

A Importância Da Psicoterapia Para O Psicólogo Dentro Do Processo Psicoterapêutico Clínico Sob O Viés Da Transferência

The Importance Of Psychotherapy For Psychologist Within Clinical Psychotherapeutic Process Under Transfer

Maria Elisa de Lacerda Faria

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil
melisalacerda@gmail.com

Thamyres Ribeiro Pereira

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil
thamyresribeiro218@gmail.com

Laynara Soares Vilagra

Instituto de Ensino Libera Limes
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil
laynarav@gmail.com

Resumo —O conceito de transferência norteia o constructo do processo psicanalítico desde Freud até os dias atuais. O propósito aqui não é discutir a história da transferência, nem suas mudanças de significado ao longo dos anos. São modelos e repetições infantis ou de modelos parentais ou até mesmo algum substituto dessas figuras encontradas ao longo da vida pelo paciente. Colocando para a dupla a vivência dos primeiros vínculos afetivos do paciente junto com suas impressões, desejos e sentimentos. Cada relação e aliança terapêutica ocorrerá de uma maneira, entretanto, pode –se observar algumas similaridades nos processos transferenciais de estruturas psíquicas semelhantes. Entende –se por estrutura psíquica a maneira como o sujeito se organiza diante das suas relações, afetos e comportamentos. Dentro da clínica psicanalítica faz – se o uso dos sintomas dos sujeitos apenas como norteadores de diagnóstico, ou seja, o diagnóstico é feito através de uma gama de coleção de traços e não por sintomas isolados. Para tanto o manejo clínico é diferente em relação a cada tipo de personalidade assim como os processos

transferenciais são diferentemente. Profissionais precisam trabalhar com as próprias sensações, com os próprios sentimentos, com o próprio corpo, com a própria subjetividade. Para daí conseguir acolher aquilo que os pacientes dizem e entender aquilo que os provocam. O ambiente terapêutico entendido como um lugar de construção intersubjetiva faz com que as figuras do paciente e do psicoterapeuta se encontrem para criar novas possibilidades de existência. Dessa maneira as intervenções são reflexivas e voltadas para o que afeta o psicoterapeuta na história do paciente e para que o paciente se insira no ambiente terapêutico de maneira única. A responsabilidade e a complexidade da tarefa de responder terapêuticamente ao pedido de ajuda de outro ser humano justificam a necessidade de maior consciência sobre a concepção a respeito do que é ser psicoterapeuta.

Palavra-Chave: *Psicoterapia; transferência; estruturas clínicas; borderline; depressão*

Abstract—The concept of transference guides the construct of the psychoanalytic process from Freud to the present day. The purpose here is not to discuss the history of the transference or its changes in meaning over the years. They are infantile or parental models and repetitions or even some substitute for these figures found throughout the patient's life. Putting for the pair the experience of the patient's first affective bonds along with their impressions, desires and feelings. Each relationship and therapeutic alliance will occur in a way, however, some similarities can be observed in the transference processes of similar psychic structures. Psychic structure is understood as the way the subject is organized in front of his relationships, affections and behaviors. Within the psychoanalytical clinic, the symptoms of the subjects are used only as diagnostic guides, that is, the diagnosis is made through a range of traits collection and not by isolated symptoms. Therefore, the clinical management is different in relation to each personality type as the transference processes are different. Professionals need to work with their own sensations, their own feelings, their own bodies, their own subjectivity. In order to be able to accept what patients say and understand what causes them. The therapeutic environment understood as a place of intersubjective construction makes the figures of the patient and the psychotherapist meet to create new possibilities of existence. Thus, the interventions are reflective and focused on what affects the psychotherapist in the patient's history and on the patient's insertion in the therapeutic environment in a unique way. The responsibility and complexity of the task of responding therapeutically to another human being's call for help justifies the need for greater awareness of the conception of what it is to be a psychotherapist.

Keywords: *Psychotherapy; transfer; clinical structures, borderline, depression*

I. INTRODUÇÃO

O conceito de transferência norteia o constructo do processo psicanalítico desde Freud até os dias atuais. O propósito aqui não é discutir a história da transferência, nem suas mudanças de significado ao longo dos anos. A ideia é discutir a importância da psicoterapia para o psicólogo a partir de alguns casos típicos da clínica psicanalítica sob o viés da transferência. Freud (1969) denomina transferência como:

Reedições, reduções das reações e fantasias que, durante o avanço da análise, costumam despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma

pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas são simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação do seu conteúdo, uma sublimação. São, por tanto, edições revistas, e não mais reimpressões. (p. 109)

Em outras palavras é um desejo do paciente que se colocará presente e atualizado do setting. São modelos e repetições infantis ou de modelos parentais ou até mesmo algum substituto dessas figuras encontradas ao longo da vida pelo paciente. Colocando para a dupla a vivência dos primeiros vínculos afetivos do paciente junto com suas impressões, desejos e sentimentos.

Bion (1992) fala sobre a dupla característica da transferência para a dupla que pode se expressar através de uma força ou de uma fraqueza. Força porque está disponível tanto para o psicoterapeuta quanto para o paciente e pode ser discutida e analisada. Fraqueza porque é inenarrável e não pode ser discutida por mais ninguém além da dupla.

Freud (1969) postula que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa pela atuação repetindo inconscientemente. Dessa maneira a transferência permite que o psicoterapeuta se aproprie inteiramente do saber inconsciente do qual o sujeito fala. Ainda sobre a transferência, Freud (1914) diz, que há a criação de um espaço intermediário entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra acontece.

Os tipos de transferências são descritos na literatura a partir de três ocorrências: a transferência positiva, negativa e erótica. Sendo que as duas últimas são entendidas como entraves para o tratamento.

A transferência positiva é fundamentada em sentimentos afetivos e amistosos para com o psicoterapeuta, sentimentos esses que podem ser conscientes ou podem ser prolongamentos de sentimentos inconscientes.

Já a transferência negativa é fundamentada em sentimentos hostis para com o psicoterapeuta e pode surgir como defesa as transferências positivas. A transferência erótica ocorre quando há sentimentos de amor para com o psicoterapeuta, o paciente conseqüentemente esquece o tratamento e foca no psicoterapeuta e no amor vivido.

Não se estuda o conceito de transferência dissociado do conceito de contratransferência. O conceito de contratransferência foi introduzindo por Freud que o definiu como sendo aquilo que "surge no médico como resultado da influência que exerce o paciente sobre os seus sentimentos inconscientes". (FREUD, 1969, p.125)

A contratransferência passou a ser um fator a mais para a compreensão do inconsciente do paciente. E, é uma reação do psicoterapeuta aos sentimentos (transferência) do paciente, mas, para que possa ser usado de maneira adequada e produtiva para o tratamento o psicoterapeuta precisa entender e controlar em vez de simplesmente descarregar no paciente.

Já é sabido que os processos transferenciais e contra transferenciais ocorrem na dupla durante o processo de psicoterapia. Cada relação e aliança terapêutica ocorrerá de uma maneira, entretanto, pode –se observar algumas similaridades nos processos transferenciais de estruturas psíquicas semelhantes.

II. ESTRUTURAS PSÍQUICAS

Entende –se por estrutura psíquica a maneira como o sujeito se organiza diante das suas relações, afetos e comportamentos. Pode –se dizer que de acordo com Freud existam três principais estruturas de organização: neurótica, psicótica e perversa. Há ainda uma quarta organização psíquica denominada estrutura de personalidade limítrofe ou Borderline onde o sujeito irá circular entre as outras estruturas, sem se fixar a alguma.

Cada uma dessas estruturas se organiza com um determinado mecanismo de defesa principal a fim de facilitar no diagnóstico. As estruturas neuróticas tendem ao recalque como mecanismo de defesa, as psicóticas tendem a forclusão e a estrutura perversa faz uso da denegação como mecanismo de defesa.

Dentro da clínica psicanalítica faz – se o uso dos sintomas dos sujeitos apenas como norteadores de diagnóstico, ou seja, o diagnóstico é feito através de uma gama de coleção de traços e não por sintomas isolados.

Para tanto o manejo clínico é diferente em relação a cada tipo de personalidade assim como os processos transferenciais são diferentemente. Manejo esse, afirmado por Winnicott:

Enquanto que, na neurose de transferência, o passado vem para o consultório, nesse tipo de trabalho é mais verdadeiro se dizer que é o presente que volta ao passado. Então, o analista vê-se confrontado com os processos primários do paciente no ambiente em que foram primeiramente validados. [...] Há, então, pela primeira vez, para o paciente, a oportunidade para o desenvolvimento de um ego, para a sua integração a partir dos núcleos desse ego, para o estabelecimento de um ego corporal, e também para o seu repúdio a um ambiente externo, simultâneo ao início de um relacionamento com objetos. Pela

primeira vez, o ego pode experienciar impulsos do id, e sentir-se real ao fazer isso, como também ao descansar do ato de experienciar (Winnicott, 1992, p. 298).

Além do manejo clínico ser diferente de acordo com a organização da personalidade de cada sujeito e da construção da transferência da dupla tomar quase sempre o mesmo rumo de acordo com a personalidade. A relação paciente e psicoterapeuta é única e também controversa.

É controversa no sentido de que, por exemplo, se o psicoterapeuta se coloca muito durante as sessões pode haver uma frustração por parte do paciente inviabilizando o processo e o inverso também pode acontecer ao se colocar pouco. É única porque entre todas as questões relacionadas a transferência, vínculo e a aliança terapêutica que são construídas dentro do setting a mais importante para o desenvolvimento do processo psicoterápico é o posicionamento do psicoterapeuta. Há necessidade primordial do psicoterapeuta se posicionar como uma pessoa, um sujeito do contrário todo o processo está fadado ao fracasso.

A exposição do psicoterapeuta não deve ser total e sem medida como amigos conversando em um bar, mas, aquele que não se coloca, que não se expõe para a real construção de uma aliança de trabalho está apenas reproduzindo a técnica. E essa reprodução da técnica não atingirá a finalidade da psicoterapia e nem propiciará um progresso terapêutico o que implicará também no fracasso do processo.

III. O PSICOTERAPEUTA NO SETTING

O afeto e o investimento do psicoterapeuta são tão importantes quanto as questões trazidas pelos pacientes. E em alguns casos até mais importantes, visto que o que o paciente provoca no terapeuta pode ser mais conclusivo para o processo psicoterápico (BASTOS, 2011) do que a fala do paciente em si. De acordo com Carvalho e Kavano (1982) o que fascina os psicólogos na área clínica é a possibilidade de penetrarem no outro, conhecê-lo, estabelecendo com ele um certo tipo de relação (p.11)

Profissionais precisam trabalhar com as próprias sensações, com os próprios sentimentos, com o próprio corpo, com a própria subjetividade. Para daí conseguir acolher aquilo que os pacientes dizem e entender aquilo que os provocam. De acordo com Valle, em entrevista a Anzolin e Silveira (2003), o psicólogo precisa pensar na sua saúde mental e na necessidade de fazer psicoterapia pessoal. Mas deve-se associar o tratamento pessoal a um valor tão forte que o próprio busque sua terapia e entenda que, para se colocar como um psicólogo, para trabalhar no crescimento das pessoas e nos relacionamentos, é

preciso que ele mesmo se desenvolva pessoalmente (p.13).

O ambiente terapêutico entendido como um lugar de construção intersubjetiva faz com que as figuras do paciente e do psicoterapeuta se encontrem para criar novas possibilidades de existência. Dessa maneira as intervenções são reflexivas e voltadas para o que afeta o psicoterapeuta na história do paciente e para que o paciente se insira no ambiente terapêutico de maneira única.

De acordo com Aguirre e cols. (2000), a atitude clínica é uma experiência subjetiva desenvolvida ao longo dos atendimentos dos pacientes. É caracterizada por esta prática, somada ao conhecimento teórico, às experiências pessoais, às fantasias sobre o papel do psicólogo, e também pela psicoterapia pela qual passou ou passa o psicoterapeuta. Ou seja, o psicoterapeuta pode oferecer, então, mais do que a sua presença para escutar, provocando também, dúvidas e questionamentos para si. As sensações e os pensamentos são parte da psicoterapia e tornam o processo mais acessível ao paciente.

IV. ESTUDO DE CASO

Para melhor compreensão, ao longo da discussão há casos vivenciados em uma Clínica Escola de Psicologia. O processo de psicoterapia foi realizado com sujeitos que possuíam ficha de cadastro no serviço de Psicologia da Clínica Escola. O cadastro é feito pelo serviço social e encaminhado para psicoterapia de acordo com a demanda apresentada.

Como já foi citado há diversas estruturas de personalidade e, portanto, maneiras diferentes de lidar com elas.

A estrutura de personalidade Limítrofe ou Borderline passeia entre uma estrutura e outra apresentando diferentes maneiras de se colocar diante do psicoterapeuta. Podem apresentar como defesa uma transferência neurótica, ou de maneira mais colaborativa podem também, se apresentar através de um manejo psicótico mais duro de transferência. Em outros momentos, podem ainda, entrar com características perversas. Cabe ao psicoterapeuta manejar adequadamente todas as atuações que ocorrem no setting.

As causas e fatores envolvidos no surgimento de Transtornos de Personalidade Borderline não são definidos com exatidão mas abrangem desde a predisposição genética até experiências emocionais precoces e fatores ambientais, com destaque para as situações traumáticas e situações de abuso e negligência.

Dentro da clínica psicanalítica o lidar com o vínculo e com a transferência com um paciente Borderline ou Limítrofe acontece de uma maneira não tão simples e objetiva. Como exemplo, segue o caso de JC: Homem de 35 anos, técnico de enfermagem e casado, está em psicoterapia há 10 meses. Trabalhou

desde pequeno, outras pessoas que não a sua família o ajudaram ao longo da vida.

No início pode –se sentir um paciente estimulante, que implicava a curiosidade em saber mais sobre suas experiências, complexo, sensível e com um aparente profundo entendimento sobre a condição psicológica vivida. Ao mesmo instante parece um paciente de difícil acesso ao inconsciente.

Em seu discurso está sempre presente situações em que é machucado e magoado pelo outro. Se encontrava em um intenso sofrimento emocional e angustiado e, procurava sempre mobilizar o psicoterapeuta em relação as suas experiências. A falta de controle e impulsividade apareceu em diversos momentos do discurso. Todo cuidado é pouco ao se fazer uma intervenção uma vez que se entendido pelo paciente como crítica é ameaçador bem como a sensação de que será abandonado e julgado.

A ideia de abandono vem sempre acompanhada de muita raiva com agressão física e verbal. Há instabilidade emocional, distorções de autoimagem, objetivos e preferencias, incluindo preferencias sexuais, nas quais mantem relações sexuais de modo perverso. Sua instabilidade muitas vezes desencadeou uma passagem ao ato, ou seja, atuação sem pensar: tentativa de suicídio, agressões verbais e física contra si e contra o outro.

Houve alguns relatos sobre o desejo de cuidar e de ser cuidado, de amar e de ser amado que ao não se concretizarem há uma passagem instantânea de idealização para sentimentos de desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa, não dá o bastante de si e não se mobiliza o suficiente. E, se o psicoterapeuta não está prevenido para as atuações do paciente repetirá cada passo da história do paciente de origem não consciente.

O paciente demonstra ser insaciável em termos de atenção e muda subitamente sua opinião sobre seu casamento, sobre valores, desejos e objetivos. Aquilo que é válido para o outro não é válido para ele.

Apresenta qualidade de raciocínio lógico importante em algumas sessões, relatou a capacidade que tem de enlouquecer o outro, de levar o outro ao extremo.

A tendência de pacientes Borderline é de se colocar em situações de vulnerabilidade e perigo a saúde nesse caso. Em situações de extremo sentimento de desamparo se automutila através das tentativas de suicídio por se sentir ameaçado de separação ou rejeição imaginária ou real. Esses sentimentos o leva a um estado de irritabilidade e agressividade extrema seguidos de sentimentos de menos- valia, inadequação, vergonha, baixa autoestima e principalmente culpa.

Há entre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos uma falta de coesão, de unidade e coerência, além de muita contradição tanto no princípio do prazer quanto da realidade. Cabe ao psicoterapeuta estabelecer o elo que falta com o aparelho psíquico.

Houve uma criação, por parte do paciente, de um mundo romântico, que funcionava como uma posição que protegia da realidade. Era um mundo onde os fatos da vida, em especial as diferenças financeiras, de amor e certo e errado eram borrados. Para ele, ficou claro que a perda, a magoa, o desamor era sentido como uma perseguição injusta, e nunca poderia ser enfrentada. Nesse processo de criar esse tipo de posição em relação ao mundo, a realidade é ao mesmo tempo aceita e negada

Há uma tendência do paciente se encontrar em um estado Borderline neurótico onde há um misto entre depressão, ansiedade e algumas semelhanças de caráter com o narcisismo neurótico.

É imprescindível que o psicoterapeuta trabalhe no setting junto ao paciente a autoafirmação, o reconhecimento da importância de identificar o que é real do imaginário. O paciente fantasia um abandono e manifesta intensa instabilidade afetiva, oscilando bruscamente emoções de amor e ódio, indiferença e apatia entusiasmo e tristeza profunda. Quando de fato acontece alguma separação da pessoa eleita, o sujeito se desorganiza de tal maneira que altera profundamente sua autoimagem, cognição e comportamento.

Exige profundamente e constantemente a presença do outro, afeto incondicional e amor continuamente, esse é um arranjo psíquico de temor à solidão ou a incapacidade de ficar só, em presença de si mesmo. Algo que vem estabelecendo em todas as suas relações em uma tentativa de suprir esse amor que gostaria de ter recebido do pai enquanto era criança.

Apresentam um ego pouco capaz de persistir em alguma decisão tendendo a circular em torno do que é preciso fazer, mas sem executar de fato. Ataca constantemente o companheiro do qual depende financeiramente como uma maneira de esconder a necessidade de dependência. É manipulador para fazer com que o outro lhe proporcione aquilo que precisa ou deseja.

O processo psicoterapêutico vem demonstrando para o paciente a identificação e entendimento do seu funcionamento interno de maneira a implica-lo na gravidade dos seus atos e responsabilização de suas condutas, sobretudo distinguir e ressignificar o que é real do que é imaginário.

Há a possibilidade de o paciente fazer novos ajustes para que isso diminua seus sintomas e seu sofrimento psíquico. Não há como pregar um novo sujeito, mas pode-se pensar a partir de um sujeito em sofrimento onde atua mais que elabora, desadaptado e, que procura na psicoterapia recompor-se através de benefícios secundários e formação de uma aliança que não conseguiu nas suas outras relações.

A tendência a atuação, problemas nas relações afetivas, labilidade de humor e exagerada dependência afetiva muitas vezes negada, a projeção e introjeção assim como a extrema sensibilidade e suscetibilidade fazem, na relação com o psicoterapeuta a existência de uma transferência

negativa com momentos de muita agressividade e erotização. E ao lidar com essa transferência o psicoterapeuta não deve revidar, mas sim, acolher tais manifestações para que possa lidar com essas manifestações em seus conteúdos, disponibilizando também de sua transferência para com o paciente.

Cabe nessas situações, se desfazer de atitudes idealizadas para caminhar junto ao paciente para uma existência mais saudável.

Pode-se citar também, um diferente manejo da técnica psicanalítica na clínica no que diz respeito a transferência com pacientes neuróticos depressivos. Para a classificação de um transtorno depressivo há necessidade de se preencher alguns requisitos fisiológicos, psicológicos e biológicos. De acordo com o DSM – IV (1990), a depressão pode ser classificada em menor, distímia ou maior. E, deve seguir os critérios:

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo.
- Anedônia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina.
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva.
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se.
- Fadiga ou perda de energia.
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias.
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor.
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar.
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Entretanto, atualmente entende-se que os transtornos neuróticos depressivos englobam mais do que os sintomas acima listados. Estão relacionados também, com a perda do objeto imaginado e não o objeto real. Há sintomas de auto depreciação, culpa e perda de autoestima.

Para exemplificar o tema abordado dentro da clínica, segue o caso de T, 38 anos, casada, gestante pela quinta vez. Está em tratamento há 3 meses. Durante a primeira sessão chorou muito, mostrou –se interessada no processo e querendo ajuda. Sente –se culpada pela gestação e com medo de não aceitar a criança, não consegue explicar o porquê. Sente –se deslocada, com um sentimento de não pertencimento juntamente com sentimento de que é muito amada pela família e pelas filhas o que a leva a um sentimento de culpa.

Contou sobre a infância vivida onde o pai matou a mãe e alguns anos depois se suicidou. Nunca comentou sobre a infância com ninguém, nem o marido pois tem medo de ser julgada. Houve uma criação, por parte da paciente, de um mundo idealizado, que funcionava como uma posição que a protegia da realidade. Era um mundo onde os fatos da vida, em especial a falta de amor e cuidado eram idealizados. Para ela, ficou claro que a perda, a

mágoa, o desamor era sentido como um sofrimento, e nunca poderia ser enfrentada. Nesse processo de criar esse tipo de posição em relação ao mundo, a realidade é ao mesmo tempo aceita e negada.

Infere-se então, que não houve acolhimento por parte de figuras de autoridade, fato que proporcionou a internalização de um mundo hostil confirmado através das relações e experiências vividas ao longo do tempo. Construiu-se uma barreira emocional, se isolando para os sentimentos e, que estão lhe causando alguns desconfortos.

Principais sintomas observados foram culpa, tristeza e angústia diante das situações enfrentadas. Possui entendimento sobre o humor deprimido e a depressão. Não quer estar na situação atual de vida, mas não encontrou meios para tal. Faz uso de alguns mecanismos de defesas considerados mais adaptativos como: formação reativa, isolamento e projeção. E alguns mecanismos de defesas mais desorganizados e imaturos como reparação, anulação, medo e ansiedade.

Possui conflitos não resolvidos desde a infância que adquiriram autonomia em sua personalidade e se fixaram de maneira a influenciar em tendências e soluções pouco adequadas e ineficácia adaptativas. Não se estabeleceu bons objetos internos, ou seja, há a internalização do objeto que frustra. Possui conflitos que refletem no plano afetivo-relacional e interpessoal mesmo que de maneira menos profunda do que em outras estruturas.

Como essas áreas conflitivas são mais superficiais pode-se exigir do psicoterapeuta interpretações extra transferenciais e transferenciais. Ou seja, acompanhar através da atenção flutuante a paciente e sua associação livre até que se identifique um tema importante para dirigir a atenção a esse ponto através da interpretação das resistências.

Nesse caso, em sessões passadas, tem – se como exemplo, a paciente fez o HTP¹ e, ao desenhar a pessoa deixou – a sem rosto, que seria a mãe. Passando o tempo em uma de suas falas disse “ que não se lembra do rosto da sua mãe e que gostaria muito de lembrar dela” e concluiu ao final da fala “ ela era uma boa mãe, o pouco que lembro é bom”. Coube ali, uma interpretação acerca da sua identificação com a mãe nesse momento da vida e que o não saber quem a mãe era estava implicando em não saber quem ela era. É eficiente com esses pacientes a interpretação quando surgir transferência negativa que ameacem a aliança terapêutica, mas, estando sempre atento a necessidade da paciente de procurar por punições e recusar alívios para seu sofrimento.

¹ É a técnica projetiva da Casa-Árvore-Pessoa para obter informação sobre como uma pessoa experimenta sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar. Há estimulação da projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica, permitindo que eles sejam identificados com o propósito de avaliação e usados para o estabelecimento de comunicação terapêutica efetiva.

T. ao longo das sessões apresenta funcionamento social e ocupacional prejudicado apresentando uma melhora limitada. Há uma incapacidade de pensar e falar sobre a infância implicando em uma estratégia defensiva para abolir o funcionamento mental uma vez que seu desejo (de uma família ideal, que ama e cuida) não pôde ser alcançado. Seu ego está vazio e pobre uma vez que está identificado com a “família inexistente”. Evidenciando a desvalia, sentimento de vazio e a impotência diante daquilo que não pode ser alcançado.

Acusa-se por “não conseguir amar o filho”, mas se acusa, antes de mais nada, pela intensidade de seus sentimentos agressivos, que lhe provocam culpa. Tudo o que vai emergindo na experiência analítica tem de ser considerado, mas deve ser devidamente selecionado, para que a interpretação compreenda a complexidade transferencial de uma forma curta e simples. Ou seja, mobilizar os processos inconscientes para que eles se tornem conscientes.

O psicoterapeuta deve se permitir ser invadido pelos sintomas depressivos vindos através da fala do paciente, sem perder contato com sua própria depressividade. Ou seja, a escuta psicoterapêutica ocorre num estado depressivo que penetra através da transferência o psiquismo do psicoterapeuta o que faz com que surja sensações, fantasias e sentimentos.

V. CONCLUSÃO

A importância e o desafio com esses pacientes é viver toda essa tristeza e vazio transferencial vindo da parte deles sem perder o contato com a própria depressividade. Uma vez que há uma reorganização de vazios.

Para Freud (1912), o psicoterapeuta:

Deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. (p.154) Como abordado por Brousse (1995), a transferência não é imaginária, é um ato, que traz à realidade conteúdo do inconsciente, é o processo de reproduzir o inconsciente em uma relação, portanto, não há psicanálise sem transferência.

Ou seja, é um processo presente em todo e qualquer psicoterapia desde a escolha do psicoterapeuta. E ocorre de maneira a expor para o

psicoterapeuta dentro do setting todas as repetições de relações anteriormente vivenciadas.

Como afirma Lipchik (2002), para um relacionamento eficaz na psicoterapia o paciente tem que confiar no psicoterapeuta como um profissional que é capaz de ajudar sem ferir. Ainda considerando o processo transferencial como um processo eficaz, Maroda (2004), aponta que todas as emoções levantadas a partir de uma relação em psicoterapia são importantes para acessar os sentimentos de verdade de ambos os lados. O aspecto mais importante é o psicoterapeuta manter o empenho e integridade da relação terapêutica e estar atento.

O psicoterapeuta que se trata pode ser visto como o paciente que, na concepção de Bollas (1992), tenha passado por uma boa análise - conhecerá os problemas principais que cerceiam sua personalidade e irá compreender como esses problemas foram elaborados. Ser psicoterapeuta é algo de profundo.

Pode-se concluir que, se bem administrada pelo psicoterapeuta, a transferência é muito importante para uma aliança eficaz na psicoterapia, à medida que emoções do passado podem ser expressas e trabalhadas, auxiliando a construir uma nova maneira de lidar com estes sentimentos. De acordo com Faleiros (2004) ajudar alguém a se ver, a se conhecer, a tomar posse de si mesmo é algo que, sem uma profunda humildade, dificilmente poderá acontecer. A responsabilidade e a complexidade da tarefa de responder terapeuticamente ao pedido de ajuda de outro ser humano justificam a necessidade de maior consciência sobre a concepção a respeito do que é ser psicoterapeuta.

VI. REFERÊNCIA

AGUIRRE, A. M. B., HERZBERG, E., PINTO, E. B., BECKER, E., CARMO, H. M. S.; SANTIAGO, M. D. E. (2000). A Formação da atitude clínica no estagiário de Psicologia . Psicologia USP, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV. Draft, 1990.

ANZOLIN, C.; SILVEIRA, A. Falando de Psicologia: entrevista com Guilherme Valle. Psicologia Argumento, 2003.

Bastos, C. L. Manual do Exame Psíquico: uma introdução prática à psicopatologia. Rio de Janeiro. Revinter; 2011.

BION, W.R. **Cogitações**. Rio de Janeiro: Imago, 1992. IN: CASTRO, R. M. O. Uso e abuso da Transferência (2005). Disponível em: <www.febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx_cbp_ron_aldo.doc>. Acesso em 04 de agosto de 2016.

BOLLAS, C. Forças do destino: psicanálise e idioma humano. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

BROUSSE, M. The Drive, in *Feldstein, R., Fink, B. & Jaanus, M. (Eds.)*. Reading Seminar XI: Lacan's Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis. New York: State University of New York Press, 1995.

CARVALHO, A. M. A.; KAVANO, E. A. Justificativas de opção por área de trabalho em Psicologia: Uma análise da imagem da profissão em psicólogos recém-formados, 1982.

Faleiros, E. A. Aprendendo a ser psicoterapeuta. Psicologia: Ciência e Profissão, 2004.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência** 1912 In: ROBERT, Priscila F. P. Agressividade e transferência na clínica psicanalítica: de Freud a Winnicott. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas_redondas/MR45-Priscila-F-P-Robert.pdf>.

_____, S. Recordar, Repetir e Elaborar. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1914.

_____, **S. Pós-escrito do caso Dora**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969.

LIPCHIK, E. Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship. New York: The Guildford Press, 2002.

MARODA, K. The Power of Counter-Transference: Innovations in Analytic Technique. Hillsdale: The Analytic Press, 2004.

WINNICOTT, D. Mind and its relation to the psyche-soma. In D. W. Winnicott, *Trough paediatrics to psychoanalysis*, 1992.