

O mais profundo é a pele: a contratransferência como instrumento do terapeuta

THANISE URIOSTE WEINERT¹

O mais profundo é a pele.
Paul Valéry

RESUMO: Partindo de uma revisão da literatura acerca do conceito de contratransferência desde Freud até Bion, a autora faz uma reflexão de como os sentimentos contra-transferenciais podem ser utilizados para ampliar a compreensão de dois casos: um de observação de bebês e outro de psicoterapia infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Contratransferência; identificação projetiva; comunicação não verbal; pele.

The deepest is the skin: the countertransference as an instrument of the therapist

ABSTRACT: Starting from a literature review about the concept of countertransference from Freud to Bion, the author reflects on how countertransference feelings can be used to broaden the understanding of two cases: on of baby observation and the other of a child psychotherapy.

KEYWORDS: Countertransference; projective identification; nonverbal communication; skin.

Enquanto psicoterapeuta iniciante, tem me mobilizado pensar sobre os sentimentos intensos que foram despertados em mim nas experiências de atendimento e também na observação de bebês, ao longo do meu primeiro ano de especialização. Pensar sobre essas vivências emocionais intensas fez com que eu me aproximasse do tema da contratransferência, que Zaslavsky e Santos (2006) definem como a ampla variação de fenômenos, como sentimentos e vivências corporais diferentes, gestos, movimentos e sonhos que podem ser despertados no analista a partir do encontro com o paciente.

¹ Psicóloga, aluna do Curso de Psicoterapia de Orientação Analítica da Infância e da Adolescência do CEAPIA.

Estudar esse conceito me despertou algumas questões: o que fazer com o que sentimos durante a observação de bebês e durante um atendimento? Como os sentimentos despertados na terapeuta podem ser usados?

Retomando as origens da psicanálise, o tema da contratransferência foi citado por Freud em dois momentos. O primeiro deles na abertura do 2º Congresso de Psicanálise, realizado em Nuremberg, em 1910, que ficou registrado no artigo "As perspectivas futuras da terapia psicanalítica" (Freud, 1910/1969a). Em 1912, o conceito de contratransferência é novamente citado na obra "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise" (Freud, 1912/1969b).

No congresso em Nuremberg, Freud (1910/1969a) fala sobre três esforços para melhorar as perspectivas terapêuticas da psicanálise, que seriam: o progresso interno, o aumento da autoridade e o aumento da eficiência geral do trabalho. Freud (1910/1969a), se referia aos avanços no conhecimento analítico e na técnica. Ao falar sobre técnica, salientava como inovação a importância de nos tornarmos cientes da contratransferência, que seria resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista, devendo o analista reconhecê-la e superá-la por intermédio da autoanálise.

Em "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise", obra em que Freud(1910/1969b) apresenta regras técnicas do método psicanalítico, ressalta a importância de o médico colocar seu próprio inconsciente como órgão receptor na direção do inconsciente transmissor do paciente. O inconsciente do médico se torna um instrumento da análise do paciente, o que torna fundamental a consciência de seus próprios conflitos infantis e de suas resistências.

Freud não desenvolveu uma teoria sobre a contratransferência, porém, segundo Epstein e Feiner (1979), ele anunciou duas visões sobre a contratransferência que vão dominar o cenário psicanalítico anos mais tarde. Por um lado a contratransferência como obstáculo ao tratamento e, por outro, o inconsciente do médico como instrumento da análise. Correntes estas que Kernberg (1965) batizou, respectivamente, de "clássica" e "totalística".

O conceito de contratransferência clássica foi representado por Annie Reich, Glover, Fliess, Gitelson e Rangell. Para esses psicanalistas, a contratransferência era considerada perturbadora para o tratamento psicanalítico e decorrente dos conflitos neuróticos do terapeuta. Em 1951, Annie Reich afirmou que a contratransferência não poderia ser usada como instrumento terapêutico. De acordo com Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), para os psicanalistas que seguiam essa corrente, enaltecer a contratransferência seria valorizar as reações emocionais do terapeuta, o que macularia sua posição ideal de neutralidade.

A vertente totalística, que ganhou força na segunda metade do século XX, considera a contratransferência um fenômeno natural do processo

terapêutico, podendo servir como instrumento de compreensão do paciente. Paula Heimann (1950/1955), no seu trabalho *On conter-transference*, inaugura a vertente totalística, segundo a qual a contratransferência passa a englobar todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente, e é entendida enquanto criação do paciente por identificação projetiva, podendo ser utilizada como instrumento terapêutico. Noções básicas do pensamento *kleiniano* embasam a concepção de contratransferência de Heimann: na relação analítica seriam reativadas ansiedades e defesas primitivas do paciente, as quais se manifestam via: projeção, introjeção e identificação projetiva.

No 16º Congresso Internacional de Psicanálise, em Zurique, Heimann (1950/1955) afirmou que, em sua experiência, acompanhou muitos psicanalistas em formação que se sentiam culpados pela resposta emocional despertadas na relação com seus pacientes, almejando como ideal uma posição completamente insensível e distante. Ela defendeu que se tratava de um entendimento equivocado das ideias de Freud (1910/1969a) a respeito da frieza do analista, fazendo analogia ao estado de espírito de um médico cirurgião. Segundo ela, um terapeuta que trabalha sem consultar seus sentimentos terá uma compreensão dinâmica limitada do paciente, não devendo se converter em um cérebro mecânico produtor de interpretações intelectualizadas. Nesse sentido, tanto paciente quanto analista seriam tomados por sentimentos em sessão, estando o diferencial no uso que fazem deles.

O papel do terapeuta seria aguentar os sentimentos que são despertados dentro dele, enquanto o do paciente seria descarregá-los. A autora alerta para a intensidade da resposta emocional do analista, que não pode ser demasiada ao ponto de frustrar sua finalidade de ajudar o paciente a se conhecer (Heimann, 1950/1955).

Racker (1953/1982), que fez contribuições muito importantes a respeito do tema, também ressalta o caráter bipessoal da relação analítica, definindo-a enquanto uma inter-relação formada por dois componentes: a transferência e a contratransferência. Na sua opinião, a percepção da contratransferência indica o conflito central do paciente nas suas relações de objeto transferenciais. Para esse autor existem dois tipos de contratransferência: a identificação concordante, que seria uma identificação do analista com o ego e o id do paciente; e a identificação complementar, que seria a identificação do analista com objetos internos do paciente. Esta última ofereceria risco ao tratamento, caso o analista ficasse preso a essa identificação, vivenciando as angústias e as defesas patológicas desses objetos, de forma a atuar em vez de compreender e interpretar o mundo interno do paciente.

Com base nessas referências, retomo os questionamentos iniciais: o que fazer com o que sentimos durante a observação de bebês e durante um atendimento? Como os sentimentos despertados na terapeuta podem ser usados?

A contratransferência na observação de bebês

Ao observar Joana² no carrinho, era perceptível que ela havia crescido nesses 15 dias que não nos vimos (eu havia viajado uma semana nas férias de inverno). Joana parecia maior e com feições diferentes, me causou até mesmo certo estranhamento, me fazia pensar que não parecia minha bebê. Me pego pensando que talvez Joana lembre um pouco as feições do pai, pois não se parece com Viviane. Fiquei pensando como Joana tem mudado muito a cada semana, especialmente quando me lembro da Joana que conheci com 20 dias de vida. Continuar observando Joana dormindo me deixou angustiada. Joana estava há muito tempo dormindo e na mesma posição, imóvel, me parecia um pouco pálida. Pensar que estava com o nariz entupido e não fazia nenhum ruído para respirar, me fazia pensar: Joana está viva? Me passou pela cabeça que podia estar morta e me senti angustiada. Pensei: será que vou aguentar até o final da observação?

Esse foi um dos momentos de maior angústia na experiência da observação de bebê, que foi sucedido por outros momentos que despertaram angústias de morte e de medo de contaminação. Nessa época, Joana começou a apresentar uma irritação em sua pele, que ficava avermelhada em vários lugares e com bolinhas que davam coceira, provocando irritação e desconforto. Desde então, sua dermatite passou a ser o tema principal das observações e também da rotina da mãe e da sua bebê. Viviane se angustiava muito com o problema de pele de sua filha e iniciou um processo de restrição da sua alimentação, assim como do convívio de Joana com outras pessoas, além da substituição de tecidos sintéticos por algodão e de produtos cosméticos (como sabonete e shampoo) por opções naturais (como sabonete e shampoo).

Comecei a me sentir um pouco desconfortável nas observações quando Viviane atribuía a pessoas “de fora” a causa desses problemas em Joana. Voltei a sentir angústias em alguns momentos nas observações e passei a ter muito medo de levar bactérias e “doenças” da rua que pudessem contaminar Joana. No dia de uma das observações, me acordei com o olho um pouco vermelho, irritado e com secreção, o que parecia ser conjuntivite. Isso me fez desmarcar a observação por receio de contaminar Joana. Na semana seguinte, novamente surge em mim o receio de ir e de transmitir doenças a Joana, dessa vez um resfriado. Ambas as doenças, entretanto, se desenvolveram após os dias de observação.

Ao pensar sobre minha trajetória nas observações, acompanhando o surgimento da dermatite na bebê, me questiono como os sentimentos despertados na observadora podem ajudar a compreender o caso de Joana?

Gianna Williams (1997) afirma que existe ligação entre o conceito de pele psíquica, descrito por Esther Bick, e o conceito de conteúdo-contenente de Bion. O bebê deveria ser contido pela pele psíquica da atenção mater-

² Os nomes aqui utilizados são fictícios.

na, que teria como função conter as angústias do bebê, propiciando a capacidade de pensar, principalmente, sobre seus próprios sentimentos.

Relaciono os intensos sentimentos de angústia que vivenciei em algumas das observações, como no trecho relatado acima, e o medo que Joana pudesse estar morta com o conceito formulado por Melanie Klein (1946/1952) de identificação projetiva, característico dos estados de fusão muito primitivos entre a mãe e o bebê, quando ocorre uma cisão no ego que projeta partes suas para dentro de objetos externos. No caso da minha observação, penso que, por identificação projetiva, fui invadida por uma angústia de morte, talvez sentida por Viviane, e que foi expulsa do seu psiquismo em razão de sua intensidade demasiada.

A mãe parecia transbordar de angústias que não estava conseguindo conter e que eram sentidas literalmente “na pele” por sua bebê. Williams (1997) firma que, quando a mãe está tomada por angústias de morte e não conta com objetos externos ou internos para digerir o que sente, é como se pesasse sobre ela e o bebê uma nuvem assustadora sem forma e sem nome. Isso torna difícil que a sua disponibilidade interna possa conter as angústias do seu bebê, principalmente o medo da morte.

Os processos mentais da mãe são transmitidos ao bebê de forma muito semelhante à osmose (Steiner, 1975). Sendo assim, diante do comprometimento emocional da cuidadora, a equação das emoções pode mudar seu sentido e, em vez de o bebê projetar suas angústias na mãe e sentir-se contido por ela, é a mãe quem passa a depositar seu sofrimento na mente da criança (Luz, 2014). Em razão de sua imaturidade psíquica, o bebê não pode desempenhar o papel de objeto continente para sua mãe, tornando-se, pois, um receptáculo das projeções maternas, ou seja, receberá as angústias, sem poder metabolizá-las.

No entendimento de Bion (1962/1966), diante da incapacidade de metabolizar impressões sensoriais e emocionais (elemento β – beta) para poder transformá-los em elementos α (alfa), o psiquismo evacua os elementos β via alucinações, doenças psicossomáticas ou *actings*. Podemos pensar que, no caso de Joana, em razão de sua imaturidade psíquica para metabolizar angústias tão intensas vividas na relação com sua mãe, estas eram evacuadas por meio da alergia em sua pele.

Além das angústias de morte, Viviane parecia projetar nos objetos externos sua agressividade, acabando por se sentir perseguida e atacada por eles, como se gestos vindos de outras pessoas potencialmente fossem um ataque a ela e também à Joana. Senti isso em uma das observações, quando:

Num gesto espontâneo, junto o bico de Joana que havia caído no chão e entrego à Viviane, que não pareceu ter gostado da minha gentileza. Viviane coloca o bico no carrinho em baixo dos cobertores e não o oferece mais para Joana, me dando a sensação de que eu havia contaminado o bico ao tocá-lo e de que ele agora havia se tornado inutilizável.

Ao me sentir tomada pelo medo de contaminar Joana, como nas duas observações em que tive receio de passar conjuntivite ou um resfriado à bebê, podemos pensar que estava identificada com a mãe e suas angústias. Williams (1997) destaca que o papel da observadora se torna muito importante nessas situações de transbordamento da angústia materna por desempenhar um papel catalizador, pois, diferente do bebê, o observador pode conter as projeções maternas dentro de si sem se sentir aniquilado.

A contratransferência no atendimento psicoterápico

Os pais buscaram atendimento aos 8 anos de Isabela, em razão de ter aumentado significativamente seu peso desde a entrada na primeira série. Os pais também relataram que a filha tinha certa dificuldade de concentração e ansiedade.

Ao conhecer Isabela, me surpreendo com uma criança bastante silenciosa e observadora, que se recusa a sentar nas almofadas no chão, sentando-se em uma cadeira e parecendo meio entediada. Eu imaginava uma criança muito diferente: muito ansiosa e agitada, muito acima do peso e feia, meio "ponta acima, ponta abaixo". Sou surpreendida por uma menina encantadora, parecendo muito bem cuidada e um pouquinho acima do peso. No primeiro contato, Isabela mostrou-se extremamente contida. Seu comportamento de não se interessar pelo material da caixa, deixando muitos silêncios na sessão me fez enchê-la de perguntas, como que para preencher o vazio de nosso encontro. A ansiosa parecia ser eu.

Durante a avaliação, em raros momentos ouvi a voz de Isabela, que se limitava a responder algumas perguntas objetivas sobre sua rotina escolar. Em outros momentos, quando não queria responder, parecia ignorar completamente minhas perguntas.

Depois de combinarmos quais materiais eu iria trazer para complementar sua caixa, a paciente começou a "se soltar" aos poucos, brincando, especialmente com a amoeba e com uma boneca, com a qual repetia a brincadeira de fazer "comidinha" e alimentá-la. Apesar disso, minha sensação era de que nossa relação permanecia travada. Isabela geralmente não falava e nem me olhava nos olhos, parecia ignorar minha presença. Além disso, desde nosso primeiro encontro, apresentou dificuldade para se separar dos pais e entrar na sessão. Relato a seguir um de nossos primeiros encontros:

Isabela começa a fazer os mesmos discos com massinha da semana passada e aos poucos vai formando algo que parecia um hambúrguer.

T: o que tu está cozinhando, Isabela?

Isabela parece falar algo para dentro.

T: Isabela... tem que falar um pouco mais alto pra eu conseguir entender...

Isabela ignora.

T: tu me escutou, Isabela?

Isabela ignora.

T: tu sabe, Isabela, nas nossas sessões, fico me sentindo meio sozinha e eu acho que tu te sente assim também, eu fico aqui falando sozinha e tu fica brincando sozinha, nem parece que a gente está juntas aqui...

Isabela não esboça nenhuma reação. Dou um tempo.

T: às vezes eu fico pensando, Isabela... tu gosta de vir aqui? Não sei dizer o que foi, mas percebo que essa pergunta tocou Isabela. A paciente não fez nenhum gesto e tampouco me respondeu, mas pude perceber que pareceu se conectar quando perguntei isso.

T: eu até lembrei, Isabela, no dia que tu pediu pra mãe entrar na nossa sessão, ela comentou que tu disse pra ela que tu gosta de vir aqui, mas eu fico confusa se tu gosta ou não, porque tu vem e parece que eu nem to aqui contigo...

Enquanto sigo com meu monólogo, Isabela troca de brincadeira, guarda a boneca e os apetrechos de cozinha e pega o potinho de amoeba. Isabela começa a prender uma ponta de amoeba na mesa enquanto estica a outra ponta e impulsiona para frente, fazendo com que caia na mesa e crie uma bolha. Em alguns momentos, a amoeba envolve todo o seu pote, parecendo engoli-lo.

Após completar um mês da devolução da avaliação, chamei os pais para uma nova conversa para me situar quanto a como observavam Isabela em casa e como percebiam sua motivação para vir para o tratamento, pois minha sensação era de que Isabela não queria estar ali. Essa foi uma sessão muito interessante, em que os pais puderam perceber outros sintomas de Isabela, que não haviam surgido como preocupação até então. Iniciamos nossa conversa falando sobre o comportamento da menina de resistir a se separar dos pais para ir para a sessão, o que se repetia desde nosso primeiro encontro. No momento de chamá-la para entrar, a paciente demonstrava sempre muita resistência a se separar do pai (quem geralmente a trazia; isso se repetia quando era acompanhada pela mãe também), abraçando o pai por longos minutos, enquanto esboçava um sorriso amarelo. Os pais trouxeram isso como uma preocupação, e afirmei que também era algo que havia chamado minha atenção. Era uma incógnita para mim entender se era sofrido para Isabela essa separação dos pais, ou se fazia isso para manifestar seu desejo de não ir para a sessão.

Nessa oportunidade, perguntei aos pais o que achavam que Isabela sentia nesses momentos. Na opinião do pai, Isabela teria pavor de ficar sozinha. A mãe primeiramente discordou, afirmando que não fazia sentido essa ideia, já que Isabela não estaria sozinha na sessão, pois estaria acompanhada pela terapeuta. No entanto, em seguida, ambos lembraram de muitos outros momentos em que Isabela demonstrava insegurança ao ter que se afastar dos pais. O pai recordou de situações do cotidiano, como quando

ia buscar a filha na escola e precisava ir ao banheiro, em que a filha ficava muito angustiada, pedindo para ficar junto ao pai, esperando por ele ao lado da porta do banheiro. A mãe recordou outras situações também, quando deixava Isabela na casa da avó, por exemplo (com quem estava acostumada, pois passava as manhãs durante a semana em sua casa), e, ao se despedir da mãe, a menina também chorava e ficava nervosa.

Essa conversa foi esclarecedora e me ajudou a entender que se separar dos pais era um grande sofrimento para Isabela, que demonstrava se sentir muito insegura para se afastar das figuras parentais em muitos outros momentos além da nossa sessão (como ao chegar na escola e até mesmo na hora de ir dormir de noite). A partir dessa conversa com os pais, comecei a empatizar mais com minha paciente e a compreender um pouco mais seu sofrimento.

Alguns dias após essa conversa, sonhei com Isabela. No sonho, encontrava Isabela em minha casa, brincando com alguns de meus antigos brinquedos. Os pais haviam esquecido de Isabela e ao apontar isso no sonho fazia sua mãe ficar furiosa comigo. No sonho, ao ver Isabela em minha casa, eu me questionava: será que vou poder continuar atendendo Isabela? Agora que Isabela está dentro de minha própria casa?

Os sentimentos só se tornavam mais intensos em meus encontros com Isabela. Na semana seguinte, após a conversa com os pais e o sonho, ao chegar o momento de chamar Isabela para a sessão, podia sentir em meu corpo um desconforto, uma angústia que parecia surgir no meio da barriga, acompanhada por uma vontade de chorar. Será que conseguiria chamar Isabela sem chorar? Parecia que ia me derramar em lágrimas. Seria a angústia que sentia Isabela por ter que se separar de seus pais ao me encontrar?

Novamente, me proponho o questionamento: como os sentimentos despertados na terapeuta podem ajudar a compreender o caso de Isabela?

De acordo com Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), o cuidado com a contratransferência é fundamental principalmente ao trabalhar com pacientes que apresentam problemas na simbolização e, por conseguinte, muitas dificuldades na verbalização. O fato de Isabela raramente se expressar verbalmente me angustiava muito e me dava a sensação de que o processo terapêutico estava travado. A virada na minha compreensão foi quando percebi que a paciente estava comunicando muito sobre si de forma não verbal e que, por isso, era tão importante poder entender meus sentimentos contratransferenciais, valorizando sua função comunicativa. Penso que Isabela, por meio do mecanismo de defesa primitivo da identificação projetiva, depositou em mim seu sofrimento, suas inseguranças e sua sensação de rejeição. Seguindo o modo de pensar de Bion (1988), se estabelece na cena analítica *uma relação dinâmica entre algo que é projetado – contido – e um receptáculo que o contém – continente*. Para o autor, o analista não pode pretender ser um tradutor isento e literal do inconsciente do paciente, pois participa e vivencia a experiência emocional junto com ele.

Como sugere Racker (1953/1982), o analista deve manter a "sã dissociação", por um lado, permitindo-se a experiência vivencial e irracional e, por outro, mantendo alerta seu lado racional e observador. Em minha experiência, ter vivido esses intensos sentimentos nos encontros com a paciente foi o primeiro passo para refletir sobre o que Isabela estava me comunicando e qual era a relação disso com a sua história. Eu era tomada de tantas angústias na sessão, que sentia como se a pessoa em sofrimento na sessão fosse eu, me sentindo rejeitada, insegura, ansiosa. Isabela parecia plena, brincando sem precisar de mim.

Minha sensação é de que continente e conteúdo se inverteram. Eu, enquanto terapeuta que deveria desempenhar a função continente, contendo as projeções de Isabela, parecia transbordar. Isso era encenado nas inúmeras vezes em que a paciente brincava que a amoeba (representando o conteúdo) se esticava toda, virando uma bolha gigante que engolia o próprio pote (suposto continente), que em vez de conter a amoeba, era engolido por ela.

Desde um outro ponto de vista sobre a relação continente-contéudo, Didier Anzieu (1989) explica que uma das formas de angústias que evidencia a carência da função contenedora do Eu-pele é:

A angústia de uma excitação pulsional difusa, permanente, esparsa, não localizável, não identificável, não tranquilizante, traduz uma topografia psíquica constituída por um núcleo sem casca; o indivíduo procura uma casca subjetiva na dor física ou na angústia psíquica: ele se envolve no sofrimento. (Anzieu, 1989, p. 134)

Penso nesse conceito como uma possível explicação para a ansiedade tão intensa que os pais referiam perceber em Isabela e que aos poucos foi se manifestado em nossas sessões. Em um de nossos encontros, enquanto Isabela pintava um desenho, observei que seus pés estavam bastante inquietos, se mexendo embaixo da mesa, em um ritmo intenso, quase sem controle. Além da agitação corporal, a somatização de Isabela se manifestava também pelo seu comportamento alimentar. Isabela estava acima do peso e comia de forma ansiosa, como descreveram os pais em uma das sessões *"parece que ela nem percebe o que tá comendo, ela só engole, ela nem mastiga. Parece que ela não assimila o que está comendo"* (sic). De fato, assim como Isabela não mastigava e não digeriria adequadamente seu alimento, parecia também não conseguir metabolizar suas experiências emocionais.

Diante de casos como o de Isabela, em que há muita dificuldade na simbolização e, por conseguinte, de verbalização, de acordo com Eizirik, Aguirre e Schestatsky (2015), torna-se fundamental a função de continência e a utilização da mente do analista, pois, como refere Bion (1988) em seu artigo "Ataques ao elo de ligação", é na relação intersubjetiva que surge a base da formação do pensamento. Nesse sentido, penso que a partir dos encontros comigo, os conteúdos antes evacuados por Isabela agora poderiam passar a ser metabolizados e reintrojetados em seu psiquismo.

Considerações finais

Diferente do que classicamente se pensava, isto é, que a contratransferência era um obstáculo à análise, hoje em dia, após as contribuições de Racker (1953/1982) e de Heimann (1950/1955), tendo como base os fundamentos teóricos *kleinianos* das relações objetais primitivas e *bionianos* sobre a capacidade de pensar, a contratransferência passou a ser um instrumento privilegiado de trabalho do analista para compreensão e diagnóstico do paciente. Os sentimentos, as reações corporais e os sonhos produzidos no terapeuta a partir do encontro com o paciente passaram a ser entendidos como um tipo de comunicação primitiva do seu paciente, que remete ao momento pré-verbal do desenvolvimento psíquico.

Percebo a riqueza da atividade de observação de bebês para a formação do psicoterapeuta de crianças, já que é uma oportunidade de presenciar os momentos nos quais o bebê, não dispondo ainda da fala e da capacidade de pensar totalmente desenvolvidas, depende do psiquismo da mãe para traduzir o que sente. A função materna de traduzir os sentimentos do bebê, pode ser pensada como analogia para nosso papel de terapeutas, em que oferecemos nossa mente ao paciente para conter e traduzir o que sente.

Considerar minha contratransferência tem sido fundamental no atendimento com crianças, especialmente nos casos em que a principal via de comunicação é a não verbal, como no caso de Isabela, que inicialmente interpretei como um fracasso do processo terapêutico em razão da paciente não conseguir expressar seu sofrimento verbalmente.

Poder compreender minha contratransferência e valorizar seu aspecto comunicativo foi o ponto de virada no atendimento com Isabela. No espaço da supervisão, pude entender que Isabela estava me comunicando muito sobre como se sentia de forma não verbal, me fazendo sentir em minha própria pele seu sentimento de rejeição. Também foi a partir desse entendimento que pude estar mais tranquila e continente nas sessões, por perceber que aqueles sentimentos de insegurança e ansiedade eram da paciente e não meus, já que os vivenciei com muita intensidade especialmente nos atendimentos com Isabela.

Segundo Steiner (1975), enquanto terapeutas devemos sentir espontaneamente, mas agir reflexivamente. Para mantermos ativa e enriquecida nossa capacidade de pensar contamos com as bases do tripé da formação analítica: seminários teóricos, supervisões e análise pessoal. Os seminários, que nos oferecem ferramentas teóricas e o conhecimento para adentrar o mundo intenso de sentimentos do paciente. A supervisão, que se torna um espaço de construção de um mapa e de um caminho por onde vamos conhecer a realidade interna do paciente. E a análise pessoal, que como uma bússola, nos ajuda a não perder nosso norte, fundamental para não confun-

dir os caminhos do mundo interno do paciente com os caminhos já conhecidos do nosso próprio mundo interno.

Além das bases do tripé, a vivência da especialização nos oportuniza muitos outros encontros que ampliam nossa capacidade de pensar e de nomear o nosso fazer tão delicado e complexo e que combinam tanto com a metáfora da pele e com o paradoxo entre superfície e profundidade, condensado nas palavras de Paul Valéry: *O mais profundo é a pele*. Ao trabalhar na superfície da relação com nosso paciente, transformamos o mais profundo de sua alma. Como bem resume Mello (2019), as nossas intervenções e interpretações “viram pele” no contato com o paciente, não sendo mais possível, posteriormente, de serem lembradas por ele de forma literal. Ao experimentar a trajetória pela especialização, acrescento que nossa constituição profissional “vira pele” para nós terapeutas também.

Referências

- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bion, R. W. (1959). Ataques ao elo de ligação. In *Ataques ao elo de ligação*. (pp. 95-109). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1991).
- Bion, R. W. (1966). O aprender com a experiência. In *Os elementos da psicanálise*. (pp. 7-122). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Bion, R. W. (1988). Uma teoria sobre o processo de pensar. In *Estudos Psicanalíticos revisados*. São Paulo: Imago, 101-109. (Trabalho original publicado em 1967).
- Eizerik, C., Schestatski, S. S., & Aguiar, R. W. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Epsteins, L., & Feiner, A. H. (1979). *Countertransference*. New York: J. Aronson.
- Freud, S. (1969a). As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira*, vol XI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1969b). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Heimann, P. (1995). Sobre a contratransferência. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 21, 171-177. (Trabalho original publicado em 1950).
- Kernberg, O. P. (1965) Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38–56.
- Klein, M. (1952). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In *Developments in Psychoanalysis*. (pp. 20-43). Londres: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1946).
- Williams, G. (1997). O Bebê como Receptáculo das Projeções Maternas. In Lacroix, M.B, & Monmayrant, M. (Org.). *A observação de bebês: os laços do encantamento*. (pp. 105-112). Porto Alegre: Artes Médicas, 105-112.

- Luz, A. B. (2014). A violência da identificação projetiva. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 21(2), 343-358.
- Mello, C. O. (2019). Comentário ao trabalho de Aline Restano "E afinal, o que fica? Repercussões da psicoterapia de orientação psicanalítica na infância e na adolescência", apresentado no CEAPIA em 14/10/2019.
- Racker, H. (1982). *Estudos sobre Técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1953).
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Steiner, R. (1975). *Processo di Simbolizzazione nell Opera di Melanie Klein*. Turin: Boringhieri.
- Zaslavsky, J., & Santos, M.J.P. (2006). *Contratransferência: Teoria e Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed