989). *Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- _____ (1981). Transference and countertransference. An examination from the point of view of internalized object relations. In *Object and Self. A Developmental Approach*. Eds. : D. Tuttmann, C. Kaye and M. Zimmerman. New York: International Universities Press, pp. 429451.
- WINNICOTT, D. W. (1947). Hate in the countertransference. *Collected Papers. Through. paediatrics to Psycho-analysis*. New York: Basic Books, 1956, pp. 194-203.
- _____ (1958). *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.
- _____ (1960). The theory of the parent-infant relationship. In *The Maturation Processes anal the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 37-55.
- _____ (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- _____ (1971a). *Playing and Reality*. New York: International Universities Press.
- ZWIEBEL, R. (1977). Der Analytiker Träumt von seinem Patientin. *Psyche*, 31: 43-59.
- _____ (1984). Zur Dynamik des Gegenübertragungstraums. *Psyche*, 38: 193-21.

L. Bryce Boyer

3021 - Telegraph Ave.
Berkeley, CA 94705

© Gentilmente cedido pelo autor para publicação na Revista de Psicanálise - SPPA

-
1. Apresentado na "Northern California Society for Psychoanalytic Psychology", São Francisco, maio de 1994; "The 11th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia", Washington, D. C., junho de 1994; "The Center for the Advanced Study of the Psychoses", São Francisco, setembro de 1994. * Co-Diretor, Center for the Advanced Studies of the Psychoses, San Francisco; Diretor, Boyer Research Institute, Berkeley; Analista Didata e Supervisor, Psychoanalytic Institute of Northern California, San Francisco, e San Francisco Institute for Psychoanalytic Therapy and Psychoanalysis.
 2. Nas palavras da Dra. Sara Hartley, em seu comentário á apresentação deste artigo na "Northern California Society for Psychoanalytic Psychology", "sua resposta alude a um cobertor topográfico que discrimina o interno do externo, uma pele autista, um cobertor - cueiro, um objeto transicional... crucial em sua crescente capacidade de sentir-se separada e ambivalente, amante e amada; este cobertor psicológico de múltiplos usos é a criação da analisanda com o Dr. B de um objeto analítico que traz à vida sua experiência de fazer uso do Dr. B, descobrindo-o como uma pessoa capaz de ser conhecida".
 3. Outras contribuições significativas ao desenvolvimento de uma teoria da contratransferência incluem Angel (1979), Apprey e Stein (1994), os Balints (E. Balint, 1993, E. e M. Balint, 1959; M. Balint, 1965, 1968), Bion (1962, 1967, 1987), Blechner (1992), Bollas (1987), Coltart (1992), di Benedetto (1991), Etchegoyen (1991), Fliess (1953), Gabbard (1991), Giovacchini (1989), Green (1975), Grinberg (1957, 1962, 1979), Grotstein (1981, 1994), Heimann (1950, 1960), Joseph (1975, 1982, 1985), Kernberg (1976, 1985, 1987), Khan (1964), King (1978), Lacan (1951), Liberman (1978), Little (1951, 1957), McDougall (1978, 1989), Meltzer (1966, 1975), Milner (1969), Money-Kirle (1956), Ogden (1982, 1985, 1986, 1989, 1993, 1994b, 1994c), Pick (1985), Poggi e Ganzarain (1983), Racker (1952, 1953, 1957, 1960), D. Rosenfeld (1988, 1992a), Sandler (1976), Searles (1976, 1979), Silverman (1991), Steiner (1993), Tansy e Burke (1989), Volkan (1981), Winnicott (1947).
 4. Escrevi alhures sobre a história do desenvolvimento de uma teoria da contratransferência (Boyer, 1994).
 5. Como seria confirmado por uma pesquisa conduzida por Lester, Jodoin e Robertson (1989); ver também Zwiebel (1977, 1984).
 6. Dizer que tudo o que o analista experimenta é contratransferência é apenas fazer a afirmativa axiomática que estamos capturados em nossa própria subjetividade. Para que o conceito de contratransferência tenha mais significado que isto, devemos continuamente restabelecer o conceito na dialética do analista como uma entidade separada e do analista como uma criação de intersubjetividade analítica. Nenhum destes "pólos" da dialética existe em forma pura e nossa tarefa é fazer declarações cada vez mais completas sobre a natureza específica da inter-relação da experiência do sujeito e do objeto, da contratransferência e transferência, em qualquer momento. (Ogden, 1994d, nota, p. 74).
 7. Eu estou pelo menos subliminamente consciente dos odores dos pacientes e tenho aprendido, através de sonhos e outras experiências, que chego a estar consciente da gravidez de mulheres antes mesmo que elas estejam cientes do fato.
 8. Ver também Devereux (1953) e Major (1983) sobre a presença de telepatia em psicanálise e seu papel em ocasionais reações contratransferenciais.
 9. Bilu (1985), Dan (1970), Ginzberg (1913), Idel (1989) Neilson, Knott e Carhart (1949) e Nigal (1983).