



**Guilherme de Andrade Salgado**

**Transferência e Contratransferência na  
relação médico-paciente**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Flavia Sollero de Campos

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2017



**Guilherme de Andrade Salgado**

**Transferência e Contratransferência na  
relação médico-paciente**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof. Flavia Sollero de Campos**

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof. Sara Angela Kislanov**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof. Eugenio Paes Campos**

Departamento de Medicina – UNIFESO

**Profa. Monah Winograd**

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências  
Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2017

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor ou da orientadora.

## Guilherme de Andrade Salgado

Graduou-se em Psicologia na PUC-Rio em 2014. Membro Provisório da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. Colaborador-Assistente do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica da Santa Casa do Rio de Janeiro.

### Ficha Catalográfica

Salgado, Guilherme de Andrade

Transferência e contratransferência na relação médico-paciente / Guilherme de Andrade Salgado; orientadora: Flavia Sollero de Campos. – 2017.

85 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2017.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Transferência. 3. Contratransferência. 4. Psicologia médica. 5. Relação médico-paciente. I. Campos, Flavia Sollero de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Ao Gustavo e Carol, minha vida.  
À vovó Memeca, tio Edgarzinho e  
Zé (*in memoriam*)

## Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Ronald e Cláudia, pelo amor e apoio incondicional desde sempre.

À Nanda, irmã amada e melhor amiga.

À Carol, minha mulher e grande companheira, por estar comigo durante todo o percurso, colocando-me para frente nos momentos em que tudo parecia difícil; ao Gustavo, por sua existência.

À Cida, por uma vida de dedicação.

Aos supervisores e colegas do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica da Santa Casa – RJ, especialmente Abram Eksterman, Decio Tenenbaum, Sérgio Almeida e Maria Lúcia pela ajuda, aprendizado e amizade ao longo desses anos.

À professora e supervisora Flavia Sollero de Campos, pelas orientações mais do que acadêmicas, tão valiosas durante esse projeto.

À Sara, que tantas oportunidades me deu ao longo desses anos.

Ao professor Eugênio Campos por aceitar examinar o trabalho.

À PUC, representada pelos seus funcionários da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia, pelo auxílio durante os últimos seis anos; e, por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo investimento.

## Resumo

Salgado, Guilherme de Andrade; Sollero-de-Campos, Flavia. **Transferência e Contratransferência na relação médico-paciente**. Rio de Janeiro, 2017, 85 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A Psicanálise foi uma das principais criações do Século XX. Sigmund Freud, ao propor e explicar o funcionamento do Inconsciente Dinâmico, contribuiu para revolucionar o entendimento a respeito do ser humano e suas formas de se relacionar com os outros. Nesse sentido, o presente trabalho visa apresentar dois importantes conceitos da Teoria e Técnica Psicanalítica – Transferência e Contratransferência - com o intuito de demonstrar sua pertinência na área da Psicologia Médica. Para isso, vai se utilizar de explicações teóricas e possibilidades de uso dos conceitos como ferramentas técnicas do trabalho em Hospitais Gerais através de certos autores que, definidos como primordiais no estudo da relação equipe-paciente, apresentaram propostas práticas para a formação médica e intervenção na relação entre médicos e doentes.

## Palavras-chave

Transferência; Contratransferência; Psicologia Médica; Relação médico-paciente

## **Abstract**

Salgado, Guilherme de Andrade; Sollero-de-Campos, Flavia (Advisor). **Transference and Countertransference in the doctor-patient relationship.** Rio de Janeiro, 2017, 85 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Psychoanalysis was one of the main creations of the 20th century. Sigmund Freud, while proposing and explaining the Dynamic Unconscious, contributed to revolutionize the understanding of the human being and its relationships. In this sense, the present work aims to present two important concepts of Psychoanalytic Theory and Technique - Transference and Countertransference - with the purpose of demonstrating its pertinence in Medical Psychology. So, it will use theoretical explanations and possibilities of using these concepts as technical tools of work in General Hospitals, through certain authors that, being defined as primordial in the study of the team-patient relationship, presented practical proposals for medical training and intervention in doctors-patients relationship.

## **Keywords**

Transference; Countertransference; Medical Psychology; Doctor-Patient relationship

## Sumário

1-	Introdução	9
2-	Metodologia	17
3-	Transferência e Contratransferência	21
	3.1- Transferência: algumas considerações	21
	3.2- Contratransferência: algumas considerações	32
4-	Principais influências à Psicossomática	42
	4.1- Os primeiros estudos sobre a relação mente-corpo	42
	4.2- Walter Cannon, Hans Selye e a Psicofisiologia	46
	4.3- Franz Alexander e o Instituto de Chicago	47
	4.4- Pierre Marty e a Escola de Paris	48
	4.5- Peter Sifneos e a Alexitimia	49
	4.6- Críticas aos modelos propostos	50
5-	Psicologia Médica	52
	5.1- Michael Balint e a criação dos Grupos Balint	56
	5.2- Isaac Luchina e a Interconsulta Médico-Psicológica	62
	5.3- Danilo Perestrello e a Medicina da Pessoa	67
	5.4- Abram Eksterman e a História da Pessoa	71
	5.5- Centro de Medicina Psicossomática	72
6-	Discussão (ou Ampliações Possíveis)	74
7-	Conclusão	77
8-	Referências bibliográficas	81

## Introdução

O encontro entre médico e paciente é muito mais do que um mero procedimento protocolar. Esse momento, onde aquele que sofre e quem se disponibiliza a atendê-lo estabelecem uma relação, possui infinitas nuances e particularidades. Ao verificar a história da Medicina Ocidental nota-se a preocupação, desde as formulações Hipocráticas, com a criação de um bom vínculo entre médico e doente (VOLICH, 2010). Por sua vez, a Revolução Tecnológica do último século acabou contribuindo, em grande escala, para o distanciamento entre essa dupla. Os avanços tecnológicos trouxeram a cura pra inúmeras doenças, melhoria excepcional na coleta e leitura de dados laboratoriais e, com isso, também ajudaram a transformar os médicos, com frequência, em uma espécie de profissionais puramente técnicos.

Porém, a necessidade de estabelecer e manter uma relação de qualidade continua sendo um imperativo para médicos e pacientes. É claro que o primeiro interesse dos envolvidos é em prol da diminuição dos sinais e sintomas e consequente cura – e não poderia ser diferente. Sem negar essa afirmativa, pode-se postular que o estudo da relação médico-paciente e a intervenção sobre a mesma servem, em última análise, para aperfeiçoar o tratamento daqueles que sofrem e evitar ocorrências prejudiciais à saúde do próprio médico e equipe em geral. Nesse ponto, deve-se alertar que o presente trabalho, reconhecendo a importância de estudo da equipe de saúde como um todo e a maior interação necessária entre diversas áreas de saúde no ambiente hospitalar, se debruçará apenas sobre o aspecto relacional entre médicos e seus pacientes.

A importância de uma sistematização teórica e prática a respeito dessa relação reside na necessidade, cada vez mais flagrante, de uma (re)humanização da Medicina. Nesse sentido, passou a se utilizar a expressão “Medicina Centrada no Paciente” como uma “revolução do método clínico” cujas origens encontram-se na “antiga escola de medicina de Cos” (STEWART apud RIBEIRO & AMARAL, 2008, p. 91). Ou seja, esse método de fazer medicina nada mais é do que o processo original apregoado desde Hipócrates, de modo que a “Medicina Centrada

no Paciente” não é, na verdade, uma revolução, mas sim a retomada de uma prática há muito estabelecida e, até certo ponto, esquecida.

Entretanto, os profissionais da área médica, cercados pela urgência de diagnósticos rápidos, confirmações através de exames complementares, honorários por muitas vezes insuficientes e alta demanda de atendimentos acabam por manter o foco do pouco tempo disponível para verificar sinais e sintomas, encontrar as causas da doença e direcionar o tratamento profilático e/ou medicamentoso. Essa forma de se fazer Medicina está baseada no “modelo biomédico” que, embora tenha ajudado a introduzir importantes avanços nessa ciência, contribuiu para a importância da doença sobre o doente (RIBEIRO & AMARAL, 2008, p. 91).

O presente trabalho tem sua motivação na experiência do autor no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (CMP). Em território nacional, o trabalho realizado no CMP é pioneiro na pesquisa e atuação clínica na área de Psicossomática, onde busca a pesquisa e atuação psicológica associada a diversas Enfermarias e Ambulatórios do Hospital Geral citado, tendo como um dos objetivos, além da assistência psicológica, o diagnóstico e intervenção sobre a relação entre profissionais de saúde e os doentes.

Para isso há todo um *background* teórico a ser utilizado: os estudos sobre a psicodinâmica iniciados com Sigmund Freud e desenvolvidos no último século são uma das bases para o trabalho. No CMP, os profissionais são treinados para atenderem os pacientes e, mais do que isso, reconhecerem tensões surgidas do encontro médico-paciente, intervindo sobre as mesmas e garantindo o bom andamento do tratamento orgânico, entendido como indissociável das questões psicológicas e sociais (TENENBAUM, 2016).

Assim, algumas questões se fazem necessárias: como entender melhor a relação médico-paciente? Quais são os parâmetros teóricos para se chegar às conclusões válidas sobre essa forma de relação? O presente trabalho buscará demonstrar a pertinência da Teoria Psicanalítica no que tange esse assunto.

Com o advento da Psicanálise foi possível conhecer conteúdos inconscientes influentes nas relações humanas, onde se inclui as relações formadas na prática da

Medicina. A influência da Psicanálise no tratamento daqueles que sofrem de doenças funcionais e orgânicas vem da sua própria criação: Sigmund Freud revolucionou os estudos sobre os processos mentais, sua influência no corpo e as técnicas de intervenção sobre a mente. Sua experiência com Jean-Martin Charcot, na França, onde assistiu às exposições do médico francês sobre o uso da hipnose em pacientes que sofriam de Histeria, o impulsionou a investigar, entre outros temas, os processos psicológicos envolvidos na perda de funcionalidades físicas.

Mesmo tendo iniciado suas pesquisas sendo influenciado pela neurologia (e que nunca a tenha renunciado totalmente), Freud acabou influenciando o desenvolvimento da Psiquiatria Dinâmica, com linguagem e modelo referencial próprio; uma disciplina inteiramente diferente da Psiquiatria Clássica (LUCHINA *et al*, 1971). Diferente porque a mente, até então uma área de interesse da Medicina e da Psicologia Geral, e seus distúrbios, tratados com base nos estudos de Neurofisiologia, passou a ser entendida como passível de organização e desorganização inerentes ao ser humano enquanto ser sócio histórico. Nesse sentido, para Freud, os conflitos do passado de um indivíduo poderiam se fazer notar através dos sintomas histéricos, obsessivos, *etc*.

Embora tenha se preocupado, desde o início, em dar à Psicanálise o *status* que a cientificidade moderna exigia, Freud acabou iniciando uma nova maneira de se encarar o ser humano. Imprimiu a ele um caráter individualizado dentro da Cultura, onde tanto fatores endógenos como exógenos se conjugariam no desenvolvimento do Ser. Mais do que isso, modificou, de forma permanente, a maneira de se encarar as manifestações culturais, sua formação e desenvolvimento.

Dentro desse amplo campo ao qual a Psicanálise se propôs a intervir, a Medicina se tornou mais uma das áreas significativamente influenciadas. A ciência criada por Freud mostrou uma humanidade cujos desejos ocultos e marcas de história pessoal desempenham papel fundamental nas suas escolhas e atitudes, inclusive no adoecer. Isso garante a necessidade de compreender o fluxo de conteúdos conscientes e inconscientes existentes na interação clínica, a intervenção sobre eles e, conseqüentemente, a otimização do processo terapêutico.

Assim, ao reunir informações sobre a dinâmica mental individual, as relações humanas e o adoecimento somático, a área conhecida como Psicologia Médica inaugurou um campo de pesquisa e intervenção focado na relação desenvolvida no encontro entre o médico e seu paciente. Essa dupla, formada nos atendimentos, passou a ser o foco para o estabelecimento de um processo terapêutico eficiente - muito mais do que o puro relato dos sintomas e prescrição das receitas. Nesse contexto, Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, escreveu que “do ponto de vista psicológico acontecem mais coisas entre o paciente e o médico do que se lê nos livros texto” (BALINT, 1988 p.2).

Ou seja, não só dos doentes provêm os fatores inconscientes que permeiam a relação. Os médicos também possuem sua história e desenvolvimento individuais que influenciam no processo de tratamento clínico. Entende-se que os conteúdos inconscientes presentes na dinâmica permanente do encontro podem se configurar como direções no decorrer do tratamento, funcionando como ferramentas de aproximação e ajuda, ou distanciamento e iatrogenia<sup>1</sup>. Por essa palavra entende-se as mudanças - incluindo novas doenças - decorrentes do ato terapêutico.

Para entender melhor como acontecem esses processos, a delimitação de conceitos estudados se faz necessária. Nesse caso, os conceitos tidos como fundamentais para o estudo foram Transferência e Contratransferência. A proposta é detalhá-los em duas frentes, quais sejam sua formulação no âmbito da Teoria Psicanalítica e sua ampliação no que tange a Psicologia Médica.

Na Primeira Parte do trabalho (Capítulo 3), que funcionará como uma espécie de introdução teórica dos termos, ambos os conceitos serão abordados no contexto de sua criação e emprego na Psicanálise.

Desde muito cedo em sua obra, Freud já se preocupava em desvendar como se daria a relação entre os pacientes e seus analistas. De início, seu foco foi compreender a etiologia das neuroses e, seguindo esse caminho, deparou-se com a importância da figura do analista no desenvolvimento de uma terapia, de modo a considerar as perturbações na relação entre pacientes e quem os trata como o maior obstáculo a ser enfrentado ao longo do tratamento (FREUD, 1895). Além

---

<sup>1</sup> Palavra que vem do grego *iatro* = médico + *geno* = gênese, origem.

de Freud, alguns autores como Sándor Ferenczi, Melanie Klein, Wilfred Bion, Donald Winnicott, Paula Heimann, Heinrich Racker e outros, que se interessaram pelo estudo da transferência e contratransferência, serão apresentados em suas principais ideias sobre o tema.

A Transferência - do alemão *Übertragung* - é um dos conceitos mais importantes da Psicanálise. No que diz respeito ao seu significado, o termo sofreu modificações importantes e, no que tange a prática psicanalítica, estabeleceu-se como um dos seus pilares. No início, na época de vigência da técnica de sugestão, era descrita como sinônimo de puro deslocamento afetivo. Com o passar dos anos se transformou em um dos conceitos centrais da Teoria Freudiana, cujo aparecimento seria indispensável e manejá-la seria a maneira possível de conduzir uma terapia. Freud assegurava que a transferência geraria, no tempo em que se dá a análise, uma nova neurose.

A “neurose de transferência” é definida como a atualização das características da doença original no campo transferencial; é o estabelecimento de um novo espaço mental, situado entre o passado - onde reside o complexo patogênico - e a vida real atual. Após apresentar a visão freudiana do conceito, também serão mostrados outros entendimentos teóricos sobre a transferência e os possíveis desdobramentos desse fenômeno.

Porém, não apenas da transferência do paciente para o analista se ocupou a Psicanálise. Outro aspecto da relação foi amplamente estudado: a contratransferência, espécie de resposta afetiva do terapeuta ao paciente, configurou-se como outro conceito de suma importância para a Teoria Psicanalítica.

Por parte de Freud, a contratransferência sempre teve tons de negatividade e surge, pela primeira vez, em 1910, no trabalho *Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. O autor escreve que “tornamo-nos cientes da contratransferência que no analista surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos e a sobrepujará” (1910, p. 130). Para contrapor as ideias da transferência como fenômeno importante e indissociável da prática clínica ao processo de contratransferência, Freud (1912) assegura que a última é prejudicial, caracterizando-se como resposta inconsciente do analista ao material também

inconsciente do analisando. Outros autores, que também serão apresentados, divergem de Freud, dando importância ao fenômeno contratransferencial, não apenas encarando-o como puro obstáculo.

O início da Segunda Parte do trabalho (Capítulo 4) vai discorrer, brevemente, sobre a Psicossomática como grande arcabouço teórico a respeito do adoecimento orgânico. Autores de várias áreas, incluindo muitos psicanalistas, contribuíram de maneira importante para o desenvolvimento dessa área, considerada por Abram Eksterman “o produto da tentativa da Psicanálise de intervir teórica e clinicamente na patologia somática” (EKSTERMAN, 2010).

Os estudos sobre psicossomática são utilizados, juntamente a outros de diversas áreas, no intuito de desenvolver a Psicologia Médica, cujo objetivo é “estudar a psicologia do estudante, do médico, do paciente, da relação entre estes, da família e do próprio contexto institucional destas relações (*Id., Ibid.*). A respeito da relação médico-paciente, Entralgo (1964) afirma que um dos cinco momentos fundamentais da mesma é o “momento afetivo”, onde esses aspectos subjetivos e relacionados aos afetos devem ser considerados. Assim, ainda em sua Segunda Parte, o trabalho vai se debruçar sobre os aspectos transferenciais e contratransferências na prática médica tradicional, apresentando alguns autores específicos, expoentes da Psicologia Médica no exterior e no Brasil.

Com seu trabalho na Clínica Tavistock, em Londres, Michael Balint deu importância às relações entre os médicos e seus pacientes. Essa se tornou uma de suas influências mais notáveis, sendo o seu livro *O médico, o seu doente e a doença*, de 1957, uma das principais contribuições à área. Esse livro tem como objetivo analisar aspectos presentes na relação entre o médico e seu paciente, reforçando intervenções positivas e alertando para aquelas cujos resultados podem ser prejudiciais. Já nas primeiras páginas da obra, ao dissertar sobre os resultados das reuniões realizadas por ele na Tavistock, Balint escreve aquela que seria uma de suas frases mais importantes: “A discussão revelou rapidamente que a droga mais utilizada na clínica era o próprio médico” (1988, p. 1). Para ele, todo médico propicia psicoterapia a seus pacientes e, em virtude disso, deve estar bem preparado para desempenhar tal função de maneira explícita.

Segundo Balint, o médico sempre será mais ou menos iatrogênico e o que importa é ter isso em sua consciência. As motivações para “aceitar” ou não aquilo que lhe é dado vêm em virtude de aspectos inconscientes, irracionais, da ordem da contratransferência. Cabe ao médico reconhecer, com a ajuda dos grupos de discussão, aquilo que emana de si mesmo na forma de atitudes ineficazes ao tratamento e, mais do que isso, ser capaz de identificar as características pessoais do doente, não apenas sua doença (BALINT, 1988). A técnica desenvolvida para preparar os médicos diante das dificuldades citadas, conhecida como Grupo Balint, consiste na discussão, a nível grupal, das experiências vividas pelos membros da equipe de saúde, com objetivo educacional e assistencial.

O autor argentino Isaac Luchina (e colaboradores) afirma que o campo dinâmico genericamente chamado de relação médico-paciente “é constituído pelos fenômenos transferenciais do paciente e contratransferenciais do médico” (1971, p. 13). Como solução deve-se buscar o desmanche das possíveis irracionalidades estabelecidas através da tomada de consciência das mesmas com o auxílio de profissionais do campo *Psi*. Para Luchina, a Interconsulta caracteriza essa atuação, ou seja, a análise - onde participam profissionais das várias áreas mobilizadas - do conjunto de fatores que envolvem o momento adoecido do paciente, o qual se encontra em cuidado de médicos e da família, dentro de um espaço específico, o Hospital. De modo mais ampliado, a Interconsulta se configura, atualmente - de forma diferente da proposta inicial - como a interação entre médicos e seus colegas enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, *etc*, na busca por informações e possíveis direcionamentos no tratamento dado aos doentes.

Para Danilo Perestrello, a medicina tem sua razão de ser na maneira em que se dá a relação entre o médico-paciente e as trocas que surgem daí. Em seu principal trabalho, o autor afirma que “Medicina da Pessoa” é o termo ideal para expressar essa interação. Para ele, essa terminologia deixa claro que, “em vez de se ver o organismo, se vê a pessoa; em vez de se procurar causas, se busca a totalidade” (PERESTRELLO, 2006, p.119).

De posse dessa visão mais ampla, o tratamento que se segue terá portas abertas para transcorrer com maior fluidez e menos riscos, aumentando as chances de sucesso. Diante disso, Abram Eksterman produziu, em 1974, o que se chama “História da Pessoa” (PERESTRELLO, 2006) . A liberdade dada ao paciente no

momento de mesmo falar sobre a doença que enfrenta é o diferencial em relação a simples escuta de respostas a partir de perguntas gerais e pré-definidas. Essa ferramenta é caracterizada como uma anamnese não dirigida, um instrumento de apreensão da pessoa, cujos objetivos são: ter acesso à biografia do doente nas suas próprias palavras; conhecer as circunstâncias nas quais ocorreram o atual e os antigos adoecimentos; conhecer a maneira pela qual o doente interage com o médico, equipe e família.

A título de conclusão, o presente trabalho vai apresentar algumas discussões e considerações contemporâneas a respeito da Psicologia Médica com seus desafios e caminhos possíveis em um Século XXI marcado, ao mesmo tempo pela intensidade das mudanças tecnológicas e apelo às questões éticas, ecológicas e humanitárias.

## Metodologia

O presente trabalho se desenvolveu através do Método Teórico de Pesquisa, dando enfoque à Pesquisa Conceitual através de Revisão Bibliográfica. Já de início pode-se observar a diferença feita entre os termos “Teoria” e “Conceito”: o primeiro pressupõe um conjunto de elementos interligados, colocados à prova através da experiência; o segundo, por sua vez, é parte integrante desse conjunto, seu núcleo básico (DREHER, 2000).

Estabeleceu-se dizer que existem dois grandes grupos de Ciência: aquelas da Natureza e as Humanas. Embora seja reconhecida a influência da subjetividade mesmo na prática das Ciências Naturais, a imagem de um pesquisador dentro de um laboratório previamente preparado, manuseando equipamentos e seu objeto, controlando as variáveis e chegando às conclusões é presente na noção popular sobre pesquisa científica em geral. Percebe-se que, a rigor, o acúmulo de conhecimento das Ciências Naturais só pode ser verdadeiramente explicado após a aplicação de métodos verificáveis através da observação sensorial e realizados em ambientes controlados ao máximo.

No desenvolvimento das Ciências Humanas, embora pesquisas quantitativas também sejam realizadas cada vez com maior frequência, a procura pela compreensão teórica e constante revalidação conceitual se mostra como fio condutor. O fato se dá pelos avanços culturais, as produções humanas e seus desafios incessantes contribuir para uma mudança na relação entre o Homem e o mundo externo. Realizar um estudo aprofundado das relações estabelecidas entre os conceitos e integrá-los ao campo social, político, *etc.*, é um dos objetivos das pesquisas dentro das Ciências Humanas.

O autor Wilhelm Dilthey faz uma separação entre “Explicar” e “Compreender” para diferenciar o objetivo final em cada grupo científico (DILTHEY *apud* CAMPOS & COELHO, 2010). Para ele, as Ciências Naturais explicam o funcionamento de seus objetos, enquanto as Ciências Humanas - também chamadas de “Ciências do Espírito” - os compreendem, utilizando a

Hermenêutica<sup>2</sup> como metodologia. Ainda Dilthey, citado por Japiassu, apresenta a questão da seguinte forma:

“A história nos ensina que elas (Ciências Humanas) nasceram e cresceram no meio da prática da vida, isto é, seu objeto não é uma natureza que permanece idêntica a si mesma, porque obedeceria a leis constantes, mas um conjunto de obras e de convenções que o homem criou antes de fazer delas objeto de ciência. O homem não criou a natureza, mas o mundo social. Por isso, as Ciências Humanas (do espírito) não formam um todo constituído segundo a lógica, um todo cuja estrutura seria análoga à nosso conhecimento da natureza” (1994, p. 18).

A isso se pode juntar os estudos de Kuhn (1970) a respeito dos “Paradigmas”. Para esse autor, as diferentes Ciências, na medida em que se desenvolvem, estão aptas a passarem por modificações paradigmáticas - espécies de revoluções - de onde novos entendimentos ou até mesmo novas ciências podem surgir. Pode-se dizer que foi isso o que aconteceu com a Psicanálise. A nova ciência, desenvolvida por Sigmund Freud, nasceu de conhecimentos estabelecidos, mas se assentou em um conceito completamente novo e balizador de tudo o que viria a seguir: o Inconsciente dinâmico.

A partir do momento em que esse conceito surgiu e as investigações a respeito do mesmo avançaram, a Psicanálise pode criar seu próprio método de pesquisa e obter seus resultados sem se preocupar com as ameaças de ausência de cientificidade – crítica feita principalmente pelo viés da falta de objetividade, o que impediria, de acordo com críticos, a confirmação ou refutação das ideias psicanalíticas (POPPER, 1963; GRÜNBAUM, 1984).

Revisitando o desenvolvimento da Psicanálise, pode-se falar que o método utilizado no seu início foi o Método Clínico, através do Estudo de Caso. Alguns autores questionam se o que ocorreu com a Psicanálise em seu início foi de fato uma sistematização de Pesquisa ou apenas estudos isolados, delegando a um período posterior sua caracterização enquanto Ciência (DREHER, 2000). Para Rudge,

“O método clínico designa o esforço de diagnóstico e tratamento de um determinado sujeito, seja o profissional um médico, um psiquiatra, um psicólogo ou um psicanalista, mas nem sempre esse método tem reconhecida sua especificidade epistemológica. Geralmente sua legitimidade é defendida com base na ideia de que ele seria a aplicação do método científico na prática diagnóstica e terapêutica, o que

---

<sup>2</sup> Arte e ciência da interpretação (RUNES, 1990).

redunda em atrelar sua dignidade à que se confere à ciência. Entretanto essa formulação é bastante simplificadora, e a heterogeneidade entre a ciência e o método clínico vigora em qualquer campo da clínica” (RUDGE, 2012, pg. 236).

O próprio Freud (1909) diz que a Psicanálise não é uma investigação científica imparcial, mas uma medida terapêutica. Sua essência não é provar nada, mas até certo ponto alterar algo. Assim, ele estruturou seus conceitos através do que observava em seus pacientes - ou até mesmo em pacientes de outros colegas com os quais trocava informações. Fica nítido que o processo de pesquisa teórica em Psicanálise não se afasta do trabalho clínico enquanto prática empírica; um é incompleto sem o outro. Em outras palavras, “prática psicanalítica empírica sem conceitos psicanalíticos é cega. Conceito sem prática é vazio” (DREHER, 2000, p. 7, tradução própria).

Sobre isso, Mezan (2006) alerta para a diferença que deve ser feita entre Pesquisa Clínica e Pesquisa Conceitual realizadas na Psicanálise. No primeiro caso, o tratamento clínico permitirá reconhecer e produzir conhecimento dentro da ciência visando aperfeiçoar sua prática e aprofundá-la. Já o segundo, diz respeito ao trabalho teórico, desenvolvido especialmente no interior de universidades, e destinado à transmissão do conhecimento psicanalítico - e outros - na forma de estudos sistemáticos sobre os trabalhos de diversos autores e as relações entre os diferentes conceitos e teorias. Ou seja, o pesquisador contribui para que essa ciência se renove e se desenvolva através de suas próprias críticas.

Com uma Pesquisa Conceitual busca-se recortar um termo específico e encontrar seus pontos de encontro com outros termos e suas características fundamentais; suas interdependências e relações com outros sistemas conceituais. Faz-se uma complexa varredura do conceito - sem abrir mão de suas formulações e usos históricos - com a expectativa de atualizá-lo e encaixá-lo melhor à contemporaneidade.

Na Psicanálise não há possibilidade da Pesquisa Conceitual se desenvolver sem recorrer à Clínica: tem sido assim desde as primeiras formulações de Freud. Assim, Freud debruçou-se sobre o conceito de Transferência e, com o auxílio de sua clínica, transformou-o numa condição para o sucesso terapêutico: seria apenas

no desenvolvimento da relação transferencial que o material inconsciente poderia ser trabalhado e superado.

A respeito da Contratransferência, deixou que seus discípulos o desenvolvessem, adaptando e sistematizando os motivos de seu aparecimento e manejo. Nesse caso, o desenvolvimento do conceito teve a influência direta das impressões dos pesquisadores, pois a Contratransferência fundamenta-se nas reações do próprio terapeuta.

Como se trata de um trabalho localizado entre a Psicanálise e a Medicina, no sentido de apresentar conceitos psicanalíticos e os transportar para práticas médicas de qualquer especialidade, um alerta é válido: o próprio estatuto científico da Medicina passou – e eventualmente ainda passa – por críticas. Sobre isso, Canguilhem (1966 *apud* SERPA, 2003, p. 16) afirma que a medicina é "uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita", de forma que seu principal compromisso está atrelado ao tratamento em si, não a um método simplificado.

No desenvolvimento do presente trabalho não haverá qualquer tentativa de postular novas definições ou usos para os conceitos. Será feita uma revisão bibliográfica dos mesmos, apontando características fundamentais e utilidades para eles desde sua criação no interior da Teoria Psicanalítica até seu extravasamento para o ambiente hospitalar.

### 3

## Transferência e Contratransferência

Antes de iniciar a apresentação dos conceitos, algumas considerações são necessárias. A palavra alemã para Transferência é *Übertragung*. Na língua alemã, esse termo tem o sentido de um “arco que mantém aceso o processo de ida e vinda, seja entre passado e presente, seja entre longe e perto, ou de uma pessoa a outra” (HANNIS, 1996, p. 412). Ou seja, tem o sentido de um processo onde conteúdos são levados de um ponto a outro e voltam até o inicial, e cujos pontos se mantêm permanentemente ligados. Tal alerta para a semântica é necessário pois para a língua portuguesa o sentido corrente da palavra Transferência diz respeito ao envio de algo - material ou não - a outra pessoa ou lugar - físico ou não - encerrando aí o processo.

Em relação à Contratransferência - *Gegenübertragung* -, a palavra tem o sentido de reação à ideia expressa em *Übertragung*, através da utilização do prefixo *gegen* (“contra a”). Esses dois fenômenos, quando utilizados nas próximas páginas, farão referência a movimentos psicodinâmicos utilizando-se como referência o sentido contido na língua alemã.

### 3.1

#### Transferência: algumas considerações

Em 1895, ao lado de Josef Breuer, tendo abandonado a hipnose e utilizando o método catártico, Freud publicou *Estudos sobre a histeria*, trabalho destinado a explicar a etiologia e tratamento dessa doença. No capítulo IV desse artigo (*A psicoterapia da histeria*), Freud alerta os leitores para o fato de ser possível “tratar todas as outras neuroses da mesma forma que se trata a histeria” (FREUD, 1895, p. 313).

Assim, confirmava-se como fundamental, no trabalho clínico com neuróticos, que o analista reconhecesse e vencesse as resistências que impediam o aparecimento, na Consciência, do material inconsciente (*id. ibid.*, p. 325). É justamente ao falar sobre os fenômenos - nesse caso, obstáculos - que aparecem na vigência da

relação entre analista e paciente que Freud, pela primeira vez, utiliza a palavra “transferência”. O autor nos mostra que:

“(o obstáculo ao tratamento pode surgir) se a paciente assustar-se ao verificar que está transferindo à figura do médico as ideias aflitivas que surgem do conteúdo da análise. Esta é uma ocorrência frequente e, na realidade, em algumas análises, regular. A transferência ao médico verifica-se através de uma falsa ligação” (*id. ibid.*, p. 360)

O que seria uma falsa ligação? Resumidamente: uma nova ligação - e, portanto, falsa; não original - entre a figura do analista e ideias que outrora estavam ligadas, por parte do doente, a um objeto diferente e importante em sua vida. A ligação verdadeira se desfez por ser incompatível à Consciência e, no curso de uma análise, a figura do analista seria a receptora, atualizada no tempo-espaço, dos afetos dissociados de representação no passado.

É nítido que, nesse momento de sua obra, Freud escreve “transferência” para dar conta apenas de um movimento de deslocamento - da passagem de um afeto originalmente ligado à outra representação para uma nova, o analista - sem que fosse considerado como ação fundamental ao desenvolvimento do tratamento, muito menos geral a todos os casos.

Nesse início das investigações psicanalíticas, pode-se conjecturar que foi justamente a transferência de Anna O. para Breuer - a incapacidade do médico em lidar com a mesma - que influenciou negativamente o tratamento. Permite-se, ainda, imaginar a intensidade contratransferencial presente, culminando com a completa fuga do médico do trabalho em questão. Ainda sobre os *Estudos sobre a histeria*, Lagache (1990, p. 10) supõe que “Freud já possuía uma ideia clara de transferência, de sua gênese, de sua importância técnica e terapêutica”.

Em 1900, com a *Interpretação dos sonhos*, Freud mostra as bases da Psicanálise enquanto ciência e método para desvendar os processos inconscientes. Nessa obra, ao considerar os sonhos (ou sua interpretação) como via régia para o Inconsciente, o autor apresenta a existência de características do analista nas figuras oníricas. Essa seria uma das maneiras do material inconsciente se revelar, uma vez que estaria se ligando a uma informação diurna (os aspectos físicos e de personalidade do analista, por exemplo) passível de acesso à Consciência (FREUD, 1900).

Foi preciso que Freud se frustrasse com o andamento de um caso clínico para que a ocorrência da transferência no processo terapêutico fosse considerada indispensável e, mais do que isso, balizasse a ciência em formação.

Sabe-se que no final do ano de 1900, Freud tratou, por cerca de três meses, de uma jovem chamada Ida Bauer (pseudônimo Dora). No *Pós-escrito* do trabalho em questão, publicado apenas em 1905, Freud relata a importância clínica de reconhecer e lidar com a transferência, tida por ele, nesse momento, como “uma classe especial de estruturas mentais, em sua maior parte inconscientes” (FREUD, 1905, p. 113). Logo em seguida, amplia:

“Que são transferências? São as novas edições, ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise (...) substituem uma figura anterior pela figura do médico. Em outras palavras: é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente” (*id. ibid.*).

É marcante, nesse artigo, a problematização de Freud sobre sua desatenção a respeito da transferência de Dora. Na sua insistência em fazer Dora perceber seu amor por Sr. K., ele não percebe que era sua pessoa a quem a jovem colocava no lugar de K. Ao discutir o caso, após sua interrupção, o autor abre espaço para um interessante debate sobre a importância da transferência na teoria e prática psicanalítica ao afirmar que a mesma, embora pareça uma grande barreira ao desenvolvimento da análise, mostra-se como sua principal parceira desde que percebida e levada ao conhecimento do paciente (FREUD, 1905). Além disso, em passagem importante para o presente trabalho, o autor postula que a transferência não é criada pela relação analítica mas que a mesma a revela.

Existiria uma atuação, uma repetição da situação traumática do passado atualizada na relação com o analista. Em relação aos fenômenos repetitivos, os mesmos estiveram presentes nos trabalhos de Freud desde o início. Ainda utilizando o método catártico, o ponto central da clínica seria alcançar a recordação do evento traumático, pois o paciente poderia reestabelecer as conexões entre o afeto e a ideia, até então dissociados, livrando-se dos sintomas e obtendo a cura em um processo chamado de ab-reação.

A recordação de espaços da memória ocupados por eventos infantis traumáticos - portanto inacessíveis - só poderia ser conseguida pela realização de uma

(re)ligação entre os componentes afetivo e ideativo outrora separados. Conseguindo isso, os processos repetitivos cessariam. Tendo abandonado o método catártico, Freud passou a utilizar a interpretação como via para a cura das neuroses. Através das associações livres dos pacientes, o analista deveria apontar as resistências e demonstrar o material inconsciente de sua mente.

Importante discípulo de Freud, Sándor Ferenczi deu importância à relação analista-analisando, propondo novidades a respeito do conceito de Transferência (e também Contratransferência, que será apresentado adiante). Em seu artigo *Introjeção e Transferência*, de 1909, o autor faz importante descrição sobre os dois termos, aproximando-os. Para ele, o mecanismo de introjeção, utilizado pelos neuróticos desde a infância, se caracteriza pela tentativa de apreensão de objetos do mundo externo. Nesse quesito, a transferência se caracteriza a partir do próprio mecanismo de introjeção, pois o indivíduo, em análise ou não, busca para dentro de si o objeto a sua frente: o analista, o médico ou qualquer outra pessoa. Para o autor,

“O primeiro amor, o primeiro ódio, realizam-se graças à transferência: uma parte das sensações de prazer e desprazer, auto eróticas na origem, se desloca para os objetos que a suscitaram. No início, a criança só gosta da saciedade (...) depois acaba gostando da mãe, esse objeto que lhe proporciona saciedade. O primeiro amor objetal, o primeiro ódio objetal constituem a raiz de toda transferência posterior” (FERENCZI, 1909/2011, p. 96).

“É essa união entre os objetos amados e nós mesmos, essa fusão desses objetos com o nosso ego, que designamos por introjeção e - repito - acho que o mecanismo dinâmico de todo amor objetal e de toda transferência para um objeto é uma extensão do ego, uma introjeção” (*Idem*, 1912/2011, p. 210).

Ferenczi, com o passar do tempo, vai propor ainda outras novidades técnicas na facilitação do aparecimento e no manejo da transferência. Para ele, o analista deveria se mostrar um facilitador para o (re)estabelecimento das associações do paciente através de recusas e proibições a ele propostas. Seu conceito de “técnica ativa” tem esse propósito. A enorme complexidade teórica e críticas a essa técnica, feitas inclusive pelo próprio Ferenczi, culminando com o abandono da mesma na prática clínica do autor por aumentar as resistências (FERENCZI, 1926), afasta sua necessidade de maior desenvolvimento no presente trabalho.

No início dos anos 10 do século XX, com maior conteúdo clínico e teórico, e com uma densa colaboração de diversos outros autores, Freud publicou uma série de artigos sobre a técnica psicanalítica. Em alguns trabalhos dessa coletânea, o autor dedica espaço ao estudo da transferência, seu aspecto libidinal, seus tipos e seu manejo na terapia psicanalítica, além de alertar aos analistas os problemas éticos de tomar para si as demandas advindas do paciente como se fizessem menção realmente, em última instância, à sua pessoa.

Assim, Freud consolida a transferência como a relação básica estabelecida dentro da clínica, e sem a qual não há sucesso terapêutico possível. Em *A dinâmica da transferência* (1912), Freud aponta sua hipótese para a economia libidinal envolvida no processo transferencial:

“(…) somente uma parte daqueles impulsos que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para a realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela. Outra parte dos impulsos libidinais foi retida no curso do desenvolvimento (...) de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade” (FREUD, 1912, p. 134).

Com essa explicação, pode-se considerar que, no curso de uma análise, é feito um investimento em direção ao analista de parte da quota libidinal insatisfeita. Sua figura será integrada dentro do conjunto de representações infantis existentes na mente do paciente e às quais afetos de diferentes qualidades já estiveram ligados no passado. No processo de análise, o paciente (ou seu *Ego*) tentará evitar o aparecimento dos conteúdos indesejados, outrora reprimidos. Nesse conflito entre o material reprimido buscando a Consciência e a tentativa egóica de evitar o desprazer, a figura do analista será o destino de afetos, numa tentativa do *Ego* do paciente de resistir à emergência do material mantido no Inconsciente.

Freud assegurava que no processo de análise surge uma nova categoria de neurose, específica da relação analista-analisando, e através da qual os conteúdos inconscientes podem ser revelados: a neurose de transferência. Essa neurose falsa, no sentido de estar emergindo em uma relação e contexto diferentes do original, possuiria o mesmo modelo de vínculo de um período primitivo da vida do paciente. Seu estabelecimento, dizia Freud, seria condição indispensável para o trabalho de análise. Seria através da neurose de transferência que os conflitos mentais poderiam ser revelados e desfeitos.

É necessário lembrar que a transferência, enquanto processo geral a todos os indivíduos mesmo fora da análise caracteriza-se, como dito, pelo deslocamento de afeto de outros tempos e pessoas para alguém localizado no presente sem que haja um caráter e atitudes inadequadas diante de tal processo, e sem que o paciente tenha consciência desse processo. Enquanto isso, a neurose de transferência é o estabelecimento de um conjunto de atitudes e demonstrações de afeto claramente relacionadas às figuras do passado, engendradas e condicionantes do desenvolvimento do trabalho psicanalítico.

Assim Freud explicava o modo pelo qual os analistas devem desempenhar sua função clínica: esse trabalho se configuraria por seguir a porção inconsciente da libido demonstrada ao longo do material surgido na neurose de transferência e fazer dela conteúdo consciente, dando à mesma utilidade diante da realidade externa. Ele afirma que:

“Reiteradamente, quando nos aproximamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com a maior obstinação (...) Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência” (id. *ibid.*, p. 139).

Ou seja, para Freud, no momento em que o analista se aproxima do complexo patogênico, o indivíduo, inconscientemente, transfere ao analista aquele material incompatível com a Consciência. Assim, a ideia transferida alcança a instância consciente por estar justamente a serviço da resistência e, com o passar do tempo de análise, cria-se uma situação onde o tratamento em si será desenvolvido no terreno da transferência:

“É o terreno onde a vitória deve ser alcançada, a expressão final de uma cura duradoura da neurose. É inegável que as manifestações de transferência ocasionam as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não deve-se esquecer de que são elas, e somente elas, que prestam o inestimável serviço de atualizar e de manifestar as emoções enterradas e esquecidas, pois, em última análise, ninguém pode ser morto *in absentia* e *in effigie*” (id. *ibid.*, p 146).

Ao colocar a transferência como um modelo de resistência, Freud estabelece a necessidade de entrar mais a fundo no conceito e analisá-lo melhor em suas modalidades particulares. Ele assegura que a relação entre paciente e analista, no caso de ser baseada em sentimentos afetuosos, serve para, em último aspecto, ajudar o tratamento; não para prejudicá-lo e interrompê-lo, como no caso dos

sentimentos hostis. Ou seja, haveria um modelo de transferência que, em última análise, não seria uma resistência, mas sim um facilitador do processo terapêutico, enquanto outra modalidade seria um grande obstáculo ao mesmo. Com isso, passa a considerar dois tipos básicos de transferência: as negativas e as positivas, que se desenvolvem em paralelo. Ou seja, “a atitude transferencial é geralmente ambivalente” (LAGACHE, 1990, p. 103).

No caso da transferência positiva, há de se considerar que a mesma pode ser dividida entre as que se organizam em torno de sentimentos amistosos acessíveis à consciência e as que se mostram como desejo erótico, de origem inconsciente e que ali permanecem. Porém, diz Freud, os sentimentos amistosos sempre derivam de uma fonte instintual sexual cuja aparição na Consciência se dará, de acordo com o desenvolvimento individual, nas formas de amizade, confiança, *etc* (FREUD, 1912). São as transferências positivas que darão os subsídios necessários para o bom desenvolvimento da análise.

Em relação à transferência negativa, o que ocorre é a colocação do analista na série de protótipos infantis hostis ao paciente, podendo ser o culpado pelo mau andamento do tratamento e causador de seus problemas, levando, frequentemente, ao abandono da análise.

O desenvolvimento da análise e sua capacidade em elucidar tais movimentos afetivos prejudiciais ao seu bom andamento poderiam resultar na dissipação das transferências tidas como negativas, abrindo espaço para que apenas os sentimentos mais ternos estejam em ação. Seria justamente auxiliado por esses sentimentos que o processo terapêutico seguiria seu curso em direção à cura. A existência apenas dos sentimentos amistosos não mais levaria o paciente a abandonar ou se frustrar com o tratamento, mas sim a se esforçar ainda mais em dar continuidade a ele.

Adiante, outras questões importantes vão se colocar. É o caso da apresentação dos processos homônimos pormenorizados no artigo *Recordar, repetir e elaborar* (1914). Nesse trabalho, no que tange à transferência, Freud a apresenta como parcela de repetição. Ou seja, o reiterado aparecimento, na atualidade, de conteúdos reprimidos no passado, direcionados não só ao analista como também a outras figuras ao longo da vida do paciente (FREUD, 1914). Para Freud, uma

maior força de resistência acarretaria em uma atuação, não recordação, o que impossibilitaria a elaboração - o objetivo último da clínica psicanalítica.

Através das repetições ocorridas na transferência e a comunicação das mesmas ao paciente, as resistências podem ser vencidas, atingindo-se a recordação. Nessa época, Freud acreditava que o trabalho realizado à luz da transferência permitiria que a repetição acontecesse por certo período e, lentamente, daria lugar a uma recordação, estágio último antes da elaboração do conflito mental do qual os sintomas surgiram. Em suma, Freud apresentava a transferência como o repetitivo aparecimento, na atualidade, de conteúdos reprimidos no passado e direcionados não só ao analista como também a outras figuras ao longo da vida do paciente.

O material transferido ao analista seria processado na forma de uma repetição dos protótipos infantis inacessíveis à Consciência e, portanto, não elaborados. A repetição se configuraria, então, como resistência na medida em que substituísse a recordação. Freud deixa claro que a transferência é uma parcela do processo de repetição ao afirmar que:

“Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (Freud, 1914, p. 197).

Ainda nessa linha, para Lagache (1990, p. 117), a transferência se dá pelo processo de deslocamento, caracterizando-se pela repetição, tanto no ambiente de análise como fora dela, de “atitudes emocionais inconscientes” que são adquiridas desde a tenra infância, especialmente no relacionamento com pais e cuidadores.

Freud também se preocupou em deixar registrada a importância ética do trabalho psicanalítico envolto em transferência. Para ele, o “amor transferencial” deveria ser sempre encarado como parte da dinâmica mental e nunca tomado como um apreço real ao analista por parte do paciente. Relações íntimas com o paciente sob tratamento estariam, obviamente, fora de cogitação. Tampouco seria apropriado prevenir o paciente a respeito do aparecimento desses sentimentos, pois a espontaneidade na aparição dos mesmos contribuiria com o manejo da Transferência, evitando que defesas mais fortes fossem levantadas de antemão (FREUD, 1915).

Ao descrever essa condição especial criada no processo de análise - o amor de transferência - Freud a coloca como um aspecto incluído dentro da modalidade de transferência negativa. A inclusão do analista como uma figura pela qual se está apaixonado seria, para o autor, um dos obstáculos ao tratamento, assim como ocorreria no aparecimento da hostilidade propriamente dita.

Nos anos que sucederam a Primeira Grande Guerra, o autor deu início à sua revisão da Teoria Pulsional e Topográfica. Se até então - meados dos anos 10 - as Pulsões do *Ego* e Sexuais formavam a dualidade pulsional básica, com a chegada dos anos 20 as duas pulsões anteriores se fundem em uma só, de Vida (*Eros*), e se opõem à de Morte (*Thanatos*). Junto a essa importante modificação, as instâncias mentais responsáveis por ditar o psiquismo humano passam a operar com as denominações de *Id*, *Superego* e *Ego*, sem anular a Topografia anterior, apenas a expandindo.

A mudança da forma de pensar a Teoria Pulsional tem uma de suas razões na estranheza, por parte de Freud, diante do aparecimento de acontecimentos cujas bases não poderiam ser explicadas pelo já estabelecido Princípio do Prazer, segundo o qual o psiquismo humano esforça-se pelo prazer e por evitar o desprazer. Até então, a repetição se configurava como tentativa de retorno do recalcado. Porém, diante dos fenômenos de sonhos traumáticos, das brincadeiras infantis, do masoquismo, e outros, o autor passa a considerar a existência de um Princípio ainda mais básico, mais primitivo, cuja tendência seria a redução a níveis mínimos de tensão levando, em última análise, à ausência da mesma e conseqüentemente à morte; algo aquém, ou além, do Princípio do Prazer.

Com essa ampliação da teoria psicanalítica, Freud formaliza o que vinha sendo especulado desde 1914. Esse movimento de repetição possuía um caráter de tentativa - frustrada - de elaboração e integração do material traumático à Consciência e foi nomeado como Compulsão à Repetição. Posteriormente, em 1920, a compulsão a repetir será considerada uma das faces da Pulsão de Morte. Mesmo com importantes mudanças na maneira de considerar esse movimento repetitivo, Freud sempre manteve os dois conceitos - a saber, Transferência e Repetição - intimamente ligados. O caráter repetitivo da transferência estaria relacionado à reimpressão de um modo de relacionamento primitivo aproveitando-se da figura do analista.

Já frágil, em 1938, Freud escreveu seu último trabalho teórico, incompleto e publicado pós-morte. Em *Esboço de Psicanálise*, o autor preparou um importante resumo do que é, para que serve e como se utiliza a Psicanálise. Embora não haja contribuições inovadoras nesse artigo a respeito da transferência, ela serve para mostrar o papel último desse conceito para Freud.

Nesse trabalho, uma espécie de “resumo definitivo”, ele garante o que era dito antes, estabelecendo que o final bem-sucedido de um tratamento psicanalítico só seria possível caso a energia mobilizada pelo paciente a favor do analista - aquilo presente na transferência positiva - fosse quantitativamente maior do que seus conteúdos hostis ao mesmo.

Após a morte de Freud, inúmeros outros psicanalistas se debruçaram sobre o conceito de Transferência. Por ser um tema complexo, que sofreu muitos acréscimos e, por isso, merecer um espaço de destaque pormenorizado que foge ao escopo do presente trabalho, apenas algumas breves considerações devem ser feitas a partir de alguns trabalhos sobre Técnica Psicanalítica. Para Sandler,

“Diferentes escolas dentro da psicanálise tendem a enfatizar diferentes aspectos da definição de transferência. O entendimento e a análise dos fenômenos da transferência são considerados pelos psicanalistas como o centro de sua técnica de tratamento” (SANDLER *et al*, 1977, p. 33).

Nesse sentido, Anna Freud (1983) propõe a existência de “transferências de defesa”, as quais se diferenciam do conceito clássico proposto por Freud por se caracterizarem como uma repetição, no presente, de uma forma de defesa do paciente utilizada desde sua infância com o objetivo de evitar experiências dolorosas devido a afetos inadequados à situação vivida.

Ainda na Inglaterra, importantes questionamentos e diferenças teóricas sobre o fenômeno da Transferência foram apontados. Essas diferenças foram resumidas por Sandler da seguinte maneira:

“James Strachey sugeriu que as únicas interpretações eficazes no tratamento psicanalítico eram as interpretações transferenciais e, por conseguinte, os analistas influenciados por seus pontos de vista preferem formular suas interpretações em função da transferência (...) Já Melanie Klein veio a considerar toda conduta como sendo predominantemente uma repetição de relacionamentos plasmados no primeiro ano de vida. A combinação dessas duas correntes resultou na tendência de alguns analistas considerarem todas as comunicações apresentadas pelo paciente como indicações da transferência de relacionamentos do início da infância e se absterem de

intervenção que não se referissem aos aspectos transferenciais do relacionamento entre o paciente e o analista” (SANDLER *et al* (1977, p. 38).

Greenson, para quem a transferência é uma forma de relação geral a todos os seres humanos, neuróticos, psicóticos ou normais, afirma que:

“Transferência é ter pulsões, sentimentos, atitudes, fantasias e defesas deslocadas a uma pessoa atual e que não dizem respeito a essa pessoa, sendo uma repetição de reações formadas em relação com figuras importantes da primeira infância. Dessa forma, as duas características que mais se sobressaem a uma reação de transferência são a repetição e a impropriedade” (GREENSON, 1979, p.158 – tradução própria).

A definição de Transferência por Menninger & Holzman é mais limitada:

“Como sendo os papéis irrealistas ou identidades inconscientemente atribuídas a um analista por um paciente na regressão do tratamento psicanalítico e as reações do paciente a essas representações, usualmente derivadas de experiências anteriores. Essas identidades refletem fantasias e recordações inconscientes que o paciente revive na situação analítica” (MENNINGER & HOLZMAN, 1979, p. 88).

Essas últimas passagens revelam que o núcleo central da definição do conceito de Transferência, com alguns acréscimos, não sofreu grandes modificações desde Freud. Ela se mantém como algo que deve ser o centro do trabalho psicanalítico e que diz respeito ao passado do paciente. Assim, talvez por extremo respeito ao fundador, esses acréscimos, embora importantes, não fugiram muito das propostas freudianas iniciais.

Há outro conceito que, de certa forma, se originou da Transferência e será importante no presente trabalho. Freud (1912), ao apresentar os tipos de Transferência – Positiva ou Negativa – deixou aberta a possibilidade, desenvolvida posteriormente, de que o *ego* do paciente poderia estar a serviço do tratamento, e não apenas a serviço das resistências, ao escrever que existem aspectos da Transferência que formam o êxito do trabalho psicanalítico pois ajudam a ligar o paciente ao médico.

Assim, Elizabeth Zetzel (1956) ajudou a difundir o conceito de Aliança Terapêutica como diferente da Transferência propriamente dita. Além dela, Ralph Greenson (1979) propôs o termo Aliança de Trabalho para designar o mesmo fenômeno. Esses autores propõem que essas formas de Aliança são de ordem “racional ou não neurótica” (Idem, p. 193). Em suma, esses termos dizem respeito ao estabelecimento, por parte do paciente, de uma relação com o analista com o

objetivo de se curar e que não está “intoxicada” por afetos a figuras do passado. Haverá um retorno a esse assunto adiante.

Diferente da Transferência, a noção de Contratransferência foi desenvolvida (principalmente) pós-Freud, permitindo haver diferenças significativas de um autor para outro (ou de um “escola” para outra), o que será apresentado a seguir.

### 3.2

#### **Contratransferência: algumas considerações**

As primeiras décadas da Psicanálise foram de extremo florescimento de novos conceitos e proposições sobre a dinâmica mental. Entre esses conceitos, um em especial apresentou um curso de desenvolvimento peculiar. Como dito, a Contratransferência, em Freud, mostra-se como um conceito pouco investigado e desenvolvido. E mais, tido inicialmente apenas como resistência do terapeuta, uma espécie de barreira ao trabalho resultante de conteúdos inconscientes do analista, (re)ativados na relação com o analisando. Quando aparece, pela primeira vez em 1910, no trabalho *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, tem-se:

“Tornamo-nos cientes da contratransferência, que surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes (...) notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas, e, em consequência, requeremos que ele (o analista) deva iniciar sua atividade por uma autoanálise” (FREUD, 1910, p. 130).

Para contrapor as ideias da transferência como fenômeno importante e indissociável da prática clínica ao processo de contratransferência, Freud (1912) assegura que a última é prejudicial, caracterizando-se como resposta inconsciente do analista ao material também inconsciente do analisando. Propõe, então, que ela deve ser superada, através da análise do próprio analista, confirmando sua visão negativa sobre fenômeno.

Freud (1915, p. 209) afirma que “para o médico, a transferência significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente”. Ou seja, voltando ao fenômeno da contratransferência, Freud o encara como um sinal de que, na relação com o paciente e a partir do que esse vínculo engendra, o analista

deve se autoanalisar – mais a diante ultrapassa a ideia de autoanálise e vai em direção à análise pessoal com outro profissional – afim de dar prosseguimento ao tratamento daquele doente.

Ainda em *Observações sobre o amor transferencial*, Freud vai formalizar a necessidade de o analista ser um personagem neutro no ato psicanalítico. Nesse trabalho, o autor diz que “não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência” (FREUD, 1915, p. 214).

Além das indicações sobre evitar a contratransferência nos seus textos publicados, Freud também relata a contratransferência como um problema em cartas a colegas. Uma, em especial, faz parte da história da Psicanálise por tudo o que envolveu o caso em questão: a Jung, após receber pedido de Sabina Spielrein para atendê-la, Freud escreve que a contratransferência é um problema permanente no trabalho psicanalítico (1909, citado por Zambelli *et al*, 2013).

Porém, em paralelo à desatenção dada a esse conceito por Freud, a contratransferência tornou-se alvo de investigação e expansão. Foi com Sándor Ferenczi que o conceito começou a sair das sombras. Autor de grande sensibilidade clínica e famoso por seu atendimento aos “pacientes difíceis”, o autor húngaro, discípulo direto de Freud, permitiu-se discordar do mestre e enveredou por um terreno não desenvolvido pelo “pai da psicanálise”: o funcionamento do psiquismo do analista deveria ser utilizado como indicador da técnica no encontro clínico.

Se para Freud era imperativo aos profissionais, em hipótese alguma, não abandonarem a neutralidade e abstenção, Ferenczi sugere mudanças ao propor que os analistas devem deixar de lado a pose produzida, uma vez que os pacientes têm capacidade de percebê-la. O autor aponta para uma situação criada na relação terapêutica dizendo ter a convicção de que os pacientes percebem sentimentos, desejos, humores, *etc* do analista mesmo nas ocasiões em que esse analista se mantém completamente inconsciente desses fatos (FERENCZI, 1928).

Ferenczi inicia, portanto, uma investigação a respeito do fluxo de material inconsciente em trânsito na clínica psicanalítica. Afastando-se da noção do analista como o profissional neutro que deve desvendar o inconsciente do doente,

única força que deveria ser considerada na relação até então, Ferenczi propõe uma espécie de diálogo inconsciente no qual, como já citado, o paciente também seria capaz de perceber os conteúdos do analista, não apenas o oposto. Ele indica que o material contratransferencial não é formado apenas por aspectos não trabalhados na análise do analista, mas absolutamente tudo o que se passasse do lado do analista – obstáculo ou instrumento para a análise.

Sendo assim, a proposta de Ferenczi para a contratransferência é a de controlá-la. E com isso, ele não quer dizer reprimi-la ou negá-la. Ao falar sobre o controle da contratransferência, o autor sugere que os analistas devem estar atentos para toda a amplidão de imagens e sentimentos presentes no trato com seus pacientes. Adiante, encontramos o alerta para o fato do narcisismo do analista funcionar como um dos obstáculos do trabalho com a transferência. Ele escreve que “o narcisismo do analista parece apropriado para criar uma fonte de erros abundante, na medida em que suscita uma espécie de contratransferência narcísica” (FERENCZI, 1924, p. 256).

Cumprir demonstrar que nesse contexto o autor alerta, em 1928, para a necessidade de o analista “sentir com” seu paciente, o que significa menos entender as dores sentidas e mais ter o tato adequado a cada situação. Em síntese, o autor afirma que tato é a capacidade do analista de saber a hora de comunicar ao paciente aquilo oculto por trás de sua fala, e da mesma maneira a capacidade de não falar nada, apenas guardar para si o material e juntá-lo a outros na expectativa de poder fazer a intervenção possível no momento mais adequado (FERENCZI, 1928).

Com Ferenczi, a temática da contratransferência ganhou repercussão, mas a rigor não se estabeleceu definitivamente como instrumento técnico, muito menos como conceito de grande destaque na teoria psicanalítica. A grande influência desse autor está menos nas formulações teóricas a respeito do tema e mais na proposta de se considerar o processo analítico como um emaranhado de afetos que transitam entre as duas partes, não apenas na direção analisando-analista. A partir dessa noção, o terreno para se estudar a contratransferência em seus aspectos teórico-clínicos estava minimamente sedimentado.

Melanie Klein, ao se perceber perante questões contratransferenciais de seus supervisionandos, indicava-os levar o tema à própria análise pois se tratava, segundo ela, de conteúdos ainda não explorados na mesma. Mais do que isso, também sugeria uma autoanálise relativa aos sentimentos surgidos nos analistas na relação com os pacientes.

A autora ainda reforça a importância da postura de abstenção do analista, conceito proposto desde o início da Psicanálise e, como citado, alvo de críticas e reformulações desde Ferenczi. Em uma das poucas passagens em que realmente escreve a própria palavra contratransferência, ao relatar um caso clínico de um menino de dez anos, Klein afirma:

“Eu tinha consciência de minha contratransferência positiva, mas, estando alerta, fui capaz de ater-me ao princípio fundamental de analisar consistentemente tanto a transferência negativa como a positiva e as ansiedades profundas com as quais me deparei (...) Acredito que tenha evitado as armadilhas a que podem conduzir uma grande simpatia para com o sofrimento do paciente e uma contratransferência positiva” (KLEIN, 1961, p. 23).

Ou seja, o trabalho analítico deveria ser conduzido através da transferência, observando suas duas modalidades possíveis (Positiva ou Negativa) assim como Freud havia postulado décadas antes. Nota-se que a autora não negava a existência da contratransferência, mas sim a considerava como prejudicial ao tratamento. Ela afirma que uma tendência do analista à função de reassuramento dos pacientes engendraria aumento de intensidade de sua contratransferência. E, continuando, garante que o aumento da contratransferência influenciaria a técnica – nesse sentido, para pior.

Wilfred Bion se destacou, entre outras coisas, pela expansão feita ao conceito de identificação projetiva de Klein. O autor estudou as formas normais e patológicas desse processo e verificou as repercussões desse conceito no manejo da transferência e da contratransferência. No que diz respeito à última, os escritos do autor sofreram algumas modificações ao longo dos anos.

Nos primeiros trabalhos a respeito do tema, Bion (1955) considera a contratransferência uma ferramenta técnica importante. Dizia ele que a interpretação analítica só poderia ser feita através da contratransferência, pelo menos enquanto não existisse outro mecanismo técnico mais eficiente. Rocha (1994) vai argumentar que a partir daí todas as menções a essa forma técnica de

uso da contratransferência foram suprimidas, de modo que ao comparar o texto original com outras publicações posteriores as partes mencionadas foram suprimidas.

A partir daí, Bion faz uso do termo para dar o sentido encontrado em Freud e Klein, como sentimento patológico do analista. Nesse sentido, o autor diferencia as possibilidades de o analista reagir de maneira emocional e consciente do aparecimento e utilização da contratransferência. Essa diferenciação está sintetizada na seguinte passagem:

“Os analistas pensam que podem usar a contratransferência. Esta é uma maneira imprecisa de pensar. Você pode usar um sentimento que você tenha, mas sua contratransferência você não pode usar. Por definição, eu não posso fazer coisa alguma com minha contratransferência a não ser mais análise” (BION apud ROCHA 1994, p. 123).

Ou seja, para o autor a contratransferência seria, por definição, inconsciente e inacessível no processo terapêutico. Os sentimentos conscientes surgidos na relação com o analisando não entrariam no *hall* do que ele chamava de contratransferência e esses, sim, poderiam funcionar como ferramenta técnica. Porém, outras concepções muito importantes sobre o conceito e seu uso foram apresentadas na própria Inglaterra e também na América Latina.

É ponto pacífico considerar Paula Heimann e Heinrich Racker como expoentes do *boom* dos estudos sobre a contratransferência. Ambos contemporâneos e imigrantes da Polônia, ela se estabeleceu na Inglaterra enquanto ele fez sua residência na Argentina. É interessante notar que seus principais trabalhos sobre o tema foram publicados com diferença de poucos anos, numa época em que, supõe-se, não havia diálogo possível entre eles, o que denota que ambos seguiram caminhos muito parecidos a partir dos estudos teóricos e práticas clínicas próprias.

Ao chegar a Londres, Heimann logo deu continuidade à sua formação tendo em Klein uma colega em trabalhos científicos e analista. O contato próximo de ambas serviu para dar bons frutos, mas também atçou as diferenças. Enquanto Klein seguia uma linha de pensamento próxima a de Freud no tema da contratransferência, considerando-a como um problema no processo analítico, Heimann apostou no conceito como uma ferramenta para se alcançar e investigar

o inconsciente do paciente. Partindo dessa diferença básica, as autoras trilharam seus caminhos ao longo de todo trabalho.

Paula Heimann sempre defendeu a ideia da contratransferência em si como instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. Ao lançar, em 1950, o primeiro artigo no qual trata do tema, Heimann subverte a ordem psicanalítica europeia estabelecida até então: de negada a contratransferência passa a ser debatida e considerada indispensável como parte integrante do trabalho terapêutico. Ela faz questão de reforçar a ideia, contraditoriamente por vezes esquecida, de que o trabalho terapêutico é, por excelência, uma via de mão dupla. Ela diz:

“A situação analítica tem sido investigada e descrita de muitos ângulos e existe uma concordância geral quanto ao seu caráter único. Mas minha impressão é que não tem sido ressaltado, de maneira suficiente, que se trata de uma relação entre duas pessoas” (HEIMANN, 1950, p. 73, tradução própria).

Tal como Melanie Klein, Paula Heimann começou a prestar atenção no fenômeno contratransferencial através das supervisões dadas por ela a formandos na Sociedade Britânica. A motivação para se debruçar sobre o tema vem a partir da seguinte explicação:

“Chamou-me atenção a crença amplamente difundida entre candidatos que a contratransferência não é nada além de uma fonte de problemas. Muitos candidatos sentem medo e culpa quando se tornam conscientes de sentimentos em relação aos pacientes (...) Descobri que nossa literatura realmente contém descrições do trabalho analítico que podem dar origem à noção de que (...) qualquer agitação emocional nessa superfície suave (do analista) representa uma perturbação a ser superada” (HEIMANN, 1950, p. 81, tradução própria).

Abandonando, por assim dizer, a postura de passividade do analista, fomentada no movimento psicanalítico até então, a autora propõe que o fluxo de sentimentos despertados nos terapeutas deve ser aceito como parte da relação e, assim, trabalhados no sentido de serem úteis ao tratamento desenvolvido. Ainda no mesmo trabalho, a autora diz que “se o analista tentar trabalhar sem consultar os sentimentos, suas interpretações são pobres” (HEIMANN, 1950, p. 74, tradução própria). Surge, então, uma inovação teórica trazida pela autora: ela passa a considerar que todo e qualquer afeto vivenciado pelo analista no presente deve ser considerado de ordem contratransferencial.

Heimann faz questão de frisar que a contratransferência é um processo de reação ao inconsciente do analisando e não se deve incluir no hall de reações contratransferenciais aquelas que dizem respeito ao passado do analista. Esse conteúdo pregresso é o que de fato precisa ser trabalhado na análise pessoal de modo a não funcionar como impedimento na prática clínica dos analistas. Por fim, a autora faz questão de discordar de Ferenczi, Alice Balint e outros contemporâneos. Para Heimann, os sentimentos surgidos no analista não deveriam ser comunicados ao paciente por se tratarem de um conjunto de fatores utilizados como ferramenta terapêutica. Se essa postura marca uma diferença significativa para a teoria ferencziana ela, de certa forma, mantém Heimann fiel aos postulados da técnica freudiana.

Outra parte considerável das contribuições aos estudos da contratransferência vem da América Latina. Com Heinrich Racker, o tema se estabeleceu no continente. O autor polonês radicado na Argentina propôs em seu trabalho *A neurose de contratransferência*, de 1948, que o tema em questão era um tabu no Movimento Psicanalítico, uma expressão que não se desenvolvia por conta de ser resistido. Ou seja, o autor considera a inexistência de estudos mais aprofundados sobre o tema uma forma de defesa dos próprios analistas contra o aparecimento, inerente na prática profissional, de conteúdos inconscientes que poderiam fazer emergir marcas pessoais muito sensíveis e dificultar o processo terapêutico. Esses conteúdos seriam, portanto, a prova da neurose do analista, ou de parte dela. Ele diz:

“Pouco foi escrito ou falado sobre a contratransferência. Em minha opinião isso é devido, pelo menos em parte, a uma resistência. Parece que entre os temas analíticos a contratransferência é tratada como um filho de quem os pais se envergonham (...). A situação profissional só reveste, com novos termos, antigos impulsos, imagens e angústias” (RACKER, 1982, p. 107).

Ao caracterizar a contratransferência como um fenômeno inerente ao campo psicanalítico e uma ferramenta técnica, Racker se coloca ao lado de Heimann e contribui para o fortalecimento de uma noção bi-pessoal da terapêutica psicanalítica. Aquilo que se passa na relação analista-analisando é formado por conteúdos pertencentes aos dois. Nesse contexto, o analista desempenharia papel duplo no trabalho de análise. Seria, como sempre, um intérprete, utilizando os recursos técnicos clássicos para se aproximar do inconsciente e desfazer conflitos

e tensões subjacentes. Por outro lado, o analista também teria a função de objeto dos fatos inconscientes. O analista enquanto objeto propiciaria influências no paciente e, em última análise, na transferência dele.

Assim, Racker se diferencia de Heimann em um quesito muito importante: ele nomeia os aspectos normais e patológicos da contratransferência. Foi no trabalho citado anteriormente que ele lança mão do conceito de neurose de contratransferência para explicar a reação patológica do analista, oriunda de aspectos inconscientes, em relação ao paciente. O autor faz uma analogia com a neurose de transferência da seguinte maneira:

“E assim, como o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do paciente para o analista, enquanto determinados pelo passado, é chamado de transferência e sua expressão patológica é denominada neurose de transferência, assim também o conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do analista para o paciente, enquanto determinados pelo passado, é chamado de contratransferência, sua expressão patológica pode ser denominada de neurose de contratransferência” (RACKER, 1982, p. 106).

O autor vai centralizar a neurose de contratransferência no Complexo de Édipo, assim como a neurose propriamente dita e a neurose de transferência. Questões como a faixa etária, a postura, características física e intelectual, *etc.*, do paciente podem reavivar conteúdos inconscientes do analista que remetem a seu período edipiano. (*id. ibid.*). Para Racker, transferência e contratransferência se alimentam, ou seja, uma influência a outra e mantêm uma espécie de comunicação inconsciente. Assim, o paciente seria capaz de capturar a contratransferência do analista, mesmo que o próprio não o fizesse. Nesse ponto retorna um pensamento de Ferenczi acerca da “captura inconsciente”.

As considerações de Heimann e Racker podem ser associadas a outros postulados psicanalíticos, posteriores a esses autores, e que certamente contribuem para o estudo da contratransferência. Donald Winnicott, especialmente, se insere nesse grupo. Pediatra inglês, membro do “*Middle Group*” formado na Sociedade Britânica a partir da polarização gerada entre o grupo Kleiniano e o Anna-freudiano, o autor criou o conceito de espaço transicional, caracterizado, resumidamente, como o campo onde ocorre a dinâmica transferência-contratransferência.

Em seu trabalho *O ódio na contratransferência*, Winnicott levanta a questão da contratransferência no tratamento de pacientes psicóticos. Para o autor, esse tipo de paciente seria muito beneficiado da relação analítica, pois poderia repetir as falhas do seu ambiente e expressar o ódio, impossibilitado de se manifestar anteriormente. Nesse sentido, Ramos (1994) detalha três usos para a palavra Contratransferência nessa obra de Winnicott.

O primeiro diz respeito à concepção contratransferencial presente desde Freud, e tida como uma espécie de obstáculo. Aqueles sentimentos inconscientes que obstruem o trabalho caso não tenham sido analisados no seu trajeto de formação profissional. O autor ainda escreve que o significado dessa palavra só pode ser o de aspectos neuróticos que estragam a atitude profissional e perturbam o curso do processo analítico.

Já o segundo significado para o conceito faz menção aos sentimentos de amor e ódio experimentados pelo analista no contato com o paciente. Sentir esses afetos era, para o autor, um acontecimento inerente ao processo terapêutico uma vez que eles seriam a resposta objetiva ao analisando.

Por fim, o terceiro uso da palavra contratransferência vai remeter a possibilidade clínica do conceito. As situações em que haveria alterações nos sentimentos do analista diante dos analisandos apontariam para possibilidades terapêuticas relacionadas à contratransferência. Aqueles sentimentos relacionados ao desenvolvimento do próprio analista e seu aparecimento na clínica poderiam ser utilizados para se entender o paciente.

Como amplamente discutido nas páginas anteriores, a definição, estudo e manejo da transferência e da contratransferência balizou o desenvolvimento da própria Psicanálise. Reconhecer e trabalhar clinicamente a Transferência e a Contratransferência é um desafio que merece muito estudo teórico e preparo clínico.

O trabalho psicanalítico demanda tempo, disponibilidade de ambas as partes e criação de uma relação verdadeira. A teoria psicanalítica garante que a transferência, ao lado da contratransferência, como padrão de relação serve a esse propósito. Através desse processo e sua utilização como técnica se dá o verdadeiro trabalho analítico: ampliar o *Ego* do paciente através da elaboração dos conflitos

inconscientes e dificuldades perante a realidade e evitar intervenções iatrogênicas por parte do analista. Também permite que a série de conteúdos inconscientes, que embora imperceptíveis se mantém atuantes, possam ser, na medida do possível, transformados em material consciente, impedindo a formação de sintomas da mais variada ordem. Assim, cumpre-se uma das funções mais importantes da Psicanálise, segundo Freud: onde era *Id*, que seja *Ego* (FREUD, 1932).

A seguir, se apresentará a Psicologia Médica, onde serão localizadas utilizações para os conceitos aqui detalhados dentro da relação médico-paciente, através de autores específicos. Antes, contudo, deve-se contextualizar o surgimento dessa área a partir da Psicossomática Psicanalítica.

## 4

### Principais influências à Psicossomática

#### 4.1

#### Os primeiros estudos sobre a relação mente-corpo

O interesse pelas explicações sobre o adoecimento humano data de milênios. Os povos antigos, buscando interpretações transcendentais para o fenômeno, mantinham a crença de que “o adoecer era uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura buscada em rituais religiosos” (VOLICH, 2010, p.23). Esses povos se preocuparam em descrever as relações entre as doenças e a influência divina no adoecer e no curar. Nesse contexto, os curandeiros eram os integrantes dessas sociedades com a responsabilidade pela intermediação entre os mortais e os Deuses, buscando alcançar a sanidade dos Homens através de rituais mágicos.

Porém, uma visão mais racional já caminhava lado a lado das noções sobrenaturais. Para Volich, “no Egito antigo, paralelamente à associação entre deuses e sacerdotes, emergiam os primeiros sinais de um raciocínio analógico na compreensão de sintomas e na escolha da terapêutica” (Idem, p. 24).

Na Grécia, a importância dada ao ser humano - e o reconhecimento de sua complexidade - tem como um dos resultados o surgimento de uma prática médica menos empírica e mais “científica”, preparando o terreno para que fosse possível separar os processos de adoecimento das concepções sagradas e religiosas.

Sobre isso, Júlio de Mello Filho diz que “alguns anos antes da fase hipocrática os gregos já começavam a se voltar para as observações e experimentações” (MELLO FILHO, 1979, p. 12). Mesmo assim, a prática médica ainda era realizada nos templos gregos de Esculápio - Deus da medicina. Locais onde, diante da presença e influência sacerdotal, cerimônias voltadas à purificação dos cidadãos gregos doentes eram realizadas. Além do ritual em si, havia também uma espécie de investigação da vida do doente, um modelo embrionário do que hoje se chama *anamnese*, onde o sacerdote buscava informações úteis para o entendimento da doença da pessoa à sua frente junto a seus familiares.

Foi com Hipócrates (Grécia, 460-377 a.C) que a *psyché* ganhou importância, influência e *status* de reguladora do *soma*: se até então o estudo da alma humana estava restrito à Filosofia, com Hipócrates ela - a alma - passa a figurar como uma grande parte orgânica do ser (VOLICH, 2010). Surge, assim, a Medicina voltada ao ser humano, ao doente como um todo.

O “pai da medicina” - como Hipócrates ficou conhecido - fez questão de afirmar a necessidade e a posição do médico dentro da estrutura social. Para ele, a função médica era a de escuta - não só do doente como também de sua família - e de ajuda aos pacientes. Pode-se dizer que, para Hipócrates, o importante era o indivíduo, não a sua parte doente. O famoso Juramento Hipocrático, usado por profissionais de Medicina à época de sua formatura, deixa claros os ideais de honestidade e ética que devem ser adotadas pelo médico diante da presença de seu paciente a sua frente. Hipócrates considerava que o ser humano poderia se desorganizar, e era justamente essa desorganização que desencadearia a doença. Volich afirma que, para o médico grego,

“A doença seria um desequilíbrio nos humores corporais em consequência das disposições naturais do paciente, das influências do meio natural e das ações atuais do paciente (...) Sendo assim, o objetivo da terapêutica era restaurar a unidade do todo orgânico ameaçado pela doença (...) considerando também a natureza do doente” (VOLICH, 2010, p. 34).

Para compreender o adoecimento, Hipócrates dava extrema importância à observação e ao contato direto com o paciente. Havia, para ele, um ineditismo em cada história contada por seus pacientes; tudo era singular. Dessa maneira, estava presente a noção de que o entendimento do adoecer humano passaria, obrigatoriamente, pela investigação e reconhecimento das faces sócio históricas e biológicas do ser humano.

Segundo ele, o clínico, ao coletar a história de vida do paciente - seu relato e o que seus familiares contam sobre o mesmo, considerando o ambiente em que ele vive - transformaria essas informações numa reconstrução histórica e complexa do indivíduo, podendo prever o que viria a suceder com ele. E não apenas das doenças do corpo se interessou Hipócrates: ele tentou ser “o médico integral que se preocupava com as doenças físicas e com os problemas mentais” (MELLO FILHO, 1979, p. 15), concebendo o cérebro como o responsável pelo pensamento e tentando afastar a epilepsia do *hall* de doenças místicas, por exemplo.

Também encontramos em seus trabalhos afirmações que fazem referência ao que hoje se entende por alternância psicossomática, fenômeno descrito como a mudança de sintomas orgânicos para mentais (e vice versa), como nos mostra Júlio Mello Filho (*Id. Ibid.*) ao reproduzir os escritos de Hipócrates onde se encontra que “o surgimento de uma disenteria pode aliviar um quadro de loucura.”

Porém, com o passar dos séculos e a decadência da cultura grega, houve um afastamento dos entendimentos hipocráticos, que foram retomados por Galeno (129-201 d.C. aproximadamente), tradutor das obras de Hipócrates para o latim e autor de importantes trabalhos sobre anatomia que seriam usados por séculos em diante. A rigor, a Medicina Ocidental teve em Galeno seu último grande expoente até o Renascimento.

A Idade Média (séc. V-XV) marcou o domínio da Igreja Católica e a decadência do desenvolvimento científico. Assim, “no Ocidente, esses conhecimentos (científicos) ficaram sujeitos à clausura que marcou o sistema feudal” (VOLICH, 2010, p. 38). Dessa maneira, as proposições médicas do período grego, cujas ideias tinham como ponto fundamental as relações entre mente e corpo, foram soterradas. Nesse contexto houve uma divisão das responsabilidades: ficaram a cargo dos homens da Igreja, por um lado, as explicações sobre os fenômenos mentais - havia a necessidade de se atribuir ao Demônio as perturbações da mente. Do outro lado, com os médicos, a autoridade no que dizia respeito às investigações das doenças estritamente corporais.

Tempos depois, com o Renascimento (séc. XVI aproximadamente), surgiu “uma orientação humanística que apagou a fogueira da Inquisição” (MELLO FILHO, 1979, p. 15). O desenvolvimento das Ciências, Artes e Filosofia voltou a ocorrer. A relativa liberdade de pensamento, onde o ser humano tornou-se o centro criativo e investigador dos fenômenos naturais, permitiu o surgimento de novos pensadores e a criação de um novo olhar sobre o Homem.

O método científico e a concepção dualista de René Descartes (1596-1650), onde corpo e alma foram entendidos como diferentes unidades com diferentes funcionamentos, reinou durante esse período. Assim a doença, seja mental ou física, deveria ser sempre investigada dentro do campo da física e das ciências naturais. Diante disso, a Medicina passou a ser contemplada como uma ciência

física, partindo de causas e suas respectivas consequências, levando a doença a ser concebida como um fator externo ao Homem e cujo estudo deveria ser feito de maneira isolada. Para Volich,

“Essa visão, que se propunha como o fundamento racional de toda ciência, acabou imprimindo uma tendência a priorizar a clareza e a distinção do corpo e de suas funções, valorizando seu substrato material em detrimento da experiência subjetiva” (VOLICH, 2010, p. 49).

Já o Iluminismo (séc. XVIII) surgiu como contestação da racionalidade do século anterior. Nesse ambiente, Emmanuel Kant (1724-1804) localizou o ser humano no centro do conhecimento. Com ele, alma e corpo passaram a compartilhar os acontecimentos positivos e negativos da vida humana, diferenciando-se da visão dualista de Descartes. Houve, nesse momento, uma mudança que se faria presente na prática médica a partir de então. O psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth (1773-1843) cunhou o termo Psicossomática, ao descrever a influência das paixões sobre doenças como a tuberculose, epilepsia e o câncer. Nesse trabalho, de 1818, Heinroth ressaltou a importância da conjugação entre o espaço físico e anímicos do adoecer. De acordo com Tenenbaum,

“o autor alemão buscava realçar a importância dos problemas espirituais - hoje denominados mentais - no adoecimento orgânico e também chamar a atenção para a interação entre as duas esferas do existir: a transcendental e a biológica” (TENENBAUM, 2013).

A partir desse momento, o campo psicossomático passará de modo marcante pela influência de Sigmund Freud, um autor “filho do Iluminismo”. Com suas descobertas sobre a dinâmica mental e a etiologia das neuroses, Freud abriu um leque de possibilidades de estudo e tratamento para os pacientes diante do adoecimento da mente. Para Abram Eksterman, a Psicossomática é “o estudo empírico das relações mente-corpo e formulação das bases teóricas para a compreensão sistêmica das doenças e intervenções transdisciplinares” (EKSTERMAN, 2010, p. 48). Ele também afirma que “a psicossomática moderna é o produto da tentativa da Psicanálise de intervir teórica e clinicamente na patologia somática” (1994, p. 2).

Porém, a intervenção psicanalítica, quando realizada em pacientes somáticos, não deve ser considerada como o único ato responsável pelo alívio de tais sintomas. Não é possível fazer essa relação de causalidade. Ela é, sim, parte integrante de

um todo que deve compreender também constructos teóricos de outras áreas do conhecimento humano, como a biologia, antropologia, *etc.*

Nas próximas linhas desse capítulo, de maneira geral e sintética, serão apresentadas determinadas contribuições importantes no desenvolvimento da Psicossomática, exemplificada a partir de alguns dos Centros de Pesquisa historicamente mais importantes na área.

## 4.2

### Walter Cannon, Hans Selye e a Psicofisiologia

A importância dada a Walter Cannon, fisiologista norte-americano, deve-se à criação do conceito de “Homeostase” - que diz respeito ao processo de equilíbrio interno de um organismo - e seus trabalhos sobre estados emergenciais. Esse autor foi o responsável pelo início das pesquisas psicofisiológicas, isto é, o entendimento das relações existentes entre o funcionamento mental e os processos fisiológicos. Após a publicação de seu trabalho sobre as “mudanças fisiológicas que se encontram na raiz dos estados de fome, dor, medo e raiva, produzidos pela secreção de adrenalina em ocasiões emergenciais”, Cannon se transformou no pioneiro da Psicofisiologia (MELLO FILHO, 1979, p. 48).

Junto a Cannon, outro importante autor da área fisiológica foi Hans Selye, médico húngaro, que apresentou a ideia de “Estresse”. Tal conceito é definido como “o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agente estressor” (Idem, p. 51). Seus estudos basearam-se nas pesquisas com animais dentro de laboratórios e apontaram para aquilo que conhecemos hoje como “Mecanismo de Luta ou Fuga”, qual seja a preparação biológica dos animais para a sobrevivência diante de uma situação de perigo, o que envolve diversos órgãos e glândulas, por exemplo.

A reação ao estresse foi chamada de Síndrome Geral de Adaptação, dividida em três fases, resumidamente apresentadas como: (i) primeira fase, ou de alarme, iniciada pela secreção de adrenalina e continuada pelas reações humorais e de hiperatividade da glândula suprarrenal; (ii) segunda fase, chamada de defesa ou resistência, que se deve à atuação da hipófise; e (iii) terceira e última fase, o

esgotamento, caracterizada pela incapacidade de lidar com os agentes estressores incessantes (SELYE, 1959).

Os estudos de Selye abriram um horizonte de conhecimento sobre o funcionamento de partes do organismo responsáveis por reações esperadas ou patológicas diante de certas situações. O processo natural permite que os órgãos afetados pela liberação de hormônios e estimulantes se recuperem através de um processo de *feedback*, onde mensagens neuronais cessam a produção das substâncias envolvidas no desencadeamento do estresse. Porém, quando o corpo está diante de circunstâncias de estresse crônico, muitos tecidos tornam-se mais vulneráveis a danos permanentes e pode se dar o aparecimento de doenças em virtude da desorganização do Sistema Imunológico.

### 4.3

#### **Franz Alexander e o Instituto de Chicago**

Franz Alexander, médico e psicanalista nascido na Hungria, migrou para os Estados Unidos em 1929 com o interesse de levar à área médica sua prática psicanalítica. Lá, preocupado em entender o aparecimento das afecções somáticas funcionais em decorrência de conflitos psicológicos inconscientes, ajudou a criar o “Instituto Psicossomático de Chicago”. Segundo ele e seus colaboradores, em quase todos os problemas crônicos, os fatores emocionais têm um papel (ALEXANDER, 1989).

De acordo com Alexander, compete ao campo psicossomático estudar o funcionamento do aparelho psíquico humano durante o aparecimento de uma doença biológica, intervindo terapêuticamente. O autor realizou estudos e organizou duas categorias de doenças: os estados conversivos e as neuroses vegetativas.

No que diz respeito aos estados conversivos, Alexander postulou que esses quadros possuiriam simbolismo, estando contidas as ocorrências de conversão histórica, por exemplo. Para Alexander, esses estados constituem uma manifestação simbólica e sua finalidade é o alívio de tensões psicológicas com manifestações corporais (ALEXANDER, 1989).

No caso das neuroses vegetativas, a mediação se daria pelo Sistema Nervoso Autônomo. Em virtude disso, as alterações aconteceriam em glândulas, músculos lisos e vasos, carecendo de expressão simbólica, isto é, elas não seriam expressão do recalque de conteúdos insuportáveis para o *ego*. Nesse quadro se encontram as doenças ditas “psicossomáticas” e que foram alvo de extenso estudo do grupo de Chicago. São elas: artrite, asma, colite ulcerativa, hipertensão, neurodermite, úlcera e doença de Graves (hipertireoidismo).

Preocupado em descrever de que maneira se dava o surgimento da doença, Franz Alexander criou a teoria da Constelação Psicodinâmica Específica. De acordo com essa teoria, ao se deparar com situações emocionais específicas, certas reações de base fazem ressurgir conflitos íntimos presentes na biografia do paciente. Cada uma dessas reações possuiu uma síndrome cujas características são modificações corporais. Sobre isso, Tenenbaum (2013) afirma:

“Partindo das observações freudianas sobre a ocorrência de sintomas orgânicos funcionais na vigência de conflitos inconscientes, Alexander desenvolveu estudos sobre o papel dos processos simbólicos na patogenia psicossomática, com o objetivo de encontrar conflitos específicos para cada doença orgânica”.

#### 4.4

#### **Pierre Marty e a Escola de Paris**

Pierre Marty foi médico e psicanalista francês conhecido pelo seu pioneirismo na Psicossomática, sendo um dos expoentes, ao lado de outros colaboradores, das publicações do movimento que ficou conhecido como a “Escola de Psicossomática de Paris”. Em 1972, sob a direção do próprio Marty, foi criado o Instituto de Psicossomática de Paris, responsável pela formação de profissionais interessados na prática e nos estudos psicossomáticos.

Através do conceito de neurose atual proposto por Freud, o grupo de Marty procurou compreender, de uma maneira diferente da proposta por Franz Alexander, o adoecimento somático. Para Marty, os acontecimentos de ordem mental, biológica e comportamental configuram-se como alguns dos tipos de recursos da economia psicossomática visando à regulação de sua homeostase, suas relações com o meio e com os outros humanos (VOLICH, 2010). Isto é, de certa

maneira privilegia o “doente psicossomático” e não a “doença psicossomática”, como proposta por Alexander.

Para a “Escola Francesa”, o ser humano está constantemente diante do aparecimento e do fluxo tomado pelas excitações, tendo a necessidade de descarregá-las. Marty, ao se referir aos doentes orgânicos, afirma que os mesmos têm a peculiaridade de terem um tipo específico de pensamento, que foi denominado de Pensamento Operatório. Esse termo diz respeito a um funcionamento mental emocionalmente empobrecido, com predomínio das atitudes práticas, que não dá importância aos fatos presentes, é incapaz de projeções voltadas ao futuro e é pobre em simbolismo (MARTY, 1994).

De acordo com o autor francês, o processo de adoecimento estaria em íntima relação com essa pobreza de recursos psíquicos, ou seja, uma dificuldade de mentalização - processo descrito por Marty como a forma pela qual o aparelho mental regula seu conteúdo energético, através de processos como simbolização e representação. Esse paciente, uma vez incapaz de elaborar as experiências vividas justamente em decorrência de dificuldades com os processos citados anteriormente, estaria sujeito à somatização. Para Ferraz (2005, p. 5),

“Uma boa mentalização protege o corpo das descargas de excitação, à medida que esta encontra abrigo nas representações existentes no pré-consciente. Um grau pobre de mentalização, ao contrário, deixa o corpo biológico desprotegido, entregue a uma linguagem primitiva basicamente somática (...). Nos processos de somatização pode-se falar, então, em insuficiência ou indisponibilidade das representações do pré-consciente” (FERRAZ, 2005, p. 5).

## 4.5

### **Peter Sifneos e a Alexitimia**

Já o psiquiatra Peter Sifneos criou, quase que simultaneamente, nos Estados Unidos, o termo "Alexitimia" (*a* = não; *lexis* = palavra; *thymós* = emoção), cuja definição pode ser dada como a dificuldade de expressar os sentimentos. O autor foi levado à criação desse conceito ao observar o discurso de “pacientes psicossomáticos” e perceber neles esse estilo de embotamento afetivo, que os autores franceses denominavam de Pensamento Operatório.

Essa condição é um mecanismo de defesa do *Ego*, com alta taxa de incidência em pacientes que passaram por experiências de grande trauma e se dá pela incapacidade de elaboração psíquica da experiência. Esse quadro não é específico de nenhuma doença, e pode estar presente com diferentes intensidades: desde a leve, onde há a impossibilidade de nomear um sentimento específico diante de alguma situação, até a ausência completa da nomeação de toda a afetividade.

Abram Eksterman (1985), influenciado pelas noções de Sifneos e Marty sobre os modelos de embotamento afetivos propostos por eles - Pensamento Operatório e Alexitimia - criou o conceito de Lacunas Cognitivas, com o qual se pretende descrever as falhas na interação entre as funções maternas/paternas e os desejos da criança. São decorrentes de experiências traumáticas de difícil ou impossível elaboração e caracterizam-se por deficiências funcionais do *Ego*. Por se tratarem de “vazios”, esses espaços podem ser preenchidos pelo Processo Primário de Pensamento - aquele que rege o funcionamento do Inconsciente e busca a realização de desejos - levando a ocasiões de desorganização e confusão mental.

#### 4.6

#### **Críticas aos modelos propostos**

Várias críticas são feitas aos modelos propostos por não haver, na prática, a observação dessa causalidade direta e restrita entre doenças e tipos específicos de organismo humano, como propôs Alexander e seus colegas. Isso se deve, em parte, à complexidade do ser humano e à incapacidade de enquadrá-lo a uma forma de reagir generalizada. Por outro lado, as propostas da equipe de Paris denotam, entre outras, uma característica relacionada à simbolização e capacidade linguística que não se pode dizer que está presente, de maneira restrita, aos ditos “pacientes psicossomáticos”. Esse termo, inclusive, será criticado adiante em algumas passagens de autores da Psicologia Médica.

Dessa forma, através da união dos estudos psicodinâmicos com os fisiológicos aqui apresentados, deve-se buscar o entendimento da doença como um acontecimento que toma seu curso em um sistema aberto (CAPRA & LUISI, 2015). Nele, fatores externos e internos - como problemas hereditários, má

formações congênitas, estresse, problemas psicológicos e sociais, *etc* - se conjugam e se influenciam mutuamente.

Até aqui foram apresentadas algumas contribuições e importantes propostas - extremamente resumidas por não serem o foco exato do trabalho - sobre o adoecimento orgânico, entendendo o corpo físico em constante contato com a mente. Nesse sentido, foi possível surgir, no século XX, a Psicologia Médica, um conhecimento que se originou de diversas ciências - como Psicanálise, Antropologia, Fisiologia, *etc*.

No presente trabalho, o ponto de partida para definir a Psicologia Médica será a proposição de Abram Eksterman (2010), tratando a Psicologia Médica como o braço clínico da Psicossomática, pois tenta intervir diretamente na relação equipe-paciente, lançando mão dos conhecimentos teóricos adquiridos através dos estudos psicossomáticos.

## Psicologia Médica

Uma dúvida muito comum a respeito da Psicologia Médica é sua semelhança com o campo conhecido como Psicologia Hospitalar – um termo brasileiro. Tal dúvida pode ser dissipada com a diferenciação dos objetivos básicos de cada uma e as ferramentas utilizadas para se alcançar esses objetivos, apesar de se tocarem em vários pontos.

A Psicologia Hospitalar é o trabalho psicológico de apoio a pacientes, familiares e equipe, buscando auxiliá-los durante o período de adoecimento e em seu trabalho do dia a dia. Para isso, lança mão de diferentes correntes teóricas sobre o funcionamento mental, que variam desde as organicistas às psicodinâmicas. Nesse sentido, a Psicologia Hospitalar caracteriza-se por ser a área de atuação do psicólogo que:

“Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde (...) Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente” (CFP, 2001, p. 13).

Já a Psicologia Médica busca intervir, primordialmente, na relação médico-paciente e prevenir a iatrogenia na mesma. Tal processo é encarado como um dos fatores que deve ser levado em consideração ao longo da prática assistencial pois é um desencadeador de doenças orgânicas e conflitos mentais.

Nesse aspecto, para Balint (1988), a relação médico-paciente pode ser perpassada por incômodos e graves tensões e, diante dessas situações desagradáveis, a “substância médico” pode não produzir os efeitos desejados. Por fim, diante desse quadro, com o paciente necessitado de ajuda e, mesmo o médico se esforçando para tal, pode não haver sucesso terapêutico e a situação só tende a piorar, evoluindo, inclusive, para grandes tragédias.

Assim, ao se pensar a Psicologia Médica pensa-se automaticamente nas relações surgidas na prática médica, seja entre médicos e pacientes, pacientes e família, equipe e paciente, *etc.* Como dito anteriormente, o presente trabalho pretende analisar apenas os aspectos contidos na relação médico-paciente, deixando o

estudo das outras formas de relação existentes no ambiente hospitalar para outra oportunidade.

Para Luchina (1971), o importante campo da relação médico-paciente, com suas características peculiares, foi sendo substituído, paulatinamente, pela “medicina acadêmica”, que dá ênfase aos aspectos técnicos e instrumentais da ação médica, hierarquizando-os. O autor complementa, afirmando que “a pessoa do paciente, seus vínculos familiares e seu contexto social contavam pouco, pois o médico não os incluía na sua atividade, considerada pelo mesmo como rigorosamente científica” (*id. ibid.* p. 23 – tradução própria).

Se, por um lado, o adoecimento do corpo é visto a partir de uma concepção científica bem esquematizada, durante muito tempo a relação desse adoecimento com a mente e as suas modificações foram tratados de forma empírica no âmbito da medicina. Essa dissociação entre corpo e mente se fez presente ao longo de todo século XX.

A partir do momento em que a medicina se centrou no corpo adoecido, não mais no paciente adoecido, ela se transformou em uma prática onde aqueles que curam puderam ser reduzidos a meros técnicos. Porém, o contato com o doente não se reduz à aplicação de técnicas aprendidas nas Escolas de Medicina; atender alguém não se reduz a procedimentos realizados por uma pessoa ativa em outra, passiva. Pelo contrário, tanto médicos quanto pacientes são ativos na relação, ambos participam dessa interação e da relação formada entre eles surgem materiais extremamente ricos. Ainda nas palavras de Luchina:

“O médico quis ser apenas um técnico, mas não pode sê-lo pois está obrigado a atender e a manejar os aspectos psicológicos do paciente. Porém, a atenção ao aspecto emocional de seus pacientes se converte em uma complicação (...) Sintetizando, em termos psicodinâmicos, diríamos que todo médico reage, queira ele ou não, com sua irracionalidade e emoções e estabelece com seu paciente uma relação complexa, mais ou menos profunda, que se denomina relação médico-paciente” (1971, p. 41 – tradução própria).

Para Perestrello (2006), o ato médico, mesmo com aparente caráter técnico, é sempre vivo uma vez que se encaixa no *hall* de relações transpessoais. Nesse sentido, um diagnóstico não é algo dissociado dessa relação, pois toda e qualquer atitude médica tem repercussões – inclusive graves – sobre seus doentes e sobre os próprios médicos, tendo significados mais ou menos terapêuticos (ou até

mesmo antiterapêutico). Para Mello Filho, “ambos (médico e paciente) projetam e introjetam coisas permanentemente, entre si. Cada mensagem verbal ou extra verbal é uma projeção dirigida ao outro. Cada percepção ou captação (consciente, intuitiva ou inconsciente) é uma introjeção do outro” (MELLHO FILLHO, 1979, p. 100).

Sobre a formação da relação médico-paciente, Balint diz que “sobre esta base mútua de satisfação e frustração se estabelece uma relação original entre o clínico geral (*ou qualquer outra especialidade médica*) e os pacientes que lhes são fiéis” (1988, p. 2016 – grifos próprios).

Segundo esse autor, há grande dificuldade de descrever essa relação em termos psicológicos: não é apenas amor ou amizade, respeito ou identificação, embora todos esses sentimentos estejam presentes. Diante disso, deve-se denominar essa relação como uma “companhia de investimento mútuo”. Assim, espera-se que o médico adquira, aos poucos, a capacidade de investir afetivamente em seu paciente e que, por outro lado, o paciente possa investir naquele(s) que o cuida(m).

Aproveitando esse importante parágrafo, pode-se voltar ao tema da “Aliança Terapêutica” (ou “de Trabalho”), brevemente explicado no Capítulo anterior. É possível encontrar uma evidente relação da mesma - primordialmente designada para acontecer no ambiente psicanalítico - com o trabalho realizado pelos médicos. Para Balint:

“Durante a fase inicial de uma doença aguda, quando o paciente se acha ainda sob a influência do choque inicial, isto é, quando a sua enfermidade é ainda “não organizada”, o médico constitui geralmente um apoio e permite ao paciente uma atitude de dependência. Quando passa o choque inicial, e a enfermidade em lugar de desaparecer “se organiza” e adota uma forma crônica, sempre que possível o médico deverá tentar obter a colaboração do paciente para estabelecer um compromisso aceitável entre os seus costumes habituais e as exigências da doença” (BALINT, 1988, p. 208).

Mesmo nos casos em que a doença pareça em fase ainda não organizada, o paciente pode passar a ter um sócio (em certo grau um superior) de quem pode e espera receber ajuda no processo de adoecimento.

Ao pensar o conceito de “Aliança Terapêutica” (e outros termos psicodinâmicos), e refletir que essa dinâmica se dá em outros ambiente e não apenas nos

consultórios psicanalíticos, pode-se considerar que a aliança com o *Ego* do paciente, mesmo que realizada de maneira intuitiva e não técnica, pode ser uma das primeiras atitudes tomadas em prol do trabalho desempenhado pelos médicos. Essa aliança pode passar a acontecer através de uma formação médica sólida em termos de conhecimentos psicodinâmicos. Assim, um pouco além da proposta de Balint, tem-se que para qualquer caso, com doenças “organizadas” ou não, em atendimentos ambulatoriais, emergenciais ou com pacientes internados, o estabelecimento de um vínculo é primordial para o desenvolvimento do tratamento.

Adiante, Balint continua dizendo que “todo médico convirá que a atitude do paciente quanto a sua doença é de suprema importância e ao médico corresponde a tarefa de “educar” o paciente para que esse preste a sua colaboração” (*Idem*, p. 210). O que Balint chama de “educar” pode ser encarado como a missão de trazer o paciente para junto do médico no sentido de dar início e/ou prosseguimento ao tratamento, aliando-se, para isso, com a parte racional (ou consciente) de sua mente. O conceito Balintiano de “Função Apostólica”, onde essa noção de “educar” se faz presente, será desenvolvido adiante. O autor afirma, no que diz respeito ao trabalho de médicos clínicos:

“Sob o impacto do pensamento clínico atual, os médicos não conseguem avaliar a importância do fato de que o paciente possa se queixar (independentemente sobre a que se refere a queixa), nem as imensas e únicas potencialidades terapêuticas da relação médico-paciente, que permitem que o paciente se queixe” (BALINT, 1993, p. 99).

Em resumo, a Psicologia Médica é o desenvolvimento e operacionalização de conceitos psicodinâmicos dentro do ambiente hospitalar, especificamente com o objetivo de intervir diretamente na relação entre os agentes de saúde, seus doentes e família, e evitar a manutenção do adoecimento (iatrogenia) através de pontos cegos (conteúdos inconscientes; conteúdos irracionais; *etc*) dessa relação.

Se a Psicanálise busca o trabalho essencialmente na transferência e contratransferência utilizando a interpretação como método primordial, na área da Psicologia Médica deve-se saber que os conceitos existem, conhecer como se formam e se mostram sem necessariamente precisar trabalhar com os mesmos em termos de interpretações diretas. Nessa área, o que se busca é intervir sobre a

relação equipe/médico-paciente no sentido de impedir que conteúdos de ordem inconsciente possam, de certa forma, ditar os rumos do tratamento.

Antes, como um adendo, deve-se dar a devida importância ao trabalho do médico e psicanalista Júlio de Mello Filho (e seus colaboradores) às áreas da Psicossomática e Psicologia Médica. Embora, no presente espaço, não haja um aprofundamento das ideias do autor cujo trabalho, principalmente com grupos, é extenso, deve-se deixar registrado sua grande relevância enquanto estudioso da história, aspectos teóricos e clínicos das áreas supracitadas. Júlio de Mello Filho contribuiu, inclusive, do ponto de vista institucional para o desenvolvimento da Psicossomática e Psicologia Médica em território nacional, sendo criador e Chefe do Serviço de Psicossomática do Hospital São Francisco de Assis, da UFRJ, a partir de 1966 e tendo lá permanecido por 11 anos, antes de se tornar professor de Psicologia Médica na UERJ (GUEDES, 2003).

A partir de agora serão apresentadas algumas das principais contribuições teóricas e técnicas à Psicologia Médica trazidas pelos seguintes autores: Michael Balint, Isaac Luchina, Danilo Perestrello e Abram Eksterman, escolhidos pela sua originalidade e pertinência ao tema aqui proposto. Cabe ressaltar que não serão feitas diferenças entre a relação médico-paciente estabelecida em âmbito de enfermarias ou ambulatorios. Sabe-se que cada modalidade de atendimento possui suas peculiaridades entretanto, de maneira geral, para o que o presente trabalho se propõe, essas diferenças não serão pormenorizadas.

## 5.1

### **Michael Balint e a criação dos Grupos Balint**

Com seu trabalho na Clínica Tavistock, em Londres, Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, é considerado um dos pioneiros da área da Psicologia Médica (MELLO FILHO, 1979). Como psicanalista, Balint propôs importantes questões sobre os pacientes chamados “difíceis” e o mecanismo da regressão, estudou a fundo as relações objetais, a questão do amor primário em oposição ao narcisismo primário, entre outros (BALINT, 1959).

Uma de suas contribuições teórico-clínicas mais importantes foi o conceito de Falha Básica que, resumidamente, designa uma área da mente caracterizada pela falha, pré-edípica, de alguma figura importante em estágio precoce do desenvolvimento do indivíduo. Falha essa cuja influência se estende por toda estrutura psicológica da pessoa e pode ser percebida no adoecimento neurótico, psicótico e também psicossomático.

Ao lado se sua primeira mulher, Alice Balint, o autor escreveu *Transferência e contratransferência* em 1939. Membro da Sociedade Britânica, Michael Balint assegurou que a contratransferência é a transferência normal do analista em direção ao analisando, e não patológica como considerado por Freud e alguns discípulos da época. Em sua obra, procurou ressaltar as relações de objeto e a importância da terapêutica psicanalítica ser entendida a partir do comportamento do terapeuta.

Balint considera a personalidade do analista como um dos fatores criadores da atmosfera clínica. A Psicanálise, para ele, de forma alguma poderia ser um método estéril, envolvendo os sentimentos de apenas um dos lados. Com isso, ele critica a noção de abstinência proposta por Freud (1912; 1915). O analista pode tentar ser opaco, um espelho, mas não atinge esse objetivo. Algo próprio seu sempre vai se revelar e influenciar o *setting* analítico, seja através da fala, dos gestos, do ambiente, *etc*, e essas características sempre produzirão algo no espaço analítico. Para Minerbo:

“Balint observa que quase todos os termos e conceitos da teoria que foram criados para entender a psicopatologia psicanalítica privilegiam a *one-body-psychology*, e por isso só podem dar uma descrição aproximada do que acontece na situação analítica viva, que é essencialmente uma *two-body-situation*” (MINERBO, 2012, p. 38).

Ou seja, o autor propõe que a terapia psicanalítica teria sua razão de ser na própria relação entre analista-analisando. As ideias desse autor fugiram da área da clínica psicanalítica *stricto sensu*. Balint levou à comunidade médica a noção de que o doente se queixa não apenas do seu mal-estar orgânico, mas também do seu sofrimento psíquico, e o médico deve ser capaz de localizar esse sofrimento para além do somático e agir sobre ele.

Na área médica, Balint deu importância às relações entre os médicos e seus pacientes, mas principalmente à formação médica e os impactos psicológicos do

desempenho dessa função no dia a dia. Ele acreditava que a formação e o desenvolvimento de um médico não deveriam ficar a cargo apenas da aprendizagem técnica. Essa se tornou uma de suas influências mais notáveis, sendo o livro *O médico, o seu doente e a doença*, publicado pela primeira vez em 1957, uma das suas principais contribuições à área. Balint organizou reuniões grupais com clínicos gerais da Tavistock.

“Nosso trabalho adotou exclusivamente a forma de grupos de discussão, integrados por oito a dez clínicos e um ou dois psiquiatras. Os grupos reuniram-se uma vez por semana durante dois ou três anos (...) As reuniões se realizavam na primeira hora da tarde do meio dia livre que habitualmente os clínicos têm. Esse sistema lhes permitia participar sem que produzisse interferências com a atividade profissional” (BALINT, 1988, p. 2)

O autor afirma que precisou dar conta de três tarefas sendo (i) o estudo das implicações psicológicas na clínica geral; (ii) fazer o treinamento dos clínicos gerais nesse trabalho; e (iii) criar um método apropriado para realizar esse treinamento. Diante disso, o principal objetivo foi realizar um exame o mais razoável possível da relação médico-paciente, tida como mutável. Em outras palavras, fez o estudo da “farmacologia da substância médico”. Assim, o objetivo principal do livro foi “descrever certos processos da relação médico-paciente que provocam sofrimento desnecessário, irritação e esforços infrutíferos tanto do paciente quanto do seu médico” (Idem, p. 3-4).

Ao dissertar sobre os resultados das reuniões realizadas na Tavistock, Balint escreve aquela que seria uma de suas frases mais importantes: “A discussão revelou rapidamente que a droga mais utilizada na clínica era o próprio médico” (BALINT, 1988, p.1). E, mais a frente, continua dizendo que “do ponto de vista psicológico acontecem mais coisas entre o paciente e o médico do que se lê nos livros texto” (Idem, p.2).

Balint estimulava que os profissionais discutissem e analisassem os sentimentos que emergiam na relação com seus colegas e pacientes, com o objetivo de otimizar o trabalho e o processo de cura dos doentes bem como facilitar o manejo e as relações entre a equipe. Esse trabalho ficou popularmente conhecido como Grupo Balint. Os grupos eram formados por um número que variava de 8 a 10 clínicos gerais e psiquiatras, com um coordenador e com duração de no mínimo dois anos, sendo os encontros realizados semanalmente (BALINT, 1988).

Para Eksterman (1968), o Grupo Balint é caracterizado pela reunião destinada a diagnosticar e elaborar tensões irracionais que perturbam a tarefa assistencial, impedindo a sua realização de forma eficaz e adequada, e, além do assistencial, também possui caráter educacional. Para Mello Filho (1979) o centro da obra de Balint no que tange à Psicologia Médica está no fato de que assim como o paciente, o médico quando vai ao seu encontro leva também expectativas e fantasias.

Assim, as reuniões desses grupos objetivavam dar subsídios e ajudar os médicos a conseguirem maior sensibilidade diante do processo que se desenvolve na mente dos pacientes e deles próprios, a nível consciente ou inconsciente. Para Balint, todo médico propicia psicoterapia a seus pacientes e, em virtude disso, deve estar bem preparado para desempenhar tal função.

Nesse sentido, o médico deveria, ele próprio, realizar psicoterapia em seus pacientes durante o tratamento clínico. De acordo com o autor, pelo menos de um quarto a um terço do trabalho médico consiste em psicoterapia pura e simples (BALINT, 1988). Para ele, a respeito do contato entre médico-paciente e das anamneses tradicionais e exames físicos protocolares feitos pelos profissionais,

“(O médico) À medida que descobre em si mesmo a capacidade de escutar aquelas coisas do seu paciente que surgem confusamente formuladas, porque o próprio paciente tem escassa consciência delas, o médico começará a escutar o mesmo tipo de linguagem em si mesmo. Ao longo desse processo ele descobrirá que não existem perguntas absolutamente diretas capazes de trazer à superfície o tipo de informação que ele busca. A estruturação da relação médico-paciente sobre o padrão de um exame físico inativa os processos que o profissional pretende observar, pois estes só podem acontecer em uma relação bi pessoal” (Idem, p. 108).

A formação médica deveria, portanto, contemplar o aprendizado a respeito da prática psicoterápica, relação bipessoal por excelência. E curso de psicoterapia verdadeiramente eficaz, diz Balint, é o psicanalítico, através de seu tripé “análise pessoal”, “estudo teórico” e “trabalho supervisionado”. Utilizando sua experiência no modelo de formação húngara, realizada tendo Sándor Ferenczi como analista, Balint se propôs a formar médicos capazes de realizar intervenções psicoterápicas de maneira explícita. Para ele,

“Em nossos seminários de pesquisa (ou Grupos Balint) nós não tínhamos possibilidade para análise pessoal. Todo o treinamento era levado a efeito discutindo os relatos dos clínicos gerais sobre seus pacientes no grupo, composto de seus colegas que tomavam parte no curso. O material mais importante usado é a contratransferência

do médico, quer dizer, a maneira na qual ele usa sua personalidade, suas convicções científicas, seus padrões de reação automática (...) Outro fator que afeta a relação do paciente com seu médico é a reação do próprio médico, em parte governada por padrões automáticos (...) Para conseguir melhor harmonia e com o maior número de pacientes, o médico deve dispor de ampla gama de reações, o que significa que deve tomar consciência de seus próprios padrões e adquirir gradualmente pelo menos um mínimo de liberdade com respeito às mesmas” (Idem, p. 262).

Ou seja, a contratransferência seria caracterizada pelo conjunto de reações do médico ante seu paciente, e entendê-la seria o caminho para o melhor desenvolvimento do trabalho clínico. Mais do que isso, a contratransferência se configuraria como um dos mais importantes fatores a ser levado em conta na relação dos médicos com seus doentes. A concepção de contratransferência utilizada por Balint em muito se assemelha a de autores como Paula Heimann e Heinrich Racker, trazidos anteriormente, como um somatório de conteúdos conscientes e inconscientes que emergem na relação clínica.

O adoecimento seria um recurso utilizado por indivíduos diante de dificuldades em lidar com momentos difíceis de suas vidas. Ao adoecer, a pessoa se dirigiria ao médico “ofertando” essa doença, através de seus sintomas e modo pelo qual reage à mesma. Diante da “oferta” de doença feita pelo paciente ao médico, caso não estejam preparados para lidar com ele, os profissionais de saúde podem vir a deixar de lado certos aspectos importantes, contribuindo para a manutenção do estado patológico, ou seja, sendo iatrogênicos. Assim, para o autor, o médico sempre será mais ou menos iatrogênico e o que importa é ter isso em sua consciência com a maior clareza possível – daí a importância de uma formação que contemple os aspectos psicodinâmicos.

As motivações para “aceitar” ou não aquilo que lhe é dado vêm em virtude de aspectos inconscientes, irracionais. Cabe ao médico reconhecer, com a ajuda dos grupos de discussão, aquilo que emana de si mesmo na forma de atitudes ineficazes ao tratamento e, mais do que isso, ser capaz de identificar as características pessoais do doente, não apenas sua doença, encarando-a como uma forma de estar no mundo a sua volta e relacionar-se com o mesmo.

Em meio a tantos pontos importantes da relação médico-paciente e da tarefa assistencial médica, um conceito chama a atenção: Balint escreve a respeito da Função Apostólica do médico. Ele se refere à característica que médicos - principalmente os mais jovens - possuem de saber como seus pacientes devem

reagir ou suportar, além de terem o dever de convencer ou converter às suas normas e credos seus pacientes. Essa seria uma forma de educar a população a respeito daquilo que, quando doentes, podem ou não esperar dos atendimentos que se submetem. E, de forma ampliada, contribuiria para o represamento dos aspectos subjetivos de cada indivíduo frente ao profissional de saúde, afinal de contas os ambulatórios e enfermarias médicas seriam os locais de questionamentos biológicos com fins objetivos muito bem traçados.

Para exemplificar essa função observada nos profissionais, o autor cita o aparecimento dessa atitude em situações em que problemas físicos se associam a problemas de ordem moral, como o caso da paciente que se dirigiu ao consultório pedindo um atestado para usufruir de um tempo maior de férias. Sobre a “Função Apostólica”, Balint pontua:

“Um aspecto importante dessa função é a necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e sobretudo a si mesmo, que é bom médico, um profissional bondoso, digno de confiança e capaz de ajudar. Ainda que nos doa, nós sabemos que se trata de uma imagem por demais idealizada (...) Infelizmente, no plano da medicina psicológica tanto quanto no da medicina física, o princípio de aliviar a todo custo o sofrimento pode terminar em desastre” (Idem, p. 199).

Embora pouco desenvolvido na obra, o tema da transferência também se faz presente. Com toda sua experiência com pacientes regredidos, Balint pode demonstrar que, no momento de complicações orgânicas e a necessidade de procurar tratamento médico, é comum a todos os seres humanos o processo de regressão e transferência de afetos e anseios dos primórdios do nosso desenvolvimento em direção a toda equipe de saúde. Os médicos deveriam, portanto, estar atentos ao aparecimento desses conteúdos e agirem de maneira a acompanharem sua ocorrência enquanto no formato positivo e intervirem nas intercorrências de transferências tidas como negativas, aquelas que, por fim, pode propiciar iatrogenia e manutenção do estado patológico.

E, ampliando, pontuou também o aparecimento da transferência durante a realização das reuniões de grupos. Esse fenômeno, chamado de “transferência pública” – em oposição ao que ele chamou de “transferência privada”, foi alvo de intervenções por parte do autor. A primeira seria passível de trabalho durante reuniões grupais, pois atingem, de certa maneira homogeneamente, grupos cujos indivíduos desempenham funções profissionais parecidas. Por outro lado, aquelas

transferências de ordem privada deveriam ser remetidas ao acompanhamento íntimo, com *setting* apropriado e frequência regular (BRANDT, 2009).

Como alertado anteriormente, no presente trabalho não será possível ampliar o estudo para profissionais de outras áreas que não a médica, mas percebe-se que a formação de grupos com profissionais de diversas áreas de saúde continua a se desenvolver e traz bons resultados aos serviços e hospitais, seja a nível operacional, com discussões de caráter técnico, seja a nível psicológico, com espaço para debates e análises de demandas subjetivas<sup>3</sup>.

A partir de Balint, a Psicologia Médica passou por um processo de desenvolvimento contínuo. O caminho aberto pelo autor permitiu que outros importantes profissionais desenvolvessem trabalhos sobre a relação médico-paciente em seus aspectos psicodinâmicos. No Brasil, a primeira ocorrência de formação de Grupo Balint que se tem notícia deu-se na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no ano de 1962 (EKSTERMAN, 1975). Nessa mesma instituição, atualmente, Decio Tenenbaum desenvolve trabalho semelhante, de frequência quinzenal, com especializando em Dermatologia na Enfermaria de Dermatologia do professor Rubens David Azulay.

Contudo, antes de apresentar o trabalho desenvolvido no Brasil, deve-se compreender outro conceito muito importante para a Psicologia Médica: o de Interconsulta, desenvolvido por Isaac L. Luchina e seus colaboradores na Argentina.

## 5.2

### Isaac Luchina e a Interconsulta Médico-Psicológica

O psicanalista argentino Isaac Luchina, junto a outros autores, fez importante contribuição à Psicologia Médica com o conceito de Interconsulta. O foco do seu trabalho foi a observação e intervenção, através de diálogo clínico, junto a médicos cujas atitudes em relação a seus pacientes estariam sendo motivadas, principalmente, por processos inconscientes que contribuiriam para consequências

---

<sup>3</sup> Recomenda-se, no assunto “cuidados à equipe”, a leitura de Campos (2005; 2006).

graves. Os autores afirmam que o campo dinâmico genericamente chamado de relação médico-paciente:

“É constituído pelos fenômenos transferenciais do paciente e contratransferenciais do médico. Os primeiros surgem das angústias básicas mais profundas e intensas do Homem, que se mostram no vínculo estabelecido com o médico, quem, por sua vez, responde com aspectos contratransferenciais que envolvem todas as defesas que, com sua personalidade, ele tenha organizado para poder completar os objetivos da tarefa médica” (LUCHINA *et al.*, 1971, p. 13. Tradução própria).

Verifica-se, portanto, a importância dada à dinâmica mental inconsciente existente na prática médica que, embora normal e esperada, pode se configurar como agravante dos estados de doença. Para Mello Filho, o argentino Luchina e sua equipe “apontam duas dissociações clássicas em medicina: mente-corpo e doença-doente. É graças a segunda que o médico mantém a primeira, tratando a doença e isolando o doente com todas as suas problemáticas mentais” (MELLO FILHO, 1979, p. 97).

Deve-se, então, diferenciar “Interconsulta” da tradicional “Consulta”. A segunda, embora em língua portuguesa caracterize o ato clínico em si, configura-se, para Luchina, como o contato entre profissionais médicos que, em virtude do pedido de um, encontram-se para discutir o caso carregando consigo o mesmo interesse: a necessidade de localizar e tratar acometimentos orgânicos específicos.

Dessa forma, a partir do momento em que os médicos passaram a seguir campos de atuação mais específicos, separando partes do corpo humano em sistemas quase autônomos, a necessidade de consultar colegas se tornou imperativa para a garantia de um ato médico eficaz. O conceito de Interconsulta vai além:

“Significa a convergência de duas disciplinas que apresentam diferenças importantes quanto a 1) critérios de saúde; 2) ideologia; 3) linguagem técnica; 4) modelo de ação; 5) objetivos; 6) enquadramento. Na Interconsulta, observadores médicos e “psicopatólogos” discutem sobre os mesmos fenômenos: “estar doente” e “curar” com divergências a nível de a) registro; b) prioridades; c) interpretação dos dados” (LUCHINA *et al.*, 1971, p. 16. Tradução própria).

Para os autores, a tese principal do livro a respeito da necessidade de se realizar Interconsultas reside no fato de aparecerem situações de conflitos não totalmente explicitadas, onde se incluem pacientes, médicos e as instituições. Nesse sentido, o propósito fundamental do trabalho é dar melhores subsídios à educação médica, garantindo ao médico suas potencialidades terapêuticas e devolvendo parte da sua

capacidade reparadora, deixando – se possível - de ser um simples “curador” para voltar a ser um agente de saúde inserido na comunidade.

Deve-se pensar o doente em sua totalidade, negando a consideração habitual de reduzi-lo à sua doença. Nessa linha, o ato médico também não pode ser considerado apenas em seus aspectos técnicos. Justamente em relação aos médicos, esses seres supostamente neutros, há uma série de considerações subjetivas inerentes à sua prática. Nesse sentido, um dos mecanismos inconscientes mais presentes no trabalho clínico seria a Identificação. Esse conceito é caracterizado pelo processo de integração de características e valores de outra pessoa, de modo total ou parcial. É um mecanismo comum e formador da personalidade de cada indivíduo através do contato com outros.

Para Luchina, há certo nível de identificação por parte do médico útil ao tratamento, o que ele chama de “Identificação Empática”. Nesse caso, o vínculo criado e o fenômeno de identificação transitória levam a possibilidade de maior “acordo” entre o *Ego* do paciente e do médico – em algo semelhante ao já citado processo de “Aliança Terapêutica ou de Trabalho”.

Porém, certos processos de identificação podem acarretar prejuízos à relação e, conseqüentemente, à terapêutica proposta. Uma identificação maciça pode confundir o espaço terapêutico que existe entre o profissional e o doente, impedindo o primeiro de ter melhores perspectivas sobre o trabalho desempenhado junto ao segundo.

“O médico pode ter um maior nível de regressão mental que o aconselhável e com isso dar lugar a aparição de identificações excessivas e permanentes com o paciente; uma situação como essa interfere diretamente na sua tarefa (...) impossibilitando o médico de uma observação objetiva tanto de si quanto do seu paciente. Os limites entre o ego do paciente e do médico se confundem (...) e o médico pode pressagiar perigos, sobretudo pela aparição de impulsos agressivos que entram em conflito com sua capacidade de sentir afeto pelo paciente (...) acentuando as distorções mútuas na comunicação” (LUCHINA, 1971, pg. 38. Tradução própria).

O procedimento de Interconsulta focaliza, portanto, as intercorrências irracionais na relação médico-paciente e nos espaços assistenciais: identificações, manifestações transferenciais e contratransferenciais, *etc.* Esses fluxos de irracionalidade na prática médica, embora possam produzir efeitos positivos - como a “Identificação Empática” - contribuem para a morbidez ou piora do quadro clínico. Enquanto a situação desagradável perdurar, o médico pode vir a se

sentir esgotado física e mentalmente, raivoso com os pacientes ou colegas de equipe, sentir culpa por supostos erros, *etc.* Evidencia-se, portanto, uma clara dificuldade para tomar as melhores decisões, para pensar os casos da instituição.

Por se tratar de uma relação bipessoal, deve-se analisar também a influência e as ocorrências de fenômenos inconscientes por parte dos pacientes. O doente é uma pessoa que se coloca - pelo menos alguma parte do seu corpo - à disposição para ser manuseado, avaliado e cuidado. Tal situação remete às primordiais relações com figuras de cuidado importantes como pai, mãe, irmão, irmã, *etc.*, e cuja relação é sempre ambivalente. Ao colocar-se diante do médico, é possível que certos aspectos emocionais da vida infantil sejam transferidos a ele. Esse processo é esperado e normal até certo ponto. Ele faz parte do campo dinâmico da relação médico-paciente.

“Entre o médico e o enfermo se estabelece um campo de inter-relação emocional, campo dinâmico, o qual denominamos também de campo de transferência do paciente e contratransferência do médico (...) Sem dúvidas podemos dizer que os fenômenos transferenciais e contratransferenciais atuam de maneira tácita (...) e no caso da Medicina não são totalmente reconhecidos e muito menos manejados cientificamente” (LUCHINA, 1971, pg. 45-46. Tradução própria.)

A Interconsulta caracteriza essa atuação. Ou seja, a análise do conjunto de fatores que envolve o momento adoecido do paciente, o qual se encontra em cuidado de médicos e da família, dentro de um espaço específico, o Hospital (MELLHO FILHO, 1979). Qual seria, então, a função do “interconsultor”? O que seria uma Interconsulta exitosa?

Esse profissional deve recriar as bases para uma boa relação médico-paciente. Dito de outra maneira, ele deve observar incongruências no vínculo esperado, agir sobre elas e “limpar” o terreno para que uma relação mais exitosa emerja, evitando, por exemplo, intercorrência iatrogênicas. A função desse profissional é assistencial e também educacional, pois além de perceber e desfazer irracionalidades, ele também pode apresentar ao médico o fato ocorrido, contribuindo para menor incidência do mesmo no futuro.

Os autores argentinos consideram que uma Interconsulta é feita com êxito quando consegue ampliar os objetivos de diagnóstico e terapêuticos, quando seus efeitos se sentem sobre toda a situação clínica - incluindo todos os personagens envolvidos - e quando diagnostica o bloqueio da relação médico-paciente

localizando, reparando ou restaurando o vínculo, dando ao médico a possibilidade de continuar sua tarefa.

O livro utilizado como base e exaustivamente citado nesse capítulo possui outras nuances e funções: por exemplo, demonstra uma espécie de passo-a-passo para se montar e realizar uma Interconsulta. Além disso, apresenta diversos casos clínicos. O presente trabalho optou por focalizar as considerações teóricas a respeito dos processos psicodinâmicos do relacionamento entre médicos e paciente. Sendo assim, não se debruçou sobre as associações feitas entre Interconsulta e Instituição ou sobre os aspectos técnicos da Interconsulta.

Em relação ao Brasil, observou-se que o que é feito com o nome de “Interconsulta” foge substancialmente à definição original do termo. O trabalho desempenhado com esse nome tem muito mais a ver com o processo conhecido como “Psiquiatria de Ligação”, termo amplamente difundido por George Engel em seus trabalhos onde desenvolveu o modelo biopsicossocial<sup>4</sup>. A importância desse modelo, em síntese, está no fato de ter surgido como uma resposta ao modelo biomédico em voga e apresentou possibilidades de abordagem do doente com respeito à sua formação cultural, psicológica e social, tidas como parâmetros indispensáveis na compreensão, pelo médico, do sujeito enfermo.

Também é comum que se apresente o termo “Interconsulta” como a conversa entre psicólogo/psiquiatra e médico para saber como está sendo desenvolvido o tratamento e o prognóstico, deixando de lado o cuidado em se perceber ocorrências psicodinâmicas da relação médico-paciente. Para Tenenbaum (em contato direto) trata-se na verdade, em muitas vezes, de dois monólogos e não uma conversa propriamente dita.

Em relação a essa utilização do termo, por exemplo, para Rossi:

“A interconsulta psicológica tem como objetivos auxiliar profissionais de outras áreas no diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos ou psicossociais e intermediar a relação entre os envolvidos na situação facilitando a comunicação, a cooperação e a elaboração de conflitos” (2008, pg. 31).

Nessa linha, para Nogueira-Martins (1995) a Interconsulta psicológica tem como passos principais a coleta de informações com médicos, enfermeiros, paciente,

---

<sup>4</sup> *Papers of George Engel*. University of Rochester Medical Center, 2008.

familiares e outros; a elaboração de diagnósticos situacionais; a devolução e assessoramento; e o acompanhamento diário da evolução da situação. O autor traz a concepção de Interconsulta muito próxima da noção de Consulta no trabalho de Luchina, ou seja, a conversa entre profissionais de áreas diferentes mediante solicitação. Já Botega (2002), considera a Interconsulta como uma ferramenta usada por - principalmente - psiquiatras na função de interconsultores, com o objetivo de atender as ocorrências psiquiátricas nos hospitais gerais e aprimorar a assistência aos pacientes.

Percebe-se, por essa rápida passagem por trabalhos nacionais que, neles, a dimensão psicológica inconsciente da dupla assistente-assistido é mantida afastada, focalizando primordialmente o material consciente que dali emerge. Não se deve descartar a necessidade e utilidade de tal forma de proceder, mas essa forma de intervenção demonstra uma perda da especificidade do termo tal como foi concebido em sua origem. O reconhecimento de tensões surgidas nos médicos inerentes à sua prática deve ser o principal foco dos “interconsultores”. Esses, além de reconhecerem essas tensões, devem estar preparados para intervir sobre elas para evitar a manutenção dos processos irracionais com potenciais iatrogênicos.

Como visto, é normal e esperado que profissionais de saúde sejam impactados consciente e inconscientemente diante da relação com seus pacientes através de identificações, do aparecimento de conteúdos contratransferenciais, e outros. Na formação médica deveria ser esperado que, enquanto estudantes, esses profissionais tivessem acesso às ferramentas de aproximação e reconhecimento do doente como um todo, não como uma parte adoecida. Para dar conta dessa necessidade, a seguir serão trazidas contribuições brasileiras à Psicologia Médica que tentam dar conta dessa necessidade de contato clínico mais abrangente e que respeite a complexidade dos seres humanos ali envolvidos.

### 5.3

#### **Danilo Perestrello e Medicina da Pessoa**

No Brasil, alguns psicanalistas se destacaram nos trabalhos com pacientes orgânicos e nos estudos sobre a relação entre os agentes de saúde e os doentes. As

pesquisas de Danilo Perestrello o levaram a considerar que não seria possível falar em doenças psicossomáticas, pois, nas suas palavras “sendo o Homem um todo psicossomático, todas as doenças são psicossomáticas (...) todas as doenças são antropogênicas” (PERESTRELLO, 2006, p.56). Sobre o trabalho de Perestrello, Mello Filho (1979, p. 97), enfatiza que “a boa relação entre médico e paciente dá um novo sentido à enfermidade e mesmo à vida do doente”.

Em seu principal trabalho, o autor afirma que “Medicina da Pessoa” é o termo ideal para expressar a interação entre médicos e doentes. Para ele, essa terminologia mostra que em vez de se ver um simples organismo, se vê a pessoa em sua totalidade; em vez de se procurar causas e consequências, se busca a complexidade.

Fica claro, então, o pensamento de que o encontro entre dois seres humanos é único e realizar uma “Medicina da Pessoa” significa realizar o ato médico apoiado na singularidade existencial de cada paciente, trazendo de volta a ideia presente na medicina Hipocrática. Nesse sentido, o trabalho de Perestrello antecipou em algumas décadas o que hoje se designa como “Medicina Centrada no Paciente”.

Perestrello mostra que:

“A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra” (Idem, p. 43).

Os encontros entre médicos e pacientes podem parecer estereotipados e pouco diferentes de um para outro, algo cristalizado e formalizado, que se apresenta dessa forma desde o ensino nas Faculdades Médicas, onde jovens estudantes, seguindo o modelo biomédico vigente, aprendem a ver as partes adoecidas, não seu todo - o Homem doente. Porém, olhando mais de perto e de maneira correta, tal encontro se transforma numa relação rica e em constante mudança de um contexto para outro, de uma pessoa para outra. A influência da Psicanálise nas interações clínicas se faz mostrar, resumidamente, no seguinte trecho:

“Com a Medicina da Pessoa bastará o médico aceitar o Inconsciente, a expressividade do Homem em seus diversos níveis, como ponto de partida para a compreensão da pessoa humana (...). Assim, o médico habituar-se-á aos poucos à linguagem pré-

verbal, a qual se manifesta pelas atitudes, pelas decisões e, principalmente, pelas funções e estruturas viscerais” (Idem, p.122).

O objetivo final é ver o doente como uma pessoa, em sua totalidade e forma de se relacionar com o mundo a sua volta. Mas o próprio conceito de “Pessoa” deve ser explicado e problematizado. Eksterman (2006) diz que pessoa não designa um fato, mas sim uma experiência. Nesse sentido, uma pessoa só existe no encontro com outra pessoa. Ou seja, é o produto da interação entre dois sujeitos e não entre sujeito e objeto. Em suma, é uma experiência humana e só existe na relação humana.

E o que se revela numa relação é o drama dos envolvidos na mesma. Assim, no encontro médico, a relação formada vai remeter às relações primordiais, especialmente à díade cuidador-bebê, base de sustentação de qualquer indivíduo. Entretanto não é apenas o paciente que, ao narrar sua história, produz e demonstra conteúdos afetivos. Do lado do médico, por ser parte integrante dessa interação, a emergência de sentimentos é igualmente rica. Deve-se, então, tomar a Psicanálise como método para explicar a interação humana.

“O esquema de funcionamento do ato psicanalítico é o de transformação psíquica e pretende ampliar a capacidade de organização pessoal diante do outro e do espaço social. Não é um ajustamento, no sentido de conformar o sujeito em seu espaço social, mas de instrumentalizá-lo com esses recursos mentais através da ampliação da consciência. A consciência, nesse caso, contém três conceitos: melhor percepção da realidade; melhor percepção de si mesmo; e aumento da capacidade de discriminar diferenças e qualidades” (Idem, p. 48-49).

Como o atendimento médico, ou melhor, a relação entre médico e paciente e o produto que surge dela, pode ser entendido? O que é necessário, por fim, é o estudo da pessoa também com seu mundo passado, que tem o poder de atingir o presente em grande ou menor escala quando se encontra diante das circunstâncias do adoecimento.

Dessa forma, o adoecer pode ser uma forma de estar (mórbida) no mundo; uma resposta a ele, de modo que vem a resolver problemas por vias pouco (ou nada) racionais. Ao focalizar o doente como um todo complexo, pode-se alcançar uma medicina em que não se nega fatores externos, mas onde os mesmos são entendidos em função desse doente (PERESTRELLO, 2006). Ou seja, a doença em si já é uma forma de se relacionar e reagir ao mundo. E o encontro entre médico e paciente remete aos encontros do passado, aqueles da vida primitiva do

indivíduo, com figuras de extrema importância em seu desenvolvimento. No leito ou no consultório médico, a relação formada com o médico é permeada, constantemente, por esses aspectos transferenciais e contratransferenciais.

Contudo, para Eksterman (PERESTRELLO, 2006), diferente do que Balint pensava, não é função do médico propiciar psicoterapia explícita a seus pacientes. Reconhecer os processos irracionais atuais e possivelmente relacionados com o passado do doente é diferente de tratar os mesmos nos moldes em que a Psicanálise se presta a fazer. O que o médico deve ser capaz é de conhecer seu paciente enquanto pessoa que age e interage, e assim conduzir uma terapêutica o mais eficiente possível.

Perestrello (2006) diz que o médico, através das coisas que fala e faz – ou não fala e não diz – já produz psicoterapia a todos os seus paciente, sendo ela boa ou má, o que torna a discussão em torno da atitude terapêutica do médico, sendo ela de forma explícita ou implícita, de certa forma inócua pois o ato médico já é um contato terapêutico por definição.

Deve-se conhecer a pessoa do doente por suas próprias palavras e atos, através de um modelo de anamnese especial; ouvir o doente mesmo que suas palavras pareçam seguir um rumo não relacionado diretamente ao adoecimento atual. Deve-se ser capaz de produzir uma biografia do doente: não daquilo que ele relata como fato concreto e cronológico, mas do que ele vivenciou. A apreensão dessa dimensão biográfica dá ao contato com o doente um tom mais completo de sua situação, não apenas orgânica, mas, principalmente, psicodinâmica. Para Perestrello (2006, p. 64), a respeito do tempo destinado aos pacientes por parte dos médicos:

“Com consultas demoradas, o médico (poderá ter) terá que se avistar com o paciente um número de vezes muito menor, pois este não se sentirá tão frustrado e, conseqüentemente, irá procura-lo menos vezes, inclusive podendo melhor aproveitar a medicação, porque estabeleceu um relacionamento pessoal mais satisfatório e, portanto, mais eficaz do ponto de vista terapêutico (...) E só pelo fato de ouvir e dar apreço ao doente, já agiu terapeuticamente”.

Fazer do contato clínico uma possibilidade de reconhecimento da complexidade do doente, das suas reações frente à doença, abre espaço para conhecer sua forma de agir perante o mundo, seus elos e identificações mais primitivas, bem como aquilo que transfere ao médico. De posse dessa visão mais ampla o tratamento que

se segue terá portas abertas para transcorrer com maior fluidez e menos riscos, aumentando as chances de sucesso.

## 5.4

### **Abram Eksterman e a História da Pessoa**

Diante do exposto acima, Eksterman produziu, em 1974, o que se chama História da Pessoa. A liberdade dada ao paciente no momento do mesmo falar sobre a doença que enfrenta é o diferencial em relação à simples escuta de respostas a partir de perguntas gerais. Essa ferramenta é caracterizada como uma anamnese não dirigida, um instrumento de reconhecimento da pessoa, cujos objetivos são (i) recolher biografia do doente dentro de um diálogo clínico o mais espontâneo possível; (ii) conhecer as circunstâncias nas quais ocorreram o atual e os antigos adoecimentos e (iii) conhecer a maneira pela qual o doente interage com o médico, equipe e família.

Tal anamnese visa colher dados cujo conteúdo seja rico em significado, não apenas um mero registro formal de acontecimentos. Esse conteúdo deve ser produzido em linguagem informal e simples, levando em consideração o que foi vivenciado pelo paciente e qual a significação desses acontecimentos à biografia do mesmo. O foco não deve estar na cronologia e objetividade dos fatos relatados, mas sim em como o paciente os viveu. Diante disso, é correto afirmar que esse documento estará permanentemente incompleto, pois, “segundo o rumo da conversa, haverá trechos privilegiados e outros cuja menção será inclusive perturbadora, por não serem significativos” (EKSTERMAN, 2006, p.179).

Em última análise, busca-se individualizar o doente, fugindo dos padrões clínicos das anamneses regulares e criando, assim, um vínculo terapêutico. Ou seja, se bem-feita, a História da Pessoa ajuda a reconhecer as irracionalidades e tensões inerentes ao encontro clínico e às relações humanas, evitando processos estressores e iatrogênicos. Nesse sentido, configurava-se que o maior desafio da Medicina atual seria o de garantir que o médico não seja, ele mesmo, iatrogênico (PERESTRELLO, 2006, p. 97).

E uma possível resposta para evitar esse receio do autor poderia ser justamente uma boa realização da História da Pessoa. Com ela, o entendimento sobre o doente, por parte do médico, fica mais claro e individualizado, permitindo a emergência de toda sorte de conteúdos que, deixados a nível inconsciente, poderiam prejudicar o trabalho. Assim, ao estabelecer o vínculo terapêutico, pode-se recriar a díade estruturante do passado do indivíduo, reestabelecendo o espaço de segurança (EKSTERMAN, 2010).

A condução e criação de uma História da Pessoa produz, a rigor, uma psicoterapia implícita, pois pode aproximar da Consciência aqueles conteúdos irracionais (inconscientes) da mente do paciente através do diálogo clínico. Dessa forma, diante do exposto anteriormente, a proposta do autor é diferente do apregoado por Balint, cujo trabalho dizia respeito à necessidade de formar médicos capazes de propiciarem psicoterapia a seus pacientes de forma explícita.

Porém, para além do aspecto humanista da Medicina e da História da Pessoa, ambas encontram dificuldades em serem implementadas e aceitas no ambiente médico. A grande influência de um ensino médico focado na abordagem causal e na Medicina Baseada em Evidências se mantém forte e, assim, a própria formação médica acaba por deixar à margem os aspectos subjetivos do adoecimento. Embora não tenha sido efetivamente posta em prática como anamnese médica, a História da Pessoa ainda pode ser utilizada, com certas adaptações, no trabalho psicológico dentro de Hospitais Gerais, conforme demonstrado a seguir.

## 5.5

### **Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica (CMP)**

Abram Eksterman sugeriu, em 1965, reunir nomes da Medicina e Psicanálise brasileira com a finalidade de construir uma sociedade que congregasse cientificamente, no âmbito nacional, os interessados em Medicina Psicossomática. Formou-se a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática no mesmo ano, tendo Danilo Perestrello como primeiro presidente. Essa Associação deveria ter como objetivo básico a atitude psicossomática, a qual visa a integração dos elementos psicodinâmicos e biológicos da patologia e conformar a conduta assistencial dentro desse novo parâmetro (EKSTERMAN, 2010, p. 41). Em 1967,

também com organização de Abram Eksterman, realiza-se a I Reunião Nacional de Medicina Psicossomática, contando com a presença de Michael Balint.

E, diante disso, o psicólogo é peça fundamental nesse processo, pois cabe a ele uma parte importante da intervenção terapêutica no paciente hospitalizado. Ao juntar a complexidade e a individualidade de cada ser humano aos processos de adoecimento, o profissional gera um foco de trabalho ao mesmo tempo clínico e, portanto, humanizante.

O CMP é originário da fusão, em 1965, da Divisão de Medicina Psicossomática, dirigida por Danilo Perestrello no Serviço do Prof. Clementino Fraga Filho com um Setor de orientação equivalente, associado ao Serviço do Prof. Carlos Cruz Lima, dirigido por Abram Eksterman. Em 1976, Eksterman assumiu a chefia do CMP após o afastamento de Perestrello por motivo de doença. O CMP é responsável por assistência psicológica especializada, por cursos de Psicologia Médica regulares e por reuniões clínicas semanais de discussão da tarefa assistencial<sup>5</sup>.

Atualmente, no CMP, o treinamento dado a (principalmente) psicólogos tem como objetivo, além de prepará-los para o atendimento clínico, ensiná-los a realizar uma coleta anamnésica baseada nos princípios da História da Pessoa e também reconhecer as tensões geradas na relação médico-paciente. A partir daí, o trabalho assistencial pode ser melhor focalizado e o paciente melhor entendido em suas necessidades e questões – conscientes e inconscientes – enquanto acompanhado durante a internação ou trabalho ambulatorial. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido no CMP é efetivamente “centrado no paciente”.

A despeito da imensa dificuldade estrutural e financeira pela qual passa o Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia<sup>6</sup> e o pouco incentivo financeiro destinado ao CMP, espera-se que o trabalho desempenhado pelo Centro possa se expandir e até mesmo superar os momentos de maior efervescência pelo qual passou, quando abrigava reuniões presenciais com profissionais das mais variadas áreas da Saúde e produzia trabalhos clínicos de grande relevância social.

---

<sup>5</sup> Informações retiradas do site <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/>

<sup>6</sup> Maiores Informações em <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/03/apos-escandalos-de-corrupcao-santa-casa-do-rio-tenta-se-reinventar.html>

## Discussão (ou Ampliações Possíveis)

A união entre Psicanálise e Medicina trouxe possibilidades de renovação na forma de entender o Homem e seu adoecimento físico. Como visto, inúmeros autores começaram a explorar aspectos da Teoria Psicanalítica e puderam criar novos entendimentos acerca dos processos orgânicos bem como das especificidades das relações criadas no ambiente hospitalar.

Porém, a inclusão da Psicanálise no campo médico prático – no dia a dia dos hospitais e consultórios – deve ser entendida mais em relação às suas ideias e compreensão sobre o homem doente do que como ferramenta de uso explícito. Deve-se lembrar que isso já foi comentado ao confrontarmos as ideias de Balint e Eksterman sobre a psicoterapia propiciada por médicos. A experiência mostra que a apresentação de conceitos psicanalíticos com a intenção de que sejam colocados em prática por médicos é complicada e, muitas vezes, improvável.

Dessa forma, os aspectos teóricos explorados nesse trabalho não bastam ao analisar toda a complexidade do adoecimento humano, seus usos possíveis e as relações formadas entre doente-equipe-família. Nesse sentido, uma série de outros autores das mais variadas correntes teóricas propõe importantes questionamentos e direções a serem seguidas quanto ao entendimento das doenças e dessas relações formadas dentro dos Hospitais Gerais.

Atualmente está em evidência o uso do conceito de “Empatia” para ilustrar uma suposta atitude ideal em relação a outro ser humano que passa por momentos de sofrimento. Esse termo busca descrever a capacidade de sentir e acompanhar as mudanças afetivas do outro - no caso os pacientes (ROGERS, 1992).

Apesar de estar muito difundido e ser considerado um importante conceito para o trabalho psicológico dentro de Hospitais, a Empatia carece de um aprofundamento e sofre críticas consistentes quanto a possíveis perversões de seu uso ideal. Ser empático com aquele que sofre de alguma doença facilita, na maioria dos casos, o bom andamento do trabalho. Porém, deve-se lembrar que saber aquilo que o outro sente pode ser o início de uma relação desviada dos caminhos mais nobres com essa percepção direcionada para infligir mais sofrimento.

Vinda da Física, “Resiliência” é a capacidade que um determinado material tem para receber uma carga energética com possibilidade de deformação sem que essas mudanças sejam permanentes. Ou seja, o material volta à sua forma inicial.

Embora não seja um conceito formalizado e descrito de maneira única, permitindo algumas diferentes interpretações quanto a seu uso e características, na Psicologia e Medicina costuma-se falar em resiliência para dar conta da capacidade do indivíduo em lidar com situações difíceis (onde se inclui o adoecimento somático) e passar por elas com determinada habilidade sem que os prejuízos sejam duradouros. De fato, verifica-se a existência de pacientes cujo tratamento, por mais agressivo e invasivo que seja, conseguem passar por todas as etapas manifestando uma intensa capacidade de adaptação e reorganização da vida.

Outro termo cuja formulação não se escora (apenas) em termos psicodinâmicos mas interessa a profissionais de saúde e tem grande utilização dentro do ambiente hospitalar é o de “Adesão ao tratamento”, definida como:

“O grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde (...) Um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença” (GUSMÃO & MIGNON JR, 2006, p. 23).

Dessa forma, tenta-se compreender o interesse e a disponibilidade do paciente para se adequar e dar continuidade às indicações clínicas. Diante disso deve-se analisar a importância dada ao médico (e também a outros profissionais de saúde) sobre o doente. O ser humano adoecido, para ser considerado participativo e interessado em sua melhora, deve “aderir” às propostas feitas por seus cuidadores, seguindo à risca horários, ingestão de medicações e as atividades de ordem física propostas. Vê-se perfeitamente um dos aspectos trazidos anteriormente por Balint, considerada como a Função Apostólica do médico, aquele profissional capaz de enquadrar seus pacientes dentro daquilo que acredita ser o certo, em oposição à possibilidade do médico levar em consideração as individualidades dos pacientes sob seus cuidados.

Trazer esses três conceitos a título de discussão permite que um outro termo complexo e que possui uma enorme gama de ramificações, incluindo seus aspectos psicodinâmicos, seja explorado brevemente. A ideia de “Cuidar” está

presente, com menor ou maior intensidade, em toda discussão sobre tratamento médico e a relação entre esses profissionais e seus pacientes. Para Luís Claudio Figueiredo,

“Cuidado diz respeito a todo o campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomados como fato de existência, apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso ser-no-mundo (...) não diríamos apenas que o homem não sobrevive (física e mentalmente) mas que *não existe sem cuidados recebidos e oferecidos*” (FIGUEIREDO, 2011, p. 23 – grifos do autor).

Ou seja, pode-se pensar que a noção de cuidar é, em última análise, pano de fundo para qualquer encontro terapêutico. Mais do que isso, permite que uma série de conceitos, como os três supracitados e outros, sejam ancorados na noção de cuidar trazida na última citação, uma vez que “saúde só é possível a partir da troca bem regulada de cuidados” (Idem, p. 17).

Seja percebendo a capacidade do doente em ser resiliente, seja na sua adesão aos tratamentos propostos, seja na capacidade empática que os médicos demonstram para com seus pacientes ou em qualquer outro termo estudado em relação aos conteúdos e características encontradas na área médica, em todas o cuidar do outro será a chave que permite acionar todas as suas possibilidades durante o processo terapêutico. Por sua vez, Figueiredo assinala que, muitas vezes, cuidar é poder reconhecer o outro, objeto de seus cuidados, como alguém singular, e dar seu testemunho disso, isto é, atende-lo na sua correta medida. Mas também existiria um “cuidar silencioso” discreto e atento, “que se resume a prestar atenção e responder na medida, quando e se for pertinente” (FIGUEIREDO, 2009, p. 138).

Ao postular que o ser humano existe apenas se receber e oferecer cuidados, Figueiredo (2011) permite que se faça uma transposição entre esse conceito e a dinâmica transferencial-contratransferencial, uma vez que é nessa dinâmica em que todos os protótipos de nossos relacionamentos ulteriores e importantes do nosso desenvolvimento podem aparecer novamente. Com isso, o conceito de Cuidar assume uma característica ainda mais pertinente ao estudo da relação médico-paciente entendido em seus aspectos psicodinâmicos, qual seja, o de garantir o estabelecimento e fortalecimento de vínculos que possibilitam a criação de uma relação terapêutica eficaz.

## Conclusão

No Século XX vimos o fortalecimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), onde “pretende-se valorizar um tipo de prática clínica caracterizada pela utilização explícita e criteriosa das evidências (...) tidas como sinônimo de provas” (VELOSO, 2005, p. 1-2). Em outras palavras, a MBE é uma forma de trabalho clínico que se baseia no método científico tradicional, imprimindo à Medicina uma rigorosa verificação das evidências apresentadas ao longo do processo.

Nesse sentido, os órgãos do corpo humano, organizados em sistemas, funcionam seguindo leis que podem ser decifradas e ter seu funcionamento ideal estipulado em termos numéricos. Os parâmetros para esse funcionamento podem ser medidos, por exemplo, através de exames laboratoriais - cuja especialidade, no Brasil, apresenta o curioso nome de “Medicina Laboratorial”<sup>7</sup> - usados pelos médicos como ferramentas muitas vezes indispensáveis antes mesmo do contato clínico e no decorrer do tratamento.

A existência dos laboratórios em si não apresenta nenhum problema à prática da Medicina, desde que seu uso seja uma ferramenta complementar para a confirmação do diagnóstico e prognóstico feito pelos médicos – como proposto originalmente. Entretanto, a situação atual parece denunciar a substituição do que deveria ser complementar por aquilo que deveria ser primordial: o contato com o paciente. Além disso, a MBE também busca avaliar de maneira quantificável também crenças, atitudes, capacidade de empatia, valores e expectativas dos pacientes e da equipe de saúde.

É imperativo, no século XXI, uma mudança na forma de se relacionar com o outro e com o planeta, diante de graves problemas éticos, ecológicos e humanitários, dos quais grande parte da população mundial sente os efeitos. Em um planeta em crise, onde cientistas e Chefes de Estado se unem (ou tentam se unir) buscando

---

<sup>7</sup> Resolução CFM: 1.666/2003

frear ações destrutivas do meio ambiente<sup>8</sup>, e diante de sistemáticas crises humanitárias envolvendo novas doenças no Brasil<sup>9</sup> e no Mundo<sup>10</sup>, a Medicina é uma das áreas possíveis de ajuda às diversas formas de sofrimento existentes.

É evidente que, nesses casos, o avanço tecnológico e as novas técnicas de diagnóstico, implementados por laboratórios e centros de pesquisa, em muito contribuem para o tratamento médico e não devem, em hipótese alguma, ser descartados por sua “desumanização” da prática médica. Porém, para além desses avanços tecnológicos e laboratoriais, deve-se pensar o momento do adoecimento de maneira integral, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também social e psicológico do paciente. Esse deve ser o foco para o novo milênio já iniciado há mais de uma década. Infelizmente, apesar dessa necessidade flagrante, vê-se que o interesse maior ainda é centrado no entendimento da doença em si e suas repercussões no corpo através dos sinais e sintomas.

Desde a formação dos jovens médicos nota-se o fascínio pelos “estudos de caso” e não exatamente pelo “estudo do doente”. Nesse sentido, em estudo utilizando a escala *Patient-practitioner Orientation Scale* (PPOS) para avaliar atitudes de 738 estudantes de medicina brasileiros no que diz respeito a relação médico-paciente, verificou-se que “a maioria dos estudantes tinha a atenção mais voltada ao caso interessante do que ao paciente, havendo certo desinteresse por aqueles que não apresentavam doenças orgânicas bem definidas” (RIBEIRO & AMARAL, 2008, p. 95). Outro grande desafio do Século XXI é apresentado por Sullivan da seguinte maneira:

“Na medicina, a transição epidemiológica com a mudança de predomínio de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas tornará obrigatória a reincorporação da arte da medicina, com a substituição de objetivos de cura e de evitar a morte para o objetivo de cuidado das pessoas, considerando a perspectiva dessas pessoas” (*apud* RIBEIRO & AMARAL, 2008, p. 92).

Ou seja, na medida em que novos desafios médicos se impõem (problemas ambientais, novas doenças, *etc*) a própria Medicina precisa se modificar. E, nesse caso, retornar às suas origens de cuidado integral ao doente. O aumento da expectativa de vida, e as garantias de certa qualidade desta, geram a necessidade

<sup>8</sup> Assembleia Ambiental das Nações Unidas, criada em 2014: <http://web.unep.org/unea>

<sup>9</sup> Mais de 90 mil casos de Zika Vírus: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/saude-divulga-primeiro-balanco-com-casos-de-zika-no-pais>

<sup>10</sup> Mais de 11 mortes na África por conta do Ebola: <https://nacoesunidas.org/tema/ebola/>

de pensar novas formas de abordagem diante do adoecimento (por exemplo, a abordagem a doenças de longo prazo e crescentes limitações das capacidades dos pacientes - as doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes, ICC, demências e outras) e proximidade da morte, levando em consideração inúmeros aspectos que não apenas o biológico.

Diante disso, uma questão se faz presente: as propostas apresentadas aqui como símbolos da Psicologia Médica podem, de fato, contribuir para uma mudança de paradigma da Medicina, passando do Modelo Biomédico para o Modelo Biopsicossocial, proposto por Engel, e para o Modelo Centrado no Paciente? Vale observar que atualmente existe uma proposta de Medicina Centrada na Pessoa (STEWART, M. *et al.*, 2010) que tenta “transformar o método clínico”, visando “entender a pessoa como um todo e intensificar a relação entre pessoa e médico”, propondo pesquisas quantitativas para sua avaliação.

Danilo Perestrello, ao propor a Medicina da Pessoa apresentou um método que levava em conta os aspectos psicodinâmicos também inconscientes no contato clínico. Reconhecer essas ocorrências seria fundamental para o bom desenvolvimento da medicina. Nesse sentido, diferencia-se da ideia atual de Medicina Centrada na Pessoa, pois, em sua concepção, apesar de trazer a complexidade e as noções psicossociais do doente, esse método não se debruça sobre as noções de inconsciente, transferência, contratransferência, *etc.*

Já foi dito que a Psicologia Médica busca entender e atuar diretamente na relação equipe-paciente-família. Para isso, os autores aqui apresentados mostraram que é possível lançar mão de conceitos psicodinâmicos no objetivo de melhorar o ato médico e humanizar a prática assistencial como um todo. Com um olhar mais específico, ao considerar que toda e qualquer relação humana está envolta por transferência e contratransferência, por exemplo, a Psicanálise permitiu que o trabalho hospitalar fosse preenchido com suas noções sobre funcionamento mental e as maneiras mais eficientes de intervir sobre a mesma.

Seja na formação e acompanhamento de médicos, como Balint; seja no trabalho entre profissionais de áreas diferentes, como na Interconsulta de Luchina; seja na forma do médico conhecer seu paciente, no caso de Perestrello e Eksterman com a Medicina e História da Pessoa; todos os autores citados, com suas importantes

formulações teóricas e técnicas, buscaram na Psicanálise uma possibilidade de intervir direta ou indiretamente no tratamento daqueles que sofrem de doenças orgânicas, na relação com quem os trata e com sua família e instituição. Cada um dos envolvidos na assistência médica possui um modo de reagir diante de enfermidades orgânicas e, desse modo, é preciso conhecer a dinâmica mental para o bom desempenho da função assistencial.

Nesse sentido, não apenas médicos e enfermeiros, que lidam diretamente com os doentes, podem se utilizar dos conhecimentos advindos da Psicanálise. Os psicólogos, que cada vez mais se incluem nas equipes multidisciplinares dos Hospitais, possuem (ou devem possuir) uma base acadêmica possível de ser utilizada nesses ambientes. Com o conhecimento do funcionamento mental e suas desorganizações esses profissionais se tornam cada vez mais requisitados e importantes no decorrer do tratamento médico, seja no acompanhamento do paciente internado seja no tratamento ambulatorial.

Percebe-se que a ampliação dos estudos dos conceitos psicanalíticos permitiu observar a importância da relação clínica com seus aspectos inconscientes atuantes e permanentemente influenciando o trabalho, seja nos consultórios particulares, seja nos hospitais. Logo, na prática médica, o fenômeno transferencial e contratransferencial, entre outros, se faz presente e pode constituir tanto um auxílio como um obstáculo ao tratamento pois, por definição, conteúdos inconscientes mostram-se atuantes, direcionando o trabalho.

Assim, em meio a tantas dificuldades que as profissões de saúde – sobretudo a médica – apresentam, reconhecer e reunir material a respeito dos conteúdos psicodinâmicos abre caminhos para uma maior eficiência do ato médico, pois permite apresentar aos profissionais uma visão mais complexa e aprofundada de seus pacientes, sem perder de vista a sua própria condição humana, tão presente em qualquer tipo de tratamento.

## Referências bibliográficas

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes médicas, 1989.

BALINT, M. **A falha básica**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

\_\_\_\_\_. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

\_\_\_\_\_. **Thrills and regressions**. Londres: Maresfield Library, 1959.

BION, W. R. **Language and the schizophrenic**. In: New Directions in Psychoanalysis. Londres: Tavistock Publications, 1955.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRANDT, J. A. **Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho**. São Paulo: Revista SPAGESP, 2009.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**. Vozes, Petrópolis: Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Equipe de saúde: cuidadores sob tensão**. Belo Horizonte: Epistemo-Somática, 2006.

CAMPOS, E., COELHO JR, N. **Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em Psicanálise**. Campinas: Estudos de Psicologia, 2010.

CAPRA, F., LUISI P. L. **A visão sistêmica da vida**. São Paulo: Editora Cultrix, 2015.

DREHER, A. **Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis**. Londres: Karnac, 2000.

ENTRALGO, P. L. **La relacion médico-enfermo: historia y teoria**. Madrid: Revista de Occidente

EKSTERMAN, A. **Fatores iatrogênicos na relação médico-paciente**. Rio de Janeiro: Jornal Brasileiro de Medicina, número15, 1968.

\_\_\_\_\_. **O ato psicanalítico e a medicina do corpo**. Rio de Janeiro: Cadernos de psicanálise, Volume 19, 2003.

\_\_\_\_\_. **O psicanalista no hospital geral.** Rio de Janeiro: Relatório Oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro ao 8º Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro, 1980.

\_\_\_\_\_. **Medicina psicossomática no Brasil.** In: Psicossomática hoje. FILHO & BURD (orgs) Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa.** Relatório oficial apresentado no I Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática. Buenos Aires, 1975.

\_\_\_\_\_. **Lacunas Cognitivas no Processo Psicanalítico** apresentado no 10º Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro, 1985.

FERENCZI, S. **A elasticidade da técnica psicanalítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1928).

\_\_\_\_\_. **Contra indicações da técnica ativa.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1926).

\_\_\_\_\_. **O conceito de introjeção.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1912).

\_\_\_\_\_. **Transferência e Introjeção.** São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1909).

FERRAZ, F.C. **Das neuroses atuais a psicossomática.** In: Psicossoma I: Psicanálise e Psicossomática. São Paulo. Ed Casa do Psicólogo, pp. 25-40, 2005.

FIGUEIRA, S. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

FIGUEIREDO, A. C., NOBRE, L., VIEIRA, M. A. **Pesquisa Clínica em Psicanálise.** Disponível em [www.revispsi.uerj.br](http://www.revispsi.uerj.br), v.2, n. 1, 2002, pp. 131-135.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea.** São Paulo: Escuta, 2009.

\_\_\_\_\_. **Cuidado e saúde: uma visão integrada.** Brasília: Revista ALTER, v. 29. pp. 11-29, 2011.

FREUD, A. **O Ego e os Mecanismos de defesa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1912).

\_\_\_\_\_. **A interpretação dos sonhos.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1900).

\_\_\_\_\_. **Análise de uma fobia em um menino de 5 anos.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1909).

\_\_\_\_\_. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_. **Observações sobre o amor de transferência.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1915).

\_\_\_\_\_. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1912).

\_\_\_\_\_. **Recordar, repetir e elaborar.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1914).

\_\_\_\_\_. **Um caso de histeria.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1905).

FREUD, S. BREUER, J. **Estudos sobre a histeria.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1895).

GALLO, S. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GRÜNBAUM, A. **The foundations of psychoanalysis.** Estados Unidos: University of California Press, 1984.

GUEDES, C. R. **A psicologia médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso.** Belo Horizonte: Psicologia e Sociedade, vol. 15, 2003.

GUSMÃO, J. L., MION JR, D. **Adesão ao tratamento: conceitos.** Revista Brasileira Hipertens, vol.13, pp. 23-25, 2006.

HEIMANN, P. **On counter-transference.** International Journal of Psychoanalysis, 1950, pp. 81-84.

JAPIASSU, H. **Introdução às Ciências Humanas.** São Paulo: Letras & Letras, 1994

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1970.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão.** Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Original publicado em 1957).

\_\_\_\_\_. **Narrativa da análise de uma criança.** Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Original publicado em 1961).

LUCHINA, I., LUCHINA, N., FERRARI, H. **La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

\_\_\_\_\_. & M'UZAN, M. **O pensamento operatório**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Psicanálise, 1994, pp. 165-174.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.

MELLO FILHO, J. BURD, M. (Orgs). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEZAN, R. **Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões**. São Paulo, *Jornal de Psicanálise*, v. 39, n. 70, 2006.

MINERBO, M. **Transferência e Contratransferência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica**. São Paulo: *Boletim de Psiquiatria*, 1995, pp. 22-23.

PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. (Original publicado em 1974).

\_\_\_\_\_. **Medicina Psicossomática**. Buenos Aires: Libreria Universitaria, 1963.

POPPER, K. **Conjectures and refutations**. Londres: Routledge, 1963.

RACKER, H. **Estudos sobre Técnica Psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

RAMOS, H. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

ROGERS, C. R. **The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change**. *Clinical Psychology*, 1992.

ROSSI, L. **Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central dos Hospitais das Clínicas**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

RUNES, D. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Editora Presença, 1990.

SANCHES, G. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa, 1959.

SERPA Jr, O. D. **Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O normal e o patológico de Georges Canguilhem**. *In* Psicologia Clínica, pp. 121-135, 2003.

TENENBAUM, D. **As principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar**. Rio de Janeiro: Revista Trieb, v. 15, n. 1 e 2, 2016.

\_\_\_\_\_. **Da Medicina à Psicanálise: o corpo e a pesquisa psicossomática**. 2013. Texto feito a partir da Mesa Redonda "O Corpo: do Discurso Médico à Psicanálise". Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1993.

VELOSO, A. J. B. **Acerca da Medicina Baseada em Evidências**. Lisboa, 2005.

VOLICH, R.M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

ZAMBELLI C. K. **Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann**. *In* Psicologia Clínica, 2013.

ZETZEL, E. **Current concepts of transference**. Londres: International Journal of Psycho-analysis, 1956.

WINNICOTT, D. W. **O ódio na contratransferência**. *In* Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.